REPUBLIQUE DU BENIN

****

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

****

UNIVERSITE D'ABOMEY CALAVI

****

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

****

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE

****

Année : 2024 **N° :2715**

QUALITE DE L'ACCUEIL DU PATIENT DANS DEUX HOPITAUX AU SUD DU BENIN : CAS DU CNHU-HKM ET DU CHU-MEL

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement pour l'obtention du grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

par :

GOUNADON Bidossèssi Merleen Alégrad

Née le 18 Octobre 1998 à Porto-Novo

PRESIDENT DU JURY :

Pr Agrégé Badirou AGUEMON

DIRECTEUR DE THESE :

MCA Colette AZANDJEME

MEMBRES DU JURY :

Pr Antoine HINSON

MCA Elvire KLIKPO

LISTE DES ENSEIGNANTS

[1]

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

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

N°1965 /2023/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/OSRH/SA

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

LE DOYEN

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur AVAKOUDJO Josué Dejinnin Georges

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

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

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur AZON KOUANOU Angèle

Année : 2023-2024 (version octobre 2023)

[2]

PROFESSEURS TITULAIRES

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

LE DOYEN

[3]

35.	Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
36.	Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
37.	Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
38.	Dr LALYA Francis Honorat	Pédiatrie et Génétique Médicale
39.	Dr VIGAN Jacques	Néphrologie
40.	Dr CODJO Houétondji Léopold	Cardiologie
41.	Dr YEMOA Loconon Y. Achille.	Chimie Analytique-Bromatologie

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1.	Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
2.	Dr LAWSON AFOUDA Sonia	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3.	Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande	Parasitologie-Mycologie
4.	Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
5.	Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
6.	Dr BAGNAN TOSSA Léhila	Pédiatrie et Génétique Médicale
7.	Dr GANFON M. Yowel Habib	Pharmacognosie
8.	Dr KEREKOU Annelie Célestine.	Endocrinologie
9.	Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
10.	Dr WANVOEGBE Armand	Médecine Interne
11.	Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
12.	Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê	Ophtalmologie
13.	Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys	Radiologie, Radiodiagnostic et Imagerie médicale
14.	Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
15.	Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice	Dermatologie-Vénérologie
16.	Dr ALIHONOU Florence Nathalie Yacoba	Pédiatrie et Génétique Médicale
17.	Dr ANAGONOU LARY Lucrèce	Pédopsychiatrie
18.	Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles	Chirurgie Générale
19.	Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
20.	Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale
21.	Dr BOGNON Gilles Modeste Alain	Pédiatrie et Génétique Médicale
22.	Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
23.	Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
24.	Dr GNANGNON Freddy Houehanou Rodrigue	Cancérologie Chirurgicale
25.	Dr HODONOU Dètondji Fred Jean-Martin	Urologie-Andrologie
26.	Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou	Chirurgie Général
27.	Dr KLIKPO Tchédié Etdéchié Elvire	Psychiatrie Adulte

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

[4]

28. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
29. Dr LAWANI Ismaïl	Chirurgie Viscérale
30. Dr MIKPONHOUE OLOU Rose Christelle	Médecine du Travail
31. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu	Gynécologie-Obstétrique
32. Dr PADONOU Abiodun Adébola Djossè	Traumatologie-Orthopédie
33. Dr PADONOU Caroline Sourou Clémence	Pédiatrie et Génétique Médicale
34. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo	Santé Publique
35. Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie et Cytologie Pathologique
36. Dr SONOU Djidjoho Joël Arnaud	Cardiologie
37. Dr TOGNIFODE Medesse Véronique	Gynécologie-Obstétrique
38. Dr WACHINOU Ablo Prudence	Pneumo-Phtisiologie
39. Dr YEVI Dodji Magloire Inès	Urologie Andrologie
40. Dr ZOHOUN GUIDIGBI Lutécia Myria A	Pédiatrie et Génétique Médicale

MAITRES ASSISTANTS

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

1. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2. Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3. Dr ADJAGBA Mahouna Philippe Dotou	Cardiologie
4. Dr AMOSSOU Labissi François	Traumatologie-Orthopédie
5. Dr BADOU Agnès Oladun Sylvie	Sociologie et Anthropologie sociale
6. Dr GNINKOUN Comlan Jules	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
7. Dr LOKOSSOU Mègnissè S. Houévi Symphorose	Gynécologie-Obstétrique
8. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
9. Dr ADJOBIMEY Mênonli	Santé au Travail
10. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A	Chirurgie Buccale
11. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
12. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane	Anesthésie-Réanimation
13. Dr AÏGBE Nestor	Ophtalmologie
14. Dr DANGBEMEY Djima Patrice	Gynécologie-Odstrétique
15. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
16. Dr HOUNKPONOU AMOUSSOU-GUENOU Eliane Kayivi Murielle	Cardiologie
17. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
18. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle	Nutrition
19. Dr AGBOKPONTO Janvier Engelbert	Chimie Analytique

[5]

20. Dr ASSANHOU Assogba Gabin	Pharmacie Galénique
21. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard	Psychiatrie
22. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana	Hématologie Biologie
23. Dr GOUKODADJA Oswald	Traumatologie Orthopédie
24. Dr SOSSA Jean	Urologie
25. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles	Biophysique
26. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie

ASSISTANTS

1. Dr LANKPEKO AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
2. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
4. Dr HOUESSOU ENIANLOKO TCHIAKPE Nicole Zinhoué	Pédiatrie
5. Dr DADJO Kinski Aumar	Traumatologie Orthopédie

ASSISTANTS EN POSITION PROBATOIRE

1. Dr HOUEZE Richard Ghislain Constantin	Neurologie
2. Dr CHABI Yossounon	Pharmacie hospitalière
3. Dr DANSOU Eugénie	Médecine interne
4. Dr DJOSSOU Hontongnon Julien	Rhumatologie
5. Dr AYI MEGNANGLO Codjo Austher	Radiologie et Imagerie médicale
6. Dr DAHOUE Togbédji Richard	Orthopédie Dento-Faciale
7. Dr HOUNSOU Nounagnon René	Chirurgie générale
8. Dr KOGUI DOURO Akim	Urologie-Andrologie

ASSISTANTS DE RECHERCHE DE RANG DOCTORAL

1. Dr TOHON Gbèdolo Honesty	Toxicologie et Analyse du risque

OCTOBRE 2023

Le Doyen,

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

Professeur Josué Dejinnin Georges AVAKOUDJO

DEDICACES

« Ne crains rien car je suis avec toi, ne promène pas des regards inquiets car je suis ton Dieu » Es 40 :10

À mon père : *Symphorien GOUNADON* (*in memoriam)*

Tous les mots du monde ne sauraient exprimer ma gratitude, ma reconnaissance envers toi pour ton soutien infaillible, pour ta présence, ton accompagnement, ta dévotion et l'excellent père que tu as été pour tes enfants. Merci également pour cet amour du travail que tu as su nous inculquer ; cette volonté de toujours rechercher le meilleur. Je te dédie ce travail et je sais que tu aurais été extrêmement fière de moi.

Repos éternel !

À ma mère, *Marguerite AGUEMON*

Tu as fait beaucoup de sacrifices pour que je reçoive une instruction et une éducation de qualité. Je n'ai pas les mots pour t'exprimer toute ma gratitude. Merci d'avoir travaillé à ce que je devienne ce que je suis aujourd'hui. Vois en ce travail, une consolation pour les nombreux sacrifices consentis.

Je t'aime !

À mes frères, *Exaucé et Vidas*

Les ombres de cette vie ne trouvent pas de place dans la mienne de par votre présence. Avec vous, je réalise la difficulté d'exprimer le fond de tout ce qu'on ressent de tout ce qu'on voudrait crier au monde. Ce travail est également le vôtre. Merci pour le soutien, l'amour, l'encouragement et votre présence dans ma vie.

Amour inconditionnel !

À ma tante, *Denise AGUEMON*

Comme une mère, tu as été présente à chaque étape de cette formation. Tu as été d'un soutien infaillible au cours de ses longues années. Je me rappelle de tes mots encourageants chaque fois que le découragement s'abattait sur moi, de ta présence dans les moments durs, de ton soutien à tout égard. Tu sais trouver les mots justes pour me motiver à chaque fois. Tu sais également écouter sans rien dire. Je suis tellement reconnaissante de t'avoir dans ma vie. Ce travail est aussi le tien, car sans ton soutien, ce résultat n'aurait pas été possible. Tu m'as prise sous ton aile à l'image d'une mère et tu ne m'as jamais lâché.

Profonde gratitude !

À mon oncle, ***Pius GOUNADON***

Comme un père, tu as su me conseiller, me guider, me motiver durant cette formation pour me montrer la voie à suivre. Merci pour l'accompagnement et les encouragements durant toutes ces années.

Vive reconnaissance !

REMERCIEMENTS

À ma Directrice de thèse, *le Docteur Colette Sylvie AZANDJEME*, Maitre de Conférence Agrégé en Santé Publique.

Cher maître, vous nous avez fait l'honneur de diriger et de présider cette thèse malgré vos multiples occupations. Nous avons eu la chance et le privilège de travailler sous votre direction, de profiter de votre enseignement de qualité et de votre sagesse. Vos qualités humaines, pédagogiques et professionnelles nous serviront de référence à l'avenir. Nous avons été particulièrement marqués par votre amour du travail bien fait. Que ce travail soit pour vous un témoignage de notre profonde déférence.

Profonde déférence !

À ***Dr Nadège HOUNKPÈ EPOUSE MÈLOMÈ***

Vous êtes la première personne vers qui je m'étais tournée pour demander conseils, quand j'avais décidé d'entreprendre cette aventure médicale. Et comme cette première fois jusqu'à ce jour, vos portes sont restées toujours ouvertes pour m'écouter et m'apporter votre aide que ce soit concernant des problèmes d'ordre académiques ou personnelles. Vous avez été plus qu'une ainée pour moi. Comme une véritable grande sœur, vous avez su toujours m'écouter, me guider, me conseiller et même me rassurer. Merci d'avoir rendu mon aventure médicale plus belle et merci encore pour tout ce que vous continuez de faire pour moi.

Gratitude infinie !

À ***Dr Rock Boris SOGLO***

Soyez remercié pour votre disponibilité, votre gentillesse inégalée et votre promptitude à me venir en aide au cours de la réalisation de ce travail.

Merci beaucoup !

À mon cher ami, *Ebénézer Koyodé OGOUNKOLA*

Avec toi, l'expression **« Loin des yeux, près du cœur »** n'a jamais été aussi vraie. Malgré la distance j'ai toujours pu compter sur ton aide, ton affection malgré toutes tes occupations diverses et cela en toute circonstance où le besoin se présentait. Tu as toujours été présent non seulement pour moi mais aussi pour ma famille et je t'en suis extrêmement reconnaissante. Merci pour ton amitié. Que le seigneur te bénisse davantage.

Merci pour tout !

À mon amie et collègue, *Bernice ZOUNTANGNI*

Ma chère Bernice, c'est avec beaucoup d'émotion que je me rappelle notre rencontre en première année, notre complicité et les longues heures passés à travailler dans les escaliers du bâtiment de la kinésithérapie. Je tiens par ce travail à te réitérer ma profonde gratitude pour ton soutien inconditionnel. J'ai pu compter sur toi dans les bons comme dans les mauvais moments et je m'estime extrêmement chanceuse pour ça. Tu as été vraiment là pour moi depuis le début et même actuellement tu n'as cessé de me surprendre par ta bienveillance, ton affection à tout égard. Reçois en ces quelques lignes ma profonde admiration pour ta personne. Merci pour ta contribution à la réussite de mon travail.

Profonde gratitude !

À *Dr Elfried GBEWEZOUN*

Cher ami et collègue, les mots me manquent pout t'exprimer toute ma reconnaissance. Merci pour ton soutien, tes encouragements à chaque fois que j'en avais besoin, pour les séances de travaux nocturnes à 2 heure du matin par

zoom et ceci malgré tes diverses occupations. Je ne serais pas parvenu à ce résultat sans ta contribution. Au-delà de tout ça, je voudrais te remercier de m'avoir fait redécouvrir le vrai sens de l'amitié, comme tu aimes si bien le dire « **les amis sont faits pour se serrer le coude** ». Je te souhaite plein de succès dans ta carrière ainsi qu'une vie personnelle remplie de bonheur.

Merci pour ton amitié !

À mon amie, *Ramziath MAMA*

Ce travail est pour moi, l'occasion de te réitérer ma reconnaissance pour ton amitié sincère. Merci pour le soutien et les conseils. Je nous souhaite une brillante carrière ainsi qu'une vie personnelle épanouie.

Gratitude !

À mon amie, *Douceline GNANVI*

Je ne saurais assez te remercier pour ta solidarité et ton sens de l'amitié. Merci à toi de continuer à veiller sur moi comme une sœur. Pleins de succès à toi dans ta vie personnelle comme professionnelle.

Merci !

À mes amis et collègues, *Dr Eniola ENIOLORUNDA, Dr Robert AMOUSSOU*

Merci pour votre soutien, vos encouragements, vos conseils et vos coups de pouce. Je vous souhaite une vie pleine de réussite et de bonheur pour les nombreuses années à venir.

Très belle carrière à nous !

À mes amies, *Nawalia DJIBRIL* et *Eudoxie AFFEDJOU*

Je me rappelle de nos longues des heures de travail à la fac, des séances d'études, des révisions aux veilles des partiels, mais également des fous rires et de tout ce que nous avons pu endurer de par notre solidarité et notre farouche volonté de réussir. Je ne garde que de bons souvenirs de tous ces moments passés avec vous.

Merci et brillante carrière à vous !

À mon groupe de stage interné : *Régis P., Dédisse M., Nawaliath D., Eudoxie A., Frangilo G., Floriane F., Pérez K., Eniola E., Chancelle L., Faridath M., Romario A., Maurel L., Miness D., Alain S. , Odélia G., Mathias A., Marius Z., Fréjus A., Joan A. et Ariane H.*

Merci pour cette expérience riche en moments inoubliables.

Sincères remerciements !

À tous les médecins de la 44^{ième} promotion

Chers collègues, je suis reconnaissante pour tous les moments passés avec vous. J'ai tant appris à vos côtés. Merci de m'avoir rendu meilleure. Je nous souhaite à tous une brillante carrière et pleins de succès dans nos divers projets.

Confraternellement !

À Madame *Hermionne LOKO*

Je vous suis reconnaissante pour votre appui technique à l'élaboration de ce travail malgré votre emploi du temps très chargé. Merci pour les longues heures passées à affiner la méthodologie de recherche, à planifier la collecte, à traiter puis analyser les données.

Merci à vous !

À mes enquêteurs*, Wilfried AZANMASSO, Line ALLADAGNIWEKE, Adèle SESSI*

Merci pour votre implication, votre promptitude et votre sens du travail bien fait. Je n'aurais pas pu parvenir à ce résultat sans votre contribution.

Merci !

À tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'élaboration et l'amélioration de ce travail, dont les noms ne sont pas mentionnés.

Sincères reconnaissances !

HOMMAGES

À tous nos Maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé

Chers maîtres, tout le long de notre formation, vous nous avez inculquer avec sagesse et adresse le savoir-faire et le savoir-être de cette vocation. Nous avons eu le privilège d'expérimenter votre engouement, votre amour du travail bien fait, et votre dévouement qui nous a inspiré tout au long de notre parcours. Vous êtes nos yeux de véritables modèles à suivre.

Hommages respectueux !

- ***Au Président du Jury***

Cher maître, soyez remercié de l'immense honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de notre soutenance de thèse. Ayez l'assurance que nous respecterons rigoureusement vos précieuses recommandations afin d'améliorer ce travail. Veuillez recevoir cher maître, l'expression de notre profonde considération.

Hommages respectueux !

- ***Aux honorables membres du jury***

Nous sommes très reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en siégeant dans notre jury de soutenance de thèse. Vos remarques et conseils en vue de l'amélioration de ce travail seront rigoureusement appliqués. Veuillez recevoir chers maîtres, l'expression de notre profond respect.

Hommages respectueux !

« Par délibération, la Faculté des Sciences de la Santé a arrêté que, les opinions émises dans les mémoires qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation »

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

CAR	:	Centre Autonome de Radiologie
CNHU-HKM	:	Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga
CHUMEL	:	Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CLCV	:	Consommation, Logement et Cadre de Vie
IHP+	:	International Health Partnership + Related Initiatives
IOM		Institute of Medicine
ISO	:	International Organisation for Standardisation
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
PMAD	:	Paquet Minimum d'Activités de Droit
SAU	:	Service d'Accueil des Urgences
HAS	:	Haute Autorité de Santé

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Opérationnalisation de la variable dépendante (début) 39
Tableau II : Opérationnalisation de la variable dépendante (suite et fin) 40
Tableau III : Opérationnalisation des variables indépendantes (début) 42
Tableau IV: Opérationnalisation des variables indépendantes (suite) 43
Tableau V: Opérationnalisation des variables indépendantes (suite et fin) 44
Tableau VI : Caractéristiques sociodémographiques des patients enquêtés 48
Tableau VII : Caractéristiques des personnels soignants enquêtés 49
Tableau VIII : Répartition des observations du cadre du travail au CNHU-HKM et au CHU-MEL (N=44) 51
Tableau IX: Répartition des observations du processus de l'accueil au CNHU-HKM et au CHU-MEL en 2023 (suite1) (N=44) 53
Tableau X: Répartition des observations du processus de l'accueil au CNHU-HKM et le CHU-MEL en 2023 (suite 2) MEL (N=44) 54
Tableau XI : Répartition des observations du processus de l'accueil au CNHU-HKM et le CHU-MEL en 2023 (suite et fin) MEL (N=44) 55
Tableau XII : Qualité globale de l'accueil au CNHU et au CHUMEL 57
Tableau XVIII : Appréciation des patients sur le cadre de l'accueil au CNHU et au CHUMEL 59
Tableau XIII : Répartition de la perception de la signalétique par le patient au CNHU-HKM et au CHU-MEL. 60
Tableau XIV : Répartition selon l'identification du personnel soignant par le patient au CNHU-HKM et au CHU-MEL 61
Tableau XV : Répartition de la perception de la qualité de l'accueil par le patient CNHU-HKM et le CHU-MEL 62
Tableau XVI : Répartition de la perception du comportement du personnel sanitaire par le patient au CNHU-HKM et au CHU-MEL 62
Tableau XVII : Appréciation des patients sur les délais d'attente au CNHU et au CHUMEL 64
Tableau XIX : Répartition de l'appréciation sur l'information donnée par le médecin au CNHU-HKM et le CHU-MEL 65
Tableau XX : Répartition des suggestions faites pour améliorer l'accueil au CNHU-HKM et le CHU-MEL 66
Tableau XXI : Répartition du personnel soignant selon leur perception de la qualité de l'accueil au CNHU-HKM et le CHU-MEL en 2023 67

Tableau XXII : Répartition du personnel soignant selon leur perception de la qualité de l'accueil au CNHU-HKM et le CHU-MEL en 2023 (suite et fin)..... 69

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : cadre conceptuel de la qualité de l'accueil et les facteurs l'influençan 8
Figure 2 : Dimensions de la qualité des soins 19
Figure 3 : Schématisation de la qualité dans le domaine des services et adaptée à la santé (adapté du cycle de la qualité – in AFNOR FD S 99-132 -Avril 2000).20

SOMMAIRE

SOMMAIRE xxvi
INTRODUCTION 1
I-Problématique 4
II-Généralités 10
III-Cadres et méthode d'étude 29
IV-Résultats 47
Perspectives ..... **Erreur ! Signet non défini.**
Suggestions 79
Références 81
Tables des matières 85
Annexes 89

INTRODUCTION

Le concept de l'accueil est omniprésent dans chacune des sphères d'activités de notre vie. Sous son caractère spontané, habituel nous en sommes arrivés à ne plus nous questionner sur son sens réel, ni même sur la manière dont nous accueillons quelqu'un et l'impact de notre accueil sur l'autre [1]. Sous cette apparente banalité, l'accueil faisait l'objet de trop peu de recherches scientifiques [2]. Pourtant cet acte si familier et en apparence banal est quand bien même au cœur de nos activités professionnelles [3].

