

REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY CALAVI (UAC)



FACULTE DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES (FLASH)

Département de Psychologie et des Sciences de l'Education

Option : Psychologie clinique

THEME

**IMPACTS DE L'ACCUEIL SUR LES USAGERS
DE L'HÔPITAL DE ZONE DE SURU-LERE
DANS LA COMMUNE DE COTONOU**

Mémoire pour l'obtention de la Maîtrise de Psychologie clinique

Soutenu par :

**FAFOUMI Ladélé Raymond
Magloire,**

Sous la direction de :

Docteur GANSOU Grégoire

Psychiatre, Maître Assistant à l'UA

Année académique : 2011-2012

INTRODUCTION

La prise en charge thérapeutique des patients constitue une véritable préoccupation de tous les pays du monde. En effet, de nombreux progrès ont été enregistrés notamment en ce qui concerne la couverture en infrastructures et le recrutement du personnel, sa formation et son recyclage.

Cependant, force est de constater qu'en dépit de tous ces progrès, l'utilisation des services de santé à nos jours n'est pas au niveau attendu dans les pays en voie de développement.

En Afrique sub-saharienne où s'enregistrent l'analphabétisme, la pauvreté, l'insalubrité et les maladies, la non utilisation des services de santé demeure plus que préoccupante eu égard aux résultats de plusieurs recherches. A preuve, dans la plupart des dispensaires de la préfecture de l'Est-Mono au TOGO, les services de Santé Maternelle et Infantile et de Planification Familiale (SMI/PF) sont faiblement utilisés [9].

Comment peut-on expliquer les causes d'une telle situation lorsqu'on sait que nos hôpitaux disposent des infrastructures et du plateau technique suffisant pour assurer le minimum de soins ?

Il apparaît donc qu'en dehors de l'accessibilité géographique et financière de l'hôpital, les relations interpersonnelles et professionnelles doivent être appréciées dans nos hôpitaux afin d'identifier les facteurs influençant l'utilisation des services de santé. Ainsi, la recherche de BAWE K. N. a montré

l'influence des relations professionnelles sur le travail et le rendement individuel au sein d'une organisation [10].

Au-delà d'une bonne qualification, d'un meilleur niveau d'équipement et d'une bonne rémunération des agents de santé, le suivi quotidien et l'amélioration permanente des relations interhumaines et professionnelles sont indispensables pour garantir le succès de l'hôpital. Ainsi, la motivation du personnel, le dialogue, la souplesse du style de communication, le renforcement de l'affect positif et la formation valorisant des relations interhumaines, paraissent des véritables déterminants d'un bon accueil hospitalier.

Pour contribuer à l'amélioration de la prise en charge thérapeutique des patients dans les hôpitaux publics, notre recherche se propose d'étudier les impacts de l'accueil sur les usagers de l'Hôpital de Zone de Suru-Léré afin d'identifier les facteurs influençant l'accueil hospitalier.

PROBLEMATIQUE

1- PROBLEMATIQUE

L'accueil hospitalier joue un rôle important dans la prise en charge thérapeutique des patients en milieu sanitaire. Mais de nos jours, certains facteurs relationnels influencent considérablement cet accueil au point où les usagers des hôpitaux ne peuvent plus se taire sur la situation. Ce qui serait dû à l'existence d'une certaine habitude souvent nuisible, à l'ignorance et à la négligence de certains soignants ainsi que dénoncent les usagers de nos hôpitaux.

Comment ces facteurs sociaux pourraient-ils nuire à la qualité de l'accueil hospitalier ?

D'abord sur le plan culturel, l'accueil est différemment apprécié selon les grands courants culturels que compose la société africaine. Dans certaines civilisations par exemple, l'eau symbolise le bon accueil dans le milieu. C'est le cas des ethnies YORUBA, où l'eau comme source de vie doit être versée par terre pour accueillir les étrangers de marque. Ceux-ci marchent dans l'eau versée pour éprouver leurs satisfactions à ce geste de la bienvenue. D'une manière générale, l'eau à boire doit être la première à offrir aux étrangers pour les mêmes raisons de peur d'entacher leur réception. Cette dernière est différemment appréciée au point où ses impacts sont aujourd'hui observables dans nos sociétés. En effet, les petits groupes se forment occasionnellement dans toutes nos rues à l'issue de tel ou tel festin pour apprécier positivement ou négativement les conditions de leur hospitalité selon qu'elles soient satisfaisantes ou mauvaises.

En fait, le mot "accueil" dépend de la valeur qui lui a été accordée dans le temps et dans l'espace.

Malheureusement, le respect des valeurs culturelles commence peu à peu à perdre son image à cause des mutations socioculturelles et économiques auxquelles l'on assiste actuellement.

Les problèmes de l'accueil résultent donc du changement du mode de vie et des valeurs traditionnelles de nos sociétés. Ceci est dû aux facteurs tels que la scolarisation prolongée, l'exode rural et la mondialisation.

- **Système éducatif traditionnel et la scolarisation**

De nos jours, les structures traditionnelles d'éducation disparaissent petit à petit au profit des écoles modernes. Et, ceci à cause du système traditionnel jugé trop archaïque et rudimentaire. Certaines familles se rabattent totalement sur l'école pour qu'elle joue le rôle d'encadrement et d'éducation de leurs progénitures. Or c'était dans les structures traditionnelles que sont jadis enseignées les valeurs de l'accueil et autres relations interpersonnelles pour permettre aux enfants de s'insérer plus tard dans la société.

L'avènement de la scolarisation devenue de plus en plus longue s'empare de nos valeurs culturelles. Ce facteur de la mondialisation favorise l'exode rural et le manque de respect aux valeurs culturelles africaines.

- **Influence de la modernisation sur l'accueil africain**

Nombreux sont les jeunes qui abandonnent le milieu rural à la recherche des conditions de vie meilleures dans les villes où généralement les structures culturelles d'encadrement sont inexistantes. Ils se réfugient dans des groupes sociaux où les valeurs culturelles originelles ne sont plus pour autant respectées. Le brassage entre les cultures fait que ces jeunes veulent tout copier de l'étranger. Le langage respectueux est dégradé par l'acquisition de nouvelles connaissances.

Ainsi, l'influence de la civilisation occidentale peu adaptée au contexte culturel africain n'est plus à démontrer dans nos villes à travers l'habillement, le langage, le mode de vie et même le comportement de nos populations citadines. Tout ceci fragilise les relations interpersonnelles africaines. Les catégories sociales se dessinent par conséquent, les valeurs de l'accueil se quantifient selon le niveau de vie sociale. Les problèmes de l'accueil vont alors se développer non seulement dans nos milieux de vie mais aussi le milieu sanitaire.

Ensuite, dans le domaine sanitaire, l'accueil est caractérisé par la prise en charge générale des patients. Il s'agit entre autres, de la mise en place des infrastructures, de l'hygiène hospitalière, du personnel qualifié, des moyens techniques et surtout des relations interpersonnelles et professionnelles. L'hôpital ne peut alors fonctionner que lorsqu'il existe une bonne communication entre les usagers et les agents de santé. De plus, une franche coopération devrait être observée entre les unités de soins qui sont des

principaux sites d'accueil des patients. Malheureusement, dans nos hôpitaux où coexistent plusieurs mondes (clients, administratifs, médecins et paramédicaux), la communication et les relations professionnelles paraissent très mauvaises et archaïques [8]. Alors, "si l'hôpital de demain ressemble à celui d'aujourd'hui, on court à la catastrophe" [6].

Etant donné que les besoins de l'accueil ne font qu'augmenter, l'impact néfaste de cet accueil ne peut que prendre de l'ampleur.

En effet, les patients qui aimeraient que leur prise en charge thérapeutique commence dès l'entrée même de l'hôpital souhaiteraient qu'elle tienne aussi compte non seulement de leur origine respective mais surtout de leur différence individuelle. Mais, compte tenu des multiples dimensions que présente la différence individuelle, des erreurs de dialogue et de communication s'emparent de cette prise en charge dans nos hôpitaux ; ce qui peut avoir des impacts négatifs sur les usagers et le rendement de l'hôpital. Ainsi, le moindre reproche peut paraître anodin dans un milieu sanitaire. Autrement dit, un dérèglement de l'humeur de courte durée n'est pas en soi l'indice d'un trouble mental ou du comportement. Mais, sa répétition au quotidien peut affecter gravement les personnes et avoir des répercussions importantes sur leur santé.

La recherche de **BATESON** et d'un groupe de chercheurs de l'école *Palo Alto*, a permis de mettre en évidence l'effet de la communication humaine sur le comportement en 1957.

