



Royaume du Maroc

Ministère de la Santé

INSTITUT NATIONAL D'ADMINISTRATION SANITAIRE



*Centre collaborateur de L'OMS*

**Neuvième Cours de Maîtrise en Administration Sanitaire et  
Santé Publique**

**Promotion (2006-2008)**

**LES FACTEURS D'INSTABILITE DES PERSONNELS  
DE SANTÉ AU NIVEAU DE LA ZONE RURALE DE LA  
REGION FES – BOULEMANE**

**Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de maîtrise  
en Administration Sanitaire et Santé Publique**

**Option : Santé publique**

**Elaboré par : Dr Hassan KENNAB**

**Juillet 2008**

## Table des matières

REMERCIEMENTS .....	I
LISTE DES TABLEAUX .....	III
LISTE DES FIGURES .....	IV
RESUME.....	V
SUMMURY .....	VI
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>I. CONTEXTE DE L'ETUDE .....</b>	<b>2</b>
<b>II. ÉTAT DES CONNAISSANCES .....</b>	<b>5</b>
II.1. LE CONCEPT DE TURNOVER.....	5
1. <i>L'école psychologique</i> .....	6
2. <i>L'école économique</i> .....	7
3. <i>Les théories de changement de comportement des individus</i> .....	9
II.2. LES FACTEURS EXPLICATIFS DE TURNOVER DU PERSONNEL DE SANTE.....	12
1. <i>Facteurs personnels</i> .....	12
2. <i>Facteurs liés au travail</i> .....	15
3. <i>Facteurs Sociaux</i> .....	18
II.3. LE COUT DE TURNOVER.....	19
<b>III. LE MODELE CONCEPTUEL.....</b>	<b>19</b>
<b>VI. OBJECTIF DE L'ETUDE.....</b>	<b>22</b>
A. OBJECTIF GENERAL.....	22
B. OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	22
<b>V. QUESTION DE RECHERCHE .....</b>	<b>22</b>
<b>VI. METHODOLOGIE DE TRAVAIL.....</b>	<b>22</b>
A. APPROCHE QUANTITATIVE.....	22
B. APPROCHE QUALITATIVE .....	27
<i>Méthode de collecte des données :</i> .....	28
<b>VII. RESULTATS .....</b>	<b>29</b>
A. ÉTAT DES LIEUX.....	29
1. <i>Le turnover des personnels de santé</i> .....	29
2. <i>Demande de mutation des personnels de santé dans les zones rurales de la région Fés-Boulemane en 2005, 2006 et 2007</i> .....	32
B. FACTEURS D'INSTABILITE DES PERSONNELS .....	34
1. <i>Description de la population à l'étude</i> .....	34
II. <i>Analyse univariée</i> .....	35
C. RESULTATS DES ENTRETIENS .....	50
1. <i>Facteurs d'instabilité des personnels de santé</i> .....	50
2. <i>approche de changement de comportement pour la mutation</i> .....	52
D. RESULTATS DES FOCUS GROUP .....	53
a. <i>Facteurs liés à l'instabilité des personnels</i> .....	53
b. <i>Les approches de changement des comportements constatés dans les focus groups</i> .....	54
<b>VIII. DISCUSSION .....</b>	<b>55</b>
A. SYNTHÈSE ET INTERPRÉTATION DES RESULTATS.....	55
B. CONFRONTATION DES RESULTATS A LA LITTÉRATURE.....	57
C. LES AVANTAGES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	59
1. <i>Les points forts</i> .....	59
2. <i>Les points faibles</i> .....	59
D. RECOMMANDATIONS .....	60
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>61</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>62</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>65</b>

## Liste des tableaux

Tableau 1. Données démographiques de la région de Fès-Boulemane .....	3
Tableau 2. Infrastructure sanitaire de base dans la région de Fès-Boulemane.....	3
Tableau 3. Turnover (%) des personnels de santé par catégorie et par province année 2005,2006 et 2007 .....	30
Tableau 4. Demande de mutation des personnels des centres de santé ruraux par catégorie et par province année 2005,2006 et 2007.....	32
Tableau 5. Caractéristique de la population à l'étude .....	36
Tableau 6. Analyse du profil du personnel et de la demande de mutation .....	37
Tableau 7. Analyse de l'âge du personnel et la demande de mutation .....	37
Tableau 8. Analyse du sexe du personnel et la demande de mutation .....	38
Tableau 9. Analyse de l'origine du personnel et la demande de mutation .....	38
Tableau 10. Analyse de l'origine du conjoint et la demande de mutation .....	39
Tableau 11. Analyse de la situation matrimoniale et la demande de mutation .....	39
Tableau 12. Analyse du fait d'avoir des enfants et la demande de mutation .....	40
Tableau 13. Analyse du dialecte et la demande de mutation .....	40
Tableau 14. Analyse de l'ancienneté du personnel et la demande de mutation .....	41
Tableau 15. Analyse de la qualité du logement et la demande de mutation .....	42
Tableau 16. Analyse de la qualité de l'école et la demande de mutation.....	43
Tableau 17. Analyse de la scolarisation des enfants et la demande de mutation .....	43
Tableau 18. Analyse de l'infrastructure et la demande de mutation .....	44
Tableau 19. Analyse de la sécurité du personnel et la demande de mutation .....	45
Tableau 20. Analyse de la sécurité du malade et la demande de mutation .....	46
Tableau 21. Analyse de la sécurité du malade et la demande de mutation .....	46
Tableau 22. Analyse du stress et la demande de mutation.....	47
Tableau 23. Analyse de la charge du travail et la demande de mutation .....	48
Tableau 24. Analyse de la routine et la demande de mutation.....	49
Tableau 25. Analyse de la convenance des taches et la demande de mutation .....	49
Tableau 26. Analyse de la convenance des taches et la demande de mutation .....	50
Tableau 27. Analyse de la reconnaissance des supérieurs et la demande de mutation .....	51
Tableau 28. Analyse des variables personnelles .....	67
Tableau 29. Analyse des variables sociales.....	70
Tableau 31 fréquences des thématiques rapportées par l'entretien .....	77

## Liste des figures

Figure 1. Carte de la région Fès-Boulemane .....	2
Figure 2. Ratio médecin pour 1 000 habitants, région de Fès-Boulemane, 2007.....	4
Figure 3. Ratio infirmier pour 1 000 habitants, région de Fès-Boulemane, 2007 .....	4
Figure 4. Modèle de Mobley et al adapté (Morrell et al. 2001) .....	11
Figure 5. Le modèle conceptuel des facteurs explicatifs de Turnover .....	21
Figure 6. Graphique illustrant le turnover dans la province de Boulemane entre 2005 et 2007. ....	31
Figure 7. Graphique illustrant le turnover dans la province de Sefrou entre 2005 et 2007 .....	31
Figure 8. Graphique illustrant le turnover dans la province de Moulay Yaakoub entre 2005 et 2007. ....	31
Figure 9. Graphique montrant la demande de mutation des personnels de santé en milieu rural en pourcentage à la province de Boulemane entre 2005 et 2007 .....	34
Figure 10. Graphique montrant la demande de mutation en pourcentage en milieu rural à la province de Sefrou entre 2005 et 2007 .....	34
Figure 11. Graphique montrant la demande de mutation en pourcentage en milieu rural à la province de Moulay Yaakoub entre 2005 et 2007 .....	35

## Résumé

S'inscrivant dans la revalorisation des ressources humaines d'un contexte marocain, marqué par la rareté relative des ressources humaines et leur distribution inégale à travers le Royaume, notre étude se propose d'identifier les facteurs explicatifs de turnover des personnels de santé dans les zones rurales de la région Fès – Boulemane.

Une approche quantitative a été faite à l'aide d'un questionnaire qui a intéressé un échantillon de 156 personnels de santé exerçant au niveau des centres de santé ruraux de la province de Boulemane, Sefrou et Moulay Yaakoub. Cet échantillon a été composé d'un groupe de 75 personnels qui a rempli la demande de mutation hors province et d'un groupe témoin de 81 personnels stables.

Une approche qualitative a été faite à l'aide d'une grille d'entretien semi-structuré avec les personnels stables, les personnels mutés à la préfecture de Fès et les responsables provinciaux de la région. De même nous avons réalisé 2 focus group à la province de Boulemane et Moulay Yaakoub.

Les principaux résultats de notre étude nous ont montré que certains facteurs ont des relations significatives avec l'instabilité des personnels et d'autres sont non significatives.

Parmi les facteurs qui ont des significations on a trouvé :

- Pour les facteurs personnels : le profil, l'âge, le lieu d'origine du conjoint, le fait d'avoir des enfants, la formation de base et l'ancienneté.
- Pour les facteurs sociaux : la qualité du logement, le fait d'avoir des enfants scolarisés, la présence du cybercafé, la présence des marchés permanents, la distance entre le lieu du travail et le logement, le centre urbain le plus proche et la délégation médicale.
- Pour les facteurs liés au travail : la sécurité des personnels et des malades, le stress, la routine, le travail d'équipe, la communication avec les supérieurs et les collègues.

De même l'étude a révélé 3 approches de changement de comportement : approche par gestion, approche par contrôle et approche par promotion.

Mot-clé : turnover, personnels de santé, milieu rural, facteurs explicatifs, région Fès-Boulemane

## Summury

Enrolling in the revalorization of resources human of a Moroccan context, marked by the relative human resource rarity and their unequal distribution through the Kingdom, our survey, intends to identify the explanatory factors of the turnover of health workers in the rural zones of the region Fès -Boulemane.

A quantitative approach has been made with a questionnaire that interested a sample of 156 personal of health exercising centers at the level rural of the province of Boulemane, Sefrou and Moulay Yaakoub. This sample has been composed of a group of 75 personal that filled the demand of mutation out province and a group witness of 81 steady workers of health.

A qualitative approach has been made with the a semi -structured entrevew grid with the steady personal, personal moved to the prefecture of Fès and the provincial responsible of the region. In the same way we achieved 2 focus groups to the province of Boulemane and Moulay Yaakoub.

The main results of our survey showed us that some factors have some meaningful relations with the instability of personal and others are non meaningful.

Among factors that have significances we found :

The personal factors : the profile, age, the origin of the conjoined, to have children, the formation of basis and the times of exercising in the province.

The social factors : the quality of the lodging, to have the schooled children, the cyber, the market, the distance between the place of work and the lodging, the nearest urban center and the medical delegation.

The factors of work : the security of personal and patients, the stress, the routine, the team work, the communication with superior and colleagues.

In the same way the survey revealed 3 approaches of behavior change : approach by management, approach by control and approach by promotion.

Key word : turnover, personal of health, rural zone, explanatory factors, Fès-Boulemane region,

## Introduction

Ces quinze dernières années, le Maroc a fait des efforts très importants en matière d'encadrement médical en doublant le nombre des médecins (secteur public et privé) par habitant de 0,25‰ en 1990 à 0,56‰ en 2005 (Ministère de la Santé du Maroc, 2006) dont 53 % sont des spécialistes concentrés (surtout secteur privé) dans la région du Grand Casablanca et celle de Rabat-Salé Zemmour-Zaer.

Parallèlement, le nombre d'infirmiers par habitants a diminué de 0,95 ‰ en 1995 à 0,85‰ en 2005) avec un ratio de 1,5 infirmier/médecin (Ministère de la Santé du Maroc, 2007).

Malgré ces efforts, le contexte marocain reste marqué par la rareté relative des ressources humaines et leur distribution inégale dans le pays.

Pour revaloriser le service public, le Maroc, comme d'autres pays, a engagé un certain nombre de chantiers de réformes. L'un des axes stratégiques de la réforme engagée par le gouvernement est la valorisation des ressources humaines.

En outre, la région Fès- Boulemane est parmi les régions les plus touchées par le problème de disparité des personnels de santé entre milieu urbain et milieu rural à la suite d'un turnover important en milieu rural.

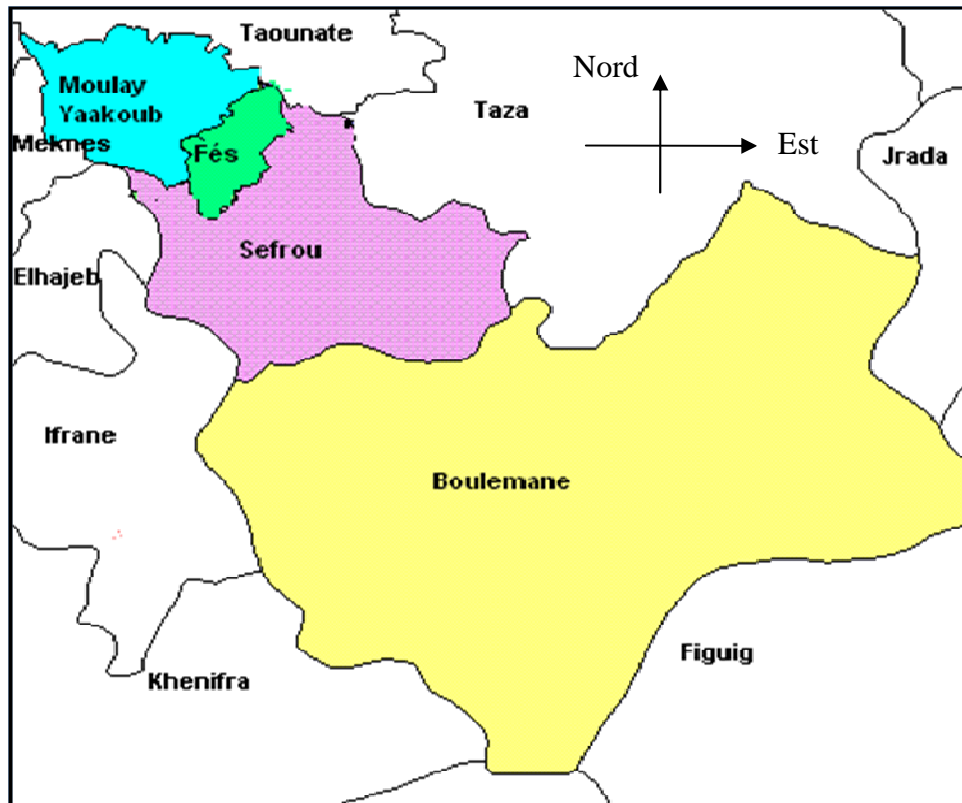
En effet, en 2007 dans la région Fès -Boulemane, le ratio médecin pour 1 000 habitants en milieu urbain (0,72‰) dépasse 9 fois plus que ce lui en milieu rural (0,137‰) et le ratio infirmier pour 1 000 habitants en milieu urbain dépasse 5 fois plus que ce lui en milieu rural (Ministère de la santé du Maroc, 2007).

D'où l'intérêt de mener, dans la région Fès-Boulemane, une étude sur les facteurs explicatifs du turnover des personnels de santé afin qu'on puisse déceler leurs degrés de motivation à travailler en milieu rural.

## I. Contexte de l'étude

La région de Fès-Boulemane est composée de trois provinces et une préfecture : la préfecture de Fès (chef-lieu de la région) ; la province de Moulay Yaakoub ; la province de Sefrou ; la province de Boulemane (Figure 1).

FIGURE 1. CARTE DE LA REGION FES-BOULEMANE



La population de la région de Fès-Boulemane est estimée à 1 636 557 habitants dont 27 % en milieu rural (Ministère de la Santé du Maroc, 2007). (Tableau 1).

**TABLEAU 1. DONNEES DEMOGRAPHIQUES DE LA REGION DE FES-BOULEMANE**

Provinces/Préfecture	Urbain		Rural		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Fès	1 004 548	98	24 009	2	1 028 557	100
Moulay Yaakoub	3 000	2	152 000	98	155 000	100
Sefrou	125 000	47	139 000	52	264 000	100
Boulemane	56 000	30	133 000	70	189 000	100
Région	1 188 548	72	448 009	27	1 636 557	100

En ce qui concerne l'infrastructure sanitaire publique de base, la région dispose de 8 hôpitaux et de 123 établissements de soins de santé de base répartis en 46 établissements en milieu urbain et 77 en milieu rural. (Voir Tableau 2).

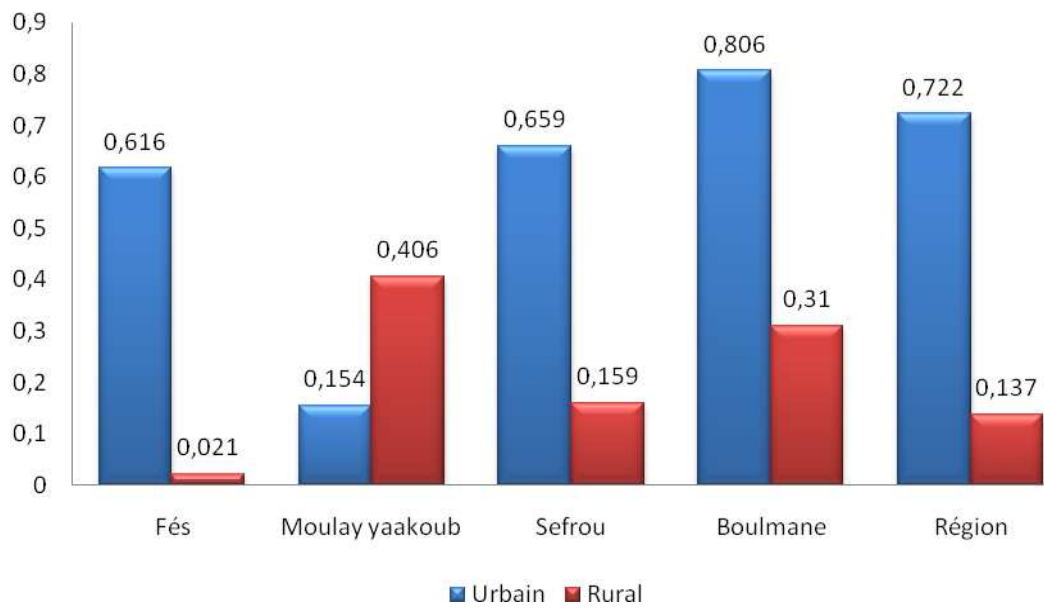
**TABLEAU 2. INFRASTRUCTURE SANITAIRE DE BASE DANS LA REGION DE FES-BOULEMANE**

Provinces/Préfecture	Hôpital	ESSB		
		Urbain	Rural	Total
Fès	5	33	5	38
Boulemane	2	4	34	38
Sefrou	1	8	23	31
Moulay Yaakoub	0	1	15	16
Région Fès -Boulemane	8	46	77	123

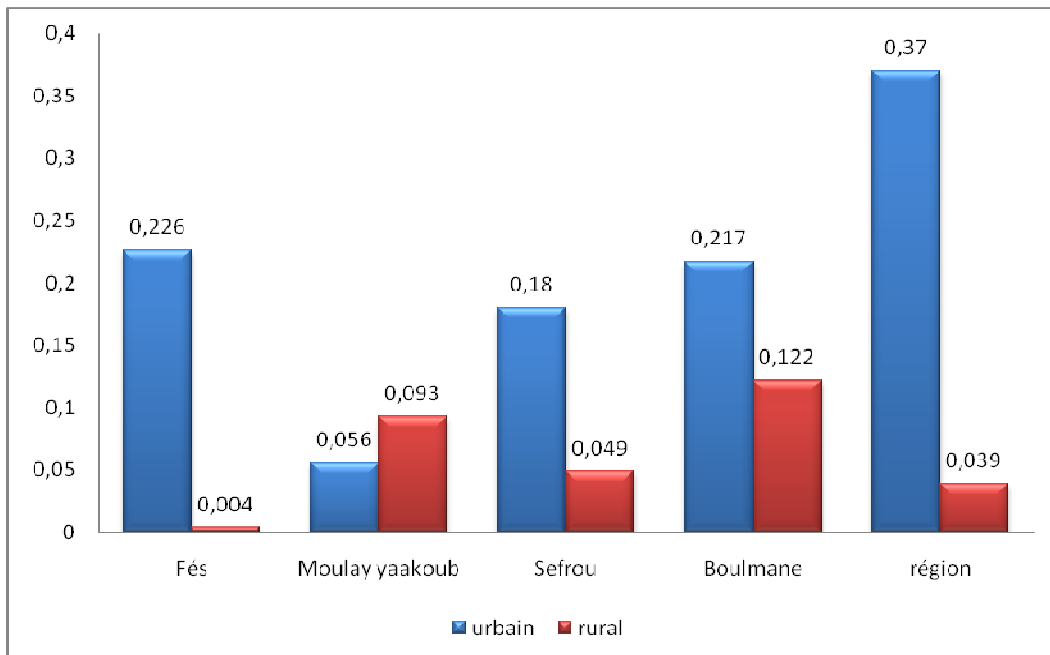
Pour la répartition des médecins et des infirmiers au niveau de la région, nous constatons qu'en 2007 dans la région de Fès-Boulemane, le ratio médecin pour 1 000 habitants varie de 0,15‰ à Moulay Yaakoub, 0,23‰ à Fès et Sefrou et 0,34‰ à Boulemane. Le ratio infirmier pour 1 000 habitants varie de 0,56 ‰ à Moulay Yaakoub, 0,64‰ à Fès, 0,82 ‰ à Sefrou et 1,12 ‰ à Boulemane (Ministère de la santé, 2007).