Véritable vitrine de tout établissement, l'accueil est le premier maillon de la chaîne de soins. Sa qualité est une condition nécessaire pour que le malade se sente à l'aise, qu'il vienne sans crainte et qu'il se sente en sécurité. C'est aussi par un accueil chaleureux que commence la prise en charge du patient [4–6].

Ces mêmes aspects de l'importance capitale de l'accueil sont soulignés dans la charte de la Fédération des maisons médicales qui stipule que l'accueil doit être considéré comme une fonction à part entière. L'accueil participe au décodage de la demande du patient et comporte également une dimension psychosociale importante et permanente sans laquelle la prise en charge du patient ne saurait être complète. Il exige également une capacité d'écoute et relationnelle. Ainsi dans le domaine sanitaire, les fonctions de l'accueil sont multiples :il permet d'informer et d'orienter le patient, de sécuriser ou encore de recueillir la demande du patient. Dans ce contexte précis, l'accueil prend la forme d'un acte professionnel qui s'analyse, s'apprend et se développe [1]. Il apparaît que l'accueil doit être conçu comme un processus inscrit avant tout dans une démarche relationnelle.

La qualité de ce dernier dépend de plusieurs facteurs. Depuis toujours la notion de qualité existe et constitue un principe fondamental d'après les codes de déontologie et de santé publique [7]. C'est dans ce cadre que s'inscrit notre

étude portant sur le thème : « Qualité de l'accueil du patient dans deux hôpitaux au sud du Bénin : cas du CHUMEL et du CNHU-HKM ».

Le présent travail suivra le plan ci-après : après la description de notre problématique et quelques éléments de généralités, nous définirons le cadre et les méthodes d'études utilisées. Nous présenterons ensuite les résultats suivis de leur discussion et nous finirons par une conclusion assortie de quelques perspectives et suggestions.

I- PROBLEMATIQUE

1.1. Enoncé du problème

L'accueil du patient représente un réel défi dans le système de santé. En effet l'accueil du patient soufre de bien trop de maux et ne prend pas souvent en compte la dimension psychologique et sociale de l'individu. En France, selon une étude menée par l'association de défense des consommateurs et usagers « CLCV » (Consommation Logement et Cadre de Vie), 3 patients sur 4 sont reçus en retard par leur médecin. Les retards atteignaient plus d'une heure dans 17% des cas et dépassaient la demi-heure dans 34% des cas. Ces retards sont ressentis comme gênants, voire très gênants par 73% des patients dès lors qu'ils dépassaient 30 minutes et par 85% lorsqu'ils sont d'une heure ou plus [8]. En Afrique, les études ponctuelles menées à différents niveaux de la pyramide sanitaire démontrent que l'accueil des patients souffre encore de beaucoup de maux tels que : des délais d'attente trop longs, parfois dans de mauvaises conditions générales, un environnement peu satisfaisant, le mauvais comportement du personnel , le rareté des informations et les questions identiques et renouvelées auxquelles le patient est obligé de répondre avec patience.[9]. Au Cameroun en 2011, l'écoute des usagers des SAU (Service d'Accueil des Urgences) de Yaoundé révélait un taux de satisfaction globale de 54,7% quant à l'accueil. Ainsi « l'accueil manque de chaleur humaine ; les agressions verbales sont fréquentes de la part des soignants avec parfois même des cas de refus de consulter ou de traiter des patients » [10]. Dans les hôpitaux publics, les plaintes portaient notamment sur :la lenteur dans les soins (36%) ; le comportement désagréable et insolent (28%) [10]. De même au Bénin d'après Ousmane et al, la plupart des patients avaient une mauvaise opinion de l'accueil dans les CHU (Centres Hospitaliers et Universitaires). En effet pour 56% d'entre eux, l'accueil était mauvais [11]. Par ailleurs au Mali en 2014, l'accueil des patients avait été qualifié de satisfaisant dans 87,4 % des cas [12]. Au Bénin en

2010, de l'étude menée au Centre Autonome de Radiologie (CAR), il ressort que 96,5% étaient satisfaits de l'accueil alors que 78% ne connaissaient pas l'heure d'ouverture et 86% ne connaissaient pas celle de la fermeture ; 48% trouvent le temps d'attente raisonnable, 32% le trouvent court. 15,5% le trouvent long et 4,5% trouvent exagéré[13]. Ces statistiques variables prouvent que l'accueil est un acte plus complexe et ne saurait se réduire à l'état de protocole ou de procédure. Sa qualité est plus relative qu'absolue. Néanmoins elle impose plusieurs défis qui sont d'ordre : cognitif, interdisciplinaire, organisationnel, humains [1]. Ainsi les politiques sanitaires ne doivent pas moins sous-estimer le vécu psychologique, les différents modes de vie et les représentations sociales des populations [14].Le choix des recours thérapeutiques dans notre contexte africain (dispensaires, guérisseurs, marabouts…) s'effectue en grande partie selon le système interprétatif de l'usager. La qualité des structures de soins est jugée intuitivement sur la capacité de ces dernières à répondre aux besoins du malade tels qu'ils sont ressentis, exprimés, interprétés et non tels qu'ils sont médicalement définis [14]. Des travaux de plus en plus nombreux démontrent que la qualité, telle qu'elle est perçue par les patients et leurs familles est un des déterminants majeurs de l'utilisation des services de santé. La diversité et la complexité des facteurs sociaux prouvent que les interactions entre les soignants et les soignées ne sont pas qu'une affaire de compétences techniques. Elles ne peuvent être comprises et améliorées en dehors des identités sociales des acteurs locaux qui y sont impliqués [15]. Nous nous proposons d'étudier la qualité de l'accueil du patient dans les hôpitaux centraux que sont le CHUMEL et le CNHU, où ce sujet n'a pas encore fait l'objet d'études approfondies.

Quel est le niveau de qualité de l'accueil du patient au CHUMEL et au CNHU-HKM de Cotonou ? Les besoins et attentes des patients sont-ils satisfaits par

rapport à l'accueil lors des prestations sanitaires reçues ? Pour répondre à ces questions, nous avons émis les hypothèses suivantes.

1.2. Hypothèses

- La qualité de l'accueil du patient n'est pas acceptable dans les services du CHU-MEL et du CNHU-HKM de Cotonou.
- Plus de la moitié des patients ne sont pas satisfaits de l'accueil lors des prestations sanitaires reçues.

1.3. Objectifs

1.3.1. Objectif général

Étudier la qualité de l'accueil à l'endroit du patient au CHU-MEL et au CNHU de Cotonou.

1.3.2. Objectifs spécifiques

1. Mesurer le niveau de qualité de l'accueil à l'endroit du patient au CHU-MEL et au CNHU de Cotonou.
2. Décrire la perception des patients sur la qualité de l'accueil au CNHU et au CHU-MEL de Cotonou.
3. Décrire la perception du personnel sanitaire sur la qualité de l'accueil des patients au CNHU et au CHUMEL de Cotonou.
4. Identifier les facteurs associés à la qualité de l'accueil dans les deux centres.

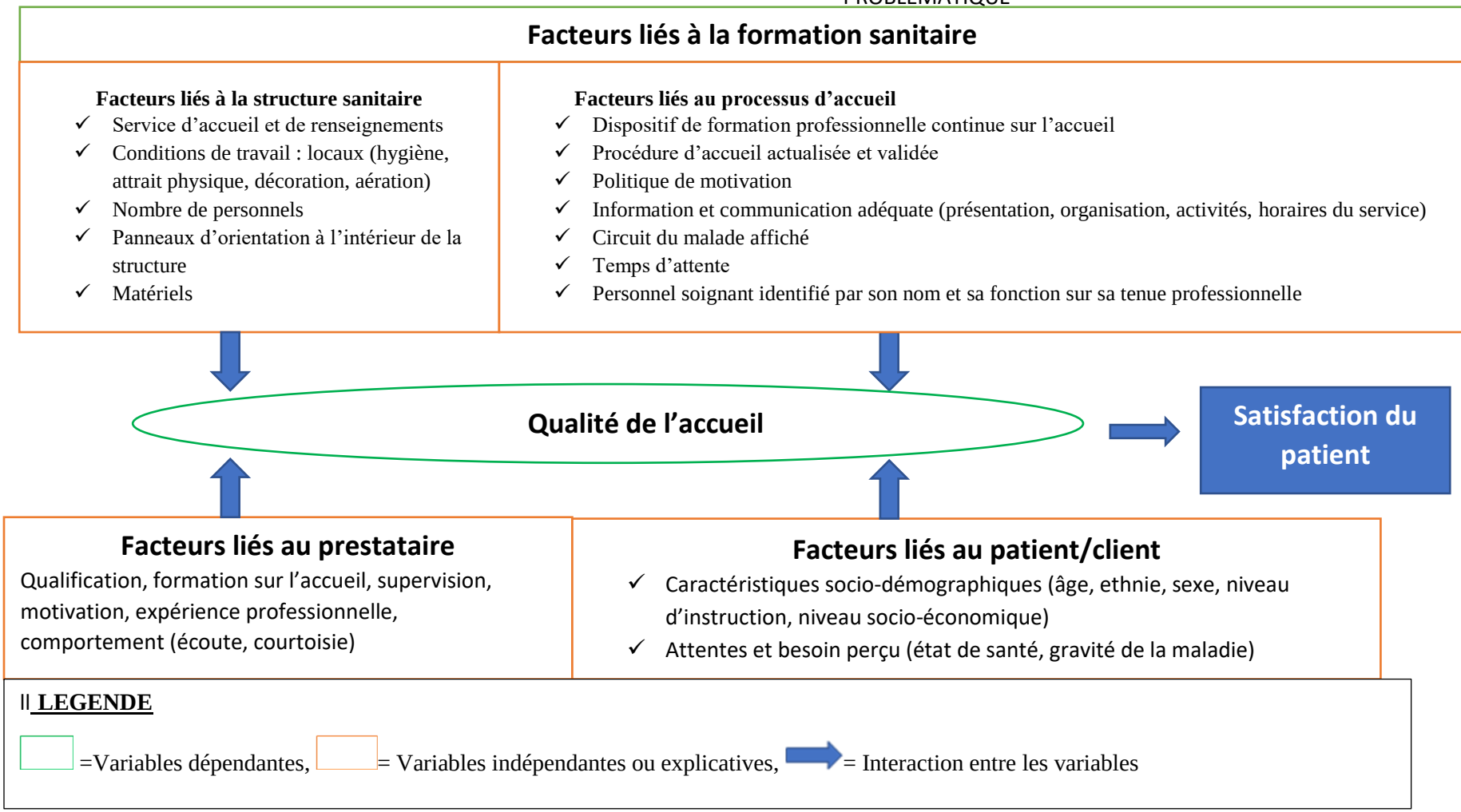


Figure 1 : cadre conceptuel de la qualité de l'accueil et les facteurs l'influençant

Commentaire sur le cadre conceptuel

La qualité de l'accueil offert aux patients est associée à différents facteurs qui sont regroupés en plusieurs groupes que sont : les facteurs liés à la structure sanitaire et ceux liés aux prestataires sanitaires (connaissances et comportement du personnel). Les facteurs liés à la structure sanitaire prennent en compte les structures (le milieu de réalisation de l'accueil :son attrait physique, son aération, son confort, son hygiène, les conditions de travail, les moyens de réalisation de la tâche ;humain comme matériel) et les processus qui désignent l'ensemble du système mis en place pour permettre l'organisation et la bonne réalisation de l'accueil (système de formation adéquate et continu du personnel impliqué à l'accueil, système de communication efficace).D'autre part, la qualité de l'accueil perçue par le patient est principalement associée aux facteurs individuels liés aux patients (caractéristiques socio-démographiques, les besoins et attentes du patient). C'est principalement de la qualité perçue que dépend la satisfaction du patient.

II- Généralités

2-1 Définition de quelques concepts

2-1-1-Accueil

C'est la façon de recevoir quelqu'un, le lieu où l'on reçoit un client, un usager [16].

2-1-2-Patient

C'est la personne qui reçoit des soins [17].

2-1-3-Qualité

Il existe plusieurs définitions de la qualité. Les plus connues sont les suivantes.

Selon la norme ISO (International Organisation for Standardisation), c'est « l'ensemble des caractéristiques d'un produit ou d'un service qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites » [18].

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), c'est une démarche qui « doit permettre de garantir à chaque patient un ensemble d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, de résultat, et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » [19].

Selon Donabedian, une figure emblématique dans l'étude de la qualité des soins dont on ne saurait parler dans une approche de définition du concept de la qualité dans le domaine de la santé. Ainsi les soins de haute qualité sont « les soins visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfice/risques à chaque étape du processus de soins » [20].

Selon l'IOM des Etats Unis (Institute of Medicine), la qualité est «la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment » [21].

2.2. Connaissances générales sur la qualité

La notion de qualité dans le domaine sanitaire existe depuis toujours et constitue un pilier fondamental des objectifs de la prise en charge du patient. Le code de déontologie et le code de santé publique y faisait déjà référence comme s'agissant d'un principe capital de la prise en charge. Mais cette qualité des soins avait été limitée à la justesse des pratiques professionnelles auxquelles la formation et la qualification des médecins conféraient une garantie absolue de qualité. Ceci n'est plus le cas à l'heure actuelle devant l'évolution permanente des connaissances médicales et des besoins des usagers des services sanitaires. De nouvelles approches de la qualité des soins visant une prise en charge plus globale du paient semble mieux répondre aux objectifs de qualité des soins [7].

L'approche de l'ISO sur la qualité appliquée au champ médical met l'accent sur la satisfaction des patients, ainsi de cette approche la qualité des soins correspond à l'aptitude de l'ensemble du système sanitaire à satisfaire les besoins des patients et usagers. Cela implique au préalable une parfaite définition des besoins explicites mais également implicites du bénéficiaire des prestations sanitaires. La satisfaction du patient nous apparait comme un résultat mesurable de la qualité des soins.

La perspective de l'OMS sur la qualité des soins met en avant une vision du patient dans sa globalité. Elle va au-delà du simple résultat médical pour intégrer les contraintes financières, la satisfaction du patient et la minimisation des risques.

Avedis Donabedian dans sa vision met en avant la sécurité des soins à travers une évaluation permanente des bénéfices et risques encourus par le patient.

Enfin la dernière approche de la qualité des soins abordée dans le cadre de ce travail, celle de l'IOM est largement reconnue et acceptée par la communauté internationale grâce à sa flexibilité et son adaptabilité à des contextes socio-culturels variés.

Dans les lignes suivantes nous aborderons les critères de la qualité, les dimensions de la qualité, les types de qualités.

2.2.1. Les critères de la qualité des soins

Les critères universels définissant la qualité des soins sont au nombre de 5 (cinq) ; il s'agit de la globalité, la continuité, l'intégration, une communication interpersonnelle appropriée et efficace et l'offre d'un paquet minimum de droit pour répondre aux besoins des usagers [22].

2.2.1.1. La globalité en santé

Ce critère de qualité met l'accent sur le fait que le patient ne saurait être simplifié à un ensemble symptômes à traiter ou considéré uniquement comme un consommateur de soins médicaux. Il invite les professionnels à considérer le patient dans sa globalité ; comme étant un individu à part entière évoluant dans un contexte complexe et riche où il est influencé par des facteurs sociaux, économiques, culturels et psychologiques.

La globalité en santé est intrinsèquement rattachée à l'empathie comme fondement de la qualité relationnelle entre personnels sanitaires et usagers des services sanitaires. Elle impose aux personnels de faire preuve d'une capacité d'écoute pour comprendre les réels besoins du patient.

2.2.1.2. La continuité des Soins

La continuité des soins demeure un critère aux contours flou car bien trop souvent confondu avec la permanence des soins, bien que ces deux notions diffèrent. En effet si la permanence des soins fait référence à la disponibilité constante des services de santé, la continuité des soins quant à elle se définit comme la prise en charge et le suivi ininterrompus du patient depuis le début de sa maladie jusqu'à la fin, qu'il s'agisse d'un épisode aigu ou d'une pathologie chronique.

La continuité des soins est intrinsèquement liée à la globalité incluant une approche empathique. La globalité et l'empathie apparaissent de ce fait comme

fondements indispensables à la continuité des soins. Ce faisant, cette perspective place le patient au centre de l'attention de sorte que ses besoins soient abordés de façon holistique et ininterrompue.

Plusieurs facteurs favorisent la continuité des soins, ce sont :

❖ la coordination entre professionnels de santé ;

Elle permet d'offrir une prise en charge de meilleure qualité en cas de situation complexe. En effet la complexité de certains cas nécessite une prise en charge pluridisciplinaire faisant appel à un panel de spécialisations médicales qui se complètent pour un résultat optimal.

❖ la satisfaction du patient ;

En effet, un patient satisfait de sa prise en charge serait plus enclin à la collaboration. Il s'établit alors une relation de confiance entre le soignant et le soigné permettant d'atteindre les objectifs d'un suivi global et continu.

❖ L'utilisation d'un dossier médical ;

C'est outil de synthèse incontournable, qui facilite le suivi du patient et permet le transfert d'informations d'un service à un autre ou d'un soignant à un autre.

2.2.1.3. L'Intégration en Santé

L'intégration dans le cadre du système sanitaire veut dire que tous les éléments composant ce système, qu'il s'agisse de services de bases ou d'hôpitaux de références ; sont organisés et coordonnés de manière à former une entité unique dont la mission est tournée vers la prise en charge du patient. Plus qu'une simple mise en commun des ressources l'intégration nécessite que le personnel soit polyvalent et coopérant. La collaboration est le modèle relationnel et l'alliance stratégique qui permettra aux personnels de santé de s'entendre sur une intervention commune et de coordonner leurs actions pour répondre aux besoins des patients.

2.2.1.4. La Communication interpersonnelle appropriée et efficace en santé.

Elle permet d'établir une relation de confiance entre le soigné et le soignant. En montrant un réel intérêt au patient, celui-ci se sentira à l'aise d'exprimer ses besoins. Il s'agira pour le prestataire de « développer les habiletés de communication verbale et non verbale, l'observation, l'écoute active et les attitudes facilitatrices » [23]. Elle promeut le dialogue avec les patients et encourage leur participation active aux prises de décisions.

Ses objectifs sont nombreux et axés sur l'éducation des populations et des soignants aux bonnes pratiques. Comme libellé dans le *Manuel de formation en gestion de la Circonscription Sanitaire*, il s'agit de : « rendre la population consciente des besoins qu'elle ne perçoit pas, rendre la population consciente que certaines demandes n'ont pas de base rationnelle, rendre les professionnels de santé aptes à relativiser certaines de leurs observations, rendre les professionnels de santé plus conscients des problèmes des patients qu'ils ont tendance à sous-estimer »

On distingue plusieurs types de dialogues : le dialogue individuel, le dialogue de groupe et le dialogue systématique.