Outre le fait qu'ils jouent un rôle déterminant dans la survenue, l'évolution et le devenir des conflits psychiques, les facteurs relationnels permettent par ailleurs de mieux soigner les malades. En effet, une étude menée par l'OMS chez une famille schizophrénique, montre qu'une modération du climat émotionnel, accompagnée de la prise de neuroleptique, favorise la prévention des rechutes [16].

Enfin, nombreux sont aussi des clients plus exigeants vis-à-vis des soignants. Leur exigence ne fait que croître alors même que la politique gouvernementale des hôpitaux tend, aujourd'hui à disparaître avec l'apparition de structures privées puissantes et compétitives [4].

En effet, plusieurs clients abandonnent déjà les hôpitaux publics pour des cabinets médicaux privés. Et ceci, non pas parce que ces cabinets privés sont les plus performants mais plutôt à cause de l'accueil dit réservé. Comment expliquer ce phénomène qui ternit déjà l'image des hôpitaux publics alors que les dirigeants de ces structures privées sont, pour la plupart, des agents de santé des hôpitaux publics ?

Pour éradiquer ce fléau, notre recherche va d'abord caractériser succinctement les populations enquêtées avant de nous permettre d'identifier les facteurs influençant l'accueil hospitalier à l'HZ-SL.

1-1- Hypothèses de recherche

- L'accueil hospitalier influe sur la prise en charge thérapeutique des patients ;
- La relation interpersonnelle est un facteur influençant l'accueil hospitalier ;
- Le mauvais accueil hospitalier a des impacts négatifs sur les clients et le rendement de l'hôpital.

1-2- Objectifs

1-2-1 Objectif général

Contribuer à l'amélioration de la prise en charge thérapeutique des patients à travers l'accueil hospitalier.

1-2-2 Objectifs spécifiques

- Décrire le mode de fonctionnement du système d'accueil de l'Hôpital de Zone de SURU-LERE (HZ-SL) ;
- Apprécier la perception des usagers sur l'accueil hospitalier ;
- Identifier les facteurs influençant l'accueil hospitalier à l'HZ-SL;
- Décrire les impacts de l'accueil sur les usagers et le rendement de l'hôpital.

GENERALITES

2- GENERALITES

2-1- Définition de quelques états psychologiques exprimés par les patients

Le stress :

Le premier symptôme de la mauvaise humeur est le stress.

Il peut se manifester par :

- Refus de communication
- Consigne contradictoire
- Tâches dépourvues de sens, etc

C'est un esprit de choc physique ou psychique entraînant ainsi un affrontement verbal ou un silence-piège.

La colère :

C'est l'exacerbation d'un sentiment négatif (sentiment d'hostilité) à l'égard d'une personne ou d'une chose perçue comme une menace. Elle est une réponse à l'excitation physiologique c'est-à-dire à l'activation des systèmes cardiovasculaire, endocrinien et cérébro-spinal.

La déception :

C'est le fait d'être trompé dans ses espérances, dans ses attentes. Elle est caractérisée par la tristesse ou la mélancolie qui, répétée dans le temps, entraîne la dépression.

La dépression :

Dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV), le trouble de l'humeur le plus courant est la

dépression. Elle se caractérise par la tristesse ou la mélancolie, une perte d'intérêt, des changements au niveau de l'appétit et du sommeil, la fatigue, les sentiments d'inutilité ainsi que des pensées et des tentatives suicidaires.

2-2- Etude conceptuelle des variables et des indicateurs de santé

2-2-1- Clarification des concepts

➤ Accueil et accueil hospitalier

L'accueil est l'ensemble des dispositions prises ou non pour recevoir un étranger. Selon LAROUSSE, c'est le fait de recevoir bien ou mal. Dans le milieu sanitaire, il peut se caractériser par le mode d'orientations dans le milieu, l'aération du local de soins et d'hospitalisations, la relation entre soignant et soigné, la disponibilité des infrastructures et de la restauration, l'existence d'hygiène hospitalière, la disponibilité des matériels de soins, le dévouement du personnel qualifié ou du moins, tout ce qu'il faut pour satisfaire les besoins des clients.

➤ Qualité de l'hôpital :

C'est l'ensemble des satisfactions exprimées par le patient à sa sortie de l'hôpital. Selon Robert, la qualité d'une chose est ce qui fait qu'elle est plus ou moins recommandable. La qualité de l'hôpital s'exprime entre autre, à travers les services d'orientation et d'accueil, la communication, l'hygiène hospitalière, l'accès aux infrastructures, les plateaux techniques, les personnels qualifiés, etc...

➤ **Communication**

La communication est l'ensemble des moyens utilisés pour créer un réseau d'entente et des relations interpersonnelles entre les patients et le soignant d'une part, et entre le personnel soignant d'autre part. Pour Robert, c'est le fait d'être en relation avec quelqu'un ou quelque chose. Ce qui importe ici, n'est pas le contenu de la communication mais plutôt la façon dont elle est utilisée. Il s'agit d'observer au sein de chaque système, le mode de la communication d'un individu à l'autre.

➤ **Prise en charge thérapeutique**

C'est l'ensemble des attentions particulières accordées aux patients en vue de traiter leur maladie.

➤ **Soins médicaux**

C'est l'ensemble des attentions thérapeutiques ou des thérapies médicales administrées au patient. Ils sont constitués généralement des chimiothérapies.

➤ **Soins psychologiques**

C'est l'ensemble des attentions thérapeutiques ou des psychothérapies administrées au patient. Ils sont constitués essentiellement de la thérapie cognitive et comportementale (T.C.C.).

➤ **Plateau technique**

Il est l'ensemble des équipements médicaux et du personnel qualifié dont dispose chaque unité dans l'analyse fonctionnelle des problèmes qui se posent.

➤ **Hygiène hospitalière**

C'est l'ensemble des moyens adéquats, des techniques et des actions continues mis en place et adoptés par les usagers de l'hôpital (personnel, visiteurs, clients, et autres ...) pour rendre l'environnement hospitalier sain.

➤ **Satisfaction des patients**

C'est l'ensemble des évaluations, d'opinion et du jugement porté par le patient sur les paramètres de ses prises en charge thérapeutiques durant son séjour à l'hôpital.

➤ **Impact et impact de l'accueil**

L'impact est un effet de surprise, de choc, produit par quelque chose. L'impact de l'accueil est donc l'influence de cet accueil sur un individu, un usager d'un milieu.

➤ **Usager et usagers de l'hôpital**

Un usager est celui qui a un droit d'usage ou le droit de se servir d'une chose appartenant à autrui. Les usagers de l'hôpital sont donc ceux qui utilisent ce service public.

➤ **Relation et relation soignant-soigné**

Rapport entre deux choses différentes. Liaison d'amitié ou d'intérêt entre deux individus. La relation soignant-soigné est le rapport thérapeutique qui existe entre le soignant et le soigné.

2-2-2- Cadre conceptuel

La qualité d'un hôpital ne peut être appréciée que par rapport à l'ensemble des résultats de prise en charge thérapeutique

de chaque unité de soins de cet hôpital. Cette prise en charge peut se schématiser comme suit :