Figure 3 ).

**FIGURE 2. RATIO MEDECIN POUR 1 000 HABITANTS, REGION DE FES-BOULEMANE, 2007**



**FIGURE 3. RATIO INFIRMIER POUR 1 000 HABITANTS, REGION DE FES-BOULEMANE, 2007**



## **II. État des connaissances**

La crise des ressources humaines, notamment en prestataires de soins (médecins et infirmiers), est manifeste dans les pays à faibles revenus. Parmi les facteurs qui contribuent à cette crise, on trouve la mauvaise distribution géographique des ressources humaines et la baisse de leur productivité. Une évaluation de cette crise dans certains pays tels que la Zambie, le Ghana et le Zimbabwe a révélé une perte entre 15 à 40 % des ressources humaines par an (Rolf et *al.* 2008).

S'ajoute à cette pénurie l'inégalité de la distribution géographique des personnels de santé qui se pose dans tous les pays, aussi bien les pays riches que les pays à faibles revenus. Il y a une inquiétude à l'échelle internationale quant à la détérioration des services de santé publique dans les zones rurales et défavorisés causant une injustice sociale en termes d'accessibilité au service de soins (Rolf et *al.* 2008). Malgré les stratégies implantées pour alléger cette situation et réconcilier les milieux rural et urbain, l'inégalité géographique persiste et s'accroît même, contribuant au déséquilibre de la balance économique et sociale entre les régions.

A la lumière de cette situation problématique, le turnover s'impose comme indicateur de la mobilité professionnelle, ce qui nous amène à éclaircir le concept de turnover ainsi que les courants qui l'ont abordé.

### ***II.1. Le concept de turnover***

On peut définir le turnover sur le plan sémantique comme étant « une rotation ou un roulement avec ou sans remplacements partiels », au sens de faire « tourner » un stock ou du personnel ; de même, le turnover peut désigner une rotation de l'emploi ou le renouvellement du personnel (futura-sciences .2005)

Nous allons décrire les grands courants classiques qui ont abordé ce concept notamment l'école psychologique et l'école économique (Morrell et *al.* 2001).

Devant la dichotomie entre les justifications explicatives de ces 2 écoles, certains auteurs proposent d'autres axiomes loin des modèles économiques de base ou du

modèle de marché ou même les modèles qui sont fondés uniquement sur le capital humain ou intellectuel.

## **1. L'ECOLE PSYCHOLOGIQUE**

### ***a. Le modèle de Marsh et Simon***

Marsh et Simon indiquent dans leur modèle que la satisfaction dans le travail est un levier principal pour l'employé. Ce modèle est basé sur la théorie de « l'équilibre des organisations » tracé par Barnard (1938). Il est décrit comme un équilibre entre l'organisation et ses employés vis-à-vis des motifs et des contributions qui garantissent la survie de l'organisation. L'organisation offre les salaires et encourage les employés à participer et contribuer au travail. Quand ces motifs augmentent, le pourcentage de turnover diminue et vice versa. Le turnover est déterminé par le caractère désirable de l'employé lié à la satisfaction dans le travail et par le caractère facilitateur quand il existe des opportunités ou des alternatives.

### ***b. Le modèle causal de Price et Mueller 1986***

Ce modèle met l'accent sur l'analyse des déterminants causaux en mettant une relation causale entre les variables indépendantes, telle que la routinisation, et la variable dépendante, le turnover. Il s'intéresse à une liste mutuellement complète des déterminants exclusifs et exhaustifs afin d'étudier efficacement le phénomène de turnover.

Parmi les avantages de ce modèle, c'est qu'il nous permet de visualiser les déterminants hypothétiques et empiriques afin d'expliquer la décision de l'employé à quitter l'organisation. Ce modèle est fondé sur des supports empiriques traitant le processus de turnover d'une façon implicite et ne peut être rigoureux dans sa réalité vu sa complexité et son abstraction.

### ***c. Le modèle étendu de Mobley Griffeth, Main et de Meglino 1979***

Ce modèle se base sur l'intention de quitter comme précurseur de turnover. Il inclut de multiples variables liées à l'organisation, l'environnement et l'individu. Ce modèle suggère quatre déterminants principaux de turnover, à savoir la satisfaction dans le

travail, les alternatives dans l'organisation, l'attente d'alternatives à l'extérieur de l'organisation, et les valeurs personnelles.

La base théorique de ce modèle repose sur la construction de la satisfaction dans le travail renforcé par une évaluation individualisée du travail et sa comparaison avec les valeurs personnelles. Chaque employé a un niveau de valeur différent des autres, ce qui différencie même le turnover. Un employé peut trouver la routine comme source de mécontentement, d'autres voient la routine comme une opportunité de stabilité.

Ce modèle quantifie et mesure les variables liées à la perception des employés telle que la justice.

#### ***d) Le modèle de la catastrophe (Sheridan et Abelson 1983)***

Ce modèle affirme que le Turnover est lié à un comportement qualitatif de l'employé qui décide de cesser à son travail. Dans ce cas, le turnover est considéré comme une variable discontinue caractérisée par un changement lent et d'une durée longue. Ce temps suffisant reflète l'idée que les employés essaient de rester dans leur emploi aussi longtemps que possible mais une fois que le niveau d'épuisement se trouve au seuil maximal il décide de quitter l'organisation.

En mettant l'accent sur l'environnement lié à l'organisation du travail en termes de satisfaction et de motivation de l'employé, ces modèles prennent leur place dans la détermination du Turnover des personnels de santé au niveau des zones rurales de la région Fès-Boulemane.

## **2. L'ECOLE ECONOMIQUE**

#### ***a. Le modèle des marchés (Bosworth, Dawkins et Stromback 1996)***

Ce modèle définit le marché comme un échange entre acheteur et vendeur qui se mettent en accord un prix. L'acheteur, dans ce cas, est l'organisation, le vendeur est l'employé, le prix consenti est le salaire en échange d'un volume donné de services.

Le modèle met l'accent sur la relation entre employeur et employé en considérant que l'emploi est une série de transactions. Il se forge sur une analyse rigoureuse et simple après des suppositions qui doivent être faites, telles que l'obligation d'un contrat entre

employeur et employé, ce qui signifie que chacun doit prendre des informations des autres. Les variables de ce modèle sont quantifiables et mesurables mais après un accord et une communication entre employeur et employé.

***b) la Théorie de recherche (Kirschenbaum et Weisberg 1994)***

La connaissance imparfaite de l'état du marché du travail a engendré la théorie de recherche en fonction du nombre d'acteurs et du volume de travail disponible.

L'idée de cette théorie est que la recherche produit une série d'alternatives comparées à celles attendues dans le travail. Elles sont vues comme un précurseur de quitter l'organisation.

Ce modèle suggère qu'il peut y avoir deux étapes à la recherche du travail. Une étape passive représentée par l'habitude normale sans aucun coût appelé « vente des opportunités » et une étape active représentée par un investissement dans la recherche d'un emploi associé à un coût.

La recherche passive décrit des situations dans lesquelles les employés répartissent périodiquement les opportunités alternatives et établissent leur propre valeur de marché, sans projeter le turnover. Dans ce cas, l'employé a l'avantage de négocier avec son patron source de satisfaction.

Les opportunités seraient utilisées par une mesure objective d'opportunité basée sur un modèle d'interaction entre le marché du travail et la dimension d'organisation.

(Hulin et *al.* 1985) souligne trois chemins dans l'influence de l'opportunité de l'emploi sur le Turnover, soit directement sans interaction, soit par la perception de l'opportunité à la recherche de travail.

***c) Le modèle de l'étendue du marché***

Il est nécessaire de définir l'étendue du marché, si nous souhaitons répartir son impact sur l'emploi, sur une région géographique, ou sur un secteur.

Même si les suppositions entre employeur et employé concernant la communication et le consentement étaient établies, on doit étendre la notion de marché du travail car la dimension du marché n'est pas universellement définie et délimitée.

### **3. LES THEORIES DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT DES INDIVIDUS**

Vu l'importance de ces théories dans le changement de la décision des employés de quitter ou de rester dans une organisation, nous allons donner un aperçu des différentes théories de changement de comportement des individus (Rowe et *al.* 2005).

#### ***a. Théorie de l'apprentissage de l'adulte***

Dans cette théorie, le changement des individus se produit à travers leurs expériences personnelles dans la résolution de leurs problèmes.

Cette théorie suggère que les interventions de changement des comportements sont basées sur le développement des directives tracées par le consensus local et l'interaction entre les petits groupes.

#### ***b. Théorie de promotion de la santé, d'innovation, et de marketing social***

Cette théorie suggère que le changement du comportement se fait à travers des messages clairs, des produits attirants qui vont satisfaire le besoin de l'individu.

Les interventions, dans ce cas, doivent porter sur l'estimation des besoins et leur adaptation au changement ; ceci est réalisé par l'élaboration de messages clairs à travers plusieurs canaux.

#### ***c. Théorie du comportement et de l'apprentissage.***

Dans ce cas, cette théorie se base sur le fait que les comportements sont les résultats de stimuli externes. L'intervention consiste à modeler correctement les performances et à établir des mesures incitatives et de sanction.

***d. Théorie de l'apprentissage social et de l'innovation, théories du pouvoir et de l'influence sociale***

Le changement se produit à travers l'interaction avec les gens influents en développant de nouvelles normes sociales. Dans cette théorie, l'intervention se base sur le respect de l'opinion des leaders, des pairs.

***e. Théorie de la gestion des systèmes,***

Cette théorie montre que l'amélioration de la gestion des systèmes peut prévenir les erreurs. L'intervention dans ce cas est basée sur l'approche de la qualité totale et l'amélioration des services.

***f. L'approche de contrôle***

Le changement, dans ce cas, se produit par la pression et le contrôle à travers une série de procédures présentées par les lois, le règlement, l'autorisation, les budgétisations, les plaintes et les poursuites légales.

***g. La théorie de changement par étapes (PRECEDE)***

Cette théorie conçoit que l'individu traverse des étapes telles que : la prédisposition au changement, le renforcement de cette prédisposition, la préparation pour le changement et l'action.

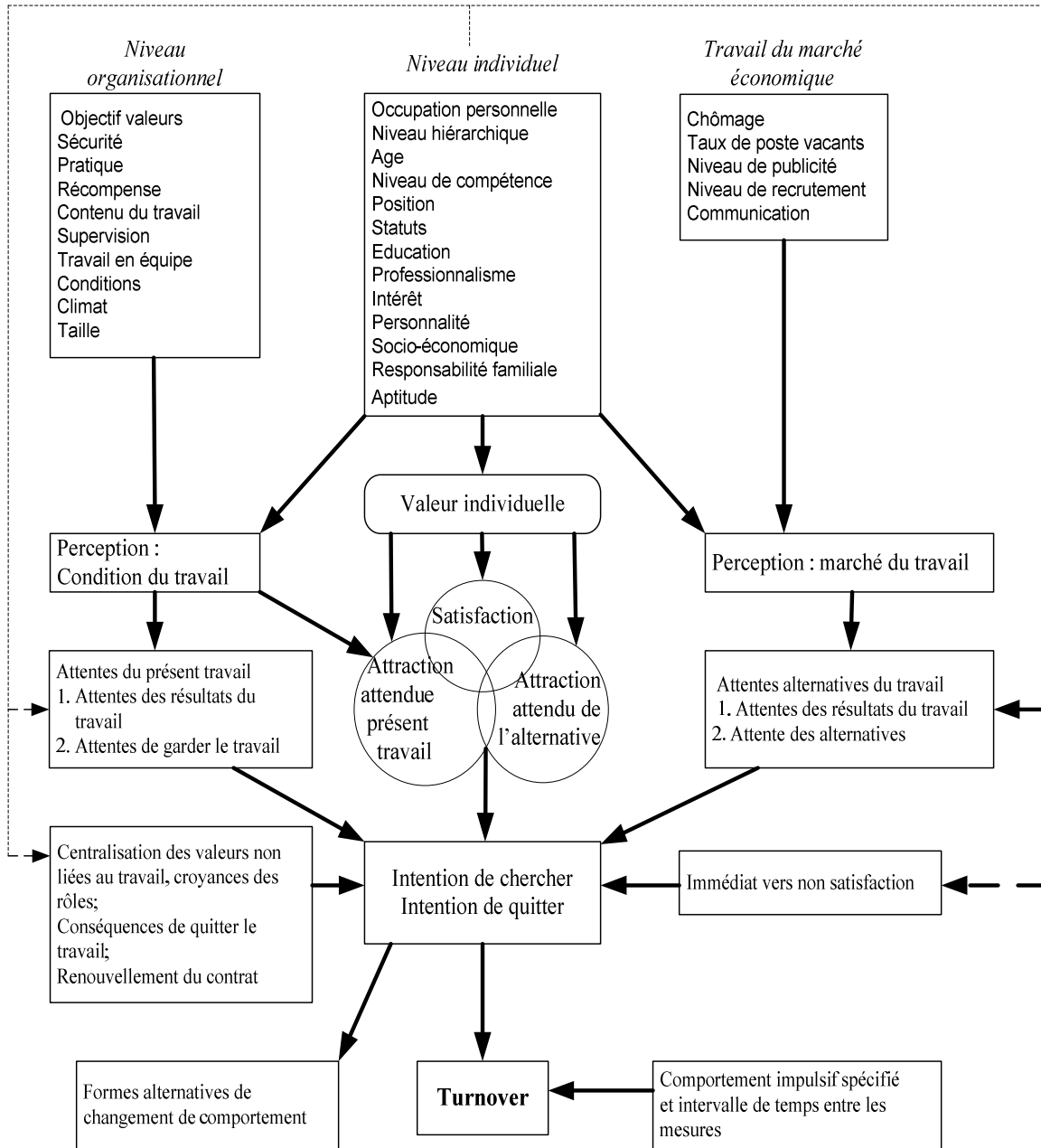


FIGURE 4. MODELE DE MOBLEY ET AL ADAPTE (MORRELL ET AL. 2001)

## **II.2. Les facteurs explicatifs de Turnover du personnel de santé**

Les facteurs de mauvaise répartition du personnel de santé ont été abordés dans plusieurs études au niveau de pays comme le Canada, les Etats-Unis, le Royaume-Uni, l'Australie, la France et quelques pays d'Afrique australe. D'autres études ont traité d'une façon générale la mauvaise répartition des ouvriers au niveau de Taiwan et du Mexique.

La plupart de ces études ont traité la mauvaise répartition géographique des personnels en catégorisant les professionnels de santé en médecins et infirmiers et d'une façon limitée. Malgré cette difficulté de grouper la littérature, nous avons essayé de recenser les études concernant l'instabilité du personnel de santé. Cependant, nous n'avons pas trouvé beaucoup des études concernant les facteurs d'instabilité des personnels dans notre pays.

Les facteurs d'instabilité du personnel de santé, selon (Humphreys et *al.* 2001) cité par Joseph et *al.* 2004), sont liés aux facteurs dits internes (besoins personnels, professionnels et familiaux) et aux facteurs dits externes (géographiques, sociaux, communautaires et relatifs à la pratique médicale caractéristique du milieu).

### **1. FACTEURS PERSONNELS.**

#### ***a. Le sexe***

Plusieurs auteurs ont mentionné que le sexe constitue un facteur d'instabilité du personnel de santé. Même, certains d'entre eux ont proposé de prendre en considération la notion du sexe comme facteur essentiel dans la répartition géographique des personnels de santé, notamment les médecins car il y aura une féminisation progressive de la profession médicale dans les prochaines années.

Cependant, (Sempowski et *al.* 2002) ont montré que le sexe semblait avoir une influence négligeable sur les taux de rotation du personnel, mais ils ont comparé les caractéristiques des médecins ayant pratiqué dans des localités rurales de l'Ontario. Les médecins qui avaient quitté après plus de sept ans étaient davantage de sexe masculin.

D'autres auteurs ont mentionné que la notion du sexe n'avait aucune influence sur l'instabilité des personnels (Tai. et *al.* 1998).

### ***b. L'âge***

La majorité des auteurs ont montré la relation inverse entre l'âge et l'instabilité des personnels. Le facteur âge fait partie des évidences pour plusieurs auteurs. C'est ainsi que (Hayesa et *al.* 2006) ont noté dans leur étude que la relation inverse entre l'âge et l'instabilité des personnels a été démontrée il y a plusieurs années.

De même (Iverson, 2000) rejoint cette opinion et a souligné que les employés qui ont le plus d'années de service ont fait les plus grands investissements dans leurs organisations.

L'effet du variable âge sur la stabilité des personnels de santé, notamment les médecins, a été évoqué par (Bilodeau, 1986) mais à faible degré.

### ***c. La responsabilité familiale***

Plusieurs auteurs, selon le rapport de sous-comité de la recherche (2003) rapportent que la stabilité des personnels est liée au cadre de la vie familiale, à la proximité de la famille, au travail du conjoint, et à la scolarité des enfants.

Les facteurs primordiaux recensés par (Bourgueil et *al.* 2006) dans le choix des lieux géographiques et de la stabilité du personnel sont les conditions et les modes de vie, notamment les activités des conjoints, l'éducation des enfants et les services de proximité. Pour autant, ces variables sont peu l'objet de l'intérêt de la part des acteurs politiques dans de nombreux pays (Rabinowitz et *al.* 1999, 2001, 2005 ; Kamien, 1998 ; Felix, 2004).

La relation entre la responsabilité familiale et la stabilité des personnels a été rapportée par plusieurs auteurs quoique (Iverson, 2000) cité par (Hayesa et *al.* 2006) ait indiqué qu'il y a un support fort dans la littérature en faveur d'un rapport négatif entre cette variable et le turnover. Les employés qui ont les plus hautes responsabilités familiales sont les plus dépendants de l'organisation. Leur stabilité réside dans la réalisation des besoins financiers.

La variable responsabilité familiale est centrée sur une combinaison de facteurs qui laisse l'employé très dépendant de son organisation.

C'est ainsi que (Carmen et *al.* 2006) ont souligné que les mesures de soutien familial jouent un rôle décisif dans la stabilité consolidant l'étude de (Calman et *al.* 2004) qui évoquait que les décisions des époux (se) et de leurs enfants interviennent dans les décisions de rester ou de ne pas rester dans les régions rurales.

Par ailleurs, (Maertz et *al.* 2001) ont montré que la satisfaction au travail résulte de la compensation adéquate par le soutien de la famille, des enfants, la flexibilité en dehors des activités et le développement de l'opportunité d'un travail harmonieux. C'est ainsi que la grande responsabilité familiale, la grande distance entre la maison et le lieu du travail, l'horaire de travail non adapté favorise le turnover des employés.

#### ***d. Le lieu d'origine***

Le lieu d'origine des professionnels de santé fait partie des facteurs qui ont la plus forte attraction pour les professionnels à exercer dans les zones éloignées.

Une connaissance antérieure de la région ou de ses habitants se révèle un facteur influent au niveau de l'attraction une région rurale (Bilodeau et *al.* 2006). L'origine plus particulièrement du conjoint et ses préférences à l'égard du milieu de vie ont été largement étudiées par les auteurs.

Certains auteurs proposent même de la formation initiale spécifique aux originaires de la région selon le rapport du sous-comité de la recherche du Canada (2003).

#### ***e. La culture et le dialecte***

La culture du personnel affecte son degré d'insertion dans la communauté en provoquant soit son isolement social soit son intégration.

L'étude de (Calman et *al.* 2004) a souligné que l'isolement social dans les régions rurales et le manque de conditions d'aménagement pour un cadre de vie satisfaisant sont des facteurs d'instabilité du personnel. L'ambiance sociale et le bon entretien de la qualité de vie se combinent pour attirer les personnels dans les zones mal desservies. L'isolement de ces régions rurales affecte leur devenir économique et accroît leur disparité avec le milieu urbain. (Hadley, 1995) ajoute dans ses études que la connaissance du dialecte de la population favorise la stabilité du personnel.

### *f. La formation*

Selon plusieurs auteurs (Bloor & Maynar, 2003 ; Cooper, 2004) l'augmentation des effectifs globaux de professionnels de santé formés, dans une optique de saturation de l'offre dans les zones attractives et d'exacerbation de la concurrence, ne constitue pas une solution au problème de la mauvaise distribution. Les exemples des pays développés tels que le Canada, les Etats-Unis ou le Royaume-Uni sont assez clairs puisque, malgré une augmentation de la densité médicale en trente ans dans chacun de ces pays, les problèmes de répartition géographique n'ont pas été résolus.

Mais certains auteurs (cités par le rapport de sous-comité de la recherche du Canada, (2003) indiquent que la formation initiale spécifique aux zones rurales semble pertinente pour la stabilité des personnels.

D'autres auteurs ont souligné que la stabilité des personnels dans le milieu rural est conditionnée par les formations (Zina. et al. 2007).