Le **dialogue individuel** basé sur la communication interpersonnelle permet de rentrer en interaction avec le patient, de communiquer face à face. Dans ce cadre relationnel les signaux verbaux et non verbaux ont une importance capitale, de la même manière que le professionnel de santé a appris à se servir des symptômes pour poser un diagnostic il doit pouvoir détecter les non-dits véhiculés par la posture, le ton de la voix, la gestuelle, l'expression, le regard du patient pour répondre aux besoins de ce dernier. C'est une excellente occasion d'observer et d'écouter les premiers ressentis du patient. Les professionnels de santé doivent accorder une grande priorité à ce dialogue personnel et saisir toutes les occasions de l'initier lors de consultations thérapeutiques, de séances de vaccination ou de réunions de planning familial par exemple.

Le **dialogue de groupe** est un moyen utilisé par le professionnel pour communiquer avec un groupe de personnes donné sur un sujet jugé d'intérêt commun pour le groupe. Il permet notamment au professionnel d'informer et de sensibiliser le groupe sur un problème de santé ; d'impliquer le groupe dans la prévention des problèmes de santé.

Le **dialogue systématique** ce type de communication vise à développer une autogestion communautaire du système de santé local. Il s'adresse donc à un comité ou des comités de santé au sein même de la communauté et assez représentatif de cette dernière. Cette forme de communication suppose des rencontres régulières avec ce comité ou ses comités de santé.

2.2.1.5. Le Paquet Minimum d'Activités de Droit (PMAD)

La Constitution marocaine de 2011, à travers son article 31, prône le droit fondamental de chaque citoyen à l'accès aux soins de santé. Cette disposition se traduit de manière concrète par le Paquet Minimum d'Activités de Droit (PMAD), que se doit de fournir la Circonscription sanitaire en tenant compte de ses ressources, de son environnement et de sa position dans le système sanitaire.

Le PMAD doit d'abord couvrir les principales fonctions d'une Circonscription Sanitaire qui sont de fournir des soins curatifs, préventifs mais aussi promotionnels. Il peut ensuite inclure d'autres activités ou composantes susceptibles d'améliorer l'état de santé de la population en général.

Au-delà de la diversité des activités, il est impératif de définir une liste claire et précise de toutes les activités prises en compte par le Paquet Minimum d'Activité de Droit afin d'éviter que l'équipe de prise en charge ne se retrouve envahie par des demandes auxquelles elle ne saurait répondre [22].

2.2.2. Les dimensions de la qualité des soins

La qualité est dite multidimensionnelle car elle varie selon les individus et change dans le temps. Les dimensions de la qualité les plus pertinentes et adaptées au domaine sanitaire sont :

2.2.2.1. Les compétences professionnelles

La qualité des soins débute par la compétence des professionnels de santé. Ces derniers, qu'ils soient médecins, infirmiers ou autres, doivent disposer de compétences convenables et adaptées pour leur pratique quotidienne. Ils doivent également avoir accès à l'information, à l'équipement, aux fournitures et installations adéquates pouvant leur permettre de répondre efficacement aux besoins des patients.

2.2.2.2 L'efficacité

L'efficacité en matière de soins de santé signifie que les soins reçus par les patients sont fondés sur des données scientifiques bien établies répondant ainsi à un consensus unanime et non au bon vouloir de chaque intervenant professionnel. Pour d'autres, l'efficacité est l'aptitude à atteindre ou à réaliser toute amélioration possible en termes de résultats sanitaires. La pertinence (appropriateness) est une notion proche couramment intégrée à l'efficacité et signifie que les soins fournis correspondent bien aux besoins cliniques et soient basés sur de solides recommandations médicales.

2.2.2.3. L'accessibilité

L'accessibilité en matière de soins veut dire que tout patient quel que soit sa situation géographique, sociale ou économique, doit avoir un accès aux soins de santé qu'il lui faut au bon moment et au bon endroit. Ainsi les différences financières, culturelles ou sociales ne doivent pas constituer des barrières à l'accès aux soins adéquats.

2.2.2.4. Les relations interpersonnelles

Dimension capitale de la qualité des soins, elle stipule que toutes les composantes du système doivent être organisées, coordonnés, interreliées de manière à collaborer entre elles. Les relations interpersonnelles sont basées sur le respect mutuel, l'écoute, la bienveillance, la compréhension pour favoriser une communication efficace entre professionnel et patient.

2.2.2.5. L'efficience

C'est le fait de fournir des soins de haute qualité tout en utilisant de façon optimale les ressources disponibles. Elle met en avant la capacité du système à obtenir les meilleurs résultats avec le moins de ressources possible. Cette dimension vient ajouter des notions de contraintes financières à l'efficacité des soins.

2.2.2.6. L'innocuité ou la sécurité

C'est le premier principe en thérapeutique médicale. Il est fondé sur le fait de ne pas nuire au patient. Cela implique d'éviter la survenue de dommages, d'erreurs, d'accidents ou de tout autre résultat indésirable liés aux soins.

2.2.2.7. La continuité

La continuité des soins signifie que le patient bénéficie d'un suivi ininterrompu depuis le début de son affection jusqu'à sa guérison, que celui-ci souffre d'une affection aiguë ou chronique. Telle qu'énoncé précédemment, la continuité constitue avec la globalité et l'intégration un des piliers fondamentaux des critères de qualité des soins.

2.2.2.8. Les agréments

Encore appelés les apparences, ils représentent tout ce que perçoit la vue dans l'environnement immédiat où l'on est installé, qu'il s'agisse de la couleur des murs, des décorations dans l'environnement et même de la qualité des mobiliers mis à disposition [22].

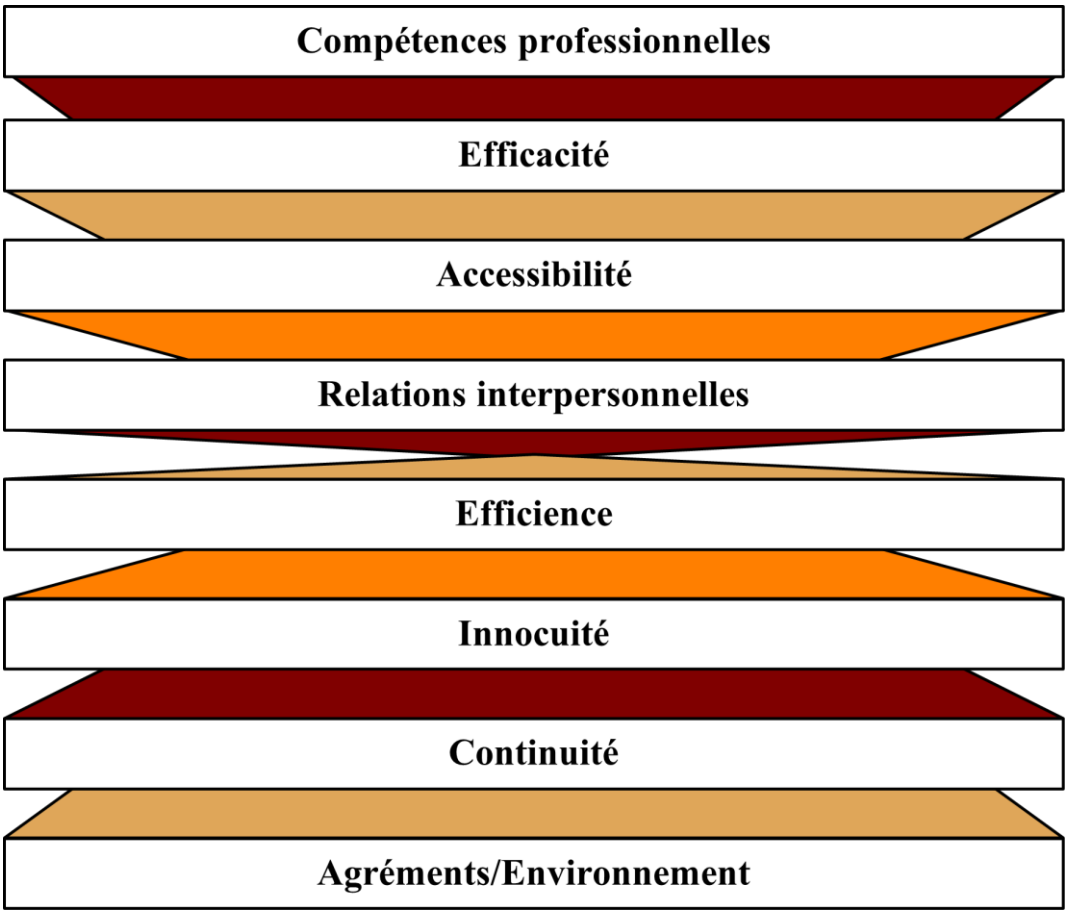


Figure 2 : Dimensions de la qualité des soins

2.2.3. Types de qualité des soins

On distingue différents types de qualité selon le point de vue adopté [7]:

❖ **Celui des patients**

La qualité attendue par le patient, elle se construit autour des besoins, des attentes et des expériences antérieures du patient. Elle passe par l'expertise et la compétence technique du professionnel, mais également par ses qualités humaines : la capacité d'écoute, la bienveillance, la sollicitude, la gentillesse. De même les informations délivrées sont attendues.

La qualité vécue par le patient est celle qu'expérimente ce dernier. Elle dépend à la fois de la qualité attendue et de la qualité effectivement délivrée.

❖ **Celui des professionnels de santé**

La qualité voulue par l'établissement sanitaire : Elle doit être théoriquement formulée sous forme de critères explicites, comme un cahier de charges à partir duquel il est possible d'apprécier la conformité de la qualité délivrée.

La qualité effectivement délivrée : Est celle donnée effectivement par le prestataire sanitaire, celle que reçoit réellement le patient. Idéalement elle doit correspondre à la qualité voulue.

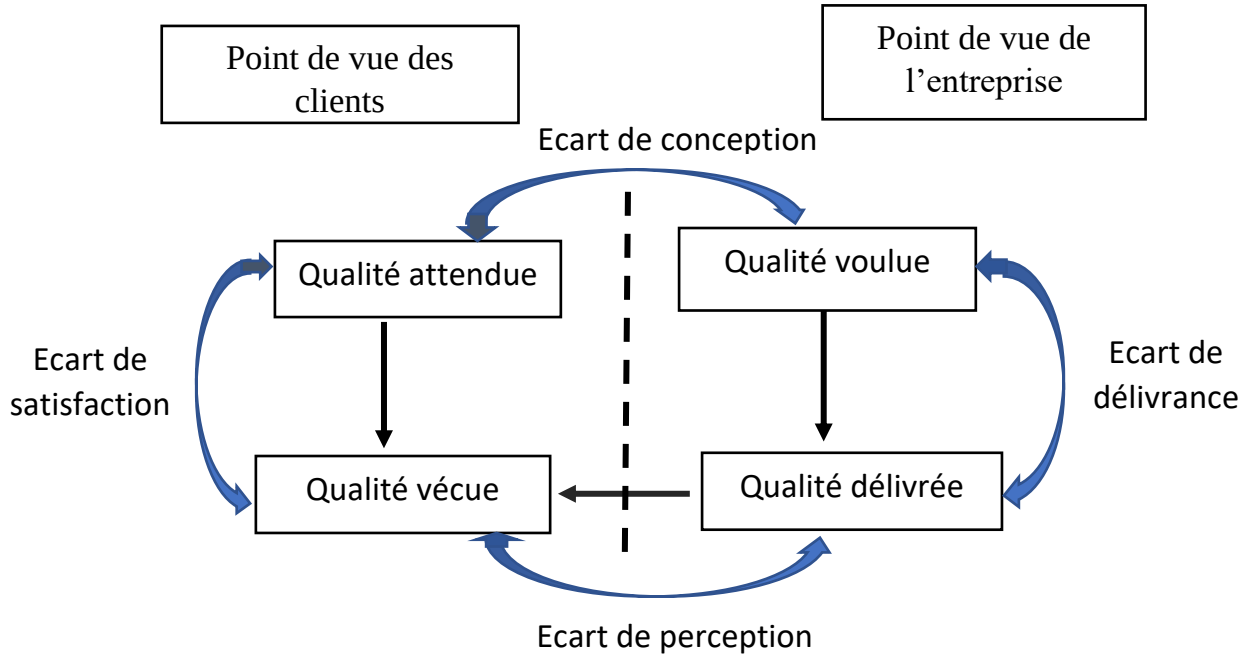


Figure 3 : Schématisation de la qualité dans le domaine des services et adaptée à la santé (adapté du cycle de la qualité – in AFNOR FD S 99-132 - Avril 2000).

Ainsi, selon le point de vue adopté, la qualité peut diverger définissant plusieurs types d'écarts :

-écart de conception : entre la qualité attendue et la qualité voulue ;

-écart de perception : entre la qualité vécue et la qualité délivrée ;

-écart de satisfaction : entre la qualité vécue et la qualité attendue ;

-écart de délivrance : entre la qualité voulue et la qualité délivrée.

Les objectifs d'une prise en charge qualitative concourent à réduire ces écarts notamment **l'écart de délivrance et l'écart de conception.**

2.3. Evaluation de la qualité des soins

L'évaluation de la qualité des soins peut être difficile car elle est multidimensionnelle, et évalue des processus complexes [24]. L'évaluation peut provenir du point de vue du client, des prestataires de soins ou de la direction de l'hôpital. Jusqu'à un passé récent, l'évaluation de la qualité des soins était considérée comme une sorte de mystère, capable d'être perçue et apprécié mais non mesurable. Ainsi donc, l'évaluation de la qualité des soins se limitait à une revue rétrospective des rapports médicaux et à l'évaluation des pratiques mais sans utilisation de critères objectifs [20].

Le tournant décisif dans la stratégie d'évaluation de la qualité des soins fut la publication de l'article de Donabedian qui offre 3 domaines objectifs d'appréciation de la qualité des soins. Il s'agit de la structure ou intrants des soins, les processus et les résultats des soins. Chacun de ses domaines présente ses avantages et ses inconvénients dans la contribution à l'évaluation de la qualité des soins, rendant plus ou moins complexe la mesure de la qualité des soins.

1-**la structure :** Elle désigne les attributs de l'environnement dans lequel sont réalisés les soins. Elle admet deux composantes : les attributs des ressources matérielles telles que (les installations, les décorations, l'équipement en mobiliers.) et les attributs des ressources humaines telles que (le nombre de personnel, les qualifications du personnel). Les attributs de la structure bien qu'ils soient des fondements indispensables à la réalisation des soins ne suffisent pas pour décrire le contenu de ses soins et leurs effets.

2-**le processus :** Se rapportent aux pratiques des prestataires en les comparant aux standards recommandés tant sur le plan des pratiques professionnelles que de l'organisation. Ainsi donc, les processus ou contenus des soins permettent de mesurer ce qui est réellement fait mais restent toutefois des données difficiles à collecter.

3-**les résultats :** Désignent l'effet des soins sur l'état de santé des patients et inclut aussi le degré de satisfaction du patient à l'égard des soins reçus. Ainsi même si les résultats évaluent le but ultime du système sanitaire, ils reflètent également de nombreux facteurs au-delà du système sanitaire à savoir les besoins, et le vécu de chaque patient.

Après ce bref exposé des domaines d'évaluation des soins, leurs forces et faiblesses, il convient de retenir qu'en règle générale, il est recommandé que tout système d'évaluation de la qualité des soins intègre des éléments de structures, de processus et de résultats. Ce faisant, cela permet de compléter les faiblesses d'une approche par les forces d'une autre approche [20].

2.4. Qualité des soins appliqués à l'accueil

Dans le milieu médical, l'accueil est le premier maillon de la chaîne relationnelle du parcours de soins. Il fait partie intégrante des soins, dont il est le précurseur [25].

L'accueil référencé dans l'article R43 115 du code de la santé publique relatif aux actes professionnels de l'infirmier (ère) comme faisant partie de son rôle propre [26].

Les soins infirmiers commencent donc par un accueil bienveillant. En effet, l'admission du patient dans un hôpital est souvent un moment inquiétant pour lui, l'attitude et le comportement de l'infirmier (ère) joue un grand rôle. La sympathie et l'antipathie se décrètent de manière immédiate et irrationnelle sur la base de signaux verbaux et non verbaux. Un accueil aimable, bienveillant et un réel intérêt au patient aideront ce dernier à se sentir à l'aise et à coopérer de façon harmonieuse avec le personnel soignant.

C'est une véritable rencontre humaine faite de regards, de sourire et d'échanges. Son but est d'établir une relation de confiance mutuelle, de sécurité et d'aide [25].

Il est indiqué à chaque fois que le patient aura besoin d'assistance (exprimée ou non) du personnel soignant principalement à :

- son admission ;
- son séjour dans la structure sanitaire ;
- sa sortie.

NORMES DE STRUCTURES

- Infrastructures conformes aux normes ;
- Procédure d'accueil actualisée et validée ;
- Livret d'accueil de l'établissement et le cas échéant du service de soins ;
- Charte du patient hospitalisé affichée dans le service de soins ;
- Réceptionniste, (aide-soignant (e) ou agent administratif) qui accueille et oriente le client et/ou ses proches
- Lieu adapté pour accueillir les proches des personnes soignées et leurs biens
- Tenues professionnelles adaptées au lieu d'exercice et à la qualification ;
- Plan de formation de l'établissement prévoyant une formation à l'accueil est disponible ;
- Panneaux d'orientation.
- Chaque soignant est identifié à travers sa tenue professionnelle, un badge portant son nom et sa fonction
- Chaque soignant qui passe dans l'espace d'attente, salue avec empathie et rassure les personnes en attente.

NORMES DE PROCESSUS

- Recueillir les informations concernant la personne à soigner dans le respect de ses droits et des règles déontologiques ;

- Informer la personne à soigner des démarches à réaliser, des possibilités et/ou contraintes liées à son séjour dans la formation sanitaire ;
- Conduire cet entretien d'accueil dans un lieu respectant la confidentialité et l'intimité des échanges ;
- Utiliser un langage clair et adapté au niveau de compréhension de la personne à soigner ;
- S'assurer de la compréhension de la personne à soigner après toute explication ;
- Favoriser l'expression de la personne à soigner par une écoute attentive ;
- Transcrire toutes informations et observations utiles à l'identification des symptômes, des risques et des pathologies ;
- Décider de soigner le client ;
- Référer si nécessaire le client à une structure appropriée avec une fiche de référence ou de contre référence dûment remplie.

NORMES DE RESULTATS

- L'accueil de la personne soignée est immédiat ;
- La personne soignée est capable de s'orienter dans le service de soins et d'identifier les membres de l'équipe soignante ;
- La personne soignée connaît ses droits et ses devoirs ;
- Le personnel maintient un climat favorable et positif pour faire oublier, au besoin, le temps d'attente à la personne à soigner ;
- Les résultats des enquêtes de satisfaction du patient révèlent que la personne soignée et ses proches sont satisfaits de l'accueil du personnel de la formation sanitaire ;

L'image de marque de l'établissement de santé est valorisée, soignée

2.5. Mesure de la satisfaction des patients comme une conséquence importante de la qualité perçue.

On ne saurait parler de la qualité des soins sans aborder le concept de satisfaction des patients. En effet la satisfaction du patient est reconnue comme un indicateur clé dans l'évaluation de la qualité des soins. Idéalement, il est recommandé que toute évaluation de la qualité des soins inclue une mesure de la satisfaction des patients [27]. Ainsi bien que le patient soit peu familier à l'aspect technique des soins, il est en mesure de dire comment il a été accueilli, de renseigner sur la conduite du personnel, sur le confort de son installation, le temps pendant lequel il a attendu. Il est également en mesure de reconnaitre la gentillesse et la bienveillance d'un personnel dévoué [28]. Celui-ci au-delà de simple consommateur des services de soins devient un partenaire actif des soins qui lui sont proposés. En effet l'objectif de la prise en charge médicale ne se limite pas simplement à améliorer la santé du patient, mais vise également à répondre aux besoins du patient et à assurer sa satisfaction [29].