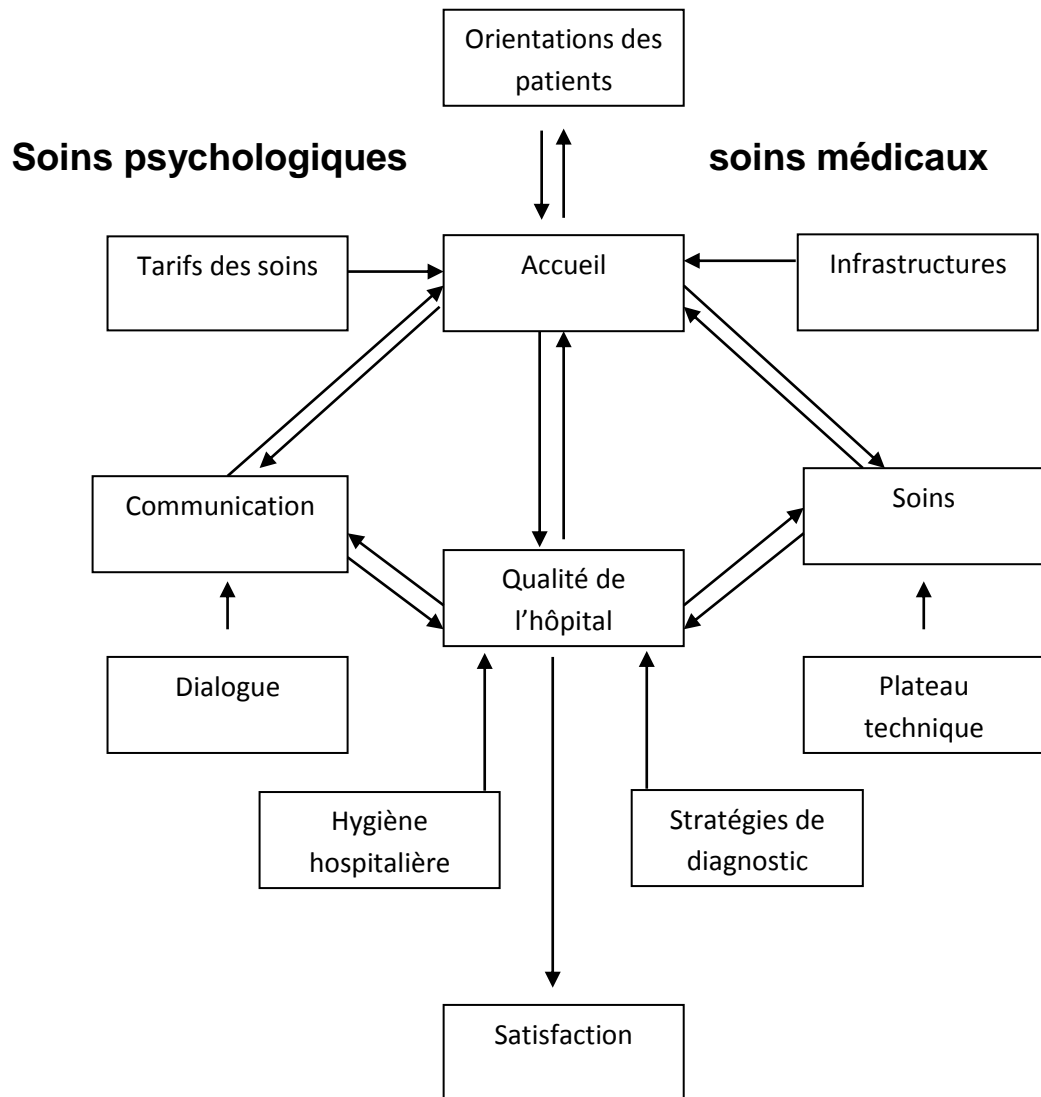


Figure 1 : Cadre conceptuel explicatif des indicateurs de la prise en charge thérapeutique des patients

L'analyse du réseau conceptuel de la prise en charge thérapeutique montre une sorte de balance dont l'un des leviers porte des soins médicaux et l'autre les soins psychologiques. La

liaison est mutuelle entre certains concepts de telle sorte que l'un ne peut être satisfaisant que par rapport à l'autre.

2-3- Revue de la littérature

L'unité de soins, principal site d'accueil des patients, est un lieu de référence où convergent toutes les actions qui découlent de la stratégie thérapeutique. C'est l'équipe soignante de l'unité de soins qui a la responsabilité de l'application correcte de cette stratégie [6]. En effet, le rôle des médecins est avant tout essentiel puisqu'ils sont chargés d'élaborer des stratégies diagnostiques et thérapeutiques compte tenu de la complexité de l'organisation du dossier médical comprenant:

- Une rubrique générale qui comprend outre l'identification du patient, des informations cliniques de synthèse le plus souvent codées, permettant de caractériser le type du séjour, les pathologies diagnostiquées, les traitements à mettre en œuvre, la modalité de sortie du patient et la façon dont il sera suivi.
- Une rubrique de spécialité : ce dossier est, lui, très spécifique à l'unité de soins. Il existe donc une grande variabilité dans son contenu et dans la façon dont il est utilisé. [6].

Par ailleurs, la place de l'infirmier est également importante car c'est lui qui a :

- le rôle délégué par le médecin pour réaliser la prestation médicale. Ce qui nécessite beaucoup de compétences et des connaissances variées [6]. Le rôle propre qui consiste à apporter

au patient en situation de dépendance, l'aide et l'entretien dont il a besoin pour se soulager.

Mais, le fonctionnement des unités de soins pose de sérieux problèmes au point où des recherches sur les raisons de non utilisation de ces services de santé continuent jusqu'à nos jours. En effet, dans leurs études sur l'utilisation des services de santé respectivement en 1981 et 1989 en Côte d'Ivoire, IMBOUA-BOGUI [11] et COULIBALY et al. [7] ont montré que l'accessibilité des services de santé n'est pas exclusivement liée à la distance, mais que d'autres facteurs tels que l'état des routes, les obstacles naturels et socioculturels intervenaient.

ROYSTON et AMSTRONG [2] attribuent la non utilisation sérieuse des services de SMI/PF aux facteurs socioculturels dans leur ouvrage sur la prévention des décès maternels. Ils rapportent également dans ce dernier, les travaux de RAHMAN au Bangladesh et de MUTUMBIRWA au Zimbabwe qui ont montré également des facteurs comme l'accessibilité culturelle, géographique, financière et l'accueil.

Au Togo, KPINSAGA T.D. A. [9] dans sa recherche sur les facteurs influençant l'utilisation des services de la SMI/PF dans la préfecture de l'Est- Mono, a présenté plusieurs facteurs tels que les coûts des prestations de services, les mauvais comportements du personnel soignant, l'analphabétisme et le temps d'attente des gestantes, etc. Il rapporte que ces mêmes facteurs ont été cités en dehors de l'analphabétisme par RAHMAN en 1981 dans son étude sur les déterminants de l'utilisation des services de la SMI/PF.

Par ailleurs, d'autres recherches ont montré que les problèmes émotionnels affectent de manière significative la santé et le bien être d'autrui. Ces problèmes nuisent aussi au fonctionnement normal des structures, car ils ralentissent le rendement des employés [14]. Etant donné que le taux des problèmes émotionnels ne cesse d'augmenter, ces impacts néfastes ne peuvent également que s'amplifier.

CADRE D'ETUDE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE

3- CADRE D'ETUDE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE

3-1- Cadre d'étude

L'étude a été menée en 2011 à l'hôpital de Zone de Suru-Léré

3-1-1- Présentation du Département du Littoral

C'est le plus petit des 12 départements administratifs du Bénin en terme de superficie. Il s'étend sur 10 km à l'Ouest où il est limité par le Département de l'Atlantique et sur 6 km à l'Est en côtoyant le Département de l'Ouémé. Il se situe au croisement de 6°20 de parallèle Nord et de 2°20 de méridien Est. L'Océan Atlantique forme sa limite Sud et le lac Nokoué, le limite au Nord (fig. 2).

Le Département du Littoral est constitué d'une seule commune, Cotonou décomposé actuellement en 13 arrondissements. Capitale économique du Bénin, Cotonou est une ville côtière composée de 140 quartiers et couvre une superficie de 79 Km². Sa population dénombrée en février 2002 est de 665.100 habitants avec 94,5 hommes pour 100 femmes.

Le Département de Littoral ne dispose pas de cours d'eau, mais il jouxte le lac Nokoué (85km²) et quelques bas-fonds constituent les réservoirs en eau du Département. Les températures moyennes annuelles varient entre 27 et 31 degrés centigrades. Les écarts entre le mois le plus chaud et le mois le moins chaud ne dépassent pas 3,2 degrés. Les précipitations ont lieu principalement entre mars et juillet avec un maximum en juin (300 mm à 500 mm).

Le poids démographique de la population de Cotonou est de 9,82% de la population totale du pays. Sa densité est de 8.419 habitants au km². Par son statut économique, Cotonou regroupe de nombreuses ethnies dont les plus remarquables sont dans les proportions : fon 32% ; Goun15,2% ; Mina 5,9% ; Yoruba 5,5% pour ne citer que celles-là. On y dénombre 14,2% de musulmans et plus de 70% de chrétiens dont 57,8% de catholiques.

Composé de plusieurs ethnies béninoises et étrangères, Cotonou est confronté aux sérieux problèmes de logement, de chômage, de pollution et même d'inondation. Avec les problèmes de chômage et d'exode rural qui ne cessent de se poser avec acuité, la criminalité et la délinquance apparaissent sous toutes leurs formes.

La population de Cotonou se livre pour la plupart à la pêche et au commerce grâce à son grand marché international appelé "marché DANTOPKA".

Le taux de scolarisation est plus élevé à Cotonou que sur l'ensemble du territoire du Bénin.