## **2. FACTEURS LIES AU TRAVAIL**

Dans une abondante revue de littérature sur la question de la stabilité des personnels, (Humphreys et al. 2002) (cité par Simar & Shenden, 2004) ont réalisé une enquête auprès de plus de 600 médecins généralistes exerçant dans les régions rurales et éloignées d'Australie. Le résultat le plus marquant de cette étude, c'est que les facteurs d'ordre professionnel (le soutien des pairs, le système de garde et la diversité de la pratique médicale) ont un effet plus déterminant que les facteurs d'ordre personnel ou environnemental.

L'étude de (Humphreys et al. 2002) consolide l'étude de (Kamien, 1998) faites sur les médecins pratiquant dans les zones rurales d'Australie. Cette étude a révélé que les facteurs d'instabilité étaient la charge du travail, le manque de contacts professionnels, la diminution des équipements médicaux et le manque de soutien des spécialistes en urgence.

L'étude de (Tail et al. 1998) a révélé que l'augmentation de la récompense au travail agit sur la diminution du coût et par la suite sur l'instabilité de l'employé.

❖ ***Facteurs liés à la récompense au travail (Hayesa et al. 2006)***

- ✓ L'autonomie : a été décrite abondamment dans la littérature par (Hom & Griffeth, 1995) et (Iverson, 1996). Selon (Miller et al. 1990) et (Ray et al. 1991), un haut degré d'autonomie suppose amortir le stress au travail.
- ✓ La justice décrite par (Price et Muller 1981, 1986) est caractérisée par le degré de la récompense et de la sanction en rapport avec la performance dans le travail. La justice est un facteur de motivation dans le travail qui peut agir sur l'instabilité des personnels.
- ✓ Le soutien des collègues, des supérieurs : les études faites dans ce domaine montrent que ces variables diminuent l'instabilité des employés (Price et Mueller, 1986).
- ✓ Les incitations financières présentées sous forme de prêts aux conditions préférentielles, voir de rachat de prêt lorsque les études sont payantes, ne semblent pas avoir un effet sur la stabilité des personnels (Calman et al.2004) ; (Pathman et al. 2004) ; (Holmes, 2004). En effet, des mesures de majoration de rémunération ont été adoptées notamment dans la province canadienne du Québec (Bilodeau et al. 2003), au Royaume-Uni (Sibbald 2005), aux Etats-Unis (Calman & Hauser, 2004) ou en Australie (Gavel, 2004) pour diminuer l'instabilité des personnels de santé dans les zones rurales, mais elles ont eu une influence modérée à court terme et très faible à long terme, alors que les coûts associés étaient élevés. Certains auteurs (Maertz. et al. 2003) indiquent que la rémunération majorée est classée au rang des avantages dont profiteront les personnels de santé globalement, mais il est important de souligner que les primes et autres avantages spécifiques à la stabilité sont seulement des bonus et des outils de confort. Tandis que (Baumann et al. 2001) et (Gagné et al, 2003) soulignent que la rémunération dans la pratique infirmière, est liée à la satisfaction dans le travail.

❖ ***Facteurs liés au coût du travail (Hayesa et al. 2006)***

- ✓ La routinisation : L'étude de (Brooke et al. 1989), (Iverson et al. 1995) et (Boyer et al. 1994), a indiqué que ce variable été associé avec l'absentéisme et le turnover à un haut degré.
- ✓ L'ambiguïté des tâches et le conflit du rôle sont sources de stress dans le travail.
- ✓ L'épuisement émotionnel selon (Maslach & Jackson 1981), (Miller et al. 1990) est une condition chronique résultante du stress au travail. Il est fréquemment trouvé dans les organisations où les employés sont en contact direct avec le public, tel que dans les hôpitaux.
- ✓ L'incompétence mesurée par le taux de la blessure (Viscusi, 1979) et le taux de l'absentéisme (Allen, 1981) augmente l'instabilité.

❖ ***Facteurs liés à l'organisation du travail***

- ✓ l'innovation, la mise en place des équipes et la qualité du travail (Morin, 2007). Leur attribue est conditionnée par le bon environnement du travail ; l'application des normes ; l'éthique ; les avantages sociaux ; le défi professionnel ; la gestion des compétences et la familiarité au travail.
- ✓ La communication, le niveau de centralisation, la répétition du travail, l'amitié des coéquipiers, l'équité dan distributions du salaire et des promotions (Terence et al. 2001).
- ✓ La charge du travail : L'étude de (Baumann et al. 2001) a révélé que la satisfaction au travail s'améliore lorsqu'il y a une bonne gestion de la charge du travail.  
Dans le même sens le comité de recherche sur les facteurs d'attractions et de stabilité des infirmiers au Québec en 2003 (Bilodeau, 1986) a montré l'existence de la relation d'une part entre l'organisation du travail et d'autre part à la surcharge de travail et l'aménagement du temps de travail.
- ✓ Le stresse au travail : (Cheryl, 2005) a montré que le stress au travail précède le turnover des infirmiers appuyant dans ce cas l'étude de (Kendall, 2003) (qui montre l'existence d'une signification d'une part entre la satisfaction au travail et d'autre

part le niveau de stress au travail, de l'épuisement professionnel, de la qualité des soins et de la satisfaction des patients.

D'une façon générale, toutes les études réalisées sur les facteurs de satisfaction des infirmières vont dans le même sens (Kendall, 2003)

### *Autres variables liées à l'organisation du travail*

Certaines enquêtes menées au Canada par un groupe de chercheurs (Kendall, 2003) ont mis l'accent sur de leadership et de la gestion des ressources humaines comme facteurs attractifs.

Cette attraction ne peut y avoir sans climat de sécurité, d'apprentissage et de leadership (Baumann et al. 2007).

### **3. FACTEURS SOCIAUX**

Une condition nécessaire pour la stabilité des personnels a été évoquée par (Cutchin, 1997) (Zina et al. 2007) qui a introduit la notion de l'intégration au milieu rural comme variable.

Dans ce postulat Cutchin a jugé six facteurs les plus importants parmi les 18 qui agissent sur la stabilité.

Ils sont représentés par la disponibilité des équipes en cas de remplacement, la qualité des écoles locales, la compatibilité avec la communauté médicale, la qualité du logement, la possibilité de consulter des spécialistes par téléphone et la disponibilité des médecins.

(Couffinhal et al. 2002) de leurs cotés, ont souligné dans leurs études que la mobilité des personnels du milieu rural vers l'urbain se fait à cause de la qualité de vie et l'équipement existant dans les villes.

(Martin, 2005) a avancé dans son étude en évoquant que la stabilité des personnels est une variable liée aux déterminants structurels représentés par la richesse de la communauté, la stratification sociale, la structure de l'emploi et les mécanismes de redistributions de la richesse de la communauté. Ces mêmes déterminants sont

conditionnés par des déterminants proximaux représentés par les conditions du travail, les conditions de vie, l'habitude de vie et accès à la technologie médicale.

En fin (Calman et *al.* 2004) combinent l'ambiance et la qualité de vie traduites par une population de taille suffisante, un cadre géographique attrayant maintenir la stabilité.

### **II.3. Le coût de turnover**

Savoir le coût de turnover, nous permet de conclure l'importance d'investir dans la rétention des employés. Smith et Watkins (Pinkovitz, Moskal, Green .2006) ont rapporté 3 catégories de coûts liés au turnover : le coût lié à la séparation, le coût lié au remplacement et le coût lié à la formation.

Ces coûts rapportés sont tangibles et mesurables ; mais il existe d'autres coûts intangibles difficiles à mesurer. Ces coûts intangibles sont représentés par le stress et la grande pression du travail sur l'employé à la suite du départ d'un employé.

Le turnover d'un employé peut coûter (Nierman 2001) 55 % du salaire annuel de l'employé.

### **III. Le modèle conceptuel**

Dans notre modèle conceptuel on va s'inspirer des trois modèles tout en l'adaptant à notre contexte :

- ❖ Le modèle de (Mobley & Meglino, 1979) qui met l'accent sur les valeurs individuelles et organisationnelles concernant la décision de quitter ou de rester dans l'organisation.
- ❖ Le modèle de (Iverson, 2000) qui introduit la notion des variables liées au coût, la récompense et organisation du travail.

- ❖ Le modèle (d'Humphreys, 2001) qui met la relation de turnover aux facteurs dits internes (besoins personnels, professionnels et familiale) et aux facteurs dits externes (géographiques, sociaux, communautaires et relatifs à la pratique médicale caractéristique du milieu).

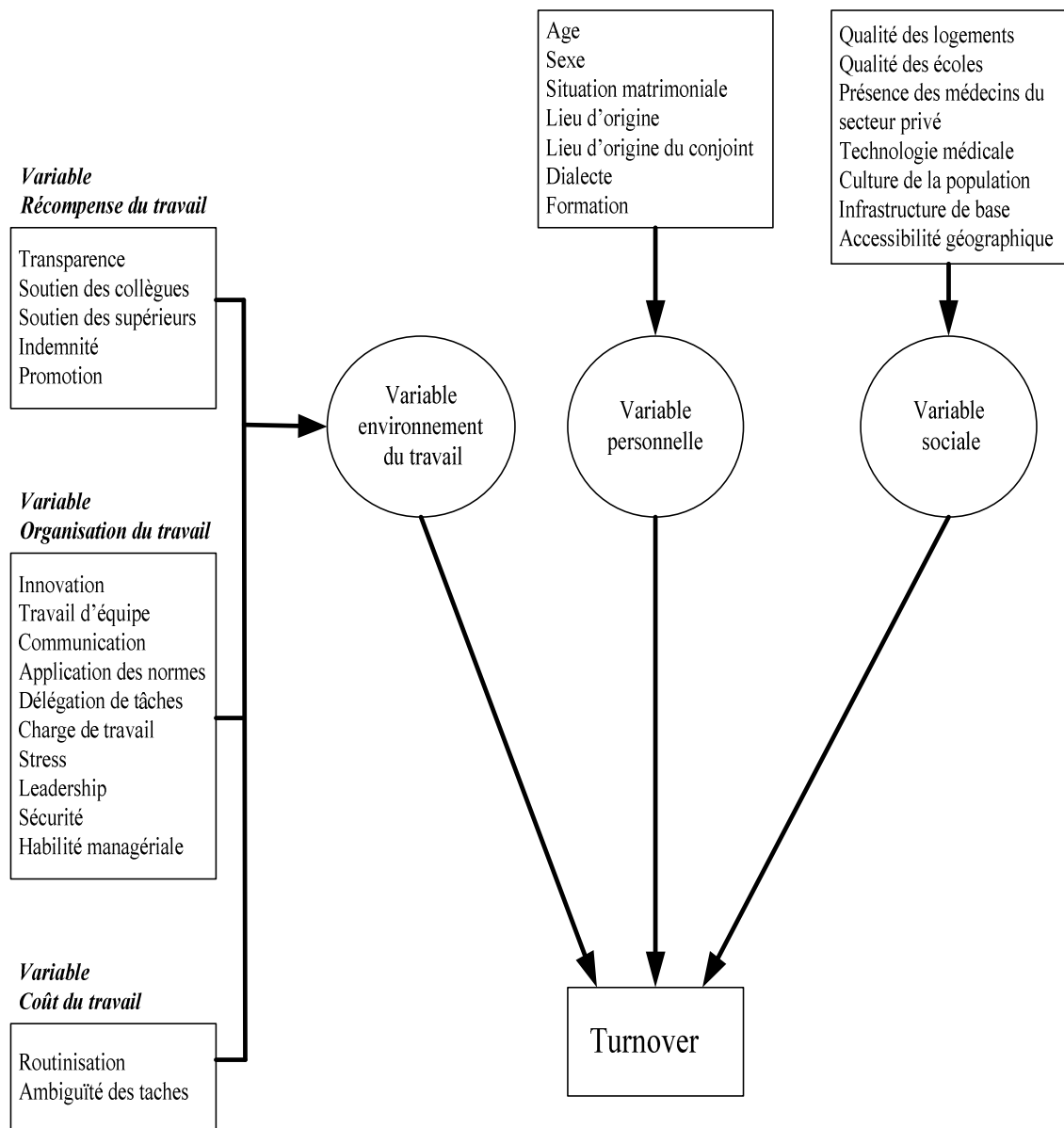


FIGURE 5. LE MODELE CONCEPTUEL DES FACTEURS EXPLICATIFS DE TURNOVER

## **VI. Objectif de l'étude**

### ***A. Objectif général.***

Déterminer les facteurs explicatifs de turnover des personnels de santé dans les zones rurales de la région Fès-Boulemane.

### ***B. Objectifs spécifiques.***

- ✓ Décrire l'état des lieux du turnover des personnels de santé dans les zones rurales de la région Fès-Boulemane.
- ✓ Déterminer les facteurs personnels, liés au travail et sociaux qui agissent sur le turnover des personnels de santé dans le milieu rural de la région Fès-Boulemane.
- ✓ Ressortir les facteurs sur lesquels on peut agir.

## **V. Question de recherche**

- ✓ Quels sont les types de facteurs – et leur ampleur — qui influencent le turnover à Fès-Boulemane ?
- ✓ Et que peut-on espérer d'un meilleur contrôle des facteurs liés à l'environnement de travail ?

## **VI. Méthodologie de travail.**

L'étude a compris deux approches : quantitative et qualitative.

### ***A. Approche quantitative***

#### **1. DEVIS DE L'ETUDE**

Il s'agit d'une étude à visée descriptive.

## **2. LA POPULATION ETUDIEE**

Notre population à l'étude est constituée par l'ensemble des personnels des centres de santé ruraux de la région Fès-Boulemane qui ont rempli le formulaire de la demande de mutation hors province en 2005,2006 et 2007 selon la circulaire ministérielle N° 006361 du 23. Mars 2005.

### ***- Critères d'inclusion***

Nous avons inclus , dans notre étude, les médecins et les infirmiers des centres de santé ruraux de la province Boulemane, Sefrou et Moulay Yaakoub qui ont rempli les demandes de mutations hors province en 2005, 2006 et 2007 .

### ***-Critère d'exclusion***

Nous avons exclu de notre étude :

- Les médecins et les infirmiers qui ont été absents au moment de la diffusion du questionnaire ou ceux qui ont été en congé administratif ou de maladie.
- Les médecins et les infirmiers des centres de santé ruraux de la préfecture Fès.
- Les médecins et les infirmiers mutés en dehors de la préfecture de Fès.

### ***-Taille la population :***

La taille de la population a été répartie en 2 catégories :

- D'une part, tous les personnels des centres de santé ruraux qui ont demandé la mutation hors province en 2005,2006 et 2007, soit 76 personnels.
- D'autre part, un groupe témoin constitué de tous les personnels stables et éligibles face à la demande de mutation hors province, soit 95 personnels.

## **3. METHODE DE COLLECTE DES DONNEES**

Étant donné que notre étude a pour objet de quantifier les variables personnelles, sociales et celles liés au travail, nous avons utilisé l'approche quantitative.

Pour mieux collecter les données, nous avons exploré les documents administratifs et les dossiers du personnel dans les trois provinces. Ensuite, nous avons élaboré un

questionnaire qui a mis plusieurs étapes dans sa construction et sa validation afin de quantifier et d'explorer les facteurs d'instabilité.

C'est ainsi, nous nous sommes référés, dans un premier temps, à la littérature, au modèle théorique établi et à l'avis de notre encadrant. En suite, nous avons pris l'avis des personnels qui ont exercé dans le rural ainsi que de certains responsables.

Pour clarifier certains concepts non compréhensibles et juger le temps de remplissage, et le niveau de compréhension des questions, le questionnaire avait auparavant été soumis en guise de test à certains personnels au niveau de la province de Moulay Yaakoub.

Enfin nous avons administré le questionnaire, après sa formulation, à tous les personnels des centres de santé ruraux qui ont demandé la mutation hors province en 2005, 2006 et 2007, soit 76 personnels, sous la voie hiérarchique et à un groupe témoin constitué de 95 personnels stables exerçant dans les centres de santé ruraux.

#### **4. LE CONTENU DU QUESTIONNAIRE**

Le questionnaire a comporté 36 questions divisées en 4 parties :

- Information générale concernant le centre de santé et le poste occupé
- Variable sociales
- Variables liés à l'environnement du travail
- Variables personnelles

#### **5. LA QUALITE DES MESURES**

##### **❖ *La validité interne***

Nous estimons que notre étude était valide du fait que nous avons détecté, dans le questionnaire, les points faibles en terme de formulation, en terme de nombre de questions et en terme d'indicateur choisi pour mesurer les concepts après son test à la province de Moulay Yaakoub.

De même, nous jugeons que les données étaient fiables puisque la mesure et la collecte des données ont été faites par moi-même.

Le taux des répondants a renforcé la validité interne de l'étude, c'est ainsi le taux était de 99 % pour les personnels qui ont rempli la mutation, un seul personnel n'a pas répondu au questionnaire parmi les 76. De même ce taux était de 85 % pour le groupe témoin, soit 14 personnels qui n'ont pas répondu au questionnaire parmi les 95.

Enfin, nous avons utilisé l'Epi-info (version 3.4.3. Novembre 8, 2007) pour garantir la fiabilité de l'analyse des données.

#### ❖ *La validité externe*

Les résultats de notre étude peuvent être généralisés à d'autres régions vues la variabilité géographique de ces provinces et leurs hétérogénéités socioculturelles.

#### ❖ *La fiabilité de la mesure*

Afin d'éviter quelques erreurs du remplissage du questionnaire, certaines questions ont été répétées d'une autre manière.

De même, ce questionnaire a été adressé à une population qui a formalisé son intention de quitter la province et à une autre population constituée par un groupe témoin des personnels stables et éligibles. Le choix de l'année 2005, 2006 et 2007 a été pris, à la suite de la réglementation bien définie de la demande de mutation pendant ces années.

### **6. VARIABLES A L'ETUDE**

1. Variable dépendante : Turnover des personnels de santé.

2. Variables indépendantes :

<u>I. Variable personnelle</u>	Définition opérationnelle
Age	L'âge en nombre d'année
Sexe	Féminin ou masculin
Situation matrimoniale	Célibataire ; marié(e); divorcé (e); veuf (ve)
Lieu d'origine	Lieu d'origine géographique du personnel et de son conjoint
Dialecte	Parler la langue locale

Formation.	Le type du diplôme Autres formations reçues
Avoir ou non des enfants	Nombre d'enfant
L'ancienneté	Le nombre d'année d'ancienneté

<u>II. Variable liée à l'environnement du travail:</u>	Définition opérationnelle
<u>Récompense lié au travail</u>	
Soutien	La personne à qui on fait appel quand on a besoin de soutien
L'indemnité	Existe ou non Suffisante ou non
<u>Coût lié au travail</u>	
Routinisation	Ressentir de la routine selon l'échelle de LIKERT
Ambiguïté des taches	Convenance des taches
<u>Organisation lié au travail</u>	
Innovation,	Nombre d'outils ou de projets instaurés
Travail d'équipe	Le degré d'importance du travail d'équipe selon l'échelle de LIKERT
Communication	La qualité de la communication interpersonnelle selon l'échelle de LIKERT.
Application des normes	Les niveaux de la référence aux normes et aux standards au cours du travail Convenance des taches
Charge du travail	La quantité du travail selon l'échelle de LIKERT
Stresse	Degré du stresse selon l'échelle de LIKERT
Leadership	Degré d'importance du leadership selon l'échelle de LIKERT

<u>III. Variable sociale</u>	Définition opérationnelle
Type du logement	Propre logement, logement du ministère de la santé, logement loué.
Qualité du logement	Perception de la qualité du logement (échelle de LIKERT)
Qualité des écoles	Perception de qualité des écoles
Infrastructure de base	Électricité, eau potable, routes, marchés permanents, cafés, restaurants, terrain du sport équipé, jardin d'enfant, cybercafé.
Accessibilité géographique	Type de moyen de transport Distance entre lieu du travail et logement Distance entre lieu du travail et le centre commun le plus proches État des routes Distance entre lieu du travail et délégation médicale Distance entre lieu du travail et hôpital le plus proche.

### ***B. Approche qualitative***

Afin d'approfondir et de compléter l'analyse des variables liées au turnover et d'étudier la perception des personnels de santé ainsi que les responsables sur ce problème, nous avons utilisé l'approche qualitative.

## METHODE DE COLLECTE DES DONNEES :

Dans cette approche, nous avons utilisé deux méthodes de collecte des données : l'entretien et le focus group.

- ❖ L'entretien a été semi directive avec une trame des questions adressées d'une part aux professionnels de santé stables et instables (mutés) et d'autre part aux responsables provinciaux.

L'entretien destiné aux personnels instables a concerné 9 personnels mutés à la préfecture de Fès en 2005, 2006 et 2007. Il a été semi directif avec une trame de question qui a duré environ 30 minutes.

En ce qui concerne l'entretien avec les personnels stables, nous avons choisi 10 personnels de santé de la province de Boulemane d'une durée 30 à 40 minutes.

En fin, l'entretien destiné aux responsables provinciaux a concerné les délégués et médecins chef du SIAAP de la préfecture de Fès, de la province Boulemane, Sefrou et Moulay Yaakoub, et qui a duré 20 minutes.

Nous avons utilisé dans l'exploitation des entretiens la prise des notes tout en respectant l'anonymat. De même nous avons dépouillé et regroupé les données par items.