Le fait d'évaluer la satisfaction du patient de manière continue permettrait de mieux appréhender ses attentes, de mieux prendre en considération ses besoins et d'y répondre de la meilleure manière [30].

L'évaluation de la satisfaction sert également d'indicateur de performance des programmes de soins de santé et du personnel, permettant de détecter tout dysfonctionnement dans les différents services de santé [27].

Devant l'intérêt croissant porté à la qualité de la prise en charge, les enquêtes de satisfaction se sont développées un peu partout dans les établissements sanitaires et figurent même dans les textes réglementaires [31]. Ã cet effet les établissements sanitaires disposent de plusieurs moyens pour mesurer la satisfaction des patients, il s'agit de : l'analyse des plaintes, les questionnaires de sortie, les enquêtes spécifiques ou générales menées à l'initiative des établissements [32].

2.6. Les éléments qui influencent la satisfaction des patients à l'accueil aux urgences et en consultation.

L'analyse de la littérature montre diverses études réalisées sur la satisfaction des patients ainsi que les nombreux facteurs qui influencent la satisfaction des patients. Il est à préciser que la satisfaction globale du patient dépend de chacune des étapes de la prise en charge dont l'accueil fait partie [33].

Des scores de satisfaction globale allant de de 68% à 98% ont été notés en 2004 aux Etats-Unis, dans les pays nordiques et en Europe [34]. En Afrique de l'Ouest le Cameroun notait un taux de satisfaction de 54% concernant l'accueil et un taux de satisfaction de 68% a été constaté au Burkina Fasso par rapport à l'accueil[10,35]. Au Bénin, une étude menée dans les centres hospitaliers universitaires, notait une mauvaise perception de l'accueil par les patients dans 56% des cas, une autre menée dans un centre de Radiologie rapportait un taux de satisfaction de 96% liés à l'accueil[11,13].

Au nombre des facteurs influençant la satisfaction des patients nous avons en premier lieu le délai d'attente avant la prise en charge du patient. Plusieurs études ont montré une forte corrélation entre les délais d'attente avant la prise en charge médicale et la satisfaction du patient. Dans un environnement compétitif, certaines études soulignent que le temps d'attente est perçu comme un critère décisif dans le choix des structures des soins à fréquenter. Par ailleurs pour d'autres chercheurs il existe une différence entre le temps d'attente perçu et le temps d'attente réel. Plus le temps d'attente perçu est court plus le patient est satisfait. De même plus l'attente est jugée légitime par le patient, plus le taux de satisfaction augmente. Dans la littérature on remarque que les délais d'attente varient d'un hôpital à un autre et au sein de différents services d'un même hôpital dépendamment de plusieurs facteurs. Le plus long délai d'attente a été noté aux Royaume Unis et était de 4 heures, tandis qu'un délai moyen de 49 minutes et de 2 heures ont été trouvé respectivement aux Etats-Unis et au

Canada. En France, les retards sont très fréquents et les délais d'attente dépassaient plus d'une heure dans 17% des cas et dépassaient la demi-heure dans 34% des cas. Ces retards sont ressentis comme gênants, voire très gênants par les patients dans la plupart des cas [8]. En Afrique au Cameroun, Garga trouvait des délais d'attente allant jusqu'à une heure de temps. Dans les hôpitaux publics du Cameroun 36% des patients se plaignent de la lenteur de la prise en charge[10].

Il est aussi démontré que l'absence d'information sur les délais d'attente prévisibles et les motifs de ces délais jouent en défaveur de la satisfaction du patient. Mais au contraire le temps d'attente est ressenti différemment dès lors qu'une écoute et des informations sont donnés aux bénéficiaires de soins [36,37]. Ceci démontre l'importance de l'information et de la communication dans la satisfaction des patients. Ainsi les établissements ayant adopté de nouvelles modalités d'accueil du patient incluant notamment un poste d'infirmier(ère) organisateur de l'accueil (dont les fonctions principales son d'informer régulièrement les patients afin d'améliorer leur par rapport aux délais d'attente, d'orienter et de renseigner les usagers) ont vu s'améliorer la satisfaction des patients par rapport au délai d'attente et ainsi donc la satisfaction globale de ces derniers [37–39].

Par ailleurs, l'identification du personnel soignant participe significativement à l'amélioration de la satisfaction du patient. Il est fréquent de remarquer que bon nombre parmi le personnel sanitaire oublie de se présenter aux patients avant le début de la prise en charge et bien souvent ne mettent pas de badges facilitant leur identification. Pour certains auteurs le fait de se présenter à l'usager rendrait plus humain et rassurant une prise en charge perçu au premier abord comme trop technique et anonyme par le patient. Une fois de plus nous voyons mis en avant l'impact de l'information dans la qualité relationnelle entre soigné et soignant.

De même le confort de l'installation du patient dans les locaux (la propreté du service, le calme de la salle d'attente, les équipements et l'attrait physique de la salle) influence hautement le jugement du patient. En effet une salle d'attente calme, agréable et attrayante diminuerait l'anxiété du patient et le délai d'attente perçu [36,40]

Le comportement du personnel soignant (la courtoisie, la sympathie, le soutien émotionnel apporté, la disponibilité) et les informations données par le médecin sont autant de facteurs qui influencent la satisfaction du patient [35].

Dans les services d'urgence, la littérature insiste sur la prise en charge de la douleur comme paramètres influençant la satisfaction du patient. En effet en cas de douleur, dès qu'une prise en charge immédiate est apportée, la satisfaction globale se trouve nettement améliorée. Certains auteurs affirment même que la prise en charge immédiate de la douleur du patient modifierait sa perception sur le délai d'attente [37,38].

D'autres études font également allusion au respect de l'intimité, à la confidentialité des informations et à la participation des patients à la prise en charge. On pourrait ajouter d'autres facteurs comme les procédures administratives et les coûts des services [35].

III- Cadres et méthode d'étude

3.1. Cadre d'étude

Notre étude s'était déroulée à Cotonou au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) et au Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL), notamment dans les secteurs des consultations et des urgences des services de gynécologie et de pédiatrie. Ces services se dénommaient comme suit :

- La Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM)
- La Clinique Universitaire de Pédiatrie et Génétique Médicale (CUPGM) du CNHU-HKM
- Le service de la mère du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL).
- Le service de l'enfant du CHUMEL

3.1.1. Présentation de la ville de Cotonou

La commune de Cotonou est située sur le cordon littoral dont elle tire son nom de département du Littoral, issu du dernier découpage administratif du Bénin du 15 janvier 1999. Situé au croisement des 6°20 de parallèle Nord et de 2°20 méridien Est, ce département est limité par le lac Nokoué au nord, l'océan Atlantique au sud, la commune de Sèmè-Kpodji (du département de l'Ouémé) à l'Est et la commune d'Abomey-Calavi (du département de l'Atlantique) à l'ouest. Le climat est de type subéquatorial avec l'alternance de deux saisons de pluies et deux saisons sèches. Pendant la grande saison des pluies, la ville est menacée de graves inondations et la température moyenne est de 27°C environ. La ville de Cotonou se singularise sur le plan pédologique par la prédominance des sols sableux car la ville se situe dans la plaine côtière.

C'est le seul département du pays qui compte une seule commune, avec 13 arrondissements et 143 quartiers de villes. Cotonou est la capitale économique

du Bénin et concentre à elle seule presque toutes les fonctions administratives et politiques du pays.

Cotonou étant la capitale économique du Benin, l'activité la plus importante qui s'y pratique est le commerce et les activités commerciales sont aussi bien orientées vers la consommation intérieure que vers l'importation et l'exportation. Outre le commerce, on retrouve aussi dans la ville de Cotonou quelques industries manufacturières, la pêche, l'élevage, et le jardinage.

C'est un département cosmopolite où cohabitent plusieurs ethnies. Toutefois, les Fon et apparentés (56,5%), les Adja et apparentés (17,7%) et les yoruba et apparentés (10,9%) constituent les trois ethnies d'importance démographique appréciable. Les populations du Littoral sont essentiellement catholiques (51,2%), musulman (16,9%). Les autres chrétiens et les célestes sont respectivement (12,2%) et (5,7%).

Elle s'étend sur une superficie de 79 Km^2 et une densité de 8419 Habitants par Km^2. Selon le quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH4) réalisé en 2013, la population de Cotonou était de 679 012 habitants contre 665 100 en 2002 et est constituée majoritairement de femmes, avec un taux de 52%.

3.1.2. Présentation du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou

Situé dans la ville de Cotonou, c'est un hôpital universitaire, sommet de la pyramide sanitaire au Bénin qui a été créé depuis le 30 octobre 1962 pour une capacité de 360 lits. L'Hôpital "360 lits" est devenu Centre National Hospitalier Universitaire de Cotonou (CNHU-C) depuis le 10 janvier 1973. Il a pris le statut office à caractère social et scientifique le 13 mai 1991 et est doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. A la mort du premier président de la république du nom de Hubert Koutoukou MAGA sous le mandat duquel l'hôpital a vu le jour, le CNHU-C a été renommé CNHU-HKM. Sa

mission est d'offrir des soins de référence ne pouvant être dispensés dans les autres formations sanitaires ; d'assurer la formation de base des agents de santé de toutes catégories ; d'assurer la recherche opérationnelle et fondamentale et d'offrir l'expertise médicale dans différents domaines.

❖ **Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique (CUGO)**

La CUGO compte trois secteurs : un secteur de consultation, un secteur d'urgence et un secteur d'hospitalisation dont la capacité est de 60 lits. Ce descriptif ne concerne que les secteurs de consultation et des urgences

➢ Le secteur de consultation

Ce secteur comprend :

- Une salle d'accueil des malades, de vaccination des nouveau-nés et des femmes enceintes ;
- Un hall d'attente ;
- Deux salles d'échographie dont une seule fonctionnelle ;
- Une salle de cours et de staff quotidiens ;
- Une salle de colposcopie ;
- Une salle de Prévention de la Transmission Mère- Enfant (PTME) VIH ;
- Une salle de planning familial ;
- Six cabines de consultations prénatales, postnatales et gynécologiques ;
- Une salle des archives des dossiers médicaux ;
- Les bureaux

➢ Le secteur des urgences

Il comprend :

- Une salle de réception pour les urgences,
- Trois blocs opératoires,
- Une salle d'accouchement a six cabines,
- Une salle de réanimation bébé

- Une salle de dilatation,
- Une salle de dystocie,
- Une salle de surveillance préopératoire,
- Une salle d'Aspiration Manuelle Intra Utérine (AMIU) et
- Les bureaux.

➢ Les ressources humaines

Le personnel du service est composé de :

- Deux professeurs titulaires de gynécologie et d'obstétrique, dont un est le chef service
- Deux maîtres assistants de gynécologie et d'obstétrique
- Six médecins gynécologues obstétriciens, praticiens hospitaliers
- Trente-quatre sages - femmes diplômées d'état
- Quatre anesthésistes
- Des instrumentistes
- Neuf infirmiers
- Trente-huit aides-soignants
- Deux archivistes et une secrétaire.

Le personnel est appuyé dans ses fonctions par des médecins en spécialité, les étudiants de 5e et 6e année de médecine, les étudiantes stagiaires sages-femmes et infirmiers.

❖ 3.1.3. Clinique Universitaire de Pédiatrie et Génétique Médicale (CUPGM) de Cotonou

La CUPGM s'occupe de la médecine des enfants de 0 à 18 ans non révolus. Elle est répartie comme suit :

Un secteur de la pédiatrie générale qui comporte trois pôles : les urgences, les consultations et les hospitalisations et un secteur de néonatologie qui n'est pas pris en compte par l'étude actuelle.

- **Le secteur de consultation** est composé de :
  - Un hall d'accueil et d'attente
  - Cinq salles de consultations dont une pour les nourrissons sains
  - Une salle de vaccination
  - Une salle de jeux
  - Une salle des archives
  - Cinq bureaux dont une pour la surveillante des soins externes et quatre pour les médecins pédiatres
  - Un office du personnel
  - Une bibliothèque
  - Une salle de conférences et une salle de cours
- **Le secteur des urgences** est constitué de :
  - Un hall d'entrée ;
  - Deux salles de réception des urgences ;
  - Une salle de déchoquage
  - Trois salles de surveillance des patients ;
  - Deux salles d'hospitalisation VIP ;
  - Un bureau pour le surveillant des urgences et
  - Deux salles de garde dont une pour les médecins (DES), une pour les infirmiers et une pour les aides-soignants.
  - Un bureau de médecin
- **Les ressources humaines**

Le personnel est composé de :

- Un Professeur Titulaire de pédiatrie, néphrologue pédiatre qui est le chef de service,
- Trois Maîtres de conférences Agrégés de pédiatrie,
- Quatre praticiens hospitaliers pédiatres dont un néphrologue pédiatre

- Deux médecins pédiatres militaires,
- Vingt-cinq infirmiers
- Deux techniciens supérieurs de la pédiatrie
- Six aides-soignants
- Une secrétaire,
- Deux archivistes

Le personnel est appuyé dans ses fonctions par des médecins en spécialité, les étudiants de 5e et 6e année de médecine, les étudiants infirmiers.

3.1.3. Présentation du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL)

Au bord de la lagune de Cotonou, le CHU-MEL est situé à Tokpa Hoho dans le 5ème Arrondissement de la ville de Cotonou. Créé depuis 1958, le CHU-MEL est un établissement public à caractère social, un Hôpital de référence dans les domaines de la Gynécologie, de l'Obstétrique et de la Pédiatrie. En tant qu'établissement Hospitalo-universitaire, le CHU-MEL a trois principales missions : les soins (préventifs, curatifs, promotionnels et ré adaptatifs), la formation et la recherche.

❖ **Le service de la mère du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL)**

- Le service de la mère est réparti comme suit :
- Le secteur des consultations externes comprend
  - La consultation prénatale (CPN) ;
  - La consultation gynécologique ;
  - La consultation postnatale ;
  - La planification familiale.
- Le bloc d'urgence regroupant
  - Une salle de réception des urgences

- La salle de dilatation d'une capacité de dix (10) lits
- Une salle d'accouchement
- Trois salles d'interventions chirurgicales

➢ Les ressources humaines

Le personnel du service est composé de :

- Un professeur titulaire de gynécologie et d'obstétrique : le chef service
- Deux maîtres assistants de gynécologie et d'obstétrique
- Sept médecins gynécologues obstétriciens, praticiens hospitaliers
- Trente-six sages - femmes diplômées d'état
- Quatre anesthésistes
- Des instrumentistes
- Neuf infirmiers
- Trente-huit aides-soignants
- Deux archivistes et une secrétaire.

Le personnel est appuyé dans ses fonctions par des médecins en spécialité, les étudiants de 5e et 6e année de médecine, les étudiantes sages - femmes et infirmiers.

❖ **Service de l'enfant du CHUMEL**

Il regroupe les secteurs de néonatologie, de la chirurgie pédiatrique et de la pédiatrie.

Le service de la pédiatrie prend en charge les affections médicales des enfants âgés d'un (1) mois à quinze (15) ans. Il est constitué de :

➢ L'unité des consultations composé de :

- Un hall servant de salle d'accueil et d'attente
- Trois salles de consultations
- Une salle pour l'infirmière surveillante

➢ L'unité des urgences qui comprend :

- Un hall d'entrée
- Deux salles de réception des urgences
- Une salle de déchoquage
- Une salle d'hospitalisation de courte durée
- Un bureau pour la surveillante
- Un bureau pour la secrétaire
- Un bureau pour les pédiatres responsables des urgences

➢ Les ressources humaines :

Le personnel soignant est constitué de :

- Huit pédiatres
- Cinq médecins généralistes
- Un psychologue clinicien
- Une infirmière nutritionniste
- Trente-trois infirmiers
- Vingt-trois aides-soignants
- Six agents d'entretien
- Quatre agents de sécurité
- Deux secrétaires

3.2. Méthode d'étude

3.2.1. Type d'étude et période de collecte de donnée

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive et analytique. La période de collecte des données s'étendait du 01 Décembre 2023 au 02 Janvier 2024.

3.2.2. Population d'étude

Il s'agissait :

- Des patients reçus dans les services de pédiatrie et de gynécologie du CHU-MEL et du CNHU HKM durant la période de collecte ;
- Du personnel soignant.

❖ **Critères d'inclusion**

Etaient inclus dans notre étude :

- Les patients reçus dans les services de pédiatrie et de gynécologie du CHU-MEL et du CNHU-HKM durant la période de collecte ayant donné leur consentement pour participer à l'étude.
- Le personnel soignant chargé de l'accueil du patient et toute autre personne ressource prenant des décisions dans l'amélioration de l'accueil du patient.

❖ **Critères de non inclusion**

N'étaient pas inclus dans notre étude :

- Les patients admis dans les services de gynécologie et de pédiatrie du CHUMEL et du CNHU n'ayant pas donné leur consentement pour participer à l'étude.
- Tout personnel impliqué dans l'accueil du patient, absent du service au moment de notre collecte.

❖ **Echantillonnage**

La méthode d'échantillonnage de notre étude était non probabiliste.

La technique d'échantillonnage était celle de la commodité pour les patients et celle du choix raisonné chez le personnel sanitaire.

4.3. Variables

3.3.1. Variable dépendante

La principale variable dépendante de notre étude est **: le niveau de qualité de l'accueil offert par le personnel.** Elle a été mesurée à l'aide des sous-variables dépendantes (Cf Tableau I).