Pour assurer jadis, la gouvernance de la ville, la Circonscription Urbaine de Cotonou était subdivisée en six (06) Districts Urbains :

- District Urbain de Cotonou I
- District Urbain de Cotonou II
- District Urbain de Cotonou III
- District Urbain de Cotonou IV
- District Urbain de Cotonou V

- District Urbain de Cotonou VI

Le système national de santé au Bénin est basé sur la politique des soins de santé primaires à proximité. Ce qui explique la création de l'Hôpital de Zone de Suru-Léré situé dans la zone Est de Cotonou et qui regroupe les Districts Urbains de Cotonou II et de Cotonou III.

3-1-2- Localisation d'Akpakpa

La Zone-Est de Cotonou appelée "AKPAKPA" est la partie de la ville, présentant la plus forte densité de la population du département du Littoral. Elle est composée de deux Districts Urbains : Cotonou II et Cotonou III. Elle est limitée au Nord par le Lac Nokoué, au Sud par l'Océan Atlantique, à l'Est par le Département de l'Ouémé et à l'Ouest par la lagune de Cotonou (fig. 2).

La population d'Akpakpa est composée de musulmans, de chrétiens et de quelques animistes. Elle est caractérisée par de nombreuses ethnies, donc de nombreuses cultures.

Le cadre de notre étude est le District Urbain de Cotonou III situé complètement à l'Est du Département (fig.3). Sa superficie est estimée à 14 km² pour une population de 104.375 habitants en 2004, soit une densité de 7455 habitants par km². Il s'agit d'une zone marécageuse dont la plupart des voies et habitations sont inondées pendant la saison pluvieuse. Elle compte 22 quartiers regroupés actuellement en deux arrondissements (1^{er} et 2^e arrondissements de la commune de Cotonou).

3-1-3- Politique sanitaire ou statut juridique de l'HZ-SL

La Circonscription administrative de Cotonou III comptait une seule formation publique située dans le quartier SURU-LERE. De dispensaire isolé créé par le Docteur DADE Amélie en mars 1987, le centre est devenu Centre de Santé de Circonscription Urbaine (CSCU) le 29 mars 1990 avec l'inauguration d'une maternité de 16 lits et d'un hall de vaccination le 28 avril 1990.

Par l'Arrêté Ministériel N° 2224/MSP/DC/SGM/CADZS du 10 avril 2000, il a été créé la Zone Sanitaire COTONOU II-COTONOU III avec COTONOU III comme chef-lieu et le futur hôpital de Suru-Léré comme l'hôpital de référence. Un an plus tard, les travaux de construction de cet hôpital de zone ont démarré sur financement du Fonds Européen de Développement (FED). L'Hôpital de Zone de Suru-Léré occupe donc le site du CSCU de Cotonou III.

Figure 2 : Circonscription Urbaine de Cotonou

Figure 3 : District Urbain de Cotonou III

3-2- Démarche méthodologique

3-2-1- Enquête préliminaire

Une enquête préliminaire dont l'objectif général est de recueillir les données nécessaires pour l'évaluation de l'impact de l'accueil sur les patients sous traitement avait pour objectifs spécifiques de:

- décrire le mode de fonctionnement du système d'accueil à l'HZ-SL
- définir la taille de l'échantillon à travers l'affluence des patients à l'HZ-SL

Cette phase préparatoire nous a permis d'apprécier la problématique et de juger la faisabilité de l'étude. Pour cela, des enquêteurs ont été identifiés parmi les soignants de cet hôpital.

3-2-2- Nature de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique du mode de fonctionnement des services d'accueil hospitalier et de son impact sur la santé ou le bien-être des usagers de l'HZ-SL.

3-2-3- Population cible

L'étude s'est adressée aux clients de l'Hôpital de Zone de SURU-LERE. Pour les exigences de l'enquête, nous nous sommes intéressés exclusivement aux hospitalisés âgés d'au moins 16 ans car les moins de 16 ans nous paraissent trop jeunes pour apprécier qualitativement les variables d'une part, et les patients non internés peuvent ne pas être disponibles pour fournir des réponses fiables à

toutes nos questions d'autre part. C'est ce qui explique d'ailleurs, l'absence des services de vaccination, de pédiatrie et d'autres dans le choix des unités de soins.

3-2-4- Technique d'échantillonnage

- **Procédure d'échantillonnage**

Nous avons d'abord identifié les services dans lesquels seront triés les patients à qui, les questionnaires seront adressés. A cet effet, trois (03) unités de soins ont été retenues en raison de la disponibilité des données. Il s'agit de la Médecine, la Maternité et la Chirurgie.

- **Sélection des patients**

Une fois les services identifiés, nous avons ensuite déterminé l'effectif total des patients à enquêter selon les critères :

- être patient hospitalisé à l'HZ-SL ;
- être âgé d'au moins 16 ans ;
- accepter de prendre part à l'enquête.

- **Taille de l'échantillon**

Nous avons procédé à l'échantillonnage aléatoire simple selon la méthode d'échantillonnage par grappes, préconisée par l'OMS pour l'évaluation de la couverture vaccinale.

La taille de l'échantillon a été déterminée par la formule :

$$N = \frac{n^2 \times p (1-p) \times E}{e^2}$$

Dans laquelle,

- N est la taille de l'échantillon ;
- n est le niveau de confiance à 95% ;
- p est la proportion des patients hospitalisés ;
- E est l'effet de grappes ;
- e est la précision désirée (5%).

En supposant qu'une marge d'erreur de 5% est acceptable, la valeur type du niveau de confiance est $n = 1,96$.

En admettant que le pourcentage des patients hospitalisés par rapport aux patients consultés à l'HZ-SL est estimé à 13% et que l'effet de grappes est égal à 1 car seul l'HZ-SL est concerné, nous avons :

$$N = \frac{n^2 \times p (1-p)}{e^2} = \frac{(1,96)^2 \times 13 \times 87}{5^2}$$

$$N = 174$$

Par ailleurs, le refus de répondre a été estimé à environ 26%; ce qui porte la taille de notre échantillon à $126\% \times 174 = 220$ enquêtés.

La taille de cet échantillon permet une représentativité de l'ensemble des patients hospitalisés dans ces trois unités de soins.

3-3- Collecte des données

Deux types de données ont été collectés : les données quantitatives et les données qualitatives.

3-3-1- Instruments de collecte et variables mesurées

Les sensibilisations structurées et le questionnaire de diagnostique mis à la disposition des enquêteurs, nous ont permis de recueillir des informations aux réponses pré codées de l'enquête.

La perception sur la prise en charge thérapeutique, l'interaction entre le soignant et le soigné et la satisfaction des patients en matière de l'accueil sont autant de variables qualitatives auxquelles s'intéressent les facteurs démographiques (variables quantitatives).

Un exemplaire de questionnaire est présenté à l'annexe de cette recherche.

3-3-2- Déroulement de l'enquête

L'enquête s'est déroulée en deux étapes. Elle a été réalisée par trois (03) enquêteurs choisis parmi les soignants.

✓ Première étape : Choix des patients

Ce sont des patients des deux sexes hospitalisés dans les unités de soins telles que la médecine, la maternité et la chirurgie et qui sont sous la surveillance des enquêteurs. Grâce au tirage aléatoire des carnets de soins des patients et sur l'indication des infirmiers ou des médecins pour n'interroger que des personnes pouvant nous donner des réponses satisfaisantes, la sélection des enquêtés a été attentive. L'attention nous a permis de suivre le comportement des patients sélectionnés de l'entrée jusqu'à la sortie de l'hospitalisation.

✓ **Deuxième étape** : Sensibilisation des enquêtés

Après l'étape du choix des patients, les enquêteurs consacrent quelques minutes à la sensibilisation des patients sélectionnés pour un bon remplissage des questionnaires. Ils leur expliquent l'importance de l'étude en cours et la nécessité pour eux de fournir des renseignements réels. Il s'agit donc des renseignements qui serviront à identifier leurs besoins en matière de l'accueil sanitaire et à la mise en œuvre des recommandations finalisées dans les services de santé.

3-4- Traitement des données

La gestion et le traitement des données ont été à la fois manuels et informatiques. Le traitement informatique a connu les phases suivantes :

- Codification des données collectées ;
- Saisie informatique des données dans le logiciel Microsoft Office Word 2007 ;
- Vérification des données saisies par pointage pour la validité de ces données ;
- Correction des erreurs de saisie.

Par ailleurs, nous avons utilisé le logiciel SPSS (Statistical Package for Social Science) pour la réalisation des tableaux de fréquence et des tableaux croisés puis le logiciel Microsoft Office Excel pour la réalisation des graphiques.