Pour finir, nous avons utilisé, avant l'analyse verticale et transversale des entretiens, une transcription intégrale de tout le contenu des entretiens avec un codage des grilles et ses thématiques.

- ❖ Le focus group nous a permis de bien explorer le phénomène de turnover à travers un échange de discussion et une liberté d'opinion. Nous avons procédé à : 2 focus group :

- Un focus group à la province de Boulemane constitué de 8 personnels de santé des différents centres de santé à raison d'un personnel pour un centre de santé.
- Un focus group à la province de Moulay Yaakoub constitué de 8 personnels de santé des différents centres de santé à raison d'un personnel pour un centre de santé.

L'objectif du focus group a été étudié la perception et le comportement des personnels de santé vis-à-vis du turnover. Certaines mesures ont été prises au préalable pour

garantir l'objectivité et la faisabilité du focus group. Tout d'abord, le choix des membres du groupe était homogène et constitué des médecins et des infirmiers sans présence des chefs hiérarchiques. Ensuite, nous avons respecté le volontariat et l'engagement des membres de l'équipe après l'explication de l'objectif de l'étude pour bien mener le focus group.

## **VII. Résultats**

### **A. État des lieux**

#### **1. LE TURNOVER DES PERSONNELS DE SANTE**

L'exploration des données concernant l'effectif des personnels de santé a montré que le turnover des personnels à la province de Boulemane en 2005 était de 8 % avec un départ de 23 personnels (y inclus le départ volontaire et la mutation) et un arrivé de 16 personnels (y inclus les nouvellement recrutés et mutés à cette province).

Ce taux a resté presque le même 2006 dans cette province avec de 7 % avec un départ de 21 et un arrivé de 17. En 2007, ce taux a légèrement augmenté dans la même province de 8 % avec un départ de 18 personnels et un arrivé de 27 personnels.

En ce qui concerne la province de Sefrou le taux de turnover était en 2005 de 3 % avec un départ de 15 personnels et un arrivé de 2 personnels. Dans l'année qui a suivi le taux à cette province s'est élevé à 5 % avec un départ de 8 personnels et un arrivé de 17 personnels.

En 2007, la province de Sefrou avait enregistré un taux de 2 % avec un départ de 2 personnels et un arrivé de 10 personnels.

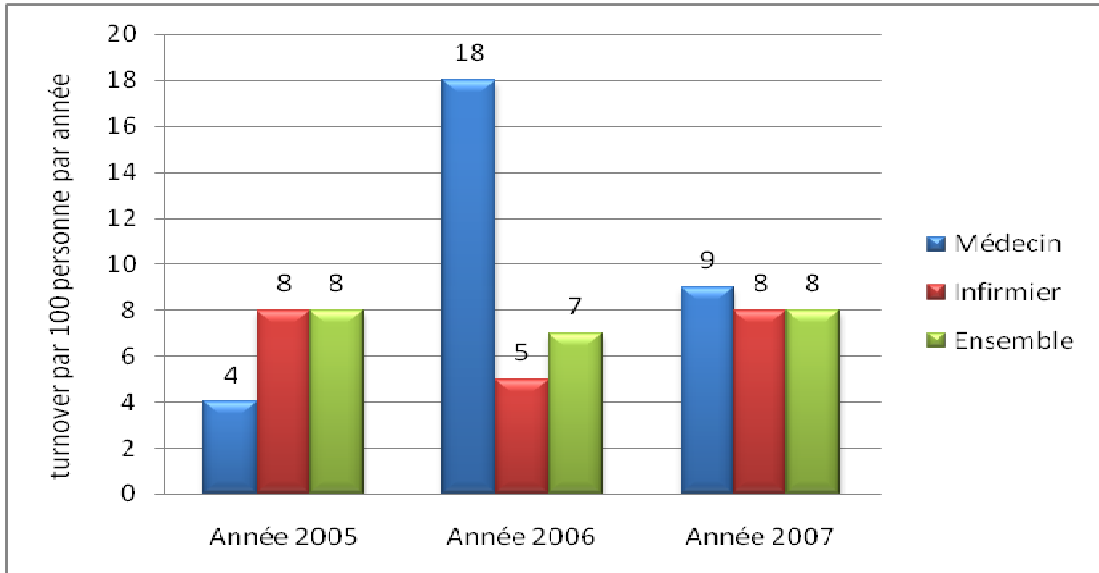
L'analyse des données concernant les personnels de santé à la province de Moulay Yaakoub nous a montré un taux de turnover de 4 % en 2005 avec un départ de 7 personnels et un arrivé d'un personnel. Ce taux s'est élevé à 11 % en 2006 avec un départ de 9 et un arrivé de 16 personnels. En fin nous avons constaté que ce taux s'est abaissé à 6 % en 2007 avec un départ de 5 et un arrivé de 11 personnels. (Voir tableau N° 3).

**TABLEAU 3. TURNOVER (%) DES PERSONNELS DE SANTE PAR CATEGORIE ET PAR PROVINCE ANNEE 2005,2006 ET 2007**

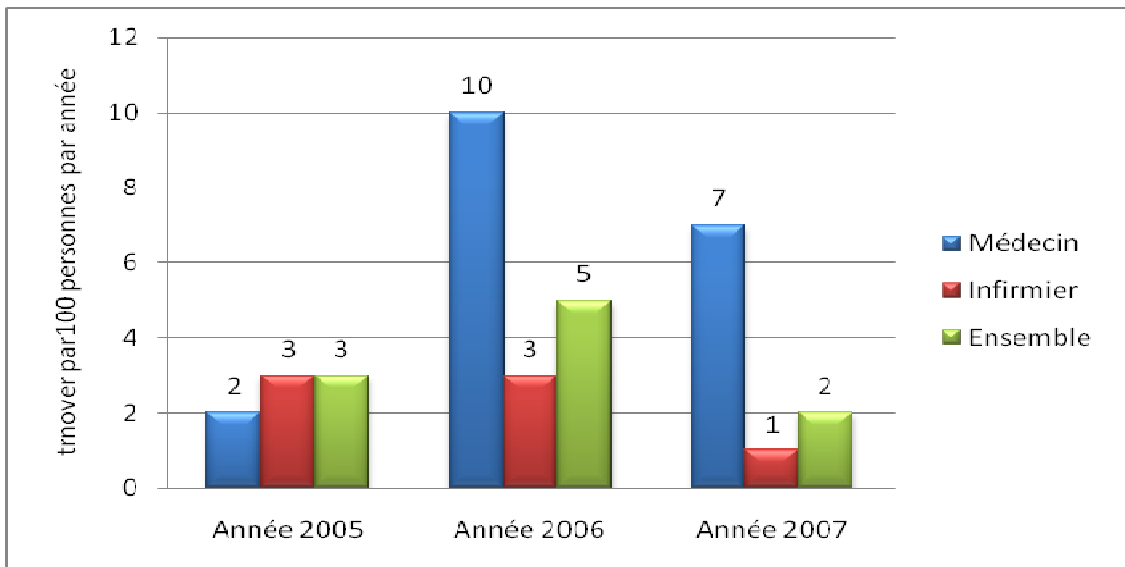
Province	Année	Turnover par 100 personne par		Total
		Médecin	Infirmier	
Boulemane	2005	4	8	8
	2006	18	5	7
	2007	9	8	8
Sefrou	2005	2	3	3
	2006	10	3	5
	2007	7	1	2
Moulay Yaakoub	2005	5	4	4
	2006	18	9	11
	2007	6	6	6

NB. Turnover  $\left( \frac{\text{Effectif sortant} + \text{Effectif entrant}}{2 \times \text{Effectif total}} \right)$

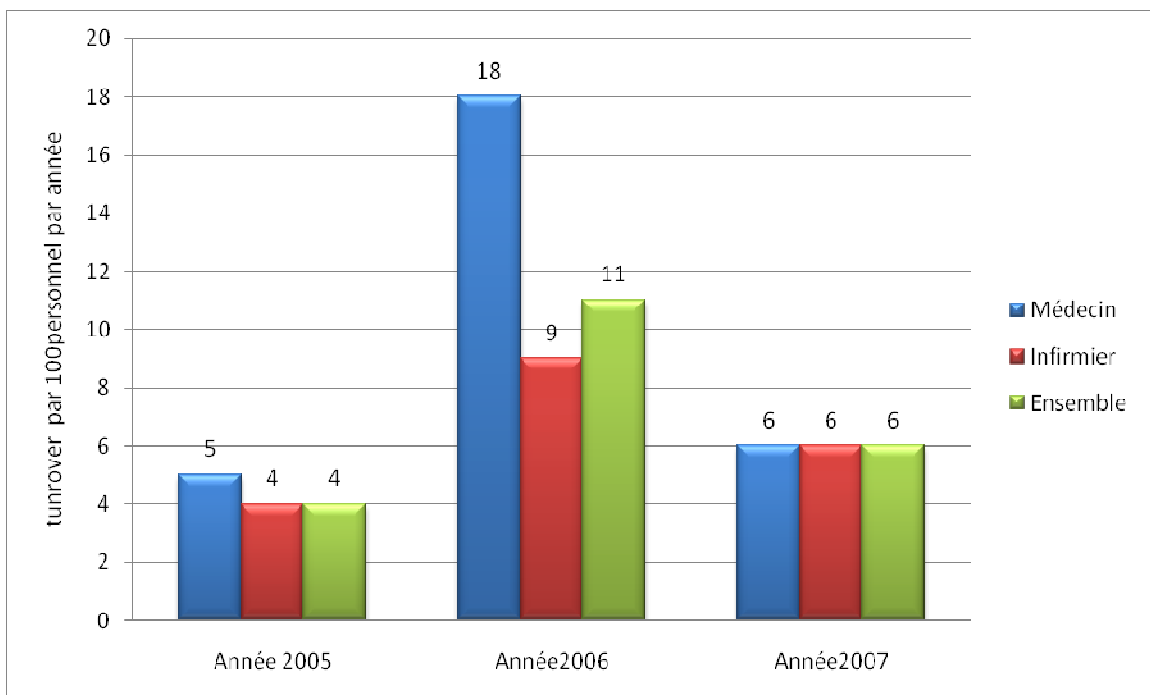
**FIGURE 6. GRAPHIQUE ILLUSTRANT LE TURNOVER DANS LA PROVINCE DE BOULEMANE ENTRE 2005 ET 2007.**



**FIGURE 7. GRAPHIQUE ILLUSTRANT LE TURNOVER DANS LA PROVINCE DE SEFROU ENTRE 2005 ET 2007**



**FIGURE 8. GRAPHIQUE ILLUSTRANT LE TURNOVER DANS LA PROVINCE DE MOULAY YAAKOUB ENTRE 2005 ET 2007.**



## 2. DEMANDE DE MUTATION DES PERSONNELS DE SANTE DANS LES ZONES RURALES DE LA REGION FES-BOULEMANE EN 2005, 2006 ET 2007.

Nous avons constaté dans la province de Boulemane respectivement en 2005, 2006 et 2007 des pourcentages de demande de mutation hors province des personnels des centres de santé ruraux de 27 %, 20 % et 26 %.

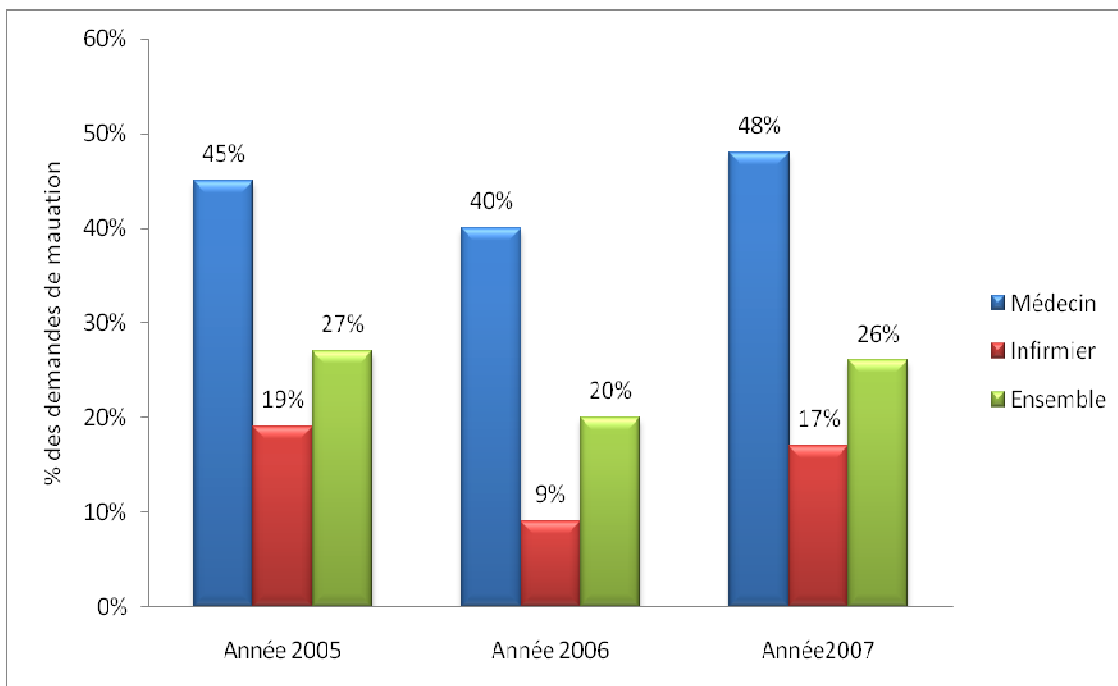
De même nous avons enregistré à la province de Sefrou en 2005, 2006 et 2006, des pourcentages de demande de mutation respectivement de 21 %, 36 % et 24 %.

En fin nous avons remarqué qu'au niveau de la province de Moulay Yaakoub en 2005, 2006 et 2007 des pourcentages de demande de mutation respectivement de 16 %, 30 % et 27 %. (Tableau N° 4)

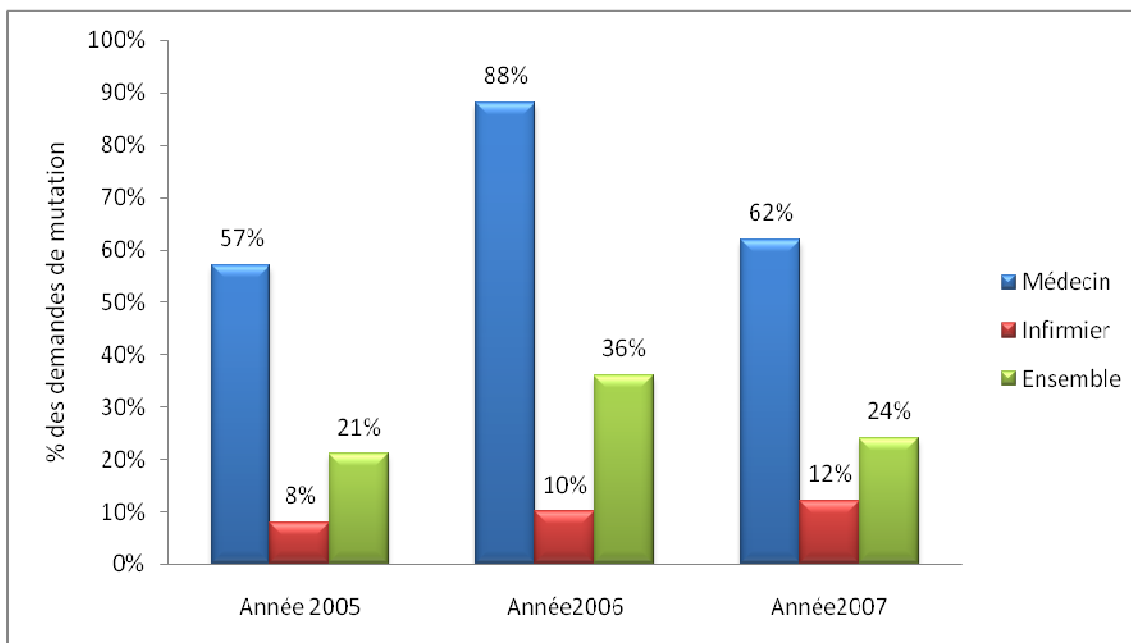
**TABLEAU 4. DEMANDE DE MUTATION DES PERSONNELS DES CENTRES DE SANTE RURAUX PAR CATEGORIE ET PAR PROVINCE ANNEE 2005,2006 ET 2007**

Province	Année	Médecin			Infirmier			Ensemble des personnels		
		Demande	Effectif	%	Demande	Effectif	%	Demande	Effectif	%
Boulemane	2005	9	20	45	8	42	19	17	62	27
	2006	8	20	40	3	35	9	11	55	20
	2007	11	23	48	10	59	17	21	82	26
Sefrou	2005	8	14	57	3	38	8	11	52	21
	2006	14	16	88	3	31	10	17	47	36
	2007	8	13	62	5	42	12	13	55	24
Moulay Yaakoub	2005	0	14	0	11	54	20	11	68	16
	2006	3	14	21	18	57	32	21	71	30
	2007	4	15	27	17	63	27	21	78	27

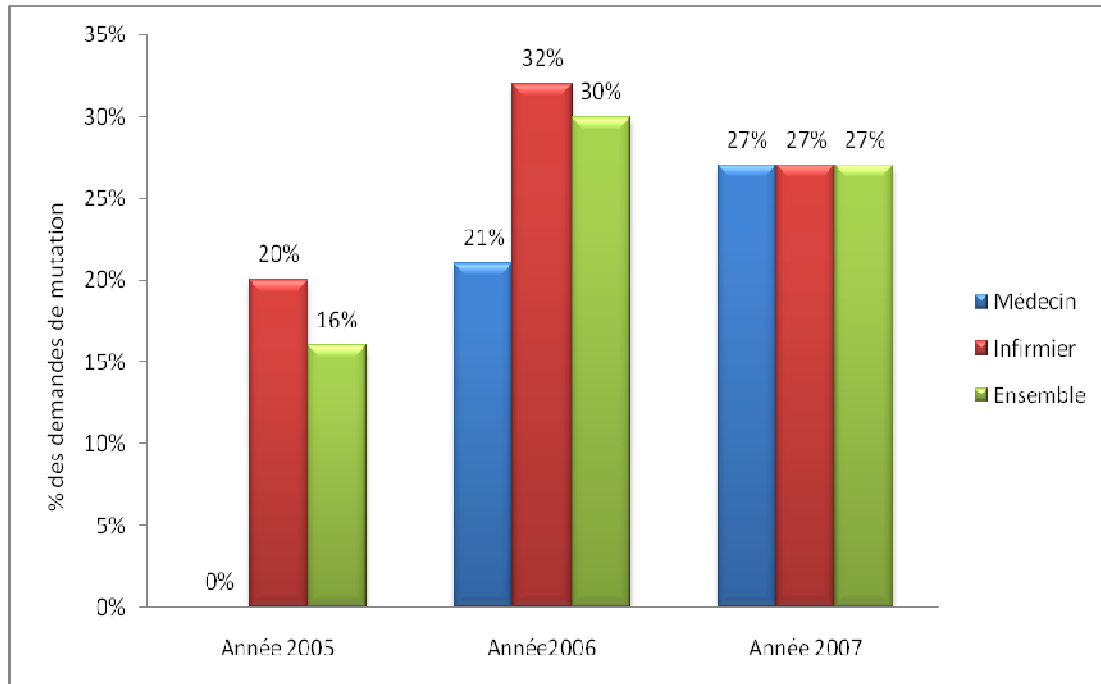
**FIGURE 9. GRAPHIQUE MONTRANT LA DEMANDE DE MUTATION DES PERSONNELS DE SANTE EN MILIEU RURAL EN POURCENTAGE A LA PROVINCE DE BOULEMANE ENTRE 2005 ET 2007.**



**FIGURE 10. GRAPHIQUE MONTRANT LA DEMANDE DE MUTATION EN POURCENTAGE EN MILIEU RURAL A LA PROVINCE DE SEFROU ENTRE 2005 ET 2007.**



**FIGURE 11. GRAPHIQUE MONTRANT LA DEMANDE DE MUTATION EN POURCENTAGE EN RURAL A LA PROVINCE DE MOULAY YAAKOUB ENTRE 2005 ET 2007.**



## ***B .Facteurs d'instabilité des personnels***

### **I. DESCRIPTION DE LA POPULATION A L'ETUDE**

Dans notre étude, le pourcentage de demande de mutation, illustrée par le tableau ci-dessous, est manifeste chez les médecins (69 %) parmi tous les médecins constitués dans notre échantillon, tous généralistes. De même ce pourcentage de demande de mutation est marqué chez le sexe féminin 52 % et chez les personnels dont la tranche d'âge est située entre 30 et 40 ans (70 %). La province la plus touchée par l'intention de quitter la province est la province de Moulay Yaakoub avec 62 % de demande de mutation parmi tous les répondants à nos questionnaires.