Tableau I : Opérationnalisation de la variable dépendante (début)

Sous-variables de la variable dépendante	**Définition**	**Modalité**
Cadre de l'accueil	Bâtiment non exigu	Oui Non
	Murs propres	Oui Non
	Décorations présentes	Oui Non
	Aération satisfaisante	Oui Non
	Service suffisamment équipé en mobilier	Oui Non
	Hygiène satisfaisante	Oui Non
Signalétique	Présence de panneaux de signalisation permettant l'accessibilité au service de prise en charge	Oui Non
	Présence de panneaux de signalisation permettant l'orientation à l'intérieur du service de prise en charge	Oui Non
Identification du personnel soignant	Se présenter au patient en donnant son nom et sa fonction avant la prise en charge	Oui Non
Accueil	Être présent à son poste avant l'arrivée du patient	Oui Non
	Saluer le patient	Oui Non
Amabilité du personnel soignant	Etablir immédiatement un contact avec le patient dès son arrivée	Oui Non
	Maintenir un contact visuel avec le patient pendant l'interaction	Oui Non

	Ton courtois et poli	Oui Non
	Sourire	Oui Non
	Aider le patient à s'installer	Oui Non
	Formuler des mots rassurants à l'endroit du patient	Oui Non
Délai d'attente	Informer des délais d'attente	Oui Non
	Informer des raisons des délais d'attente	Oui Non

Tableau II : Opérationnalisation de la variable dépendante (suite et fin)

Sous-variables de la variable dépendante	**Définition**	**Modalité**
Informations données par le médecin	Informer des actes à poser	Oui Non
	Informer du circuit du malade	Oui Non
	Informer de l'état de santé	Oui Non
	Informer des bilans paracliniques	Oui Non
	Informer de la thérapeutique	Oui Non
	Informer quand l'interaction arrive à sa fin	Oui Non

Pour chacun des actes observés, le pourcentage de réponse positive « OUI » a été déterminé en divisant le nombre d'observation positives « OUI » par le nombre total d'observations puis ramené à 100 le résultat obtenu. L'interprétation des pourcentages obtenu a été faite selon les critères de

Varkevisser : un pourcentage de moins de 60% est mauvais, un pourcentage entre 60% et 80% est considéré comme acceptable. Au-delà de 80% le pourcentage est bon[41]. Nous avons défini des scores pour calculer le niveau global de la qualité de l'accueil, ainsi un score de 0 est attribué à un résultat mauvais (ayant totalisé moins de 60% de réponses positives), le score 1 est attribué au résultat acceptable (entre 60% et 80%) puis enfin le score 2 attribué à un résultat bon (au-delà de 80% de réponses positives). La somme des scores à la fin nous a permis d'avoir le niveau global de la qualité de l'accueil dans les deux structures sanitaires.

3.3.2. Variables indépendantes

Les variables indépendantes étaient de plusieurs ordres. Elles étaient relatives aux patients, à la politique sanitaire des services de soins, aux cadres de travail et aux personnels soignants.

Tableau III : Opérationnalisation des variables indépendantes (début)

Variables indépendantes	Définition	Modalités
Facteurs liés aux patients		
Age	Age révolu au moment de l'enquête	Nombre en années
Niveau d'instruction	Plus haut degré atteint dans le système d'enseignement ordinaire	a-Primaire b-Secondaire c-Supérieur d-Aucun
Revenu mensuel	Revenu	
Structure	Structure de prise en charge	1-CNHU-HKM 2-CHU-MEL
Evaluation de la Satisfaction des patients		
Signalétique	Appréciation des usagers sur l'accessibilité géographique du service des urgences	Très satisfaisant Satisfaisant Pas satisfaisant
	Appréciation des usagers sur la facilité à s'orienter dans le service.	Très satisfaisant Satisfaisant Pas satisfaisant
Identification du personnel soignant	Capacité des usagers à identifier le personnel soignant.	OUI Si oui, préciser : NON Préciser la raison
Qualité relationnelle du personnel soignant	Appréciation des usagers sur la qualité relationnelle du personnel	Très satisfaisant Satisfaisant Pas satisfaisant

Tableau IV: Opérationnalisation des variables indépendantes (suite)

Variables indépendantes	Définition	Modalités
Satisfaction des patients		
Accueil à l'entrée	Appréciation globale des usagers sur l'accueil	Très satisfaisant
		Satisfaisant
		Pas satisfaisant
	Suggestions de l'usagers pour l'amélioration de l'accueil reçu	
Environnement du service	Appréciation de l'installation des usagers en termes de mobiliers, décorations, meubles…	Très satisfaisant
		Satisfaisant
		Pas satisfaisant
Délai d'attente et ressenti des patients sur les délais d'attente	Délai d'attente	Temps en minutes
	Appréciation des usagers sur le temps d'attente	Très satisfaisant
		Satisfaisant
		Pas satisfaisant
	Information donnée aux patients sur les raisons des délais d'attente	Oui
		Non
Intention de recommander le service		Oui
		Non
Facteurs liés à la politique du centre		
Existence d'un service d'accueil et de renseignements		Oui
		Non
Existence de salles d'attentes pour les proches		Oui
		Non
Existence d'un protocole d'accueil actualisé et validé		Oui
		Non

Tableau V: Opérationnalisation des variables indépendantes (suite et fin)

Variables indépendantes	Définition	Modalités
Facteurs liés à la politique du centre		
Disponibilité d'un plan de formation de la structure sanitaire prévoyant une formation à l'accueil		Oui Non
Facteurs liés au personnel sanitaire		
Qualification du personnel		a-Médecin b-Infirmier c-Interne d-Aide-soignant
Formation à l'accueil		Oui Non
Impression sur l'accueil délivré		Très satisfaisant Satisfaisant Pas satisfaisant
Difficultés rencontrées dans l'exercice d'un bon accueil	Surcharge de travail	Oui Non
	Effectif du personnel pas satisfaisant	Oui Non
	Stress de l'environnement de travail	Oui Non
	Bas salaire	Oui Non
	Autres	

4.4. Collecte des données

3.4.1. Techniques et outils de collecte des données

La technique utilisée pour apprécier la qualité de l'accueil offert aux patients est l'observation directe. Pour ce fait nous, nous avons avions établit une grille d'observation du processus d'accueil que nous avons adapté aux services concernés après un pré-test. Notre grille d'observation s'est basée sur les normes de qualité d'accueil conformément au document ministériel de notre pays portant sur les normes et procédures en soins infirmiers.

Ensuite nous avons utilisé la technique de l'enquête par questionnaire pour rechercher les facteurs associés à la qualité de l'accueil auprès des deux cibles. Pour ce fait, nous avons élaboré un questionnaire pour chaque cible. L'annexe présente le détail du questionnaire destiné à chaque cible.

3.4.2. Déroulement de la collecte des données

Une équipe de 02 enquêteurs titulaires d'une licence en santé publique, habitués aux enquêtes de terrain était constituée, formée et équipée pour la collecte des données auprès des cibles, et nous nous sommes chargés nous-même de l'observation des interactions entre soignants et soignés en vue d'apprécier la qualité de l'accueil et de la communication. Les questionnaires et les grilles d'observations ont été digitalisés sur smartphones avec Kobotoolbox qui est une plateforme numérique permettant la saisie et l'enregistrement automatique des données d'enquête sur un serveur en ligne.

4.5. Traitement et analyse des données

L'analyse des données a été faite à l'aide du logiciel SPSS version 20. Les variables qualitatives sont décrites en utilisant des pourcentages avec leur

intervalle de confiance, et les variables quantitatives en utilisant la moyenne et l'écart type ou la médiane et les intervalles interquartiles selon le type de données.

4.6. Considérations éthiques et déontologiques

La démarche de mise en œuvre de cette étude a respecté les principes ci-après :

- Le principe de qualité scientifique et de pertinence de la recherche (des publications peuvent être effectuées à partir des différentes données de cette étude, ceci en partenariat avec tous les acteurs qui ont contribué à la réalisation de cette étude).
- Le respect de la confidentialité des données.
- La servitude de l'enquêteur
- Le consentement éclairé de chaque enquêté.

IV- Résultats

4.1. Description de la population d'étude

4.1.1. Caractéristiques des patients

Au total 145 patients ont été enquêtés. Nous avons enquêté 74 patients au CNHU (dont 34 en gynécologie et 40 en pédiatrie) et 71 patients au CHUMEL (dont 43 en gynécologie et 28 en pédiatrie). Plus de la moitié des patients ont été enquêtés dans le service de gynécologie. L'âge moyen des patients enquêtés était de 30,35±7,12 ans avec des extrêmes allant de 17 à 67 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 35 ans et plus (29,7%). La catégorie socioprofessionnelle des fonctionnaires/ employé du privé était la plus représenté (33,1%). (Cf Tableau VI)

Tableau VI : Caractéristiques sociodémographiques des patients enquêtés dans les deux centres

Variables socio-démographiques	CNHU-HKM		CHU-MEL		Ensemble	
	Effectifs	Proportions (%)	Effectifs	Proportions (%)	Effectifs	Proportions (%)
Tranche d'âge (en années)						
<25	13	17,6	19	26,8	32	22,1
[25-30[	17	23,0	16	22,5	33	22,8
[30-35[	23	31,1	14	19,7	37	25,5
>=35	21	28,4	22	31,0	43	29,7
Sexe						
Féminin	74	100,0	70	98,6	144	99,3
Masculin	0	0,0	1	1,4	1	0,7
Niveau d'instruction						
Primaire	5	6,8	7	9,9	12	8,3
Secondaire	30	40,5	29	40,8	59	40,7
Supérieur	33	44,6	26	36,6	59	40,7
Non scolarisé	6	8,1	9	12,7	15	10,3
Profession						
Fonctionnaire / Employé du privé	27	36,5	21	29,6	48	33,1
Professions à exercice libérale / Artisan	18	24,3	23	32,4	41	28,3
Commerçants (es)	13	17,6	14	19,7	27	18,6
Ménagère	9	12,2	9	12,7	18	12,4

Etudiant/ Elève	7	9,5	4	5,6	11	7,6

4.1.2. Caractéristiques du personnel soignant

Au total 35 personnel sanitaire ont été enquêté dans les deux centres.

Tableau VII : Caractéristiques des personnels soignants enquêtés

	CNHU-HKM		CHUMEL		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Fonction						
Infirmière	2	10,0	0	0,0	2	5,7
Médecin	5	25,0	6	40,0	11	31,4
Sage-femme	11	55,0	9	60,0	20	57,1
Aide-soignant	2	10,0	0	0,0	2	5,7

n = Effectif ; %= Proportion

4.2. Qualité de l'accueil

4.2.1 Qualité liée au cadre de l'accueil

Nous avons observé les 8 cadres de travail à savoir les secteurs de consultations et les secteurs des urgences dans les services de pédiatrie et de gynécologie au CNHU et du CHUMEL, soit deux secteurs par service et par hôpital. Les observations faites dans ces cadres concernaient la facilité d'orientation grâce à la présence des panneaux de signalisation, l'attrait physique des bâtiments, le confort et l'hygiène des locaux. Les résultats obtenus sont les suivants.

4.2.1.1 Présence des panneaux de signalisation

Il n'y avait aucun panneau de signalisation permettant d'accéder aux services de gynécologie et de pédiatrie au CNHU-HKM, alors que le CHUMEL disposait des panneaux pour accéder à ces services dans 75% des observations. En effet seul le secteur de consultation pédiatrique du CHUMEL n'avait pas de panneau facilitant l'accès. Les deux structures avaient des panneaux permettant de s'orienter dans les services de gynécologie et de pédiatrie.

4.2.1.2 Qualité des locaux

L'aération et l'hygiène des locaux étaient satisfaisantes dans les deux structures. Dans les deux structures, nous avons noté un défaut d'équipement en mobiliers dans 01 des cadres sur les 4 observés. En effet, aux urgences pédiatriques du CNHU, nous avons observé plus d'une fois des accompagnants assis à même le sol alors qu'ils attendaient que le médecin ait fini d'examiner leurs patients. De même, à la consultation pédiatrique du CHUMEL, toutes les mères venant avec leur enfant ne trouvaient pas toujours de bancs pour attendre à cause de l'affluence. Au CNHU, seule la salle d'admission des urgences pédiatriques était exiguë en comparaison aux autres cadres observés, alors qu'aucun bâtiment de dimension exigu n'avait été noté au CHUMEL. Nous avons observé des objets de décorations dans tous les cadres concernés au CNHU alors qu'il en manquait en consultation gynécologique au CHUMEL. Enfin, au CNHU, l'aspect des mûrs semblaient satisfaisants dans tous les cadres alors qu'en consultation pédiatrique au CHUMEL les mûrs semblaient très vétustes et sales.

Le tableau suivant présente la répartition des observations faites du cadre du travail au CNHU-HKM et au CHU-MEL.

Tableau VIII : Répartition des observations du cadre du travail au CNHU-HKM et au CHU-MEL (N=8)

	CNHU-HKM		CHUMEL		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Panneaux de signalisation permettant d'accéder au service						
Oui	0	0/4	3	3/4	3	3/8
Non	4	4/4	1	1/4	5	5/8
Panneaux permettant de s'orienter dans le service						
Oui	4	4/4	4	4/4	8	8/8
Non	0	0/4	0	0/4	0	0/8
Aspect du bâtiment						
Exigu	1	1/4	0	0/4	1	1/8
Non exigu	3	3/4	4	4/4	7	7/8
Propreté des murs						
Propre	4	4/4	3	3/4	7	7/8
Sale	0	0,0	1	1/4	1	1/8
Aération du local						
Satisfaisant	4	4/4	4	4/4	8	8/8
Pas satisfaisant	0	0/4	0	0/4	0	0/8
Décorations du local						
Présente	4	4/4	3	3/4	7	7/8
Inexistante	0	0/4	1	1/4	1	1/8
Equipement du local						
Suffisant	3	3/4	3	3/4	6	6/8
Pas suffisant	1	1/4	1	1/4	2	2/8
Propreté du local						
Satisfaisant	4	4/4	4	4/4	8	8/8
Pas satisfaisant	0	0/4	0	0/4	0	0/8

N= effectif total ; n=effectif ; %=proportion

4.2.2 Qualité de l'accueil lié au processus

Au total, 44 observations ont été faites. Les tableaux suivants présentent la répartition des observations faites au cours du processus de l'accueil au CNHU-HKM et le CHU-MEL.

Au cours des observations faites, nous remarquons qu'au CNHU-HKM, la proportion du personnel soignant ne se présentant pas avant de démarrer la prise en charge était de 100% contre 90% au CHU-MEL. La majorité des soignants observés étaient présent à leur poste avant l'arrivée des patients, soit 95,8% du personnel au CNHU et 100% du personnel au CHUMEL. Plus de la moitié du personnel saluait le patient avant la prise en charge soit 58,3% au CNHU-HKM et 55% au CHU-MEL. Moins de la moitié du personnel avait souri au cours des interactions avec le malade soit 45,8% au CNHU et 30% au CHUMEL. Le personnel était courtois et poli au CNHU-HKM (100%) contre 85% au CHU-MEL. Le contact visuel/verbal était établi immédiatement à l'arrivée du patient et était maintenu respectivement dans 62,5% et 87,5% des observations au CNHU-HKM contre 95% et 75% des observations au CHU-MEL.

Tableau IX: Répartition des observations du processus de l'accueil au CNHU-HKM et au CHU-MEL en 2023 (suite1) (N=44)

	CNHU-HKM		CHU-MEL		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Se présenter au patient en donnant son nom et sa fonction avant de démarrer sa prise en charge						
Oui	0	0,0	2	10,0	2	4,5
Non	24	100,0	18	90,0	42	95,5
Être présent à son poste dès l'arrivée du patient						
Oui	0	0,0	2	10,0	2	4,5
Non	24	100,0	18	90,0	42	95,5
Saluer le patient						
Oui	14	58,3	11	55,0	25	56,8
Non	10	41,7	9	45,0	19	43,2
Sourire						
Oui	11	45,8	6	30,0	17	38,6
Non	13	54,2	14	70,0	27	61,4
Etablir immédiatement un contact(visuel/verbal) avec le patient dès lors qu'il se présente au poste du personnel						
Oui	15	62,5	19	95,0	34	77,3
Non	9	37,5	1	5,0	10	22,7
Maintenir un contact visuel avec le patient en lui parlant pendant au moins la moitié du temps qu'a duré l'interaction						
Oui	21	87,5	15	75,0	36	81,8
Non	3	12,5	5	25,0	8	18,2
Garder un ton courtois et poli						
Oui	24	100,0	17	85,0	41	93,2
Non	0	0,0	3	15,0	3	6,8

n=effectif ; %=pourcentage

Dans notre étude, moins de 50% du personnel observé a formulé des mots rassurants à l'endroit des patients inquiets et aidé les patients pour s'installer soit respectivement 41,7% et 37,5% au CNHU ; puis 25% pour chacune des deux observations au CHUMEL. La proportion du personnel soignant n'informant pas des délais d'attente et des raisons de ces délais d'attente est de 100% pour chacune des deux observations au CNHU contre respectivement 100% et 95% au CHUMEL. Plus de la moitié du personnel observé a donné aux patients des informations sur les actes à poser et sur leur état de santé : soit respectivement 87,5% et 54,2% CNHU puis 60% et 55% au CHUMEL. Moins de la moitié du personnel observé dans les deux centres a informé les patients du circuit du malade et de la thérapeutique, soit respectivement 25% et 41,7% au CNHU d'une part, 30% et 40% au CHUMEL d'autre part.

Tableau X: Répartition des observations du processus de l'accueil au CNHU-HKM et le CHU-MEL en 2023 (suite 2) **MEL (N=44)**

	CNHU-HKM		**CHUMEL**		**Ensemble**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Formuler des mots rassurants à l'endroit du patient inquiet						
Oui	10	41,7	5	25,0	15	34,1
Non	14	58,3	15	75,0	29	65,9
Aider le patient à s'installer						
Oui	9	37,5	5	25,0	14	31,8
Non	15	62,5	15	75,0	30	68,2
Informer des délais d'attente						
Oui	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Non	24	100,0	20	100,0	44	100,0
Informer des raisons des délais d'attente						
Oui	0	0,0	1	5,0	1	2,3
Non	24	100,0	19	95,0	43	97,7
Informer des actes à poser						
Oui	21	87,5	12	60,0	33	75,0
Non	3	12,5	8	40,0	11	25,0

Informer du processus ou circuit du patient						
Oui	6	25,0	6	30,0	12	27,3
Non	18	75,0	14	70,0	32	72,7
Informer de l'état de santé						
Oui	13	54,2	11	55,0	24	54,5
Non	11	45,8	9	45,0	20	45,5
Informer de la thérapeutique						
Oui	10	41,7	8	40,0	18	40,9
Non	14	58,3	12	60,0	26	59,1

n=effectif ; %=pourcentage

Dans notre étude, seulement 29,2% du personnel observé au CNHU et 10% du personnel observé au CHUMEL avait informé des bilans paracliniques. Plus de moitié du personnel observé n'informait les patients que quand l'interaction arrivait à sa fin, soit 58,3% au CNHU et 70% au CHUMEL.

Tableau XI : Répartition des observations du processus de l'accueil au CNHU-HKM et le CHU-MEL en 2023 (suite et fin) MEL (N=44)

	CNHU-HKM		**CHUMEL**		**Ensemble**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Informer des bilans paracliniques s'il y en a :						
Oui	7	29,2	2	10,0	9	20,5
Non	17	70,8	18	90,0	35	79,5
Informer le patient quand l'interaction arrive à sa fin						
Oui	14	58,3	14	70,0	28	63,6
Non	10	41,7	6	30,0	16	36,4

n=effectif ; %=pourcentage

4.2.3 Qualité globale de l'accueil

Au CNHU, le cadre de l'accueil est coté bon car a obtenu un pourcentage de 83,3%, supérieur à 80%. La signalétique, l'identification du personnel soignant, l'accueil à l'arrivée, le comportement du personnel sanitaire, les délais d'attente

et l'information donnée par le médecin ont obtenu respectivement les pourcentages suivants : 25% ; 00% ; 50% ; 41,7% ; 00% ; et de 16,7%. Tous ces résultats étant inférieur à 60%, on en déduit qu'ils sont mauvais. Le score global de satisfaction obtenu est de 37%, ainsi le niveau de qualité de l'accueil au CNHU est globalement mauvais.