3-5- Considérations d'ordre éthique

Plusieurs dispositions ont été prises pour éviter tout incident pouvant survenir entre la communauté et les enquêteurs. Grâce à la lettre de recommandation de recherche du Département de Psychologie et des Sciences de l'Éducation de l'UAC, une autorisation de la Directrice de l'HZ-SL a été obtenue et distribuée aux enquêteurs au début de la recherche.

L'anonymat du questionnaire et le rassemblement des réponses sous pli par salle d'hospitalisation ont été adoptés pour éviter d'éventuelle influence des enquêteurs qui font partie du personnel de l'hôpital. De plus, aucun enquêté n'a été forcé à répondre aux questions de la présente étude.

3-6- Difficultés rencontrées et limites de l'étude

Nous sommes convaincus que le domaine « impacts de l'accueil sur les usagers des hôpitaux » est très vaste. Dans la littérature, nous avons retrouvé plusieurs recherches sur les raisons de non utilisation des services de santé. Mais, aucune étude ne concernait de façon spécifique, les composantes de l'accueil hospitalier comme étant l'une des véritables causes de non utilisation des services de santé.

De plus, compte tenu du temps qui nous est imparti et du manque des moyens matériels et financiers, nous n'avons pas pu aborder tous les aspects de l'accueil. Nous nous sommes limités à l'analyse transversale des impacts de cet accueil à travers trois (03) unités de soins de l'HZ-SL. Ainsi, l'effet de cet accueil sur les soins

médicaux n'a pas été apprécié faute de spécialistes disposés pour suivre médicalement des enquêtés dans leur comportement. De même, les réponses données aux questions d'étude ne peuvent pas être vérifiées et de ce fait, ne peuvent qu'être acceptées comme rendues. Les causes des états psychologiques exprimés au cours de cette enquête ont été ignorées. Nous ne pourrions pas dire que ces états sont réellement les conséquences néfastes d'un mauvais accueil.

Toutefois, les conclusions tirées de cette étude permettront d'avoir une idée des conséquences que peut engendrer l'accueil sur la performance de l'hôpital.

C'est pourquoi, il est donc souhaitable qu'une étude approfondie et élargie soit menée sur un échantillon plus représentatif des patients dans toute la commune de Cotonou. Aussi, pourrait-on envisager une grande étude couvrant tout le Bénin pour analyser les préjudices que pourrait causer l'accueil hospitalier.

RESULTATS

4- RESULTATS

4-1- Caractéristiques des patients enquêtés à l'Hôpital de Zone de SURU-LERE (HZ-SL)

4-1-1. Caractéristiques sociodémographiques

4-1-1.1. Age des enquêtés

Le tableau I ci-dessous présente la population étudiée selon l'âge.

Tableau I : Répartition de la population en fonction de l'âge

	HOMMES		FEMMES		TOTAL	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
[16 ; 20[	09	11,11	17	12,23	26	11,82
[20 ; 25[	15	18,52	24	17,27	39	17,73
[25 ; 30[	12	14,82	25	17,99	37	16,82
[30 ; 35[	14	17,28	16	11,51	30	13,63
[35 ; 40[	11	13,58	18	12,95	29	13,18
[40 ; 45[	07	08,64	15	10,79	22	10,00
[45 ; 50[	06	07,41	11	07,91	17	07,73
≥50 ans	07	08,64	13	09,35	20	09,09
TOTAL	81	100,0	139	100,0	220	100,0
Age moyen	32,67		32,88		32,80	

L'âge moyen des enquêtés est de 32,80 ans ; soit 33 ans environ. De plus, 73,18 % de cette population n'ont pas encore 40 ans.

4-1-1.2. Sexe

Parmi les 220 patients enquêtés, il y a 81 hommes et 139 femmes ; soient respectivement 36,82% et 63,18% de l'échantillon.

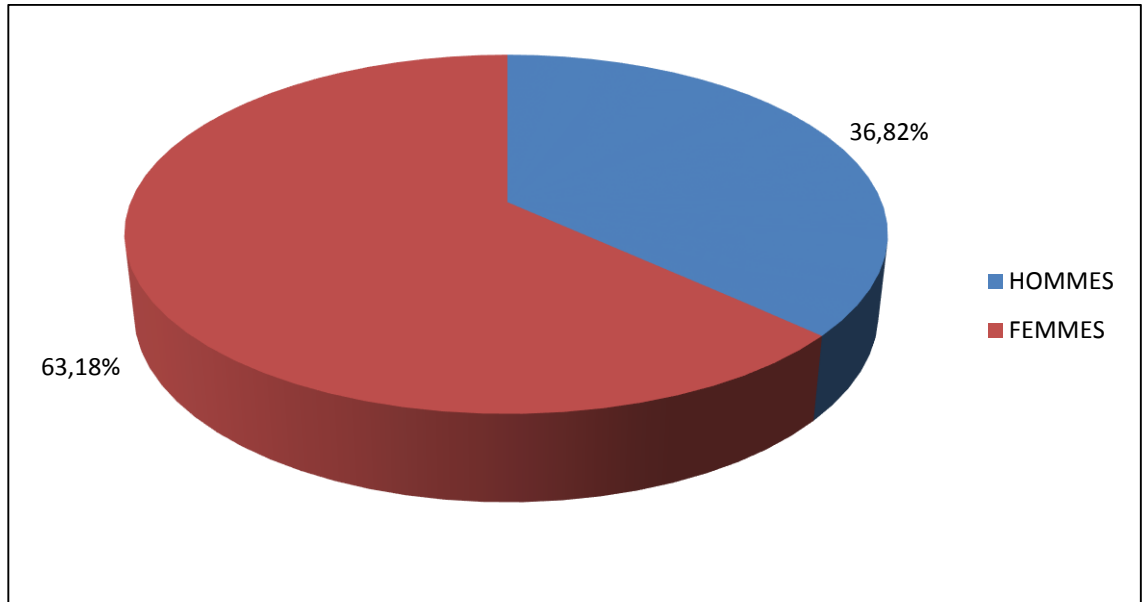


Figure 4: Répartition des enquêtés selon le sexe

On distinguera les caractéristiques de l'échantillon par sexe pour pouvoir observer d'éventuelles différences de genre.

4-1-1.3. Ethnie

Tableau II: Répartition des enquêtés selon l'ethnie

	NOMBRE	POURCENTAGE
goun	64	29,09
Fon	68	30,91
yoruba	56	25,45
Autres	32	14,55
TOTAL	220	100,0

55,35% des enquêtés appartiennent aux ethnies goun et yoruba prétendant être les premières installées dans la région.

4-1-1.4. Religion

La répartition des enquêtés selon la religion pratiquée se présente dans le tableau suivant :

Tableau III : répartition des enquêtés selon la religion

	NOMBRE	POURCENTAGE
Chrétienne	136	61,82
Musulmane	82	37,27
Traditionnelle	2	00,91
Autres	/	/
TOTAL	220	100,0

Plus de 61% des patients enquêtés sont chrétiens. Moins de 1% affirme son appartenance à la Tradition.

4-1-1.5. Etat matrimonial

Notre étude s'est intéressée à l'état matrimonial des enquêtés tel que le résultat fourni est présenté dans le tableau IV.

Tableau IV : Répartition des enquêtés selon l'état matrimonial

	NOMBRE	POURCENTAGE
Marié (e)	67	30,46
Célibataire	38	17,27
Divorcé/séparé (e)	22	10,00
Union libre	89	40,45
Veuf/veuve	04	01,82
TOTAL	220	100,0

Plus de 40% des enquêtés vivent en concubinage pendant que 10% de l'échantillon sont déjà séparés ou divorcés.

4-1-2. Caractéristiques socioéconomiques

4-1-2.1. Niveau d'étude

Le niveau d'instruction de la population étudiée a été évoqué au cours de notre recherche et le résultat obtenu se présente comme suit :

Tableau V : Répartition des enquêtés selon le niveau d'étude

	HOMME		FEMME	
	Nbre	%	Nbre	%
Aucun	4	04,94	34	24,46
Primaire	31	38,27	53	38,13
Secondaire 1 ^{er} cycle	20	24,69	25	17,99
Secondaire 2 ^e cycle	16	19,75	15	10,79
supérieur	10	12,35	12	08,63
TOTAL	81	100,0	139	100,0

17,27% de l'échantillon disent n'avoir pas bénéficié d'aucun enseignement.

4-1-2.2. Catégorie socioprofessionnelle

Le tableau VI suivant rend compte des activités auxquelles se livre la population cible.