**TABLEAU 5. CARACTERISTIQUE DE LA POPULATION A L'ETUDE**

		Demande de mutation	
		Effectif	%
PROVINCE	Boulemane N=54	22	40,7
	Moulay Yaakoub N=48	30	62,5
	Sefrou N=54	23	42,6
	Total n= 156	75	48
Profil	Médecin N=45	31	68,9
	Infirmier N=111	44	39,6
	Total n=156	75	48,1
Sexe	Féminin N=90	47	52,1
	Masculin N=66	28	42,4
	Total n=156	75	48,1
Age	inférieur à 30ans N=20	12	60
	[30,40ans [ N=69	42	60,9
	[40,50ans [ N=56	21	37,5
	Supérieur ou égal à 50ans N=11	0	0,0
	Total n=156	75	48,1

## II. ANALYSE UNIVARIEE

### A. Facteurs personnels

#### 1. Profil

L'analyse univariée entre le profil du personnel de santé et la demande de mutation montre une association significative ( $p = 0,01$ ). C'est ainsi que 69 % de l'ensemble des médecins ont demandé la mutation en 2005, 2006 et 2007 alors que seulement 40 % des infirmiers ne l'ont pas demandé. (Tableau N° 6).

**TABLEAU 6. ANALYSE DU PROFIL DU PERSONNEL ET DE LA DEMANDE DE MUTATION**

Profil	Demande de mutation	Non demande de mutation	Total
	N =75 (%)	N =81 (%)	N=156 (%)
Médecin	31 (68,9)	14 (31,1)	45 (100)
Infirmier	44 (39,6)	67 (60,4)	111 (100)

$X^2=10,973$  (dll=1) ; likelihood ratio =11,154 ;  $p =0,01 < (\alpha =0,05)$

**2. Age**

Les répondants âgés entre 30 et 40 ans demandent plus de mutation (60 %) que ceux âgés de plus de 40 ans (37 %). L'association entre l'âge et la demande de mutation est significativement élevée  $p = 0,0004$ . (Tableau 7)

**TABLEAU 7. ANALYSE DE L'AGE DU PERSONNEL ET LA DEMANDE DE MUTATION**

Age	Demande de mutation	Non demande de mutation	Total
	N =75 (%)	N =81 (%)	N=156 (%)
inférieur à 30ans	12 (60)	8 (40)	20 (100)
[30,40ans [	42 (60,9)	27 (39,1)	69 (100)
[40,50ans [	21 (37,5)	35 (62,5)	56 (100)
Supérieur ou égal à 50ans	0 (0)	11 (100)	11 (100)

$X^2= 18,357$ , (dll=3) ; likelihood ratio =22,648 ;  $p =0,0004 < (\alpha =0,05)$

**3. Sexe**

Dans notre étude, le sexe n'a aucune association significative avec la demande de la mutation  $p = 0,14$ . Nous avons trouvé dans les 2 groupes des personnels qui ont demandé et qui n'ont pas demandé la mutation presque le même pourcentage de sexe féminin (50 %).

**TABLEAU 8. ANALYSE DU SEXE DU PERSONNEL ET LA DEMANDE DE MUTATION**

Sexe	Demande de mutation	Non demande de mutation	Total
	N =75 (%)	N =81 (%)	N=156 (%)
Féminin	47 (52,2)	43 (47,8)	90 (100)
Masculin	28 (42,4)	38 (57,6)	66 (100)

$X^2= 1,464$  ; ( dll= 2 ) ; likelihood ratio= 1,468 ;  $p =0,14 > (\alpha =0,05)$

**4. Origine du personnel**

L'analyse du lieu d'origine du personnel a révélé que 52 % des personnels qui ont demandé la mutation étaient d'origine urbaine alors, que c'est dans seulement 40 % des cas d'origine rurale. L'association entre le lieu d'origine du personnel et la demande de mutation n'est pas significative ( $p = 0,085$ ). (Tableau 9)

**TABLEAU 9. ANALYSE DE L'ORIGINE DU PERSONNEL ET LA DEMANDE DE MUTATION**

Origine	Demande de mutation	Non demande de mutation	Total
	N =74 (%)	N =81 (%)	N=156 (%)
Rural	24 (40)	36 (60)	60 (100)
Urbain	50 (52,6)	45 (47,4)	95 (100)

$X^2= 2,352$  (dll=1) ; likelihood ratio =2,363;  $p =0,085 > (\alpha =0,05)$

**5. Origine du conjoint**

Nous avons remarqué d'après les résultats de notre étude que le lieu d'origine du conjoint est très associé à la demande de mutation ( $p = 0,004$ ). C'est ainsi que nous avons constaté que 57 % des personnels dont les conjoints étaient d'origine urbaine ont demandé la mutation contre 31 % des personnels dont les conjoints étaient d'origine rurale (Tableau 10).

**TABLEAU 10. ANALYSE DE L'ORIGINE DU CONJOINT ET LA DEMANDE DE MUTATION**

Origine du conjoint	Demande de mutation	Non demande de mutation	Total
	N =56 (%)	N =65 (%)	N=121 (%)
Rural	15 (30,6)	34 (69,4)	49 (100)
Urbain	41 (56,9)	31 (43,1)	72 (100)
X <sup>2</sup> = 8,132 (dll=1) ; likelihood ratio =8,287; p =0,004< (α =0,05)			

### **6. Situation matrimoniale**

Notre étude, nous a montré qu'il n'y a pas d'association significative entre la situation matrimoniale et la demande de mutation (p = 0,5). 46 % des personnels mariés ont demandé la mutation contre 54 % des non mariés. (Tableau 11)

**TABLEAU 11. ANALYSE DE LA SITUATION MATRIMONIALE ET LA DEMANDE DE MUTATION**

	Demande de mutation	Non demande de mutation	Total
	N =75 (%)	N =81 (%)	N=156 (%)
Célibataire	18 (56,3)	14 (43,8)	32 (100)
Marié	56 (46,3)	65 (53,7)	121 (100)
Autre	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (100)
X <sup>2</sup> = 1,27 ; ( dll= 2) ; likelihood ratio= 1,28 ; p =0,52>(α =0,05)			

### **7. Avoir des enfants**

Nous avons constaté que le fait d'avoir des enfants favorise la stabilité. En effet, presque 85 % des personnels de santé qui n'avaient pas d'enfants ont demandé leur mutation. L'association entre avoir ou non un enfant et la demande de mutation est significative (p = 0,005). (Tableau 12).

**TABLEAU 12. ANALYSE DU FAIT D'AVOIR DES ENFANTS ET LA DEMANDE DE MUTATION**

Avoir enfant	Demande de mutation	Non demande de mutation	Total
	N =60 (%)	N =66 (%)	N=126 (%)
Oui	49 (43,4)	64 (56,6)	113 (100)
Non	11 (84,6)	2 (15,4)	13 (100)
X <sup>2</sup> = 7,954 (dll=1) ; likelihood ratio = 8,571; p =0,005< (α =0,05)			

**8. Dialecte**

La comparaison entre les 2 groupes de personnels qui ont rempli la demande et ceux qui n'ont pas rempli la demande, n'a pas montré une association significative entre le dialecte et la demande de mutation ( $p = 0,07$ ), même si 60 % des personnels qui ne parlaient pas la langue locale ont demandé la mutation contre 40 % qui la parlaient et qui ont demandé la mutation. (Tableau 13).

**TABLEAU 13. ANALYSE DU DIALECTE ET LA DEMANDE DE MUTATION**

Parle la langue locale	Demande de mutation	Non demande de mutation	Total
	N =74 (%)	N =81 (%)	N=155 (%)
Oui	50 (43,5)	65 (56,5)	115 (100)
Non	24 (60)	16 (40,0)	40 (100)
X <sup>2</sup> = 3,247 (dll=1) ; likelihood ratio = 3,257; p =0,07> (α =0,05)			

**9. Ancienneté du personnel**

L'analyse univariée a montré une association hautement significative entre l'ancienneté du personnel et la demande de la mutation ( $p = 0,0001$ ). Les personnels de santé qui avaient une ancienneté plus de 10 ans ont été plus stables (27 % de demande de mutation) que les personnels dont l'ancienneté était inférieure à 10 ans (67 % de demande de mutation). (Tableau 14)

**TABEAU 14. ANALYSE DE L'ANCIENNETE DU PERSONNEL ET LA DEMANDE DE MUTATION**

Ancienneté	Demande de mutation	Non demande de mutation	Total
	N =7 5 (%)	N =81 (%)	N=156 (%)
inférieur ou égal à 4 ans	10 (55,6)	8 (44,4)	18 (100)
[4ans, 10ans [	45 (70,3)	19 (29,7)	64 (100)
Supérieur à 10ans	20 (27)	54 (73)	74 (100)
X <sup>2</sup> = 26,214 ; ( dll= 2 ) ; likelihood ratio = 27,090 ; p = 0.0001 <(α=0,05)			

### ***10. Autres variables personnelles***

Dans notre étude, nous avons constaté que la proximité du lieu d'origine du personnel favorise la stabilité des personnels avec une association significative (p = 0,0259).

L'analyse univariée a montré aussi une association significative d'une part entre la formation de base et la demande de la mutation (p = 0,0001) et d'autre part entre le nombre d'enfants et la demande de mutation (p = 0,0002).

Par contre, le fait d'avoir reçu une autre formation ne montre aucune association avec la demande mutation (p = 0,244).

## ***B. Facteurs sociaux***

### ***1. Qualité du logement***

L'analyse univariée entre la demande de mutation et la qualité du logement nous a montré que 71 % des personnels de santé qui n'ont pas été satisfaits par leur qualité du logement ont demandé la mutation contre 37 % des personnels satisfaits par leur qualité du logement. L'association entre la qualité du logement et l'instabilité est significative (p = 0,004). (Tableau 15)

**TABLEAU 15. ANALYSE DE LA QUALITE DU LOGEMENT ET LA DEMANDE DE MUTATION**

Qualité du logement	Demande de mutation	Non demande de mutation	Total
	N =73 (%)	N =81 (%)	N=154 (%)
Tout à fait d'accord + En accord	35 (37,2)	59 (62,8)	94 (100)
Ni accord ni désaccord	23 (59)	16 (41)	39 (100)
En désaccord + Fortement désaccord	15 (71,4)	6 (28,6)	21 (100)
X <sup>2</sup> = 10,85 ; ( dll =2) ; likelihood ratio = 11,028 ; p =0,004<(α =0,05)			

## ***2. Qualité des écoles***

La qualité des écoles ne semble pas jouer de rôle dans la demande de mutation : 47 % des personnels dont les enfants scolarisés et qui jugent que la qualité des écoles est bonne ont demandé leur mutation contre 41 % qui la jugeaient mauvaise (p = 0,911).

Cependant, le fait d'avoir un enfant scolarisé est significativement associé à l'instabilité (p = 0,001). En effet, 71 % des personnels qui n'ont pas d'enfants scolarisés ont demandé la mutation contre 42 % personnels qui avaient des enfants scolarisés. (Tableau 16 et 17)

**TABLEAU 16. ANALYSE DE LA QUALITE DE L'ECOLE ET LA DEMANDE DE MUTATION**

Qualité des écoles	Demande de mutation	Non demande de mutation	Total
	N =40 (%)	N =55 (%)	N=95 (%)
Tout à fait d'accord +	21 (46,7)	24 (53,3)	45 (100)
En accord			
Ni accord ni désaccord	8 (34,8)	15 (65,2)	23 (100)
En désaccord +	11 (40,7)	16 (59,3)	27 (100)
Fortement désaccord			
X <sup>2</sup> = 0,911(dll =2) ; likelihood ratio = 0,918 ; p =0,6>(α =0,05)			

**TABLEAU 17. ANALYSE DE LA SCOLARISATION DES ENFANTS ET LA DEMANDE DE MUTATION**

Avoir des enfants scolarisés	Demande de mutation	Non demande de mutation	Total
	N =69 (%)	N =67 (%)	N=136 (%)
Oui	39 (41,5)	55 (58,5)	94 (100)
Non	30 (71,4)	12 (28,6)	42 (100)
X <sup>2</sup> = 10,14(dll =1) ; likelihood ratio = 10,67 ; p =0,001<(α =0,05)			

### ***3. Infrastructure de base***

Nous avons remarqué qu'il existe des associations significatives entre l'existence de certaines infrastructures de bases et l'instabilité. C'est ainsi nous avons constaté qu'il y avait une association significative d'une part entre l'existence des marchés permanents et l'instabilité (p = 0,04) et d'autre part entre l'instabilité et l'existence des cybers (p= 0,0001). Par contre, autres infrastructures n'étaient pas significativement associées à l'instabilité telle que le restaurant (p = 0,08), la maison des jeunes (p = 0,08), le café (p = 0,3) et le moyen du transport (p = 0,4). (Tableau 18)

**TABLEAU 18. ANALYSE DE L'INFRASTRUCTURE ET LA DEMANDE DE MUTATION**

Infrastructure		Demande de mutation		Non demande de mutation		Total	
		N =75 (%)		N =81 (%)		N=156 (%)	
Maison des jeunes	Oui	26	(40,6)	38	(59,4)	64	(100)
	Non	49	(53,3)	43	(46,7)	92	(100)
Cafés	Oui	49	(46,2)	57	(53,8)	106	(100)
	Non	26	(52)	24	(48)	50	(100)
Restaurant	Oui	19	(38,8)	30	(61,2)	49	(100)
	Non	56	(52,3)	51	(47,7)	107	(100)
Cyber	Oui	25	(31,3)	55	(68,8)	80	(100)
	Non	50	(65,8)	26	(34,2)	76	(100)
Marchés permanents	Oui	15	(31,3)	33	(68,8)	48	(100)
	Non	60	(55,6)	48	(44,4)	108	(100)
Existence du moyen du transport	Oui	59	(47,2)	66	(52,8)	125	(100)
	Non	16	(51,6)	15	(48,4)	31	(100)
Cyber	X <sup>2</sup> = 18,62 (dll= 1 ) ; likelihood ratio =19,09 ; p =0,0001 < (α =0,05)						
Marché permanent	X <sup>2</sup> =7,86 (dll =1 ) ; likelihood ratio = 8,02 ; p =0,04 < (α =0,05)						
Maison de jeunes	X <sup>2</sup> = 2,41 (dll =1 ) ; likelihood ratio = 2,42 ; p =0,08 > (α =0,05)						
Restaurant	X <sup>2</sup> = 2,47 (dll= 1 ) likelihood; ratio = 2,49 ; p =0,08 > (α =0,05)						
Café	X <sup>2</sup> = 0,45 (dll =1 ) ; likelihood ratio = 0,45 ; p =0,3 > (α =0,05)						
Moyen du transport	X <sup>2</sup> = 0,194 (dll=1) ; likelihood ratio = 0,19 ; p=0,4 > (α =0,05)						

#### **4. Autres variables sociales**

Enfin notre étude nous a montré que certaines variables ont été significativement associées à l'instabilité telle que le jardin d'enfant (p = 0,0003) et le terrain du sport

équipé ( $p = 0,001$ ). L'analyse a révélé également que la distance entre le lieu du travail et le logement était significativement associée à la demande de mutation. De même la distance d'une part entre le lieu du travail et le centre urbain et d'autre part entre le lieu du travail et la délégation médicale était associée significativement à l'instabilité des personnels ( $p = 0,0001$ ).

### ***C. Facteurs liés au travail***

#### ***1. Variable liée à l'organisation***

##### **❖ Sécurité**

Les résultats de notre étude a montré qu'il y avait une association significative entre la demande de la mutation et la sécurité des personnels et des malades ( $p = 0,0001$ ).

C'est ainsi 78 % des personnels de santé qui ont ressenti de la sécurité ont été stables et 45 % des personnels qui ne l'ont pas ressenti ont demandé la mutation.

De même, nous avons constaté que 73 % des personnels qui ont vu que le malade était en sécurité dans la structure sanitaire ont été stables et 55 % des personnels qui ont vu que le malade n'était pas en sécurité ont demandé la mutation. (Tableau 19 et 20)

**TABLEAU 19. ANALYSE DE LA SECURITE DU PERSONNEL ET LA DEMANDE DE MUTATION**

Sécurité du personnel	Demande de mutation	Non demande de mutation	Total
	N =69 (%)	N =77 (%)	N=146 (%)
Tout à fait d'accord + En accord	10 (21,3)	37 (78,7)	47 (100)
Ni accord ni désaccord	32 (82,1)	7 (17,9)	39 (100)
En désaccord + Fortement désaccord	27 (45)	33 (55)	60 (100)
X <sup>2</sup> = 31, 79 (dll= 2) ; likelihood ratio = 34,02 ; p =0,0001<(α =0,05)			

**TABLEAU 20. ANALYSE DE LA SECURITE DU MALADE ET LA DEMANDE DE MUTATION**

Sécurité du malade	Demande de mutation	Non demande de mutation	Total
	N =75 (%)	N =81 (%)	N=156 (%)
Tout à fait d'accord + En accord	18 (27,3)	48 (72,7)	66 (100)
Ni accord ni désaccord	34 (70,8)	14 (29,2)	48 (100)
En désaccord + Fortement désaccord	23 (54,8)	19 (45,2)	42 (100)
X <sup>2</sup> = 22,15 (dll =2) ; likelihood ratio = 22,89 ; p =0,0001<(α =0,05)			

❖ **Stress**

En ce qui concerne le stress du personnel, l'étude a révélé que 81 % des personnels qui n'ont pas ressenti le stress ont été stables et 56 % des personnels qui ont demandé la mutation ont ressenti le stress. On peut dire que l'association entre le stress et la demande de la mutation est significative (p = 0,03) (Tableau 21)

**TABLEAU 21. ANALYSE DE LA SECURITE DU MALADE ET LA DEMANDE DE MUTATION**

Stresse	Demande de mutation	Non demande de mutation	Total
	N =75 (%)	N =81 (%)	N=156 (%)
Tout à fait d'accord + En accord	59 56,7	45 43,3	104 100
Ni accord ni désaccord	12 38,7	19 61,3	31 100
En désaccord + Fortement désaccord	4 19,0	17 81	21 100
X <sup>2</sup> = 11,29 (dll= 2) ; likelihood ratio = 11,91 ; p =0,03<(α =0,05)			

❖ *Travail d'équipe*

Nous avons constaté d'après les résultats de notre étude que l'association entre le travail d'équipe et l'instabilité était significative ( $p = 0,001$ ). En effet 86 % des personnels qui ont demandé la mutation n'ont pas ressenti le travail d'équipe et 56 % des personnels qui ont ressenti le travail d'équipe ont été stables (Tableau 22).

**TABLEAU 22. ANALYSE DU STRESS ET LA DEMANDE DE MUTATION**

Travail d'équipe	Demande de mutation	Non demande de mutation	Total
	N =73 (%)	N =80 (%)	N=153 (%)
Tout à fait d'accord + En accord	60 (43,5)	78 (56,5)	138 (100)
Ni accord ni désaccord	0 (0)	0 (0)	0 (0)
En désaccord + Fortement désaccord	13 (86,7)	2 (13,3)	15 (100)
X <sup>2</sup> = 10,11 (dll =1) ; likelihood ratio = 11,04 ; p =0,001<(α =0,05)			

❖ *La charge du travail.*

L'analyse des données nous a montré qu'il n'existait pas d'association significative entre la charge du travail et l'instabilité des personnels ( $p = 0,4$ ). C'est ainsi nous avons constaté que 92 % des personnels qui n'ont pas demandé la mutation, ont répondu qu'ils avaient la charge du travail et 63 % des personnels ont répondu qu'ils n'avaient pas cette charge avaient rempli la demande de mutation. (Tableau 23)

**TABEAU 23. ANALYSE DE LA CHARGE DU TRAVAIL ET LA DEMANDE DE MUTATION**

Charge du travail	Demande de mutation	Non demande de mutation	Total
	N =75 (%)	N =81 (%)	N=156 (%)
Tout à fait d'accord + En accord	1 (7,7)	12 (92,3)	13 (100)
Ni accord ni désaccord	26 (38,8)	41 (61,2)	67 (100)
En désaccord + Fortement désaccord	48 (63,2)	28 (36,8)	76 (100)
X <sup>2</sup> = 1,76 (dll 2) ; likelihood ratio = 1,78 ; p =0,4 > (α =0,05)			

❖ *Autres variables liées à l'organisation*

Certaines variables liées à l'organisation ont été associées significativement à l'instabilité telle que la communication des personnels avec les collègues et avec les supérieurs (p = 0,0001).

Par contre, d'autres variables n'avaient pas d'associations significatives avec l'instabilité telle que : l'innovation (p = 0,06), leadership (p = 0,2) et la communication avec la population (p = 0,1)

**2. Variable lié au coût du travail**

❖ *Routine*

Dans notre étude, nous avons remarqué que la routine était associée significativement à la demande de mutation (p = 0,004). En effet, l'étude a révélé que 85 % des personnels stables n'ont pas ressenti la routine et que 52 % des personnels qui ont demandé la mutation l'ont ressentie. (Tableau 24)

**TABLEAU 24. ANALYSE DE LA ROUTINE ET LA DEMANDE DE MUTATION**

Routine	Demande de mutation	Non demande de mutation	Total
	N =74 (%)	N =81 (%)	N=155 (%)
Tout à fait d'accord + En accord	66 (52,4)	60 (47,6)	126 (100)
Ni accord ni désaccord	5 (55,6)	4 (44,4)	9 (100)
En désaccord + Fortement désaccord	3 (15)	17 (85)	20 (100)
X <sup>2</sup> = 9,901 (dll =2) ; likelihood ratio = 10,89 ; p =0,004<(α =0,05)			

❖ **Convenance des tâches**

L'étude nous a montré que 65 % des répondants, qui ont vu que leurs tâches ne leur convenaient pas, ont demandé la mutation et 67 % des répondants dont les tâches leur convenaient, ont été stables. L'instabilité des personnels est significativement associée à la convenance des tâches (p = 0,0001) (Tableau 25).