Au CHUMEL, le cadre de l'accueil et la signalétique ont obtenu chacun des pourcentages de 75%, ce résultat est acceptable car compris entre 60% et 80%. Par ailleurs, l'identification du personnel soignant, l'accueil à l'arrivée, le comportement du personnel sanitaire, les délais d'attente et l'information donnée par le médecin ont obtenu respectivement les pourcentages suivants : 00% ; 50% ; 41,7% ; 00% ; et de 16,7%. Tous ces résultats étant inférieur à 60%, on en déduit qu'ils sont mauvais. Le score global de satisfaction obtenu est de 42%, ainsi le niveau de qualité de l'accueil au CHUMEL est globalement mauvais.

Tableau XII : Qualité globale de l'accueil au CNHU et au CHUMEL

		CNHU-HKM						CHU-MEL					
		% de 'Oui'	Score obtenu		Score attendu	%	Décision	% de 'Oui'	Score obtenu		Score attendu	%	Décision
Cadre de l'accueil	Bâtiment non exigu	75	1	**10**	12	83,3	**Bon**	100	2	**9**	12	**75**	**Acceptable**
	Murs propres	100	2					75	1				
	Décorations présentes	100	2					75	1				
	Aération satisfaisante	100	2					100	2				
	Hygiène satisfaisante	100	2					100	2				
	Mobiliers suffisant	75	1					75	1				
Signalétique	Pour accéder au service	00	0	**1**	4	25	**Mauvais**	75	1	**3**	4	**75**	**Acceptable**
	Pour s'orienter dans le service	100	1					100	2				
Identification du personnel soignant	Fonction et identité donnée au patient	00	0	**0**	2	00	**Mauvais**	10	0	**0**	2	**00**	**Mauvais**
Accueil à l'arrivée du service	Présence au poste d'accueil	95,8	2	**2**	4	50	**Mauvais**	100	2	**2**	4	**50**	**Mauvais**
	Salutation	58,3	0					55	0				
Amabilité/ Comportement du personnel soignant	Ton	100	2	**5**	12	41,7	**Mauvais**	85	2	**5**	12	**41.7**	**Mauvais**
	Sourire	45,8	0					30	0				
	Contact immédiat avec le patient	62,5	1					95	2				

		CNHU-HKM					CHU-MEL					
		% de 'Oui'	Score obtenu	Score attendu	%	Décision	% de 'Oui'	Score obtenu	Score attendu	%	Décision
Amabilité/ Comportement du personnel soignant	Contact visuel maintenu pendant l'interaction	87,5	2				75	1			
	Aide à l'installation	37,5	0				25	0			
	Mots rassurants au patient inquiet	41,7	0				25	0			
Délai d'attente	Information donnée sur les délais d'attente	00	0	**0**	4	00	Mauvais	00	0	**0**	4	**00**	**Mauvais**
	Information donnée sur les raisons des délais d'attente	00	0					5	0				
Informations données par le médecin	Sur les actes à poser	87,5	2			16,7	Mauvais	60	1	**2**	12	**16,7**	**Mauvais**
	Sur le circuit du malade	25	0	**2**	12			30	0				
	Sur l'état de santé	54,2	0					55	0				
	Sur la thérapeutique	41,7	0					40	0				
	Sur les bilans paracliniques	29,2	0					10	0				
	A la fin de l'interaction	58,2	0					70	1				
TOTAL				**20**	**50**	**37%**	**Mauvais**			**21**	**50**	**42%**	**Mauvais**

4.3 Perception des patients sur la qualité de l'accueil

4.3.1. Perception des patients sur le cadre de l'accueil

Au CNHU comme au CHUMEL, nous remarquons que la plus grande proportion des patients est représentée par ceux qui affirmaient être satisfaits du cadre, c'est-dire 82,4% au CNHU et 88,7% au CHUMEL. Ceux qui étaient très satisfaits constituent 16,2% des patients pour le CNHU et 2,8% pour le CHUMEL. Enfin les patients qui n'étaient pas satisfaits du cadre représentent 1,4% au CNHU et 8,5% au CHUMEL.

Tableau XIII : Appréciation des patients sur le cadre de l'accueil au CNHU et au CHUMEL

	CNHU-HKM		CHUMEL		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Appréciation de l'installation dans les locaux (mobilier, décoration)						
Très satisfaisant	12	16,2	2	2,8	14	9,7
Satisfaisant	61	82,4	63	88,7	124	85,5
Pas satisfaisant	1	1,4	6	8,5	7	4,8

4.3.2. Perception des patients sur la signalétique pour arriver dans les différents services

La signalétique pour arriver dans les services concernés était très satisfaisante pour 28,4 % des patients du CNHU contre 18,3% des patients du CHUMEL. 48,6% des patients du CNHU contre 71,8% des patients du CHUMEL étaient satisfaits de la signalétique. Enfin 23% des patients du CNHU contre seulement 9,9% des patients du CHUMEL affirmaient qu'ils n'étaient pas satisfaits de la signalétique pour arriver dans les services de pédiatrie et de gynécologie.

Concernant la signalétique pour s'orienter dans l'enceinte des services 32,4% des patients au CNHU contre 19,7% au CHUMEL affirmaient qu'ils étaient très

satisfaits et 51,4% des patients au CNHU contre 77,5% de patients au CHUMEL affirmaient être satisfaits. La proportion des patients qui n'étaient pas satisfaits de l'orientation dans les services est de 16,2% au CNHU et de 2,8% au CHUMEL.

Tableau XIV : Répartition de la perception de la signalétique par le patient au CNHU-HKM et au CHU-MEL.

	CNHU-HKM		CHUMEL		Ensemble	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Signalétique pour arriver au service des urgences/ de la consultation						
Très satisfaisant	21	28,4	13	18,3	34	23,4
Satisfaisant	36	48,6	51	71,8	87	60,0
Pas satisfaisant	17	23,0	7	9,9	24	16,6
Appréciation faite de la signalétique à l'intérieur de l'unité des urgences/de la consultation						
Très satisfaisant	24	32,4	14	19,7	38	26,2
Satisfaisant	38	51,4	55	77,5	93	64,1
Pas satisfaisant	12	16,2	2	2,8	14	9,7

4.3.3. Identification du personnel soignant par le patient

Nous avons remarqué qu'une proportion de 45,9% des patients du CNHU contre une proportion de 50,7% des patients du CHUMEL ne savait pas quel type de professionnel de santé les avait accueillis.

L'exploration de la raison derrière le défaut d'identification du personnel soignant par le patient avait abouti à un résultat similaire dans les deux centres. En effet, parmi les patients qui ne savaient pas quel professionnel les avait

accueillis ; 94,11% de ceux au CNHU affirmaient que c'était le professionnel qui avait manqué de se présenter à eux avant le début de son intervention. La même raison a été évoqué par 100% des patients concernés au CHUMEL.

Tableau XV : Répartition selon l'identification du personnel soignant par le patient au CNHU-HKM et au CHU-MEL

	CNHU-HKM		CHUMEL		Ensemble	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Accueil au niveau du service des urgences/ de consultation						
Infirmier	8	10,8	5	7,0	13	9,0
Médecin	7	9,5	0	0,0	7	4,8
Sage-femme	20	27,0	12	16,9	32	22,1
Aide-soignant	5	6,8	18	25,4	23	15,9
Ne sais pas	34	45,9	36	50,7	70	48,3
Si ne sais pas, pourquoi ? (N=70)						
Ne s'est pas présenté	32	94,11	36	100	68	97,1
Autres à préciser	2	5,8	0	0	2	2,9

4.3.4. Perception des patients sur la qualité de l'accueil

Les patients qui trouvaient l'accueil très satisfaisant représentaient une proportion de 25,7% au CNHU et de 28,2% pour le CHUMEL. Les patients qui trouvaient l'accueil satisfaisant représentaient 58,1% au CNHU et 67,6% au CHUMEL. Enfin, 16,2% des patients au CNHU contre 4,2% de ceux du CHUMEL trouvaient que l'accueil n'était pas satisfaisant.

Tableau XVI : Répartition de la perception de la qualité de l'accueil par le patient CNHU-HKM et le CHU-MEL

	CNHU-HKM		CHUMEL		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Appréciation faite de l'accueil réservé à l'arrivée						
Très satisfaisant	19	25,7	20	28,2	39	26,9
Satisfaisant	43	58,1	48	67,6	91	62,8
Pas satisfaisant	12	16,2	3	4,2	15	10,3

4.3.5 Perception des patients sur le comportement du personnel soignant

Les patients au CNHU (12,2%) contre 21,1% des patients au CUMEL étaient très satisfaits du comportement du personnel sanitaire. La plus grande proportion des patients est représentée par ceux qui étaient satisfaits du comportement du personnel, soit 77% pour le CNHU et 77,5% pour le CHUMEL. Enfin 10,8% des patients au CNHU contre seulement 1,4% des patients au CHUMEL ont affirmé qu'ils n'étaient pas satisfaits du comportement du personnel.

Tableau XVII : Répartition de la perception du comportement du personnel sanitaire par le patient au CNHU-HKM et au CHU-MEL.

	CNHU-HKM		CHU-MEL		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Appréciation du comportement du personnel sanitaire						
Très satisfaisant	9	0,0	15	21,1	24	16,6
Satisfaisant	57	77,0	55	77,5	112	77,2
Pas satisfaisant	8	10,8	1	1,4	9	6,2

4.3.6. Perception des patients sur les délais d'attente

La durée moyenne de l'attente avant la prise en charge par un professionnel de santé était de 102,35±77,94 minutes avec des extrêmes allant de 0 à 300 minutes. La répartition des patients selon la durée de l'attente a montré dans les deux centres une prédominance chez les patients affirmant avoir attendu au moins 90 minutes et plus avant leur prise en charge. Ainsi au CNHU 44,6% des patients affirmaient avoir attendu au moins 90 minutes avant d'être pris en charge et au CHUMEL la même réponse a été donnée par une proportion de 62% des patients. Les patients ayant attendu moins de 30 minutes représentaient une proportion de 25,7% au CNHU contre seulement 2,8% au CHUMEL. Ceux qui avaient attendus pendant une durée comprise entre 30 et 60 minutes représentaient 13,5% au CNHU contre 15,5% au CHUMEL ; puis enfin 16,2% au CNHU contre 19,7% au CHUMEL affirment avoir attendu entre 60 minutes et 90 minutes.

Les patients du CNHU (14,7%) contre 8,5% des patients du CHUMEL sont très satisfaits de ces délais d'attente. Une proportion de 42,6% des patients du CNHU contre 50,7% de ceux au CHUMEL sont satisfaits des délais d'attente. Enfin 42,6% des patients au CNHU contre 40,8% de ceux du CHUMEL ont affirmé qu'ils ne sont pas satisfaits des délais d'attente.

Par rapport à l'information donnée sur les délais d'attente, nous remarquons dans les deux centres que la majorité des patients affirment n'avoir reçu aucune information sur les raisons des délais d'attente. Ainsi 92% des patients au CNHU et 88,7% des patients au CHUMEL ont affirmé n'avoir pas été informés sur les raisons des délais d'attente.

Tableau XVIII : Appréciation des patients sur les délais d'attente au CNHU et au CHUMEL

	CNHU-HKM		CHU-MEL		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Durée de l'attente (minutes)						
<30	19	25,7	2	2,8	21	14,5
[30-60[	10	13,5	11	15,5	21	14,5
[60-90[	12	16,2	14	19,7	26	17,9
≥90	33	44,6	44	62,0	77	53,1
Appréciation de l'attente						
Très satisfaisant	10	14,7	6	8,5	16	11,5
Satisfaisant	29	42,6	36	50,7	65	46,8
Pas satisfaisant	29	42,6	29	40,8	58	41,7
Information sur le délai d'attente						
Oui	5	7,9	8	11,3	13	9,7
Non	58	92	63	88,7	121	90,3

4.3.7. Perception des patients sur l'information donnée par le médecin

Nous avons observé que 36,5% des patients au CNHU contre 42,3% des patients au CHUMEL étaient très satisfait de l'information donnée par le médecin. Ensuite, 63,5 % des patients au CNHU contre 57,7% au CHUMEL ont affirmé être satisfaits de l'information donnée par le médecin. Au CNHU comme au CHUMEL, aucun patient n'a déclaré être insatisfait par rapport à l'information donnée par le médecin.

Tableau XIX : Répartition de l'appréciation sur l'information donnée par le médecin au CNHU-HKM et le CHU-MEL

	CNHU-HKM		CHU-MEL		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Appréciation de l'information donnée par le médecin						
Très satisfaisant	27	36,5	30	42,3	57	39,3
Satisfaisant	47	63,5	41	57,7	88	60,7
Pas satisfaisant	0	0	0	0	0	0

4.3.8. Suggestions des patients pour l'amélioration de l'accueil

L'analyse des suggestions pour améliorer l'accueil montre que dans les deux structures la majorité des patients interrogés n'avaient pas de suggestions, soit 60,8% au CNHU et 56,3% au CHUMEL. 13,5 % des patients du CNHU et 16,9% des patients au CUMEL trouvaient le temps d'attente long et proposaient donc une réduction du délai d'attente afin d'améliorer la qualité de l'accueil. 6,8% des patients interrogés au CNHU et 4,2% de ceux interrogés au CHUMEL suggéraient une augmentation du nombre de personnel soignant afin d'améliorer l'accueil. Enfin, 1,4% des patients dans les deux structures respectives trouvaient le coût des prestations élevé.

Tableau XX : Répartition des suggestions faites pour améliorer l'accueil au CNHU-HKM et le CHU-MEL

	CNHU-HKM		CHU-MEL		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Aucune suggestion	45	60,8	40	56,3	85	58,6
Réduire le temps d'attente	10	13,5	12	16,9	22	15,2
Augmentation du personnel	5	6,8	3	4,2	8	5,5
Coût élevé	1	1,4	1	1,4	2	1,4
Suggestions inexploitables	13	17,6	15	21,1	28	19,3

4.4 Perception de la qualité par le personnel sanitaire

Dans cet échantillon, 100% du personnel sanitaire du CNHU-HKM contre 93,3% du CHU MEL ont rapporté l'existence d'un service d'accueil d'un protocole d'accueil actualisé et validé a été rapportée par 100% et 60,0% du personnel sanitaire respectivement au CNHU-HKM et au CHU-MEL.

L'inexistence de salles d'attentes pour recevoir les proches des patients a été rapporté par 45% du personnel sanitaire au CNHU-HKM et par 100% du personnel sanitaire au CHUMEL. Dans notre étude, 55% du personnel soignant au CNHU-HKM contre 86,7% du personnel sanitaire au CHUMEL ont rapporté avoir bénéficié d'une formation à l'accueil du patient.

Tableau XXI : Répartition du personnel soignant selon leur perception de la qualité de l'accueil au CNHU-HKM et le CHU-MEL en 2023

	CNHU-HKM		CHU-MEL		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Existence d'un service d'accueil						
Oui	20	100,0	14	93,3	34	97,1
Non	0	0,0	1	6,7	1	2,9
Existence d'un protocole d'accueil actualisé et validé						
Oui	0	0,0	6	40,0	6	17,1
Non	20	100,0	9	60,0	29	82,9
Existence des salles d'attentes pour recevoir les proches et accompagnants des malades						
Oui	11	55,0	0	0,0	11	31,4
Non	9	45,0	15	100,0	24	68,6
Formation sur l'accueil du patient						
Oui	11	55,0	13	86,7	24	68,6
Non	9	45,0	2	13,3	11	31,4

Au CNHU-HKM, la qualité de l'accueil délivrée était perçue comme très satisfaisant par 5% du personnel soignant et satisfaisant par 95% du personnel soignant.

Au CHUMEL, 33,3% du personnel soignant trouvaient l'accueil très satisfaisant, 60,7% du personnel trouvaient l'accueil satisfaisant et 6,7% du personnel trouvaient que l'accueil n'était pas satisfaisant.

L'exploration des difficultés rencontrées par le personnel dans l'exercice de leur fonction a montré que la surcharge de travail était la plainte dominante qui revenait la plupart du temps au CNHU-HKM comme au CHUMEL avec respectivement un pourcentage de 75% et de 66,7% rapporté par le personnel.

Dans le même sens, 60% du personnel soignant au CNHU-HKM contre 40% du personnel soignant au CHUMEL rapportaient que le nombre de personnel n'était pas satisfaisant.

Le stress de l'environnement social était rapporté par 35% du personnel au CNHU contre 40% du personnel au CHUMEL.

Les difficultés liées aux problèmes personnels des agents de santé ont été rapportés par 35% du personnel au CNHU et par 26,7% du personnel au CHUMEL. Les autres difficultés retrouvées sont : l'absence de motivation rapportés par 25% du personnel au CNHU contre 13,3% du personnel soignant au CHUMEL ; les agressions verbales fréquentes :25% au CNHU contre 6,7% au CHUMEL ; le manque de coopération des patientes :10% au CNHU contre 20% au CHUMEL. Le salaire insuffisant est peu rapporté avec un pourcentage de 5% pour le personnel du CNHU et un pourcentage de 6,7% pour le personnel du CHUMEL.

Tableau XXII : Répartition du personnel soignant selon leur perception de la qualité de l'accueil au CNHU-HKM et le CHU-MEL en 2023 (suite et fin)

	CNHU-HKM		CHU-MEL		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Perception de la qualité de l'accueil offerte à l'usager						
Très satisfaisant	1	5,0	5	33,3	6	17,1
Satisfaisant	19	95,0	9	60,0	28	80,0
Pas satisfaisant	0	0,0	1	6,7	1	2,9
Difficultés rencontrées dans l'exercice de l'accueil du patient						
Surcharge de travail						
Oui	15	75,0	10	66,7	25	71,4
Non	5	25,0	5	33,3	10	28,6
Absence de motivation						
Oui	5	25,0	2	13,3	7	20,0
Non	15	75,0	13	86,7	28	80,0
Salaire insuffisant						
Oui	1	5,0	1	6,7	2	5,7
Non	19	95,0	14	93,3	33	94,3
Environnement social stressant						
Oui	7	35,0	6	40,0	13	37,1
Non	13	65,0	9	60,0	22	62,9
Problème personnel						
Oui	7	35,0	4	26,7	11	31,4
Non	13	65,0	11	73,3	24	68,6
Autres						
Agressions verbales	5	25,0	1	6,7	6	17,1
Patientes non coopérantes	2	10,0	3	20,0	5	14,3
Nombre du personnel						
Très satisfaisant	8	40,0	9	60,0	17	48,6
Pas satisfaisant	12	60,0	6	40,0	18	51,4

V- Discussion

La discussion de nos résultats s'articule autour des points suivants :

- Le niveau d'atteinte des objectifs fixés et de vérification des hypothèses ;
- La qualité et la validité des données ;
- Le commentaire des résultats et leur comparaison avec ceux d'autres études similaires.

5.1. Niveau d'atteinte des objectifs

Au terme de notre étude, nous avons pu évaluer la qualité de l'accueil dans les deux structures sanitaires concernées par notre étude à savoir le CNHU-HKM et le CHUMEL. À cet effet nous avons dans un premier temps effectué nous-même des observations directes afin de mesurer de façon objective la qualité de l'accueil sur la base des critères que nous avons prédéfini. Ces observations ont été enregistrés grâce à notre grille d'observation (Cf Annexe 2). Nous avons ensuite effectué une enquête de satisfaction auprès des patients pour recueillir leur impression sur la qualité de l'accueil. Nous avons enfin procédé à une évaluation de la qualité de l'accueil auprès du personnel sanitaire. Ainsi nous sommes parvenus aux résultats ci-après :

5.2. Niveau de qualité de l'accueil des patients

Le niveau global de la qualité de l'accueil est mauvais dans les deux structures sanitaires que sont le CNHU-HKM et le CHUMEL. En effet au CNHU, seul le cadre d'accueil était bon. Le reste des critères était mauvais. Au CHUMEL seul le cadre d'accueil et la signalétique sont acceptables. Le reste des critères est mauvais également.