Tableau VI : Répartition des enquêtés en fonction de la catégorie socioprofessionnelle

	NOMBRE	POURCENTAGE
Pêcheur	26	11,82
Employé (e)/ouvrier (ère)	55	25,00
Fonctionnaire d'Etat	33	15,00
Chef d'entreprise	8	03,64
Commerçant (e)	64	29,09
sans emploi	34	15,45
Autres	/	/
TOTAL	220	100,0

Les actifs de l'échantillon sont majoritairement des commerçants et des ouvriers (respectivement 29,09% et 25%).

4-1-3. Accessibilité financière selon la profession

L'accessibilité financière de l'HZ-SL est appréciée selon la catégorie socioprofessionnelle dans le tableau VII suivant :

Tableau VII : Répartition des enquêtés selon l'accessibilité financière et la catégorie socioprofessionnelle

	TARIF DES PRESTATIONS			
	Abordable		Elevé	
	Nbre	%	Nbre	%
Pêcheur	12	46,15	14	53,85
Employé (e)/ouvrier	28	50,91	27	49,09
Fonctionnaire d'Etat	28	84,85	05	15,15
Chef d'entreprise	08	100,0	00	-
Commerçant (e)	34	53,13	30	46,87
sans emploi	05	14,71	29	85,29
Autres	-	-	-	-
TOTAL	115	52,27	105	47,73

85,29% des sans emplois enquêtés ont jugé exorbitant ce tarif pour la couche sociale béninoise.

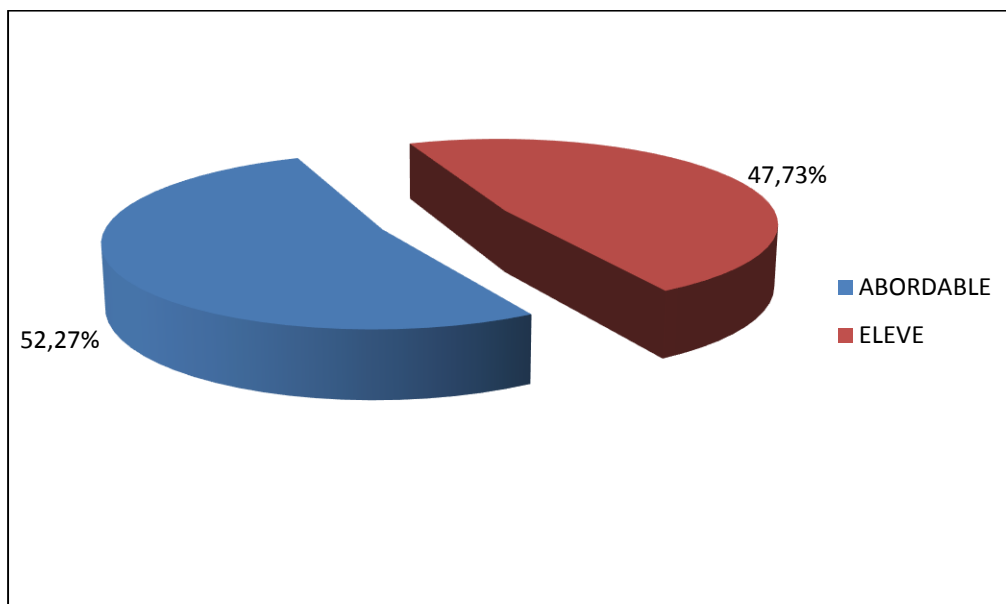


Figure 5 : Répartition des enquêtés selon leur appréciation du tarif des prestations

Seuls 52,27% de la population étudiée pensent que le tarif des prestations est abordable ; ce qui n'est pas du point de vue des 47,73% restants.

4-2- Perception des patients sur l'accueil hospitalier à l'Hôpital de Zone de Suru-Léré

4-2-1. Perception sur les prestations de service

4-2-1.1. Orientation des malades dans l'enceinte de l'HZ-SL

La répartition des enquêtés selon le type d'orientation dans l'hôpital est présentée dans le tableau VIII suivant.

Tableau VIII : Répartition des enquêtés selon le type d'orientation dans l'enceinte de l'HZ-SL

	NOMBRE	POURCENTAGE	
Soi-même	102	46,36	
un individu	28	12,73	} 52,28%
indication de plaque	34	15,46	
guichetier d'entrée	53	24,09	
chargés d'orienter	00	/	
ne sait pas	03	01,36	
TOTAL	220	100,0	

46,36% de l'échantillon se sont dirigés eux-mêmes vers leur service d'accueil au sein de ce grand hôpital. Ceux qui se sont faits aider, soit par la plaque ou soit par un quelque usagé représentent 52,28% de tous les enquêtés.

4-2-1.2. Disponibilité d'agent d'accueil dans l'unité de soins

La présence des agents d'accueil dans les unités de soins a été analysée et le résultat obtenu se présente comme suit :

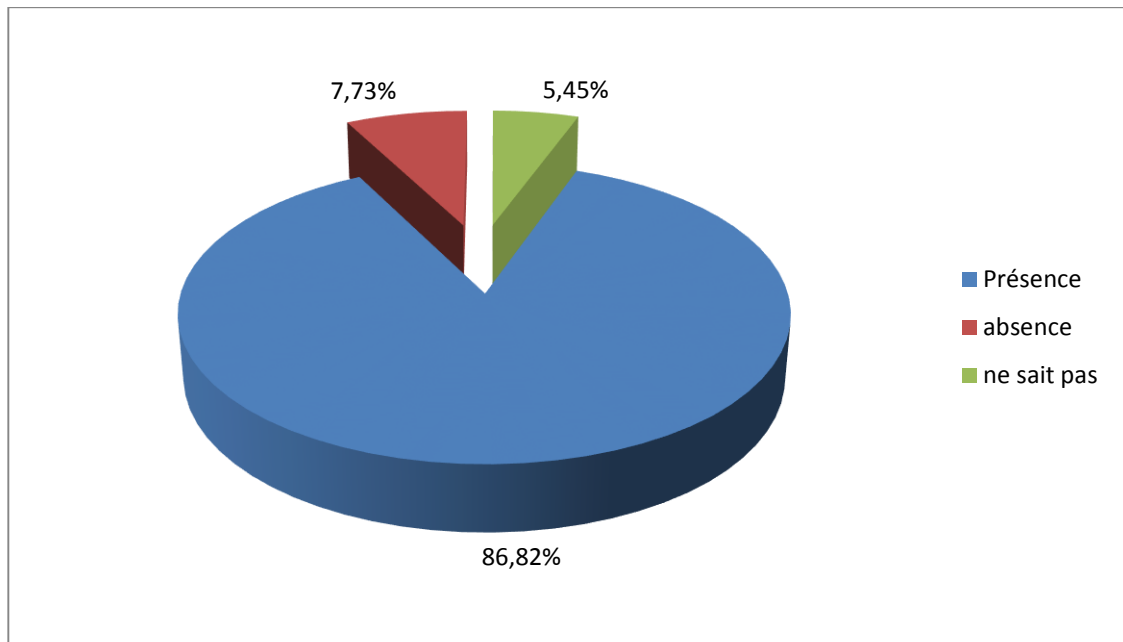


Figure 6 : Répartition des enquêtés selon leur avis sur la présence au poste d'agent d'accueil

86,82% de la population enquêtée ont trouvé l'agent d'accueil surplace. Pour 7,73%, les agents d'accueil ne sont pas à leur poste de travail en tout cas au moment où ils étaient arrivés en consultation.