**TABLEAU 25. ANALYSE DE LA CONVENANCE DES TACHES ET LA DEMANDE DE MUTATION**

Convenance des tâches	Demande de mutation	Non demande de mutation	Total
	N =75 (%)	N =80 (%)	N=155 (%)
Tout à fait d'accord + En accord	27 (32,1)	57 (67,9)	84 (100)
Ni accord ni désaccord	11 (78,6)	3 (21,4)	14 (100)
En désaccord + Fortement désaccord	37 (64,9)	20 (35,1)	57 (100)
X <sup>2</sup> = 20,216 (dll = 2) ; likelihood ratio = 20,8 ; p =0,0001<(α =0,05)			

### 3. Variable lié à la récompense du travail

En ce qui concerne la relation entre la demande de mutation et l'indemnité, nous avons constaté que l'association n'était pas significative ( $p = 0,25$ ). En effet, nous avons trouvé presque le même pourcentage (50 %) dans les 2 groupes des personnels (ceux qui ont été stables et ceux qui ont demandé la mutation) qui ont reçu une indemnité.

De même nous avons trouvé les mêmes remarques pour l'association entre la reconnaissance des supérieurs et l'instabilité des personnels qui n'était pas significative ( $p = 0,5$ ). (Tableau 26, 27)

**TABEAU 26. ANALYSE DE L'INDEMNITE ET LA DEMANDE DE MUTATION**

Indemnité	Demande de mutation	Non demande de mutation	Total
	N =74 (%)	N =81 (%)	N=156 (%)
Oui	34 (51,5)	32 (48,5)	66 (100)
Non	40 (44,9)	49 (55,1)	89 (100)
X <sup>2</sup> = 0,65 (dll =1) ; likelihood ratio = 0,65 ; p =0,25>(α =0,05)			

**TABEAU 27. ANALYSE DE LA RECONNAISSANCE DES SUPERIEURS ET LA DEMANDE DE MUTATION**

Reconnaissance des supérieurs	Demande de mutation	Non demande de mutation	Total
	N =75 (%)	N =79 (%)	N=156 (%)
Oui	21 (42)	29 (58)	50 (100)
Non	28 (50,9)	27 (49,1)	55 (100)
Ne sait pas	26 (53,1)	23 (46,9)	49 (100)
X <sup>2</sup> = 1,37 (dll =2) ; likelihood ratio = 1,38 ; p =0,5>(α =0,05)			

## **C. Résultats des entretiens**

### **1. FACTEURS D'INSTABILITE DES PERSONNELS DE SANTE**

Nous avons constaté dans nos entretiens que certains items ont été cités sous une même fréquence pour les 3 groupes des entretenus représentés par les responsables, les personnels mutés et les personnels stables. Certains des items les plus citées sont l'origine du personnel, son âge et son profil dans les facteurs liés au personnel et la culture de la population, l'ambiance sociale et les conditions climatiques dans les facteurs sociaux. Enfin, on a trouvé aussi sous la même fréquence dans les facteurs liés au travail, la présence ou non des médecins spécialistes du secteur privé, la disponibilité des médicaments, le renforcement ou non en ressources humaines, la présence de moyen pour travailler, l'organisation des réunions, la référence aux normes, la flexibilité au travail et la qualité de la communication.

Par contre, certains groupes ont cité plus de variables liées au turnover que d'autres. En effet, les responsables ont cité plus dans les facteurs personnels le sexe et avoir ou non des enfants, et dans facteurs sociaux la disponibilité de l'école et avoir ou non un logement. Par ailleurs, les moyens de motivation, la sécurité des personnels, la qualité de la communication et l'équité ont été cités plus chez les responsables dans les facteurs liés au travail.

Tandis que pour les personnels mutés, les facteurs liés aux personnels cités plus sont représentés par l'ancienneté du personnel, son niveau de formation et sa situation matrimoniale. De même on a trouvé chez ces groupes, les facteurs sociaux représentés par la proximité du lieu du travail par rapport au milieu urbain et l'enclavement de la région et les conditions climatiques et les facteurs liés au travail représentés par la formation continue.

Enfin, les personnels stables ont cité plus l'infrastructure dans les facteurs sociaux, et le stress, la disponibilité des moyens de travail, la présence du laboratoire et la routine dans les facteurs liés au travail.

En outre, certaines variables du modèle théorique concernant les facteurs déterminant du turnover non mentionnés dans l'approche quantitative ont été trouvés dans les résultats de l'entretien.

Parmi les facteurs sociaux trouvés, il y a la culture de la population, la présence des médecins du secteur privé et la technologie médicale.

«... C'est vrai après mon recrutement, j'ai trouvé des difficultés comme étant une fille qui se maquille et qui s'habille d'une telle façon... »

«... j'ai vu beaucoup de pathologies comme la sclérodémie mais quand je réfère le malade je ne sais pas son parcours et je ne sais pas son devenir, il nous faut les médecins du secteur privé spécialistes soit dans le secteur public ou privé avec une technologie médicale... »

«... je me sens dans l'insécurité, si quelque chose m'arrive ou à mes enfants par absence d'ambulance, moyen de transport, des médecins privés et du laboratoire, radiologie... »

En ce qui concerne les facteurs liés au travail trouvés, nous avons remarqué la présence de certaines variables telle que : l'habilité managériale et la transparence

«...L'absence de transparence de mes chefs immédiats me démotive dans mon travail... »

«... Certains facteurs de la mutation concernent la gestion comme l'adoption de la stratégie concernant la gestion des centres de santé et les programmes par l'élaboration de certains indicateurs.....»

D'autres facteurs ne figurant pas dans le modèle théorique ont été rapportés tel que l'état de santé et les conditions climatiques :

«... J'ai passé une durée très longue de 15 ans, et en raison de ma santé physique liée aux conditions du travail et conditions climatiques, le froid, j'ai demandé la mutation... ».

## 2. APPROCHE DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT POUR LA MUTATION

Plusieurs approches de changement de comportement ont été soulignées dans les entretiens.

Certaines personnes interviewées ont évoqué le changement du comportement des personnels par l'adoption d'une démarche basée sur la réglementation et les lois. «... Pour agir sur ces problèmes, on doit appliquer la réglementation et établir un cadre des ressources humaines avec maximum et minimum.....»

D'autres ont évoqué le changement du comportement par l'approche de gestion telle qu'elle a été mentionnée dans certaines entrevues.

«...On peut motiver les personnels d'être stable dans leur lieu du travail par la définition des tâches, le bon management ; la formation continue, et la bonne organisation..... »

Nous avons également constaté que certains personnels ont mentionné dans leurs entretiens que le changement de comportement peut être établi par des étapes comme il a été cité par un personnel dans son entretien :

«...Oui je suis très satisfaite car j'ai profité du rural, c'est une école où tout le monde doit passer par le rural, même si je suis actuellement dans un centre de santé situé dans un quartier où le taux de crimes et des agressions est élevé, je me suis adaptée et j'ai diagnostiqué la mentalité de la population et je sais comment satisfaire les besoins de la population sans aucun incident et avec un respect total, on a même le soutien des gens considérés comme dangereux qui arrangent et mettent l'ordre chez les patients. Ils nous couvrent et garantissent la sécurité du centre de santé. Notre équipe dans le centre de santé est formidable, je pense que l'âge, l'ancienneté et l'expérience sont derrière... »

## **D. Résultats des Focus group**

### **A. FACTEURS LIÉS À L'INSTABILITÉ DES PERSONNELS**

Pour les facteurs personnels, les résultats ont montré la présence dans un focus group de l'ancienneté dans la province, l'origine, la proximité du personnel de la région, le sexe du personnel, et sa situation matrimoniale comme facteurs d'instabilité.

Tandis que l'autre focus group a ajouté certains facteurs personnels comme le profil, le niveau de formation, la capacité d'adaptation et l'intégration dans la population.

«... j'ai travaillé pendant 28 ans en 1991 j'ai pris un logement à... pour scolarisation de mes enfants à l'école à un niveau plus... »

«... La majorité des médecins sont d'origine de Rabat, de Casa, la minorité provient de la proximité... »

«... on a raté notre vie... médecin femme célibataire avec l'âge quand est ce qu'elle va se marier et avec qui ?.... »

En ce qui concerne les facteurs sociaux, les résultats ont montré que l'infrastructure de base représentée par les routes, les moyens de transport, les cafés, logements, les centres culturels, le théâtre, et le cinéma comme facteurs déterminants de l'instabilité des personnels.

D'autres facteurs ont été soulignés comme la qualité des écoles, le niveau d'intégration dans la population.

«... C'est l'hostilité du terrain, on est âgé de plus de 30 ans et on doit vivre dans de bonnes conditions... »

Les facteurs liés au travail : sorties des 2 focus group sont la sécurité au lieu du travail la charge du travail les moyens de motivations tels d'indemnité la reconnaissance la formation continue la délégation des tâches

D'autres facteurs ont été soulignés tels que le travail d'équipe, le leadership, les moyens matériels et humains pour travailler.

En enfin certains participants ont souligné le système d'appartenance du personnel de santé dans le système de santé et les questions d'éthique.

«... Parfois on est perdu.... le circuit de référence des malades n'est pas clair par exemple le BMH est très loin de notre centre de santé et les malades ne veulent pas y aller... »

«... On n'a pas d'identité, nous et les malades, nous souffrons et aussi il n'y a pas de contre référence... »

«... Parfois on est devant des questions éthiques pour la délivrance des médicaments des malades qui ont la cataracte qui viennent demander des pommades ophtalmiques, il y a même des personnes qui ne sont pas malades qui demandent les médicaments pour elles et leur famille. Si tu ne satisfais pas leurs demandes ils t'insultent... »

#### **B. LES APPROCHES DE CHANGEMENT DES COMPORTEMENTS CONSTATES DANS LES FOCUS GROUPS**

Les approches de changement du comportement pour la mutation rapportée par les deux focus groups, se catégorisent en 3 approches de gestion, de contrôle et de promotion.

Pour l'approche de gestion du système, elle insiste sur la gestion comme facteur de maintien des personnels de santé dans les zones rurales telles qu'elle a été citée :

«.. De même il faut un circuit de référence clair avec notre hôpital pour référence et contre référence... »

«... Il faut ne pas marginaliser la province et appliquer l'équité... »

L'autre approche dite de contrôle est basée sur l'application de la réglementation pour maintenir la stabilité citée par l'un des participants du focus group :

«... On doit appliquer la réglementation pour tout le monde pour qu'il y ait la justice... »

Enfin, l'approche de promotion basée essentiellement sur les moyens de motivation pécuniaires et non pécuniaires citée dans le focus group :

«...Donner le logement, l'indemnité, les moyens pour travailler ; les véhicules tout terrain et diminuer la charge du travail... »

## **VIII. Discussion**

### ***A. Synthèse et interprétation des résultats***

Les principaux résultats de notre étude concernant les facteurs d'instabilité nous montrent que certains facteurs ont des relations significatives avec l'instabilité des personnels et d'autres sont non significatives.

Parmi les variables qui sont associées significativement à l'instabilité des personnels de santé dans les zones rurales de la région de Fès-Boulemane, nous avons trouvé pour les facteurs personnels, le profil du personnel, son âge, le lieu d'origine du conjoint, le fait d'avoir ou non des enfants, sa formation de base et son ancienneté. Tandis que les variables qui n'ont pas une association significative sont représentées par le sexe, le lieu d'origine du personnel, la situation matrimoniale, le dialecte et la formation continue. Cependant, sans analyse multivariée, il n'est pas possible de contrôler les facteurs confondants et ces réponses préliminaires ne peuvent que stimuler notre questionnement.

En effet, pour le profil du personnel, les médecins sont plus instables que les infirmiers, et plus on augmente dans l'âge plus on est stable. De même, les personnels dont leurs conjoints sont d'origine urbaine sont plus instables. Egalement nous avons trouvé que le niveau de formation de base est proportionnel au profil, c'est ainsi les personnels (infirmiers) ayant la licence sont plus instables que les personnels ayant un brevet.

Par ailleurs, les variables qui n'ont pas d'associations significatives avec l'instabilité ont été rapportées par l'approche qualitative comme facteurs déterminants dans l'instabilité des personnels. C'est ainsi que le sexe du personnel, sa situation matrimoniale et sa formation continue jouent un rôle important dans son instabilité.

Pour les facteurs sociaux, nous avons trouvé des variables qui sont en relation avec l'instabilité, telles que la qualité du logement, le fait d'avoir ou non des enfants scolarisés. De même nous avons constaté l'existence d'associations significatives

représentées par les infrastructures de bases telles que la présence du cyber, jardin d'enfant, terrain du sport équipé, marchés permanents, restaurants et maison des jeunes.

La proximité entre d'une part le lieu du travail et d'autre part le logement, le centre urbain et la délégation médicale a montré une association significative avec l'instabilité des personnels.

Par contre, certaines variables n'avaient pas de signification avec l'instabilité telles que la disponibilité des moyens de transports à l'exception de sa nature qui est significative, le logement, les cafés, l'état des routes, la qualité des écoles, la couverture par l'eau potable et par l'électricité.

Mais, on peut ajouter que certaines variables sont considérées par l'approche qualitative comme décisives dans l'instabilité comme les moyens de transport, le logement et la qualité des écoles.

En ce qui concerne les facteurs liés au travail, nous avons trouvé certains facteurs associés à l'instabilité des personnels comme la sécurité des personnels et des malades dans le lieu du travail, le stress, la routine, la convenance des tâches du travail. De même nous avons remarqué que la qualité de la communication des personnels de santé avec les supérieurs, les collègues, est associée à l'instabilité des personnels.

Par contre, certaines variables considérées par l'approche quantitative comme non significatives telles que la charge du travail, la reconnaissance, le soutien, l'indemnité deviennent importantes dans l'approche qualitative. Enfin, nous avons remarqué que la référence aux normes n'est pas décisive dans la demande de mutation.

Au terme de notre étude, nous avons découvert certaines variables par l'approche qualitative comme la présence des médecins du secteur privé, la technologie médicale, le management et la culture de la population.

Pour agir sur le comportement des personnels de santé en ce qui concerne la demande de la mutation, l'approche qualitative a mis en évidence 3 approches à savoir l'approche de contrôle, l'approche de gestion du système, et l'approche de promotion et d'innovation.

Afin de répondre à notre question de recherche concernant l'identification des facteurs d'instabilité des personnels, nous avons identifié 3 facteurs qui ont une influence sur l'instabilité. Parmi les facteurs personnels, nous avons trouvé l'âge, le sexe, la situation matrimoniale, le lieu d'origine, le lieu d'origine du conjoint, le dialecte et la formation. En ce qui concerne les facteurs sociaux nous avons identifié la qualité du logement, la qualité des écoles, la présence des médecins du secteur privé, la technologie médicale, la culture de la population, l'infrastructure de base et l'accessibilité géographique.

Enfin, notre étude a identifié des facteurs liés au travail, comme ceux liés à la récompense tels que la transparence, le soutien, l'indemnité et les promotions et ceux liés au coût tels que la routinisation et ceux liés à l'organisation tels que l'innovation, le travail d'équipe, la communication, l'application des normes, la délégation de tâches, la charge du travail, le stress, le leadership, la sécurité et l'habileté managériale.

De même, on peut déduire de notre étude qu'on peut agir sur les facteurs liés au travail par différentes approches tantôt par approche de contrôle en appliquant la réglementation, tantôt par approche de gestion du système en agissant sur les facteurs liés à l'organisation du travail. De même, on peut appliquer l'approche d'innovation et de promotion en agissant sur les variables liés à la récompense.

## ***B. Confrontation des résultats à la littérature***

En se référant aux revues de la littérature, on peut observer que certains facteurs d'instabilité identifiés dans notre étude sont rapportés par plusieurs auteurs.

C'est ainsi dans les facteurs liés au personnel, nous avons rejoint pour le facteur sexe, l'étude de (Sempowski et *al.* 2002) qui a montré que le sexe avait un effet négligeable sur l'instabilité.

De même nous avons conclu les mêmes facteurs rapportés par (Iverson, 2000) et (Hayesa et *al.* 2006) sur l'influence de l'âge et l'ancienneté dans le lieu du travail.

Dans notre étude, nous n'avons pas trouvé les mêmes facteurs déduits par (Bilodeau et *al.* 2006) qui ont montré que l'origine rurale est un facteur de stabilité tandis que nous

rejoignons l'étude de (Calman et *al.*2004) qui a indiqué que la proximité est un facteur d'instabilité. De même, nous avons trouvé les mêmes relations entre le niveau de formation et l'instabilité rapportés par le sous-comité de la recherche au Canada, (2003). Par ailleurs, nous n'avons pas trouvé une relation entre le dialecte et l'instabilité mentionnée par (Hadley, 1995).

Pour les facteurs sociaux, notre étude avait le même sens que celle de (Couffinhal et *al.*2002) pour l'importance des relations entre l'instabilité et l'infrastructure de base.

En ce qui concerne la qualité du logement, notre étude s'est rapprochée de celle (Cutchin, 1997), par contre pour la qualité des écoles nous avons noté une différence entre notre étude et celle de (Cutchin, 1997). Certes, la non-signification de la qualité des écoles était due aux différents points de vue donnés sur la qualité des écoles.

Dans l'approche qualitative nous avons mis en évidence la technologie médicale montrée par l'étude de (Martin, 2005) sans connaître la signification entre cette variable et l'instabilité.

De même nous avons constaté que certaines variables liées au travail et qui agissent sur l'instabilité des personnels ont les mêmes significations que celles rapportées par la bibliographie. Certes, parmi ces variables nous avons trouvé la routinisation rapportée par (Iverson et *al.* 1995), le stress rapporté par (Bland, 2005) le leadership et la sécurité rapportés par (Baumann, 2007), la communication rapportée par (Terence et *al.* 2001) et enfin l'innovation mentionnée par (Morin, 2007)

Finalement, notre étude a révélé les mêmes significations de l'absence de relation entre l'instabilité et l'indemnité rapportée par (Calman et *al.*2004), (Pathman et *al.* 2004) et (Holmes, 2004).

Cependant nous n'avons pas trouvé les mêmes significations concernant la charge du travail : rapporté par (Humpreys et *al.* 2002), le niveau de soutien rapporté par (Price & Mueller, 1986) et la référence aux normes mentionnée par (Morin 2007).

## **C. Les avantages et limites de l'étude.**

D'une manière générale, notre étude a répondu à nos objectifs établis et aux questions de recherche posées, pourtant on doit dégager les points forts et les points faibles.

### **1. LES POINTS FORTS**

- Notre étude s'est basée sur une littérature scientifique valide et riche en complétant l'étude de terrain par un état de connaissance assez large et divers.
- L'échantillon de notre étude était large et suffisant avec un groupe témoin représentatif.
- L'étude peut être appliquée à d'autres régions du fait qu'elle est située dans une région constituée de 3 provinces hétérogènes, chacune avec ses caractéristiques propres.
- Notre méthodologie s'est basée sur une approche mixte quantitative et qualitative avec les trois méthodes de collecte de données : le questionnaire, l'entretien et le focus group.
- Les résultats de notre étude peuvent aider les responsables pour prendre des décisions et actions.

### **2. LES POINTS FAIBLES**

- L'étude est faite dans un temps très restreint pour étudier l'ampleur de la problématique posée.
- L'étude n'échappe pas au biais d'information des personnels concernant les concepts posés
- L'absence d'analyse multivariée n'a pas permis de contrôler les facteurs de confusion entre variables.
- La rareté de la bibliographie nationale dans ce domaine.
- La nécessité d'une équipe multidisciplinaire et des moyens matériels pour faire des études de ce genre.

## **D. Recommandations**

On peut dégager de notre étude certaines recommandations qui nous semble - t-il peuvent contribuer à réduire cette problématique :

- La problématique de l'instabilité des personnels doit être traitée dès la formation de base par l'instauration d'un système prévisionnel pour savoir quels sont les besoins présents et futurs en ressources humaines.
- Redynamiser le rôle des facultés de médecine et des écoles de formation en santé dans le domaine de la gestion des ressources humaines au niveau régionale.
- Evaluer les programmes de formation de bases pour savoir le type de compétences nécessaires pour le personnel de santé.
- Instaurer un système de motivation plus particulièrement pour les personnels exerçant dans les régions défavorisées.
- Établir un système de roulement bien défini pour les personnels de santé dans les zones rurales et défavorisées.
- Doter la région d'une autorité nécessaire en matière de finances et de gestion du personnel, notamment le pouvoir d'affectation et de sanction pour résoudre le dysfonctionnement en ressources humaines.
- Utiliser le turnover comme indicateur de monitoring pour l'amélioration des ressources humaines.
- Inciter les autres secteurs à collaborer avec le secteur de santé dans le domaine des ressources humaines.
- Traiter la problématique d'instabilité par le développement d'outils de gestion et d'organisation du travail.
- Inciter les régions à appliquer la réglementation et la mise en œuvre des circulaires ministérielles par une approche de contrôle.