Au CNHU-HKM comme au CHUMEL, la majorité des patients sont satisfaits du cadre de l'accueil, des signalétiques, de leur accueil à l'arrivée dans les services, du comportement du personnel sanitaire, des délais d'attente et de l'information donnée par le médecin. Ainsi au CNHU-HKM, nous avons obtenu :16,2% de patients très satisfaits et 82,4% satisfaits du cadre de l'accueil ; 28,4% de patients très satisfaits et 48,6% de patients satisfaits de la

signalétique pour accéder aux services d'une part, puis 32,4% de patients très satisfaits et 51,4% de patients satisfaits de la signalétique pour s'orienter dans les services d'autre part ; 25,7% de patients très satisfaits et 58,1% de patients satisfaits pour l'accueil à l'arrivée ; 12,2% de patients très satisfaits et 77% de patients satisfaits du comportement du personnel ; 14,7% très satisfaits et 42,6% satisfaits des délais d'attente ;et enfin 36,5% de patients très satisfaits et 63,5% de patients satisfaits de l'information donnée par le médecin. Au CHUMEL, nous avons respectivement obtenu pour les mêmes critères :2,8% de patients très satisfaits et 887% de satisfaits ;18,3% très satisfaits et 71,8% satisfaits ; 19,7% très satisfaits et 77,5% satisfaits ; 28,2% de patients très satisfaits et 67,6% de patients satisfaits ; 21,15% de patients très satisfaits et 77,5% de patients satisfaits ; 8,5% de patients très satisfaits et 50,7% de satisfaits et enfin 42,3% très satisfaits et 57,7% satisfaits. Pour les deux structures sanitaires, seul le critère d'identification du personnel soignant avait donné des résultats pas satisfaisants car la majorité des patients enquêtés (45,9% au CNHU-HKM et 50,7% au CHUMEL) ne savaient pas qui les avait accueillis. La cause dans la majorité des cas était que le personnel soignant manquait de se présenter comme l'a confirmé nos observations.

La majorité du personnel soignant a une bonne impression de la qualité de l'accueil délivré aux patients. Néanmoins les plaintes qui revenaient souvent sont :la surcharge de travail, le nombre insuffisant de personnel, le stress de l'environnement de travail, les agressions verbales subies de la part des patients peu coopérants.

Ces résultats confirment notre première hypothèse selon laquelle la qualité de l'accueil ne serait pas acceptable dans les deux centres sanitaires. Néanmoins, notre deuxième hypothèse qui stipule que plus de la moitié des patients ne seraient pas satisfaits de la qualité de l'accueil dans les deux centres n'est pas

vérifiée car nous observons que la majorité des patients déclarent être satisfaits de l'accueil dans les deux centres.

5.3. Qualité et la validité des résultats

Pour parvenir à ces données, nous avons établi d'une part une grille pour les observations et un questionnaire adressé aux autres cibles de l'enquête. Un pré-test a été réalisé pour les outils de collecte et nous avons eu à adapter la grille d'observation aux habitudes notées dans les services durant le pré-test. La grille a été remplie par nous-même. Pour les questionnaires remplis par les enquêteurs, ces derniers ont bénéficié d'une formation où nous leur avons expliqué ce qui était attendu d'eux. Néanmoins, malgré ces précautions, il y a eu quelques biais dans le remplissage du questionnaire d'enquête auprès des patients car au niveau des suggestions, nous avons eu quelques suggestions inexploitables soit 17,6% au CNHU et 21,1% au CHUMEL.

5.4. Limites et difficultés de l'étude

Concernant le comportement du personnel sanitaire, il faut reconnaitre qu'en situation d'urgence, où le soignant dispose de très peu de temps pour agir efficacement ; il est difficile d'observer les actes mentionnés plus haut concernant ce critère. Les mauvais résultats auxquels nous sommes parvenus à la suite des observations directes pourraient en partie s'expliquer par ce détail. Ainsi, nous avons obtenu à l'issu des observations, une mauvaise qualité d'accueil alors qu'en revanche du côté des patients les résultats de l'enquête de satisfaction sont plutôt satisfaisants.

Le nombre de questionnaire rempli par le personnel soignant n'est pas satisfaisant, seulement 35 personnels ont rempli les fiches dans les deux structures.

5.5 Comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs

Nous rappelons que notre étude s'est effectuée en deux volets, d'abord une observation de l'accueil offert par le personnel soignant aux patients, puis

ensuite une enquête de satisfaction pour recueillir les impressions des patients mais aussi des professionnels. Au décours des observations, nous avions conclu à un mauvais accueil. Vu que la presque totalité des études réalisées sur l'accueil se sont uniquement concentrés sur la satisfaction des patients et les impressions du personnel ; dans ce volet comparatif, nous comparerons les résultats donnés par les patients et personnels dans notre étude à ceux donnés par des patients et personnels dans d'autres travaux de recherche.

5.5.1. La satisfaction des patients

Suite à nos résultats, on s'est rendu compte que la majorité des patients interrogés dans les deux centres sont globalement satisfaits de : les signalétiques, l'accueil, le comportement du personnel sanitaire, les délais d'attente, le cadre de prise en charge, l'information donnée par le médecin. Ainsi nous avons respectivement au CNHU pour chacun de ses critères les proportions suivantes de patients globalement satisfaits : 73,4% et 83,8% ; 83,8% ; 89,2% ; 57,3% ; 98,6% ; 100%. Au CHUMEL, nous avons aussi respectivement pour chacun de ses critères les proportions suivantes :90,1% et 97,2% ; 95,8% ; 98,6% ;59,2% ; 91,5% ; 100%. On se rend globalement compte que les taux de satisfactions trouvés au CHUMEL sont globalement légèrement supérieurs à ceux du CNHU. Cela pourrait être dû au fait que plus de personnels au CHUMEL affirmaient être formé à l'accueil des patients par rapport au CNHU, soit 86,7% contre 55%. Dans les deux centres les taux de satisfactions les moins élevés concernent les délais d'attentes. Ces résultats sont similaires à ceux trouvés en France en 2013 à la maternité de Nancy, où la plupart des patientes interrogées étaient satisfaites de la signalétique, du comportement du personnel, des délais d'attente et du cadre de prise en charge. ; soient respectivement des taux de satisfaction de : 83% ; 86% ; 68% ; 58% [42]. Par contre le taux de satisfaction le moins élevé concernait le cadre de prise en charge. Cela pourrait s'expliquer par des attentes plus élevées en termes de confort chez les patientes françaises. Les résultats

trouvés au Mali en 2018 sont moins satisfaisants avec : un taux global de satisfaction de 61% pour l'accueil, de 24% pour la signalétique et de 13% pour le confort du cadre de prise en charge [43]. Ces résultats sont dû au fait qu'il n'y avait aucun panneau de fléchage dans le centre sanitaire, beaucoup de patients se plaignaient également de l'insalubrité, des mauvaises odeurs, le manque du manque d'un hangar pouvant protéger les accompagnants des intempéries. Au Cameroun en 2011, un taux de satisfaction de 54,7% seulement a été trouvé par rapport à l'accueil des patients [10], ce résultat est moins bon comparé au notre. Ceci pourrait être justifié par le mauvais comportement du personnel sanitaire dont s'étaient plains la majorité des patients : les agressions verbales, l'indisponibilité, le manque de respect.

5.5.2. Les délais d'attente

Dans notre étude, la majorité des patients du CNHU comme du CHUMEL, soient respectivement 44,6% et 62,5% avaient attendus au moins 1 heure 30 minutes avant d'être prise en charge. Ces délais d'attentes sont plus longs que ceux trouvés en France où seulement 19% des patientes avaient attendu plus d'une heure avant d'être pris en charge. Ainsi donc la majorité des patients, soit 81% n'avaient pas eu à attendre plus d'une heure avant d'être pris en charge[42]. Au Mali en 2018, les délais d'attente trouvés sont aussi nettement plus courts, ainsi la majorité des patients soit 73% n'avaient attendus qu'entre 10 et 15 minutes. Le plus long délai d'attente était plus de 30 minutes et seulement 2% des patients ont attendus plus de 30 minutes[43]. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait qu'en France comme au Mali, ces études concernaient seulement le cadre des urgences alors que la nôtre a pris également en compte les consultations où l'affluence peut fait allonger les délais d'attente.

5.5.3. L'information sur les raisons des délais d'attente

Nous avons trouvé dans notre étude que la majorité des patients, 92% au CNHU et 88,7% au CHUMEL n'étaient pas informés des raisons des délais d'attente.

Ce résultat est supérieur à celui trouvé en France, ainsi 72% n'étaient pas informé des délais d'attente. Ce volet n'a pas été abordé par les autres études.

5.5.4. L'identification du personnel soignant

Dans notre étude 45,9% des patients au CNHU contre 50,7% des patients au CHUMEL ne savaient pas qui les avait accueillis. En France la proportion des patients qui ne savaient par quel professionnel ils étaient accueillis était un peu plus élevée soit 57%. Dans notre étude comme en France, l'exploration montre que dans la plupart des cas cette faille dans l'identification du personnel venait du fait que le personnel se présente rarement ou ne se présente presque jamais au patient avant de démarrer sa prise en charge.[42]

5.5.5. Impression du personnel sur l'accueil

La majorité du personnel était satisfait de l'accueil qu'ils offraient aux patients soit 100% au CNHU et 93,3% au CHUMEL. Au Cameroun en 2011, de l'écoute des professionnels, il en ressortait que l'accueil était jugé pas satisfaisant[10]. Le reste des études n'a pas abordé ce volet.

5.5.6. Charge du travail

La charge du travail est la plainte dominante du personnel dans notre étude soit 75% au CNHU et 66,7% au CHUMEL. Ces résultats sont similaires à ceux trouvés au Mali en 2018, ainsi 66,7% du personnel affirmaient que la charge du travail était élevée et 8,3% disaient que la charge du travail était très élevée[43].

Conclusion

La présente étude réalisée dans les deux hôpitaux de référence de la ville de Cotonou, le CNHU et le CHUMEL met en évidence la mauvaise qualité de l'accueil sur la base d'observations des pratiques des professionnelles de santé. Bien que la majorité des patients déclarent être satisfait de l'accueil, la qualité de l'accueil offert n'est pas acceptable. Ainsi au niveau des professionnels de santé, nous avons mis en évidence que ces derniers ne se présentent presque jamais aux patients, n'informent pas assez les patients et n'ont pas toujours un comportement agréable avec les patients. Au niveau des structures sanitaires, les causes mise en évidence sont le manque d'une organisation visant à réduire les délais d'attente et la surcharge de travail, puis l'absence d'une signalétique adéquate pour permettre aux patients de retrouver facilement les services où ils se rendent.

Suggestions

Les résultats auxquels nous sommes parvenus nous permettent de faire les suggestions suivantes :

- À l'endroit des responsables des structures sanitaires :
  - Mettre au profit de leurs personnels un dispositif de formation continue sur l'accueil des patients
  - S'assurer que le nombre de personnel est satisfaisant afin d'éviter la surcharge de travail
  - Mettre en place une organisation permettant de réduire le plus possible les délais d'attente
  - Mettre systématiquement des panneaux de signalisation pour permettre aux patients de s'orienter facilement
- À l'endroit du personnel soignant
  - Se présenter aux patients
  - Informer sur les délais d'attente

Références

[1] Formarier M. Approche du concept d'accueil, entre banalité et complexité: Recherche En Soins Infirmiers 2003;N° 75:15–20. https://doi.org/10.3917/rsi.075.0015.
[2] Yves Cinotti. Accueil, atmosphère et hospitalité. Des concepts à ne pas confondre 2009 :8–10.
[3] Baillon G. Le début des soins en psychiatrie de secteur : un trauma de plus ou un accueil ? Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe 2004;42:117. https://doi.org/10.3917/rppg.042.0117.
[4] Sissoko H. Aspects reliés à l'utilisation des accouchements traditionnelles au Mali. MEDICALE. FMPOS, 2002.
[5] Fournier P, Haddad S, Dimension de la qualité de services de santé en Afrique au Sud du Sahara, Brunet_Jailley, J(ed), Innover dans les systèmes de santé : Expérience d'Afrique de l'Ouest, Karthala, Paris : 1997, p. 275–8.
[6] AG Iknane A, Kadjoke M, Kante N et al, Comprendre l'impact de la décentralisation sur les services de la santé de la reproduction en Afrique : le cas du Mali, Analyse documentaire, INRSP, n.d.
[7] Cournot M. Principes d'une démarche d'assurance qualité, évaluation des pratiques professionnelles n.d.
[8] Stéphanie Guillaume, Zeynep Or. La satisfaction des personnes âgées en termes de prise en charge médicale et de coordination des soins : une approche qualitative exploratoire. L'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, 2015.
[9] Audibert M, de Roodenbeke E. Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : n.d.
[10] Garga Habiba ; Ongolo-Zogo, Pierre. Améliorer l´accueil et la prise en charge dans les services d´accueil des urgences (SAU) des hôpitaux nationaux et régionaux au Cameroun. 2013.
[11] Berepa OC, Faton D-ll. Étude de la communication des agents en services aux urgences à l'endroit des patients/usagers dans les chu au Bénin 2022.
[12] Traore MML, Coulibaly MB, Dembele MM, Koumare MM, Diallo MAN, Guindo MA, et al. Professeurs à la retraite mr alou ba ┼ mr bocar sall mr yaya fofana 2014.
[13] Précieuse Hontonnou, Dr Servais GANDJI. Prise en charge du patient depuis l'accueil jusqu'à la fin de l'examen au Centre Autonome de Radiologie (CAR). Universite d' Abomey Calavi (UAC), 2010.
[14] Kanta, Kadidiatou. Utilisation des services de santé et perception de la qualité des soins par les populations de l'aire de santé de Segué (cercle de Kolokani, Région de Koulikoro). Universite de Bamako, 2007.
[15] Hours B. Systèmes et politiques de santé: de la santé publique à l'anthropologie. Paris: Éd. Karthala; 2001.

[16] Traore MML, Coulibaly MB, Dembele MM, Koumare MM, Diallo MAN, Guindo MA, et al. Professeurs à la retraite mr alou ba ┼ mr bocar sall mr yaya fofana 2014.
[17] OMS. Definition des principaux concepts. Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients. multiprofessionnelle, Geneve: 2009.
[18] ISO 9000 ; systèmes de management de la qualité, principes essentiels et vocabulaire; 2000.
[19] Hughes, K; Meek, M. E; World Health Organization; International Programme on Chemical Safety (World Health OrganizationWorld Health Organization, n.d.
[20] Donabedian A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? JAMA 1988;260:1743. https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033.
[21] Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C.: National Academies Press; 2001. https://doi.org/10.17226/10027.
[22] Qualite des soins. Manuel de formation en gestion de la circonscription sanitaire, Maroc: 2014, p. 50–4.
[23] Parent N. La communication interpersonnelle en santé: habiletés et attitudes essentielles pour favoriser un processus de guérison. Quebec: Les Presses de l'Université Laval; 2019.
[24] World Health Organization and others. Delivering quality health services: A global imperative. OECD publishing; 2018.
[25] République du Benin, Secrétariat général du ministère de la santé- direction des soins infirmiers et obstetricaux. L'accueil. Normes et procédures en soins infirmiers, Cotonou, Bénin : 2020, p. 23–5.
[26] Atil Habiba, Saoudi Mabrouk, Z ,PEPM. L'accueil et l'orientation des visiteurs au niveau des services hospitaliers : Enquête réalisée au niveau des services Hospitaliers EPH Bachir Ben Nacer et l'EPH Hakim Saaben. Institut Nationnal de formation Superieur paramedicale de Biskra, 2016.
[27] Moukhafi Sahar. Conceptualisation de la satisfaction des patients dans les établissements de santé : et identification de ses déterminants. Revue Française d'Economie et de Gestion 2023;4:444–62.
[28] Dr F Empereur. Enquêtes de satisfaction au CHU de Nancy. Service Epidémiologie et Evaluation Cliniques, 2009.
[29] Barlési F, Chabert-Greillier L, Loundou A, Siméoni MC, Greillier L, Doddoli C, Astoul P, Auquier P. Validation de la version française du princess margaret hospital patient satisfaction with doctor questionnaire (PMH/PSQ-MD): le F-PMH/PSQ MD. Revue Des Maladies Respiratires 2006;23:227–36.
[30] Hervé Leclet, Claude Vilcot. Question 98 Comment évaluer la satisfaction des clients? Qualité en santé 150 questions pour agir. 2eme ed., AFNOR; 1999, p. 289–91.

[31] Bovier, P., Haller, D. and Lefebvre, D. Mesurer la qualité des soins en médecine de premier recours: difficultés et solutions. 2004:1833–5.
[32] Lopez, Alain, and Pierre-Louis Remy. Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé. Inspection générale des affaires sociales. 2007.
[33] Ballé M, Champion-Daviller M-N. Organiser les services de soins: le management par la qualité. 2e éd. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2009.
[34] Gasquet, I. Satisfaction des patients et performance hospitalière: qualite des soins. La Presse Médicale (1983) 1999 ;28 :1610–6.
[35] Yameogo AR, Millogo GRC, Palm AF, Bamouni J, Mandi GD, Kologo JK, et al. Évaluation de la satisfaction des patients dans le service de cardiologie du CHU Yalgado Ouedraogo. Pan Afr Med J 2017;28. https://doi.org/10.11604/pamj.2017.28.267.13288.
[36] Weltzer-Hordas, Severine. Analyse descriptive des lettres de plainte adressées au Service d'accueil des urgences du CHU de Nancy entre 2001 et 2005. Henri Poincaré Faculté de Médecine, 2006.
[37] Frank-soltysiak M et Court C. Délais d'attente et satisfaction des patients aux urgences chirurgicales d'un centre universitaire. Presse Médicale 2002 ;31 :1690–5.
[38] Nelly Sartini. Evaluation de l'anxiété , du coping et du soutien informatif chez les patients admis aux urgences: étude de corrélation avec le degré de satisfaction.. UHP - Universite Henri Poincare, 2003.
[39] Taylor D, Kennedy MP, Virtue E, McDonald G. A multifaceted intervention improves patient satisfaction and perceptions of emergency department care. International Journal for Quality in Health Care 2006;18:238–45. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl002.
[40] Perruche F, Pourriat J-L, Claessens Y-E. Satisfaction des patients consultant aux urgences. Mise au point. Journal Européen des Urgences 2008;21:14–21. https://doi.org/10.1016/j.jeur.2008.06.009.
[41] Varkevisser CM, Pathmanathan I, Brownlee AT. Designing and conducting health systems research projects. Volume 1, Proposal development and fieldwork. Amsterdam, Ottawa: KIT Publishers ; International Development Research Centre; 2003.
[42] Charline Ladouce. Enquête de satisfaction sur l'accueil des patientes au service des urgences gynécologiques et obstétricales de la MRUN. Médecine humaine et pathologie. Université de Lorraine, 2013.
[43] Dr Mohamed Modibo TALL. Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil à l'unite d'accueil des urgences et de tri du centre de sante de référence de Koutiala (Rep du MALI). Centre Africain D'études Supérieur En Gestion, 2018.