4-2-1.3. Facilité ou non des formalités à remplir avant les soins médicaux

La facilité ou non des formalités à remplir avant les soins médicaux a été appréciée comme la présente la figure 7:

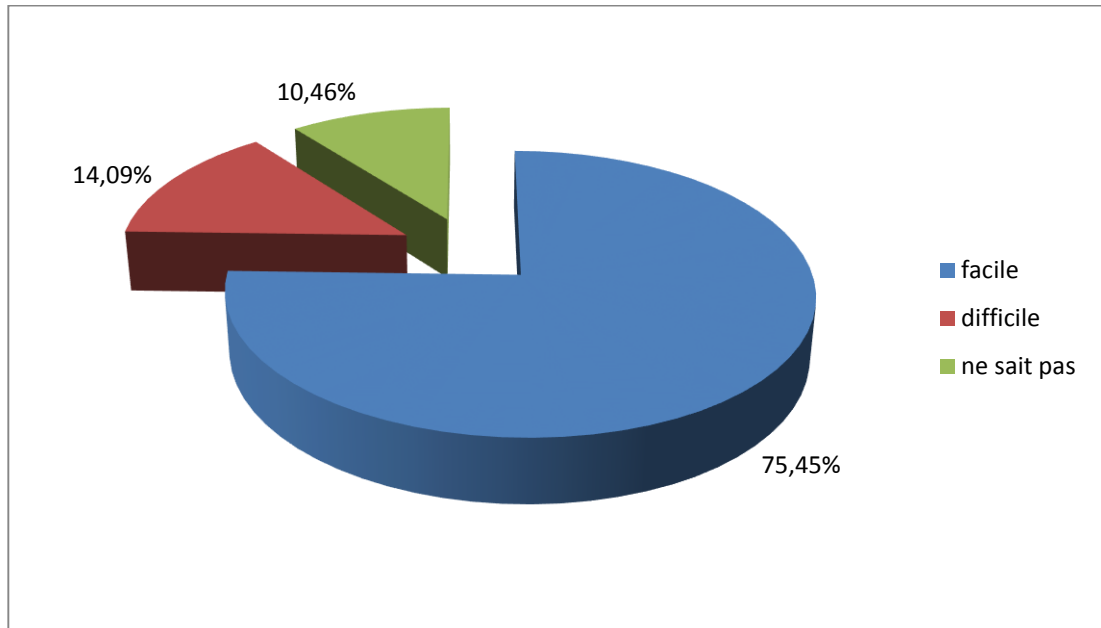


Figure 7 : Répartition des enquêtés selon leur avis sur les formalités à remplir avant les soins médicaux

75,45% de la population étudiée n'ont trouvé aucune objection pour la facilité des formalités d'avant soins même si 10,46% ont du mal à apprécier la variable « facilité ou non des formalités à remplir avant les soins médicaux ».

4-2-1.4. Accueil par rapport au respect de l'ordre d'arrivée

Nous avons voulu vérifier si le respect de l'ordre d'arrivée des patients influence l'accueil hospitalier et le résultat obtenu est présenté dans le tableau IX ci-après :

Tableau IX : Répartition des enquêtés selon leur avis sur le respect de l'ordre d'arrivée en consultation

L'ORDRE D'ARRIVEE, EST-IL RESPECTE ?	NOMBRE	POURCENTAGE
Oui, même s'il y a urgence	56	25,45
Oui, en dehors d'urgence	153	69,55
non	06	02,73
ne sait pas	05	02,27
TOTAL	220	100,0

Nous avons noté que 95% des patients interrogés ont affirmé que l'ordre d'arrivée a été respecté au cours de leur consultation. Cependant, la priorité a été donnée aux urgences ainsi qu'ont témoigné 69,55% de l'échantillon.

4-2-1.5. Appréciation du temps d'attente

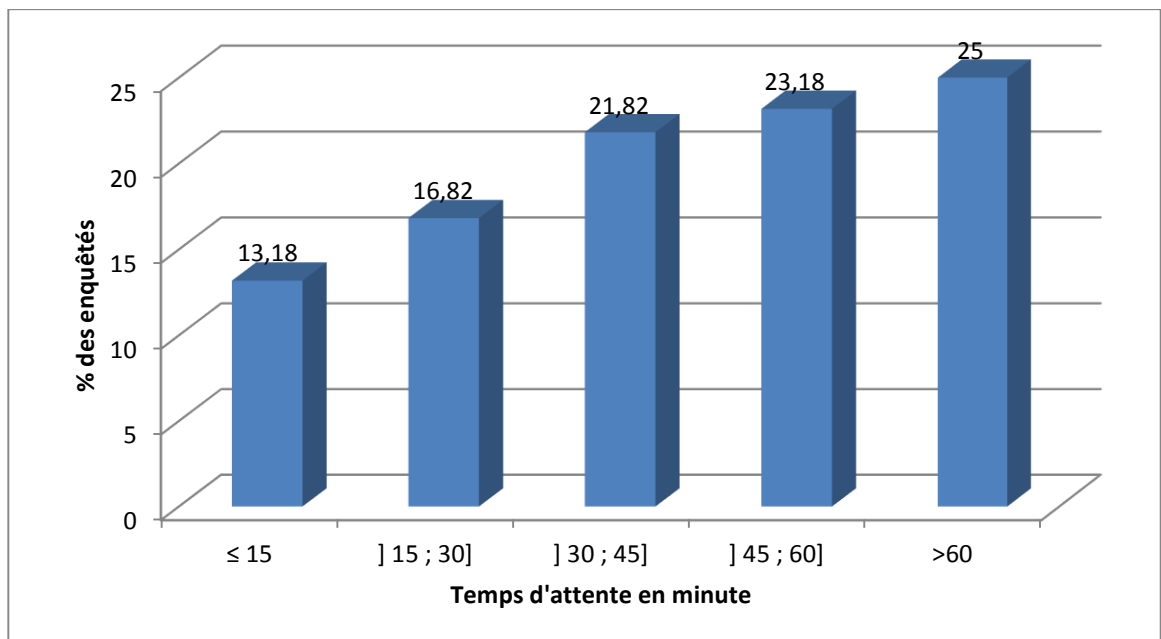


Figure 8 : Répartition des enquêtés selon le temps d'attente

70% de l'échantillon environ ont passé au moins 30 minutes dans la file d'attente avant leur consultation. A peine 13,18% ont dit avoir passé moins de 15 minutes.

4-2-1.6. Avis sur l'ensemble des prestations

L'avis sur l'ensemble des prestations a été évalué au cours de notre recherche et le résultat observé est présenté dans le tableau X suivant :

Tableau X : Répartition des enquêtés selon leur avis sur les prestations

	NOMBRE	POURCENTAGE
Mauvaise	20	09,09
Bonne	186	84,55
Ne sait pas	14	06,36
TOTAL	220	100,0

Plus de 84% des enquêtés disent que les prestations ont été bonnes.

Conclusion partielle : Appréciation de l'accueil aux différents niveaux de prestation

L'appréciation de l'accueil aux différents niveaux des prestations est représentée par la figure 9 suivante:

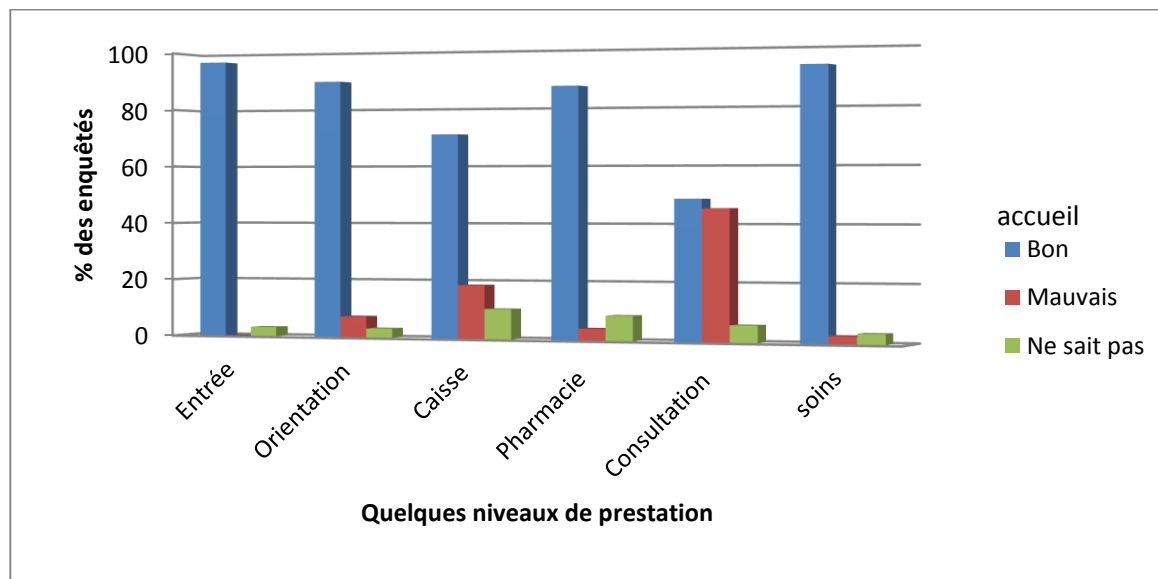


Figure 9 : Répartition des enquêtés en fonction de leur appréciation de l'accueil aux différents niveaux de prestation

Plus de 96% de l'échantillon ont apprécié positivement l'accueil à l'entrée de cet hôpital. 7,27% des patients enquêtés ont effectivement déclaré mauvaise, l'orientation des patients dans cet hôpital.