## **Conclusion**

L'étude des facteurs de l'instabilité des personnels de santé dans les zones rurales de la région Fès-Boulemane, nous a permis de mettre en lumière l'importance et l'étendue du problème du turnover des personnels de santé au niveau des zones rurales. Derrière le problème de turnover, nous avons trouvé des facteurs d'ordre personnels, sociaux et ceux liés au travail. Devant cette situation et sa persistance, nous ne pourrions pas nous échapper à l'accroissement de la disparité en personnels de santé entre milieu urbain et rural sans mettre en évidence les facteurs d'instabilité des personnels en milieu rural.

Dans notre étude, nous avons essayé d'identifier les facteurs liés à l'instabilité des personnels de santé dans les zones rurales de la région Fès-Boulemane et de voir leur importance afin de permettre au décideur d'agir sur ce problème crucial.

Parmi les facteurs qui agissent sur l'instabilité des personnels au niveau de la zone rurale de la région Fès-Boulemane, nous avons identifié dans l'approche quantitative des facteurs personnels constitués par le profil du personnel, son âge, le lieu d'origine de son conjoint, le fait d'avoir des enfants, sa formation de base et son ancienneté. De même nous avons trouvé des facteurs sociaux représentés par la qualité du logement, le fait d'avoir des enfants scolarisés, la présence du cyber, la présence des marchés permanents, la distance entre le lieu du travail et le logement, le centre urbain le plus proches et la délégation médicale.

En fin nous avons identifié des facteurs liés au travail représentés par la sécurité des personnels et des malades, le stress, la routine, le travail d'équipe, la communication avec les supérieurs et les collègues.

Pour garantir une meilleure stabilité des personnels, notre étude nous a montré trois approches de changement du comportement des personnels et qui sont : approche par contrôle, approche par gestion et approche par promotion.

Notre étude, nous a également ouvert une piste pour des études et de recherches plus approfondies qui pourront nous offrir des solutions adaptées et réalistes pour le problème de la gestion des ressources humaines, de tant plus que la communauté mondiale est consciente de signal d'alarme alerté par l'organisation mondiale de la santé pour les futures années.

## Références bibliographiques

- Baumann et al. (2001), *Engagement et soins : les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système*. Synthèse pour politiques soumis à la Fondation Canadienne de la Recherche sur les Soins de Santé.
- Baumann, A. (2007), *Environnements favorables à la pratique : Qualité au travail : Soins de qualité*. Dossier d'information et d'action .Genève : Conseil international des infirmières.
- Bilodeau, H. (1986), *Etude des facteurs de stabilité des médecins québécois en région éloigné*, Mémoire pour obtention de grade de maître en science. Université Montréal. Canada.
- Bilodeau, H. & Leduc, N. (2003), Les mesures gouvernementales québécoises d'incitation à la pratique médicale en régions éloignées ou isolées. Actes du colloque: Les ressources humaines du système de santé : perspectives locales et régionales". Situations et expériences à l'étranger. *Cahiers de sociologie et de démographie médicale*
- Bilodeau, H., Leduc, N. et van Schendel ,N. (2006), *Analyse des facteurs d'attraction, d'installation et de maintien de la pratique médicale dans les régions éloignées du Québec*. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Université de Montréal.
- Bloor, K. & Maynard, A. (2003), *Planning human resources in health care: towards an economic approach, an international comparative review*. Canadian health services Foundation University of York. P. (1-27).
- Bourgueil, Y., Mousquès,J., Tajahmadi , A. (2006), *Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France*. Institut de Recherche et Documentation Economie de Santé .France, Biblio. N°1635, P. (7-69.)
- Calman , N. & Hauser, D. (2004), *U.S. Policies to Address Physician Misdistribution*. The Institute for Urban Family Health, P. (1-15).
- Cheryl, B. J. (2005), Nurse Turnover: Why it is Such a Tough Problem to Solve? *Nurse Leader*, P. (43 -47).

- Cooper R. A. (2004), Weighing the evidence or expanding physician supply. *Ann.Intern. Med* . Volume .N°141, P. (705-714).
- Couffinha, A. I. Gabrielli, V. L., Mousquès, J.(2002), Où s'installent les nouveaux omnipraticiens ? Une étude cantonale sur 1998-2001. *Bulletin d'économie de la santé*, N°61. Centre de Recherche d'Étude et de Documentation en Economie de la Santé. France.
- Dussault, G., Fournier, A. M., Zanchetta, M. S. et al. (2001), *Le marché du travail en soins infirmiers au Canada : Revue de la littérature*. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Université de Montréal .Canada.
- Futura sciences.(2005), disponible chez <<http://www.uwex.edu/ces/cced/economie/turn.cf>. [19 /08 /2005].
- Hayesa, L. J., Palla, O.L., Duffield, C. et al. (2006), Nurse Turnover: A literature review, *International Journal of Nursing Studies*, Volume .43, P( 237–263).
- Holmes, G.M. (2004), Does the National Health Service Corps Improve Physician Supply in Underserved Locations? *Eastern Economic Journal*. Volume . 30, P. (563-811).
- Iverson R.D., (2000) , An event history analysis of employee turnover: The case of hospital employees in Australia, *Resource Management Review*, Volume 9, N° 4, P.(397 – 418)
- Joseph, G., Pierrard, O., Sneessens, H.R. (2004), Job turnover, unemployment and labor market institutions, *Labour Economics* 11, P (451– 468).
- Kendall, S. (2003), Work-related attributes of RN job satisfaction in Acute Care Hospitals, *The journal of nurse administration*, Volume .N° 3 P. (317-320).
- Maertz, C. P., Stevens, M. J. , Champion M. A. (2003), A turnover model for the Mexican maquiladoras, *Journal of Vocational Behavior*, Volume.N° 63, P.(111-135).
- Martin, M.C, (2005), *Ressources individuelle et collective et la santé des femmes au Maroc*, thèse, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé .Université de Montréal.
- Morrell, K., Clarke, J.L., Wilkinson, A. (2001), Unweaving leaving : the use of models in the management of employee Turnover, *International Journal of Management Reviews*, Volume 3, Issue 3, P.( 219-244).

- Morin, D. (2007), *Vers L'élaboration d'un modèle de l'attraction organisationnelle, Partie I- Les variables organisationnelles*. Observatoire de gestion stratégique des ressources humaines.
- Ministère de la Santé du Maroc, Santé en chiffre (2006).
- Ministère de la Santé du Maroc, Offre de soin (2007).
- Nierman, L., (2001), *What Is the True Impact Of Employee Turnover?* Human Resource Consulting Services.
- Pathman, D.E., Konrad ,T.R. , Dann ,R. *al.* (2004), Retention of primary care physicians in rural health professional shortage areas. *American Journal Of Public Health*, Volume .94, P (1723-1729).
- Pinkovitz,W.H.,Moskal,J.& Green,G . 2006 ,*How Much Does Your Employee Turnover Cost?* Center for Community and Economic Development .  
Disponible chez <<http://www.uwex.edu/CES/cced/publicat/turn.html>>[2008].
- Rapport de Sous-comité de la recherche. (2003), *Recherche sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmiers* .Santé et Services Sociaux Canada.
- Rolfe, B., Leshabari, S., Rutta , F. *et al.* (2008), The crisis in human resources for healthcare and the potential of a retired' workforce: case study of the independent midwifery sector in Tanzania, *Health Policy and Planning Advance*, P (1-8).
- Rowe, A. K., Savigny, D.D, Lanata, C. F. *et al.* (2005), How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *The lancet*, Volume 366, P. (1026 -1035)
- Sempowski, I. P., Godwin M., Seguin R. (2002), Physicians who stay versus physicians who go: results of a cross-sectional survey of Ontario rural physicians, *Canadien journal of rural medecine*, Volume. 7(3), 173-9.
- Simar, M. & Shenden, V., (2004), *les médecins immigrants et non immigrants en région éloigné du Québec processus d'insertion global et facteur de rétention*. Institut national de recherche scientifique, urbanisation, culture et société. Montréal Canada
- Tai ,T.W. C. , Bame , S. I., Robinson C. D. (1998), Review of nursing Turnover research, 1977-1996, *Soc. Sci. Med.* Vol. 47, No. 12, P (1905-1924)

- Terence, R. M. & Lee, W.T. (2001), The unfolding model of voluntary and job ebemedeness: Foundations for a comprehensive theory of attachment, *Research in Organizational Behavior*, Volume 23, P. (189-246).
- Wikipédia.(2008),*Turnover*,disponible chez <<http://www.fr.wikipedia.org/wiki/Turnover>. [20 avril 2008]
- Zurn, P., Carmen, D., Stilwell, B. (2006), *thème 4 : Recruter et fidéliser le personnel infirmier : une question de motivation*. Initiative globale sur l'état des soins infirmiers. Département des ressources humaines pour la santé.OMS.
- Zina., M. D. et al. (2007), Factors in Recruiting and Retaining Health Professionals for Rural Practice, *National Rural Health Association*. Vol. 23, N°. 1. P. (62-71).

## **Annexes**

- Annexe 1 : Analyse des variables liés à l'instabilité
- Annexe 2 : Thématique des entretiens
- Annexe 3 : Questionnaire
- Annexe 4 : Grille d'entretien avec les responsables provinciaux
- Annexe 5 : Grille d'entretien avec les personnels stables
- Annexe 6 : Grille d'entretien avec les personnels mutés à Fès
- Annexe 7 : Fiche technique et thématique de Focus group

## ANNEXE.1

**TABLEAU 28 .ANALYSE DES VARIABLES PERSONNELLES**

Variables personnels		Demande mutation		Non demande mutation		p
		N=75	%	N=81	%	
Profil	Médecin	31	68,9	14	31,1	0,0008
	Infirmier	44	39,6	67	60,4	
Sexe	Féminin	47	52,4	43	47,8	0,147
	Masculin	28	42,4	38	57,6	
Age	inférieur à 30ans	12	60	8	40	0,0004
	[30,40ans [	42	60,9	27	39,1	
	[40,50ans [	21	37,5	35	62,5	
	Supérieur ou égal à 50ans	0	0	11	100	
Origine	Rural	24	40	36	60	0,0853
	Urbain	50	52,6	45	47,4	
Origine rural	même région	3	18,8	13	81,3	0,0259
	Proximité de la région	6	30,0	14	70	
	Autres régions	16	57,1	12	42,9	
Origine urbaine	Proximité de la région	14	36,8	24	63,2	0,0043
	Autres régions	36	66,7	18	33,3	
Situation matrimoniale	Célibataire	18	56,3	14	43,8	0,5289
	Marié	56	46,3	65	53,7	
	Autre	1	33,3	2	66,7	
Avoir un enfant	Oui	49	43,4	64	56,6	0,0048
	Non	11	84,6	2	15,4	
Nombre d'enfant	Moyen ± (Ecart type)	2± (1)	3± (1)	0,0002		
Origine conjoint	Rural	15	30,6	34	69,4	0,0036
	Urbain	41	56,9	31	43,1	
Origine rural du conjoint	Même région	2	13,3	13	86,7	0,0089
	Proximité de la région	2	16,7	10	83,3	
	Autres régions	11	57,9	8	42,1	

Variables personnels (suite)		Demande de mutation		Non demande de mutation		p
		N=75	%	N=81	%	
Origine urbaine du conjoint	Proximité de la région	14	43,8	18	56,3	0,0587
	Autres régions	26	65	14	35	
Parle même dialecte que la population	Oui	50	43,5	65	56,5	0,0527
	Non	24	60,0	16	40,0	
Formation de base	Doctorat	30	68,2	14	31,8	0,0001
	Licence	8	80,0	2	20,0	
	Baccalauréat	25	46,3	29	53,7	
	Brevet	12	25	36	75	
Autres formations	Oui	25	43,9	32	56,1	0,244
	Non	50	51	48	49	
L'ancienneté dans le recrutement	inférieur ou égal à 4 ans	10	55,6	8	44,4	0,0001
	[4ans, 10ans [	45	70,3	19	29,7	
	Supérieur à 10ans	20	27	54	73	
L'ancienneté dans le poste	inférieur ou égal à 4 ans	14	63,6	8	36,4	0,0001
	[4ans, 10ans [	45	66,2	23	33,8	
	Supérieur à 10ans	16	24,2	50	75,8	

**TABLEAU 29 .ANALYSE DES VARIABLES SOCIALES**

Variables sociales		Demande mutation		Non demande mutation		P
		N=75	%	N=81	%	
Type du logement	Logement du ministère de la santé	14	48,3	15	51,7	0,320
	Propre logement	37	43	49	57	
	logement alloué par le personnel	23	60,5	15	39,5	
	autres	1	33,3	2	66,7	
La perception de la qualité du logement	Tout à fait d'accord	13	39,4	20	60,6	0,0119
	En accord	22	36,1	39	63,9	
	Ni accord ni désaccord	23	59,0	16	41	
	En désaccord	7	58,3	5	41,7	
Scolarisation des enfants	Fortement désaccord	8	88,9	1	11,1	0,0010
	Oui	39	41,5	55	58,5	
Niveau scolaire du dernier enfant	Non	30	71,4	12	28,6	0,0001
	Maternel	15	78,9	4	21,1	
	Fondamental	20	54,1	17	45,9	
	Primaire	11	27,3	8	72,7	
Perception de la qualité des écoles	Secondaire	15	0	15	100	0,50
	Universitaire	3	0	3	100	
	Tout à fait d'accord	9	64,3	5	35,7	
	En accord	12	38,7	19	61,3	
	Ni accord ni désaccord	9	37,5	15	62,5	
Moyen du transport	En désaccord	8	38,1	13	61,9	0,40
	Fortement désaccord	2	40	3	60	
Type de moyen du transport	Oui	59	47,2	66	52,8	0,20
	Non	16	51,6	15	48,4	
Type de moyen du transport	Formel	56	55,9	66	44,1	0,20
	Informel	19	45,9	15	54,1	

Variables sociales (suite)		Demande mutation		Non demande mutation		P
		N=75	%	N=81	%	
Disponibilité du moyen de transport	Oui	22	48,9	23	51,1	0,52
	Non	50	50	50	50	
Terrain de sport équipé	Oui	1	7,7	12	92,3	0,001
	Non	74	51,7	69	48,3	
Jardin d'enfant	Oui	2	10,5	17	89,5	0,0003
	Non	73	53,3	64	46,7	
Maison des jeunes	Oui	26	40,6	38	59,4	0,081
	Non	49	53,3	43	46,7	
Cafés	Oui	49	46,2	57	53,8	0,307
	Non	26	52	24	48	
Restaurant	Oui	19	38,8	56	61,2	0,080
	Non	30	52,3	51	47,7	
Cyber	Oui	25	31,3	55	68,8	0,0001
	Non	50	65,8	26	34,2	
Marchés permanents	Oui	15	31,3	33	68,8	0,004
	Non	60	55,6	48	44,4	
Couverture par l'électricité	Oui	75	48,4	80	51,6	0,519
	Non	0	0	1	100	
Couverture par l'eau potable	Oui	65	48,9	68	51,1	0,401
	Non	10	43,5	13	56,5	

Variables sociales (suite)		Demande mutation		Non demande mutation		P
		N=75	%	N=81	%	
Distance entre le logement et le lieu travail	Inférieur ou égal à 1 km	25	41,7	35	58,3	0,006
	[1km, 3km [	5	22,7	17	77,3	
	[3km, 10km [	3	42,9	4	57,1	
	Supérieur à 10km	42	62,7	25	37,3	
Etat des routes entre logement et lieu du travail	Goudronnée	46	46,0	54	54	0,53
	Partiellement goudronnée	20	46,5	23	53,5	
	Non goudronnée	7	63,6	4	36,4	
Distance entre le lieu du travail et le centre urbain le plus proche	Inférieur ou égal à 10 km	13	28,3	33	71,7	0,000
	[10km, 20km [	21	67,7	10	32,3	
	[20km, 30km [	13	41,9	18	58,1	
	[30km, 60km [	24	85,7	4	14,3	
	Supérieur à 60km	3	15,8	16	84,2	
Etat des routes entre lieu travail et centre urbain le plus proche	Goudronnée	54	44,6	67	55,4	0,140
	Partiellement goudronnée	19	57,6	14	42,4	
	Non goudronnée	2	100	0	0	
Distance entre la structure sanitaire et l'hôpital	Inférieur ou égal à 10 km	10	28,6	25	71,4	0,011
	[10km, 20km [	15	57,7	11	42,3	
	[20km, 40km [	28	63,6	16	36,4	
	Supérieur à 40km	22	43,1	29	56,9	
Etat des routes entre la structure sanitaire et l'hôpital	Goudronnée	59	45	72	55	0,168
	Partiellement goudronnée	15	62,5	9	37,5	
	Non goudronnée	1	100	0	0	
Distance entre la structure sanitaire et la délégation	Inférieur ou égal à 10 km	9	26,5	25	73,5	0,009
	[10km, 20km [	13	50	13	50	
	[20km, 40km [	24	66,7	12	33,3	
	Supérieur à 40km	29	48,3	31	51,7	
Etat des routes entre la structure sanitaire et la délégation	Goudronnée	60	44,1	76	55,9	0,031
	Partiellement goudronnée	14	73,7	5	26,3	
	Non goudronnée	1	100	0	0	

**Tableau 30 Analyse des variables liées au travail**

Variables liés au travail		Demande mutation		Non demande mutation		P
		N=75	%	N=81	%	
Sentiment de sécurité pour le personnel	Tout à fait d'accord	9	33,3	18	22,2	0,0001
	En accord	12	34,2	25	30,9	
	Ni accord ni Désaccord	26	83,9	5	6,2	
	En désaccord	10	37	17	21,0	
	Fortement désaccord	17	51,5	16	19,8	
Sentiment de sécurité pour les malades	Tout à fait d'accord	9	30	21	25,9	0,0001
	En accord	14	29,4	36	44,4	
	Ni accord ni désaccord	26	83,9	5	6,2	
	En désaccord	10	55,6	8	9,9	
	Fortement désaccord	15	57,7	11	13,6	
Sentiment du stress	Tout à fait d'accord	39	63,5	23	28,4	0,0030
	En accord	19	46,3	22	27,2	
	Ni accord ni désaccord	12	38,7	19	23,5	
	En désaccord	1	7,7	12	14,8	
	Fortement désaccord	3	37,5	5	6,2	
Délégation de tâches	Tout à fait d'accord	11	45,8	13	16,0	0,5270
	En accord	30	45,1	39	48,1	
	Ni accord ni désaccord	19	55,9	15	18,5	
	En désaccord	8	40	12	14,8	
	Fortement désaccord	5	71,4	2	2,5	

Variables liés au travail (suite)		Demande de mutation		Non demande mutation		P
		N=75	%	N=81	%	
Avoir une indemnité	Oui	34	51,5	32	48,5	0,2587
	Non	40	44,9	49	55,1	
Le niveau de satisfaction pour l'indemnité	Oui	4	36,4	7	63,6	0,1880
	Non	37	56,1	29	43,9	
Reconnaissance des supérieurs	Oui	21	42	29	58	0,5019
	Non	28	50,9	27	49,1	
	Je ne sais pas	26	53,1	23	46,9	
Convenance du travail	Tout à fait d'accord	9	25,7	26	74,3	0,0001
	En accord	27	37,5	45	62,5	
	Ni accord ni désaccord	14	73,7	5	26,3	
	En désaccord	19	90,5	2	9,5	
	Fortement désaccord	6	66,7	3	33,3	
Innovation	Tout à fait d'accord	8	44,4	10	55,6	0,0582
	En accord	20	36,4	35	63,6	
	Ni accord ni désaccord	14	43,8	18	56,3	
	En désaccord	27	65,9	14	34,1	
	Fortement désaccord	6	60	4	40	
Travail d'équipe	Tout à fait d'accord	26	53,1	23	46,9	0,0037
	En accord	22	33,3	44	66,7	
	Ni accord ni désaccord	14	53,8	12	46,2	
	En désaccord	6	85,7	1	14,3	

Variables liées au travail (suite)		Demande mutation		Non demande mutation		P
		N=75	%	N=81	%	
La facilité de la communication avec les Supérieurs	Tout à fait d'accord	13	26	37	74	0,0001
	En accord	33	47,1	37	52,9	
	Ni accord ni désaccord	16	80	4	20	
	En désaccord	9	81,8	2	18,2	
	Fortement désaccord	4	80	1	20	
Référence aux normes	Oui	65	47,4	72	52,6	0,517
	Non	9	50	9	50	
Leadership	Tout à fait d'accord	7	30,4	16	69,6	0,025
	En accord	28	65,1	15	34,9	
	Ni accord ni désaccord	22	47,8	24	52,2	
	En désaccord	14	40	21	60	
	Fortement désaccord	1	16,7	5	83,3	

## ANNEXE 2

TABLEAU 31 FREQUENCE DES THEMATIQUES RAPPORTEE PAR L'ENTRETIEN

Variables personnels	Entretien avec les personnels stables	Entretien avec personnels mutés	Entretien avec Responsables	Ensemble des entretiens
Item cité	Fréquence	Fréquence	Fréquence	Fréquence
Origine	3	3	3	9
Formation	0	4	0	4
Situation matrimoniale	3	4	1	8
Solitude	0	1	0	1
Avoir des enfants	2	2	6	10
Ancienneté dans le travail	1	5	3	9
Sexe	2	1	6	9
Profil	3	4	2	9
Age	2	2	2	6
Etat de santé	0	1	1	2

Variables sociales	Entretien avec les personnels stables	Entretien avec personnels mutés	Entretien avec Responsables	Ensemble des entretiens
Item cité	Fréquence	Fréquence	Fréquence	Fréquence
Moyen de transport	3	3	0	6
Ambiance	2	3	1	6
Infrastructure	7	5	4	16
Enclavement	0	3	0	3
Proximité	2	5	1	8
Intégration	0	1	1	2
Ecole	4	1	4	9
Culture population	2	2	2	6
Logement	3	1	3	7
Climat	0	1	0	1

Variables liées au travail	Entretien avec les personnels stables	Entretien avec personnels mutés	Entretien avec Responsables	Ensemble des entretiens
Item cité	Fréquence	Fréquence	Fréquence	Fréquence
Médecins spécialistes du secteur privé	2	2	1	5
Charge travail	4	4	1	9
Formation continue	3	6	1	10
Travail équipe	1	3	2	6
Soutien	0	1	2	3
Stresse	4	3	0	7
Moyen de travail	3	2	2	7
sécurité	2	1	5	8
Normes	0	1	0	1
Laboratoire	2	0	1	3
Moyen motivation	1	0	3	4
Indemnité	1	0	2	3
routine	2	0	0	2
Non flexibilité	1	0	1	2
Médicament	1	0	0	1
Réunion	1	0	0	1
Encadrement	1	0	1	2
Equité	1	0	3	4
Gestion	1	0	0	1
Ressources humaines	1	0	0	1
Communication	0	0	1	1

## Annexe3

## Questionnaire

### I. Identification

Nom de la formation sanitaire.....