Tables des matières

LISTE DES ENSEIGNANTS i
DEDICACES vii
REMERCIEMENTS xi
HOMMAGES xvii
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS xxi
LISTE DES TABLEAUX xxiii
LISTE DES FIGURES xxv
SOMMAIRE xxvi
INTRODUCTION 1
I- Problématique 4
1.1. Enoncé du problème 5
1.2. Hypothèses 7
1.3. Objectifs 7
1.3.1. Objectif général 7
1.3.2. Objectifs spécifiques 7
II- Généralités 10
2-1 Définition de quelques concepts 11
2-1-1-Accueil 11
2-1-2-Patient 11
2-1-3-Qualité 11
2.2. Connaissances générales sur la qualité 11
2.2.1. Les critères de la qualité des soins 13
2.2.1.1. La globalité en santé 13
2.2.1.2. La continuité des Soins 13
2.2.1.3. L'Intégration en Santé 14
2.2.1.4. La Communication interpersonnelle appropriée et efficace en santé. 14
2.2.1.5. Le Paquet Minimum d'Activités de Droit (PMAD) 16
2.2.2. Les dimensions de la qualité des soins 16
2.2.2.1. Les compétences professionnelles 17
2.2.2.2 L'efficacité 17
2.2.2.3. L'accessibilité 17
2.2.2.4. Les relations interpersonnelles 17
2.2.2.5. L'efficience 18
2.2.2.6. L'innocuité ou la sécurité 18
2.2.2.7. La continuité 18
2.2.2.8. Les agréments 18
2.2.3. Types de qualité des soins 19
2.3. Evaluation de la qualité des soins 21

2.4. Qualité des soins appliqués à l'accueil 22
2.5. Mesure de la satisfaction des patients comme une conséquence importante de la qualité perçue. 25
2.6. Les éléments qui influencent la satisfaction des patients à l'accueil aux urgences et en consultation. 26
III- Cadres et méthode d'étude 29
3.1. Cadre d'étude 30
3.1.1. Présentation de la ville de Cotonou 30
3.1.2. Présentation du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou 31
3.1.3. Présentation du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL) 35
3.2. Méthode d'étude 38
3.2.1. Type d'étude et période de collecte de donnée 38
3.2.2. Population d'étude 38
❖ **Critères d'inclusion** 38
❖ **Critères d'exclusion** 38
❖ **Echantillonnage** 38
3.3. Variables 39
3.3..1. Variable dépendante 39
3.3.2. Variables indépendantes 41
3.4.1. Techniques et outils de collecte des données 45
IV- Résultats 47
4.1. Description de la population d'étude 48
4.1.1. Caractéristiques des patients 48
4.1.2. Caractéristiques du personnel soignant 49
4.2. Qualité de l'accueil 49
4.2.1 Qualité liée au cadre de travail 49
4.2.1.1 Présence des panneaux de signalisation 49
4.2.1.2 Qualité des locaux 50
4.2.2 Qualité de l'accueil lié au processus 51
4.2.3 Qualité globale de l'accueil 55
4.3 Perception des patients sur la qualité de l'accueil 59
4.3.1. Perception des patients sur le cadre de prise la charge 59
4.3.2. Perception des patients sur la signalétique pour arriver dans les différents services 59
4.3.3. Identification du personnel soignant par le patient 60
4.3.4. Perception des patients sur la qualité de l'accueil 61
4.3.5 Perception des patients sur le comportement du personnel soignant 62
4.3.6. Perception des patients sur les délais d'attente 63
4.3.7. Perception des patients sur l'information donnée par le médecin 64
4.3.8. Suggestions des patients pour l'amélioration de l'accueil 65
4.4 Perception de la qualité par le personnel sanitaire 66
V- Discussion 70

5.1. Niveau d'atteinte des objectifs 71
5.2. Niveau de qualité de l'accueil des patients 71
5.3. Qualité et la validité des résultats 73
5.4. Limites et difficultés de l'étude 73
5.5 Comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs 73
Conclusion 77
Suggestions 79
Références 81
Tables des matières 85
Annexes 89

Annexes

*Annexe 1 : Fiche de consentement éclairé

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Cotonou, le ……/……/2022

QUALITE DE L'ACCUEIL DU PATIENT ET DE LA GESTION DE LA COMMUNICATION DANS LES SERVICES DE GYNECOLOGIE ET DE PEDIATRIE AU SUD DU BENIN : CAS DU CHUMEL ET DU CNHU-HKM DE COTONOU

Bonjour

Mr/Mme……

……Nous vous invitons à participer à l'étude nommée ci-dessus, menée par nous **GOUNADON Merleen**, étudiante en 7ème année de Médecine à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou dans le cadre de notre thèse de doctorat en Médecine,

L'objectif de notre travail est d'évaluer la qualité de l'accueil et de la communication du patient.

Votre participation à ce travail est libre et volontaire

Nous vous assurons que toutes les informations que vous donnez dans le cadre de cette étude reste confidentielle et ne seront pas divulguées. Nous nous engageons pour le respect de l'éthique et de la déontologie tout le long de nos entretiens et du travail.

J'ai lu et compris le présent formulaire, et j'accepte participer à cette étude

Signature/Nom-Prénom(s)

(''Lue et comprise''

suivie de la mention

*Annexe 2 : Outils de collecte

GRILLE D'OBSERVATION DU PROCESSUS D'ACCUEIL PAR L'ENQUETEUR

Interaction soignant-soigné avant l'entrée de ce dernier à l'intérieur du service proprement dit :

- Si ce poste n'est pas disponible, le notifier et passer à l'interaction suivante
- Si non, cocher les items suivants

Heure de l'observation :

Actes à observer	Modalités de réponses		
	Oui	Non	NA
Saluer le patient et son/ses accompagnant(s)			
Utiliser une formule de bienvenue			
Sourire			
Inviter à enter par une formule claire			
Ouvrir la porte si possible			
Aider les patients invalides			
Installer l'usager dans son nouvel environnement			
Garder un ton courtois et poli			

- **Si remarques particulières faites par l'enquêteur au moment de l'interaction, noter ci-dessous**

Interactions soignants-soignés à l'intérieur du service proprement dit :

Préciser :

- Prestataire observé :
- Heure de l'interaction :

Actes à observer	Modalités de réponses		
	Oui	Non	NA
Être présent à son poste dès l'arrivée du patient			
Saluer le patient			
Sourire			
Etablir immédiatement un contact(visuel/verbal) avec le patient dès lors qu'il se présente au poste du personnel			
Si on ne peut s'occuper en même temps du patient à son poste, le faire patienter gentiment en lui expliquant la raison			
Maintenir un contact visuel avec le patient en lui parlant pendant au moins la moitié du temps qu'a duré l'interaction			
Garder un ton courtois et poli			
Formuler des expressions de politesse à l'endroit du patient			
Formuler des mots rassurants à l'endroit du patient inquiet			
Se présenter au patient en donnant son nom et sa fonction avant de démarrer se prise en charge			
Recueillir les informations du patient, sa demande/ faire l'interrogatoire			
Aider le patient à s'installer			
S'enquérir si le patent a mal			

Si oui, soulager immédiatement la douleur			
Faire une mise en condition en urgence			
Examiner			
Informer des actes à poser			
Informer du processus ou circuit du patient			
Informer des délais d'attente			
Informer des raisons des délais d'attente			
Informer de l'état de santé			
Informer de la thérapeutique			
Informer des résultats des bilans s'il y en a			
Expliquer les analyses demandées			
Informer le patient quand l'interaction arrive à sa fin			
Formuler un mot de renvoi à l'endroit du patient			

- **Si remarques particulières faites par l'enquêteur au moment de l'interaction, noter ci-dessous**

GRILLE D'OBSERVATION DU CADRE DE TRAVAIL

Items à observer		Réponses
Attrait physique du bâtiment	Dimensions du bâtiment	Non exiguë
		Exiguë
	Aspect du mûr	Propre
		Sale
	Aération du local	Satisfaisant

		Pas satisfaisant
	Décorations	Présentes
		Inexistantes
	Equipement en mobiliers	Suffisant
		Pas suffisant
Hygiène	Propreté du local	Satisfaisant
		Pas satisfaisant
Signalétique	Présence de panneaux de signalisation permettant l'accessibilité au service	Oui
		Non
	Présence de panneaux permettant l'orientation des usagers à l'intérieur du service	Oui
		Non

GUIDE D'ENTRETIEN DU BENEFICIAIRE (DESTINE AUX PATIENTS ET/OU ACCOMPAGNANTS)

I. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

1-Age : /_____ / ans

2-**Sexe** : /____/ 1=Masculin 2=Féminin

3-Niveau d'instruction:/_____/ 1=Primaire 2=Secondaire 3=Supérieur 4=Aucun

4-**Profession** : /_____/ 1=Fonctionnaire 2=Employé du privé 3=Professions à exercice libérale 4=Artisan 5=Vendeur/Revendeur 6=Ménagère 7=Etudiant/ Elève

8=Autres ……

5-Revenu mensuel : .....FCFA

II. EVALUATION DE LA SATISFACTION DES USAGERS

6-Par quel moyen avez-vous accéder au service ? /_____/ 1=Ambulance 2= véhicule personnel 3=Moto 4= Autres

7-La signalétique pour arriver au service des urgences/ de la consultation vous a paru : /_____/

1=très satisfaisant 2= Satisfaisant 3=Pas satisfaisant

8-Quelle appréciation faites-vous de la signalétique à l'intérieur de l'unité des urgences/de la consultation ? /_____/

1=très satisfaisant 2= Satisfaisant 3=Pas satisfaisant

9-En arrivant au service des urgences/ de consultation, par qui avez-vous été accueilli ?

☐ Infirmier ☐ Médecin ☐ Sage-femme ☐ Aide-soignant

☐ Ne sait pas

Si vous ne savez pas, pourquoi ?

☐ Ne s'est pas présenté ☐ Problème d'identification des badges

☐ Autres ; à préciser……..

10-Par qui avez-vous été examiné ?

☐ Médecin ☐ Sage-femme ☐ nterne

☐ Ne sait pas

Si vous ne savez pas, pourquoi ?

☐ Ne s'est pas présenté ☐ Problème d'identification des badges

☐ Autres ……..

11-Quelle appréciation faites-vous de l'accueil qui vous a été réservé à votre arrivée ? /_____/

1=très satisfaisant 2= Satisfaisant 3=Pas satisfaisant

12-Qu'est-ce que vous avez le plus apprécié de votre accueil ?

……

13-Qu'est-ce que vous avez le moins apprécié dans votre accueil ?

……

14-Comment appréciez-vous le comportement du personnel sanitaire à votre endroit ? /____/

1=très satisfaisant 2= Satisfaisant 3=Pas satisfaisant

15-Qu'est ce que vous avez aimé par rapport au comportement du personnel sanitaire ?

……

16-Si comportement du personnel « pas satisfaisant », pourquoi ?

- Personnel peu souriant ☐ Personnel pas souriant ☐
- Personnel peu courtois ☐ Personnel pas courtois ☐ Ecart de langage
- Personnel peu disponible ☐ Personnel pas disponible ☐
- Ecoute insuffisant ☐ Manque d'écoute ☐
- Autres……,……

  ……..

17-Selon vous, le personnel sanitaire vous a-t-il rassuré quand vous étiez inquiets ? /____ /

1= oui 2=non

18-Combien de temps avez-vous attendu avant d'être pris en charge par un professionnel de santé ? : …… minutes

19-Comment pourriez-vous qualifier cette attente ? /_____/

1=très satisfaisant 2= Satisfaisant 3=Pas satisfaisant 4=Non appliquée

20-Avez-vous été informé sur les raisons du délai d'attente ? /_____/

1=oui 2=non 3=Non appliquée

21-Comment appréciez-vous votre installation dans les locaux mis à votre disposition pour la prise en charge en terme d'aménagement mis à disposition (mobilier, décoration.)

1=très satisfaisant 2= Satisfaisant 3=Pas satisfaisant

22- Qu'est-ce que vous avez aimé dans le cadre de prise en charge ?

……..

23- Si installation dans les locaux « pas satisfaisant », pourquoi ?

☐Locaux exiguës ☐peu/pas aérés ☐mobiliers insuffisants

☐Décorations inexistantes ☐mûrs sales ☐installation peu/pas confortable

Autres…….

24-Comment appréciez-vous l'hygiène des locaux ? /_____/

1=très satisfaisant 2= Satisfaisant 3=Pas satisfaisant

25-En cas de douleur, quelle appréciation faites-vous de la prise en charge de votre douleur ? /____/

1=très satisfaisant 2= Satisfaisant 3=Pas satisfaisant 4=Pas de douleur 5=Non appliquée

Si « pas satisfaisant », pourquoi ?

☐Notion de douleur non recherchée par le personnel ☐ prise en charge de la douleur retardée

Autres……..

26-Quelle appréciation faites-vous de l'information donnée par le médecin ? /_____ /

1=très satisfaisant 2= Satisfaisant 3=Pas satisfaisant

27-Qu'est ce que vous avez aimé de l'information donnée par le médecin ?

28-Si « pas satisfaisant », pourquoi ?

☐Peu/pas d'information sur l'état de santé ☐ peu/pas d'information sur les possibilités thérapeutiques ☐Peu/pas d'information sur les délais d'attente

Autres……

29-Reccomanderiez-vous ce service à l'un de vos proches ? /_____/

1=oui 2=non

30-Recommanderiez-vous le personnel sanitaire du service à l'un de vos proches ? /___/

1=oui 2=non

31-Quelles sont vos suggestions pour améliorer l'accueil dans ce service

……

……

GUIDE D'ENTRETIEN DU PERSONNEL SANITAIRE

Madame, Monsieur, Je suis étudiante en 7ième année de médecine et je vous remercie par avance de votre collaboration à l'enquête sur la qualité de l'accueil et de la communication à l'endroit des patients dans les services de Pédiatrie et de gynécologies dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude.

Formation sanitaire : Service :

Fonction : ☐ Infirmier(ère) ☐ Médecin ☐Sage-femme ☐ Aide-soignant

1-Existe-t-il un service d'accueil ? /_____/ 1= oui 2=non

2-Existe-t-il un protocole d'accueil actualisé et validé ? /_____/ 1=oui 2=non

3-Existe-t'il des salles d'attentes pour recevoir les proches et accompagnants des malades ? /_____/ 1=oui 2=non

4- Existe-t 'il un livret d'accueil de l'établissement ? /____/ 1=oui 2=non

5-Avez-vous bénéficié d'une formation sur l'accueil du patient ? /_____/ 1= oui 2=non

Si oui, à quel moment ?

☐Formation de base de sa fonction ☐formation continue

Préciser : Formateur……

Durée de la formation…….

6-Quelle perception avez-vous de la qualité de l'accueil que vous offrez à l'usager ? /____/

1=très satisfaisant 2= Satisfaisant 3=Pas satisfaisant

7-Quelles difficultés rencontrées dans l'exercice de l'accueil du patient ?

☐Surcharge de travail ☐Absence de motivation ☐Salaire insuffisant

☐Environnement social stressant ☐Problème personnel

Autres…….

9-Selon vous le nombre de personnel est : /____ /

1=Suffisant 2=Pas suffisant

10-Selon vous, la fréquence de rotation du personnel est:/_____/

1=Favorable 2=Non favorable

*Annexe 3 : Certificat de plagiat

Certificat d'analyse

Date d'émission: 08/03/2024

Compte évaluateur: GOUNADON Bidossessi Merleen Alegrad

AUTEUR DU DOCUMENT : GOUNADON Merleen

TITRE DU DOCUMENT : QUALITE DE L'ACCUEIL DU PATIENT DANS DEUX HOPITAUX AU SUD DU BENIN : CAS DU CNHU-HKM ET DU CHU-MEL

e-Plagiat est un évaluateur certifié de prévention et de détection de plagiat intelligent et autonome basé sur l'IA

Type de document	Nombre de mots	Nombre de pages (approximatif)	Taux de plagiat
Thèse	32500	130	4.67%

M. Pierre ROUAN

Ce document est signé électroniquement et certifié. Le fichier constitue un original électronique de valeur probatoire, il est enregistré sous la référence suivante :

e623061e7fe5068452312435d2b7786cd47b

e-plagiat.online, 1er évaluateur de plagiat en Afrique basé sur l'Intelligence artificielle

Résumé

Introduction : L'accueil du patient est le premier maillon de la chaine relationnelle de prise en charge du patient. Au CNHU et au CHUMEL, il n'existe pas encore d'étude réalisées sur la qualité de l'accueil.

Objectif : Evaluer la qualité de l'accueil à l'endroit du patient au CNHU et au CHUMEL.

Méthodes d'étude : Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive dont la collecte de données s'est déroulée Décembre 2023 à Janvier 2024. Elle a porté sur l'accueil des patients reçus dans cette période dans les services de gynécologie et de pédiatrie. Nous avions utilisé une grille d'observation pour apprécier l'accueil et le cadre de prise en charge offerts par les structures sanitaires, puis d'autre part puis un guide d'entretien pour interroger les patients puis le personnel. Les critères que nous avons observés sont les suivants : l'identification du personnel soignant, l'accueil à l'arrivée des services, le comportement du personnel soignant, les délais d'attentes, l'environnement de prise en charge, la prise en charge de la douleur, les signalétiques et l'information donnée par le médecin. Nous avons pris également l'impression des patients sur les mêmes critères.

Résultats : Nous avons fait 44 observations du processus de l'accueil. On s'est rendu compte qu'au CNHU comme au CHUMEL, la qualité de l'accueil offert par le personnel sanitaire aux patients est mauvaise. En effet dans les deux hôpitaux sur les 8 critères observés seulement 03 sont souvent réalisés par le personnel. Par rapport à la satisfaction des patients, nous avons interrogés 145 patients, la majorité d'entre eux étaient satisfaits des différents critères abordés. Le critère qui a obtenu le taux de satisfaction le moins élevé concerne les délais d'attente.

Conclusion : Le mauvais accueil noté par les observations fait ressortir les défaillances des structures sanitaires même si les patients se déclarent satisfaits.

Mots clés : Qualité, accueil, satisfaction, pédiatrie, gynécologie, Bénin.

Abstract

Introduction : Welcoming the patient is the first link in the chain of patient care relationships. At the CNHU and CHUMEL, no studies have yet been carried out on the quality of reception.

Objective: Evaluate the quality of patient care at CNHU and CHUMEL.

Method: This was a descriptive cross-sectional study whose data collection took place from December 2023 to January 2024. It focused on the reception of patients received during this period in the gynecology and pediatrics departments, both in consultation and in the emergency department. We used an observation grid to assess the reception and care environment offered by the health facilities, and then interviewed patients and carers to gather their impressions of the reception. The criteria we observed were: identification of care staff, reception on arrival, behaviour of care staff, waiting times, care environment, pain management, signage and information given by the doctor. We also took patients' impressions on the same items.

Results: We made 44 observations on the reception process. We found that at both CNHU and CHUMEL, the quality of patient reception by nursing staff was poor. In both hospitals, only 03 of the 8 criteria observed were often met by staff. In terms of patient satisfaction, we surveyed 145 patients, the majority of whom were satisfied with the various criteria. The criterion with the lowest satisfaction rate was waiting time.

Conclusion: The poor reception noted in the observations highlights the shortcomings of the health structures.

Key words Quality, welcome, satisfaction, pediatrics, gynecology, Benin.