1. Quel est votre profil ?

Médecin       Infirmier(e)       Autres

à préciser .....

2. Combien du temps vous êtes recrutés avec le ministère de la santé ?

Inférieur ou égale à 4ans  ] 4ans, 10ans]

Supérieur à 10 ans

3. Combien du temps vous êtes en activité au centre de santé ou dispensaire ?

Inférieur ou égale à 4ans  ] 4ans, 10ans]

Supérieur à 10 ans

### II. Variables sociales.

4. Où habitez-vous actuellement?

Logement du ministère de la santé       Ton propre logement

Logement alloué       Autre

à préciser .....

5. Jugez-vous la qualité de votre logement est bonne ?

Tout à fait d'accord       En accord       Ni accord ni désaccord

En désaccord       Fortement désaccord

6.. Avez- vous des enfants scolarisés ?

Oui  Non

Si oui :

6. a. Précisez leurs niveaux de scolarité.....

6. b Pensez vous que les niveaux des écoles où sont scolarisés vos enfants sont bons ?

Tout à fait d'accord  En accord  Ni accord ni désaccord   
En désaccord  Fortement désaccord

7. Existe-t-il des moyens de transport dans le lieu où vous travaillez ?

Oui  Non

Si oui :

7. a. de quelles natures .....

7. b. Sont-ils fréquemment disponibles ?

Oui  Non

8. La commune, où se trouve le lieu de votre travail, dispose t'elle de ?

8. a. Terrain sportif équipé Oui  Non

8. b. Jardin d'enfants Oui  Non

8. c. Maison des jeunes Oui  Non

8. e. Cafés Oui  Non

8. f. Restaurant Oui  Non

8. g. Cyber Oui  Non

8. h. Marchés permanents Oui  Non

9. Votre commune est-elle couverte par ?

9. a . L'électricité

Oui  Non

9. b. l'eau potable

Oui  Non

10. Entre votre logement et le lieu de votre travail ?

10.a . La distance est

Inférieure ou égale à 1km  ] 1km, 3km]   
] 3km, 10km]  Supérieur à 10km

10. b. Les routes sont :

Goudronnées  Partiellement goudronnées  Non  
goudronnées

11. Entre votre lieu de travail et le centre urbain le plus proche ?

11.a. La distance est :

Inférieure ou égale à 10km  ] 10 ,20 km]  ] 20 ,30 km]   
] 30, 60 km]  Supérieure à 60 km

11.b. Les routes sont :

Goudronnées  Partiellement goudronnées  Non goudronnées

12. Entre votre structure sanitaire et l'hôpital le plus proche :

12. a. La distance est

Inférieure ou égale à 10 km  ] 10, 20km]   
] 20, 40 km]  Supérieure à 40 km

12. b. Les routes sont :

Goudronnées  Partiellement goudronnées  Non goudronnées

13.. Entre votre structure sanitaire et la délégation médicale

13. a. La distance est :

Inférieure ou égale à 10 km  ] 10, 20km]

] 20,40 km]  Supérieure à 40 km

13. b. Les routes sont :

Goudronnées  Partiellement goudronnées  Non goudronnées

### **III. Variables liées au travail**

14. Pensez-vous que vous êtes en sécurité dans votre formation ?

Tout à fait d'accord  En accord  Ni accord ni désaccord   
En désaccord  Fortement désaccord

15. Pensez-vous que le malade est en sécurité dans votre formation ?

Tout à fait d'accord  En accord  Ni accord ni désaccord   
En désaccord  Fortement désaccord

16. Au lieu de votre travail, ressentez-vous du stress ?

Tout à fait d'accord  En accord  Ni accord ni désaccord   
En désaccord  Fortement désaccord

17. Vos chefs immédiats vous délèguent une partie ou la totalité de leurs tâches ?

Tout à fait d'accord  En accord  Ni accord ni désaccord   
En désaccord  Fortement désaccord

18. Quand vous avez besoin de soutien en travail à qui vous faites appel ?

Collègue  Major  Médecin chef   
Médecin chef du SIAAP  délégué  Aucun  Autres

à préciser .....

19. Percevez-vous une indemnité de votre délégation ?

Oui  Non

Si Oui jugez-vous qu'elle est suffisante ?

Oui  Non

20. Durant ces 5 dernières années aviez-vous une reconnaissance de vos supérieurs ?

Oui  Non  Je ne sais pas

Si oui quel type de reconnaissance ?

.....

21. Ressentez-vous la routine dans votre travail?

Tout à fait d'accord  En accord  Ni accord ni désaccord   
En désaccord  Fortement désaccord

22. Pensez-vous que la quantité du travail dans votre formation sanitaire est énorme ?

Tout à fait d'accord  En accord  Ni accord ni désaccord   
En désaccord  Fortement désaccord

23. Pensez-vous que les tâches dans votre travail vous conviennent ?

Tout à fait d'accord  En accord  Ni accord ni désaccord   
En désaccord  Fortement désaccord

24. Durant votre travail ressentez-vous la possibilité de la création et d'innovation ?

Tout à fait d'accord  En accord  Ni accord ni désaccord   
En désaccord  Fortement désaccord

25. Dans votre structure sanitaire ressentez-vous le travail d'équipe ?

Tout à fait d'accord  En accord  Ni accord ni désaccord   
En désaccord  Fortement désaccord

26. Pensez vous que la qualité de la communication est facile avec :

26.a .Vos collègues ?

Tout à fait d'accord  En accord  Ni accord ni désaccord

En désaccord  Fortement désaccord

26.b. Vos supérieurs ?

Tout à fait d'accord  En accord  Ni accord ni désaccord

En désaccord  Fortement désaccord

26.c. La population ?

Tout à fait d'accord  En accord  Ni accord ni désaccord

En désaccord  Fortement désaccord

27. Dans la réalisation de vos tâches vous référez vous aux normes ou aux standards ?

Oui  Non

Si non pourquoi ?.....

28. Dans votre structure sanitaire ressentez -vous le leadership ?

Tout à fait d'accord  En accord  Ni accord ni désaccord

En désaccord  Fortement désaccord

#### **IV. Variables personnelles**

29. A quelle catégorie appartient votre âge ?

Inférieur à 30 ans  ] 30ans, 40 ans]

] 40 ,50 ans]  Supérieur à 50 ans

30. Quel est votre Sexe ?

Féminin  Masculin

31. Quel est votre lieu d'origine ?

Rural  Urbain

31. a. Si Rural même région  Proximité de la région  Autres régions

31. b. Si Urbain Proximité de la région  Autres régions

32. Quelle est votre situation matrimoniale ?

Célibataire  Marié(e)  Autres

à préciser .....

Si vous êtes marié(e) :

32. a. Avez-vous des enfants ?

Oui  Non

Si oui combien ?.....

32. b. Quel est le lieu d'origine de votre conjoint ?

Rural  Urbain

32. b.  $\alpha$  Si Rural même région  Proximité de la région  Autres régions

32. b.  $\beta$ . Si Urbain Proximité de la région  Autres régions

33. Parlez-vous le même dialecte que la population ?

Oui  Non

Si oui précisez le

quel ?.....

34. Quel est le niveau de votre formation de base :

Doctorat  licence  Baccalauréat   
Brevet  Autres  à préciser.....  
.....

35. Quel est le lieu de votre formation de base ?

.....

36. Avez-vous reçu d'autres formations ?

Oui  Non

Si oui lesquelles ?.....

.....

**Merci de votre coopération.**

## **Annexe .4**

### **Grille d'entretien avec les responsables provinciaux**

1. Comment apercevez- vous le turnover des personnels de santé dans votre province ?

.....  
.....  
.....

2. Quels sont les raisons à votre avis qui poussent les personnels de santé à demander leurs mutations hors province ?

a. Raison sociale :

.....  
.....  
.....  
.....

b. Raison individuelle :

.....  
.....  
.....  
.....

c. Raison environnement du travail :

.....  
.....  
.....  
.....

3. Quels sont, selon vous, les facteurs liés à la récompense travail qui sont indispensables pour maintenir la stabilité des personnels ?

.....  
.....  
.....  
.....

3. Quels sont, selon vous, les facteurs liés à l'organisation du travail qui agissent sur le turnover?

.....  
.....

4. Selon -vous l'autonomie dans le travail peut-il être un facteur de turnover des personnels de santé ?

.....  
.....

.....5. Est-ce que la transparence vis avis des personnels peut motiver la stabilité dans leurs formations sanitaires ?

.....  
.....

6. Pensez vous que votre soutien peut agir sur le turnover des personnels de santé ?

.....  
.....

7. Selon vous l'indemnité pourrait-elle diminuer le turnover des personnels ?

.....  
.....

8. Pensez- vous que certains aspects liés à l'organisation du travail tels que le travail d'équipe, l'application des normes, délégation des tâches, le leadership la charge du travail, le stress peuvent avoir une influence sur le Turnover ?

.....  
.....  
.....  
.....

9. A votre avis est ce que certains facteurs liés au coût du travail tel que la routination, l'ambiguïté des tâches agissent sur le turnover des personnels ?

.....  
.....

10. A votre avis sur quels facteurs vous pouvez agir directement pour maintenir la stabilité des personnels de santé ?

.....  
.....  
.....

11. Quels sont selon vous les facteurs que les responsables centraux du ministère de la santé peuvent agir directement ?

.....  
.....  
.....

12. Ya t-il des facteurs que le major ou le médecin chef de centre de santé peuvent agir ?

.....  
.....  
.....  
.....

13. Selon vous les personnels de santé peuvent-ils agir sur certains facteurs d'instabilité ?  
Si oui comment ?

.....  
.....  
.....

14. Le secteur extra santé peut-il contribuer à diminuer l'instabilité des personnels de santé ?  
Si oui comment ?

.....  
.....

**Annexe.5**  
**Grille d'entretien avec les personnels de santé stables**

1. Que connaissez vous de la problématique de l'instabilité des personnels de santé dans la province ?

.....  
.....  
.....  
.....

2. Quels sont les facteurs personnels selon vous qui agissent sur l'instabilité des personnels de santé ?

.....  
.....  
.....  
.....

3. Quels sont les facteurs sociaux selon vous qui influencent l'instabilité des personnels de santé ?

.....  
.....  
.....  
.....

4. Quels sont les facteurs liés au travail qui ont une influence sur l'instabilité des personnels ?

.....  
.....  
.....  
.....

5. Quels sont selon vous les facteurs importants qui sont indispensables pour maintenir la stabilité des personnels ?

.....  
.....  
.....  
.....

6. A votre avis, si on améliore les conditions du travail, est ce qu'on peut diminuer le nombre de demande de mutation?

.....  
.....  
.....  
.....

7. Quels sont selon vous les facteurs sur lesquels les responsables centraux du ministère de la santé peuvent agir directement ?

.....  
.....  
.....  
.....

8. Ya t-il des facteurs sur lequel le major ou le médecin chef de centre de santé peuvent agir ?

.....  
.....  
.....  
.....

9. Selon vous les personnels de santé peuvent-ils agir sur certains facteurs d'instabilité ?

Si oui comment ?

.....  
.....  
.....  
.....

10. Pensez vous que l'autonomie peut influencer l'instabilité des personnels ?

.....  
.....  
.....  
.....

11. Pensez-vous que la transparence de vos supérieurs peut changer la décision de mutation hors province ?

.....  
.....  
.....  
.....

12. Selon vous la stabilité des personnels serait –elle maintenue quand vos supérieurs vos appuient ?

.....  
.....  
.....  
.....

13. A votre avis une indemnité que vous jugez suffisante peut vous motiver à vous stabiliser dans votre centre de santé ?

.....  
.....  
.....  
.....

14. Que pensez-vous de l'innovation dans le travail comme moyen de stabilité ?

.....  
.....  
.....  
.....

15. Si on trouve un travail d'équipe cela pourrait il changer la décision de mutation ?

.....  
.....

.....  
.....

16. La délégation de taches des supérieurs, apporterait-elle la stabilité ?

.....  
.....  
.....

17. Est-ce que la charge du travail est une cause de l'instabilité ?

.....  
.....  
.....

18. Pensez vous que le stress et la sécurité sont sources de démotivation ?

.....  
.....  
.....

19. Que pensez-vous du Leadership et de l'habilité managériale comme moyen de stabilité ?

.....  
.....

20. Selon vous comment motiver les personnels de santé à rester dans leurs formations sanitaires ?

.....  
.....

21. Est ce que la routinisation dans le travail ainsi que l'ambiguïté des taches sont considérés comme facteurs de l'instabilité ?

.....  
.....

22. Existe-t-il d'autres facteurs qui ne sont pas cités et que vous juger important dans la stabilité des personnels de santé ?

.....  
.....  
.....

**Merci de votre collaboration**

**Annexe.6**

**Grille d'entretien avec les personnels de santé qui ont été mutés à la préfecture de Fès**

1. Où étiez-vous avant que vous rejoigniez votre poste à la préfecture de Fès ?

.....  
.....  
.....  
.....

2. Quel était votre poste avant la mutation ?

.....  
.....  
.....  
.....

3. Quel est votre poste après la mutation ?

.....  
.....  
.....  
.....

4. Quelles sont les raisons qui vous ont amenés à demander la mutation ?

.....  
.....  
.....  
.....

5. Ya-t-il des facteurs qui ont été décisifs dans votre mutation ?

.....  
.....  
.....  
.....

6. Pensez-vous que la décision de demander la mutation était bien réfléchie ?

.....  
.....  
.....  
.....

7. Avec qui vous avez pris cette décision ?

.....

.....  
.....  
.....

8. Quels sont les facteurs qui ont été derrière votre mutation?

a : Facteur personnel :

.....  
.....  
.....  
.....

b : Facteur lié au travail :

.....  
.....  
.....  
.....

c : Facteur social :

.....  
.....  
.....  
.....

9. Etes- vous satisfaites dans votre nouveau poste ?

.....  
.....  
.....  
.....

10. Avant votre mutation aviez-vous une autonomie dans votre travail ?

.....  
.....  
.....

11. Pensez vous que la transparence de vos supérieurs pourrait changer votre décision de mutation ?

.....  
.....  
.....  
.....

12. Pensez vous que le soutien de vos supérieurs peut maintenir votre stabilité dans le centre de santé ou dispensaire ?

.....  
.....  
.....  
.....

12. Quels sont selon vous les facteurs importants qui sont indispensables pour maintenir la stabilité des personnels ?

.....  
.....  
.....  
.....

13. A votre avis une indemnité que vous juger suffisante pourrait-elle source de motivation de stabilité dans votre centre de santé ?

.....  
.....  
.....  
.....

14. Pensez-vous que l'innovation dans le travail est un moyen de stabilité ?

.....  
.....  
.....  
.....

15. Si vous trouvez un travail d'équipe cela pourrait il changer votre décision ?

.....  
.....  
.....  
.....

16. La délégation de taches de vos supérieurs vous apporterait-elle la stabilité ?

.....  
.....  
.....  
.....

17. Est-ce que la charge du travail est une cause de mutation ?

.....  
.....

18. Pensez vous que le stress et la sécurité sont sources de démotivation ?

.....  
.....  
.....  
.....

19. Que pensez-vous du Leadership et de l'habileté managériale comme moyen de stabilité ?

.....  
.....  
.....  
.....

20. Selon vous comment motiver les personnels de santé à rester dans leurs formations sanitaires ?

.....  
.....  
.....  
.....

21. Est ce que la routinisation de votre travail ainsi que l'ambiguïté de vos tâches sont considérés comme facteurs de l'instabilité ?

.....  
.....  
.....  
.....

22. Existe-t-il d'autres facteurs qui ne sont pas cités et que vous juger importants dans votre mutation ?

.....  
.....  
.....  
.....

**Merci de votre collaboration**

## **Annexe.7**

### **Fiche technique Focus group**

#### **I. Objectif**

- ✓ Approfondir l'exploration des facteurs liés au turnover des personnels de santé.
- ✓ Prendre connaissance les points de vue des personnels de santé exerçant dans les centres de santé ruraux au sujet des facteurs liés au turnover dans les zones rurales de la région Fès-Boulemane.
- ✓ Donner aux participants la possibilité d'exposer leurs attentes concernant ce phénomène.
- ✓ Apprécier le degré de consensus des personnels de santé concernant ce phénomène.

#### **II. Principe**

- ✓ Engagement réciproque et le volontariat des membres du groupe.
- ✓ L'objectivité, la neutralité et liberté d'opinion
- ✓ Respect de l'anonymat en cas d'analyse.
- ✓ Engagement sur la méthode et l'outil utilisé ; non monopolisation de la discussion, respect des opinions de autres.
- ✓ Réunion des membres du groupe dans un endroit accepté par tout le monde.
- ✓ Eviter la présence du : chef du secteur, major, médecin chef, animateur, major du SIAAP, administrateur économe, médecin chef du SIAAP et le délégué.
- ✓ Choix d'un temps convenable accepté par tout le membre du group.
- ✓ Respect du temps : 60 mn maximum 90mn.

#### **III. Outil**

- ✓ Dispenser à tous les membres du groupe des feuilles et stylos pour prises de notes.
- ✓ Con-vivier le focus parla dispensation des boissons : limonades, thé, café, Eau.
- ✓ Utiliser le tableau magnétique pour prises de notes.
- ✓ Utilisation le camera vidéo après consentement avec les membres du groupe.
- ✓ Prendre des notes lors de discussion

- ✓ S'aider d'un personnel ne faisant pas partie des membres pour prise des notes  
comportements non verbaux : gestes, mimiques, symboles émis.

#### **IV .Présentation**

- ✓ Ranger les tables en cercle.
- ✓ Faire une présentation en tour de table.
- ✓ Expliquer l'objectif du focus groupe et les thématiques abordées.
- ✓ Mentionner la durée pour chaque thématique.
- ✓ Rassurer la confidentialité et l'anonymat dans le traitement des données.
- ✓ Diffuser au membre du groupe des résultats trouvés.

#### **V. Thématique**

- ❖ La connaissance de la problématique de l'instabilité des personnels de santé.

Que connaissez-vous de la problématique de l'instabilité des personnels de santé ?

- ❖ Les facteurs personnels qui agissent sur l'instabilité des personnels de santé ?

Quels sont les facteurs personnels selon vous qui agissent sur l'instabilité des personnels de santé ?

- ❖ Les facteurs sociaux qui agissent sur l'instabilité des personnels de santé

Quels sont les facteurs sociaux selon vous qui influencent l'instabilité des personnels de santé ?

- ❖ Les facteurs liés au travail qui agissent sur l'instabilité des personnels de santé

Quels sont les facteurs liés au travail qui ont une influence sur l'instabilité des personnels ?

- ❖ Détermination des facteurs sur lesquels on peut agir

Selon vous comment motiver les personnels de santé à rester dans leurs formations sanitaires ?

Remerciement pour la collaboration et clôture.