Par ailleurs, il faut noter que plus de 18% des enquêtés apprécient négativement l'accueil au niveau de la caisse de l'HZ-SL. En outre, 45,45% des enquêtés ont déclaré mauvais, l'accueil au niveau de la consultation. Ce taux est beaucoup trop élevé pour comprendre réellement dans quelle intention a été déclaré ce point de vue. Mais, nous avons tout de même considéré leur appréciation pour ne pas biaiser cette enquête. Cependant, 93,64% de l'échantillon sont totalement satisfaits des soins administrés dans cet hôpital.

4-2-2. Hygiène hospitalière

Comme la stipule sa définition, nous avons voulu vérifier si l'hygiène hospitalière influence l'accueil des patients en milieu clinique. Les résultats obtenus sont consignés dans les tableaux XI, XII et XIII suivants :

4-2-2.1. Hygiène de la salle d'accueil

Tableau XI : Répartition des enquêtés selon leur avis sur l'hygiène de la salle d'accueil

	NOMBRE	POURCENTAGE
Mauvaise	00	00,00
Bonne	216	98,18
Ne sait pas	04	01,82
TOTAL	220	100,0

Plus de 98% de l'échantillon, ont apprécié positivement l'hygiène de la salle d'accueil.

4-2-2.2. Hygiène de la salle de soins

Tableau XII : Répartition des enquêtés en fonction de leur appréciation de l'hygiène de la salle de soins

	NOMBRE	POURCENTAGE
Mauvaise	15	06,82
Bonne	171	77,73
Ne sait pas	34	15,45
TOTAL	220	100,0

Le tableau ci-dessus montre que 77,73% des enquêtés ont apprécié positivement la salle de soins tandis que 6,82% ne l'ont appréciée que négativement.

4-2-2.3. Hygiène de la salle d'hospitalisation

Tableau XIII : Répartition des enquêtés en fonction de leur appréciation de l'hygiène de la salle d'hospitalisation

	NOMBRE	POURCENTAGE
Mauvaise	45	20,46
Bonne	146	66,36
Ne sait pas	29	13,18
TOTAL	220	100,0

66,36% des enquêtés trouvent que l'hygiène est au rendez-vous dans la salle d'hospitalisation pendant que 13,18% s'abstiennent simplement de l'appréciation de cette hygiène.

4-2-2.4. Hygiène des infrastructures de l'HZ-SL

L'appréciation de l'entretien de ces infrastructures selon les enquêtés est illustrée par la figure 10 suivante :

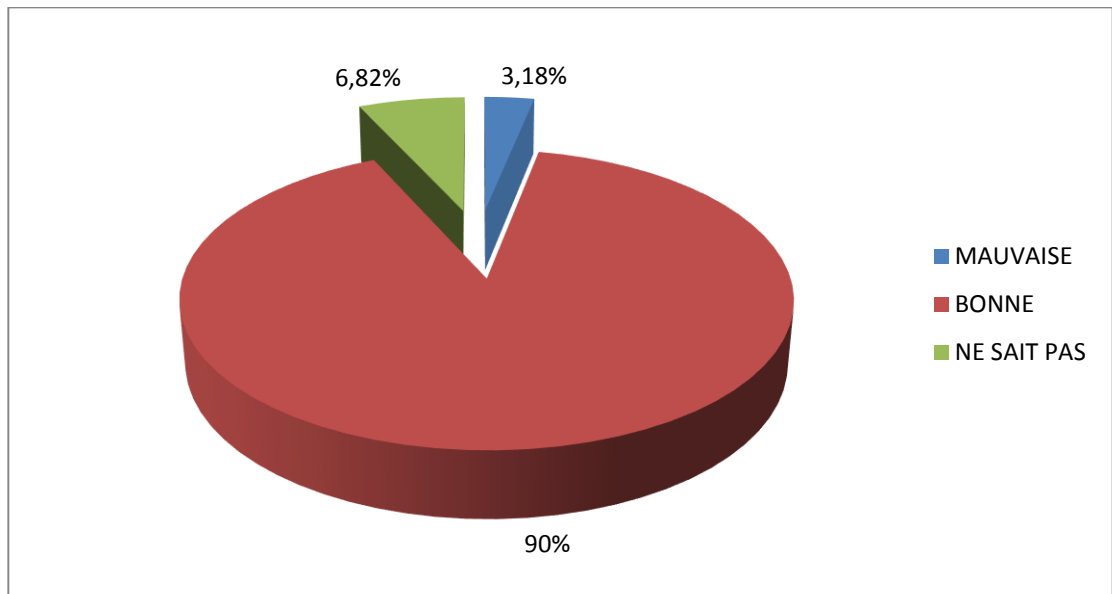


Figure 10 : Répartition des enquêtés en fonction de leur appréciation de l'hygiène des infrastructures

Environ 90% des patients enquêtés ont apprécié positivement l'hygiène des infrastructures de l'HZ-SL.

4-2-2.5. Accessibilité aux infrastructures de l'HZ-SL

La quasi-totalité de l'échantillon accède facilement aux infrastructures de l'Hôpital de Zone de Suru-Léré.

Tableau XIV : Répartition des enquêtés selon l'accès facile ou non aux infrastructures de HZ-SL

	NOMBRE	POURCENTAGE
Oui	217	98,64
Non	00	00,00
Ne sait pas	03	01,36
TOTAL	220	100,0

98,64% des enquêtés n'ont trouvé aucune difficulté à accéder aux infrastructures de l'HZ-SL.

4-2-2.6. Appréciation de l'hygiène hospitalière selon l'âge

La recherche d'éventuelles influences de l'âge sur l'appréciation de l'hygiène hospitalière a permis d'obtenir les résultats de la figure 11 :

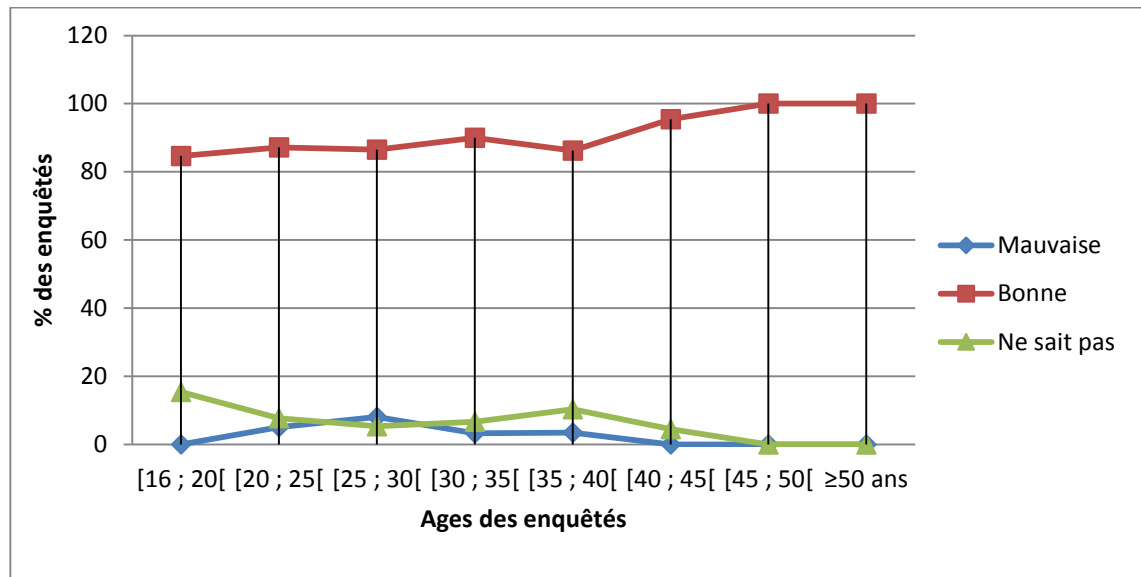


Figure 11 : Répartition par âge des enquêtés selon leur appréciation de l'hygiène hospitalière

Aucun enquêté âgé d'au moins 40 ans n'a négativement apprécié l'hygiène hospitalière de cet hôpital.

4-2-2.7. Appréciation de l'hygiène hospitalière selon le sexe

La recherche d'éventuelles influences du sexe sur l'appréciation de l'hygiène hospitalière a permis d'obtenir les résultats du tableau XV suivant :

Tableau XV : Répartition par sexe des enquêtés en fonction de leur appréciation de l'hygiène hospitalière

	APPRECIATION DE L'HYGIENE					
	Mauvaise		Bonne		Ne sait pas	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Masculin	3	3,71	73	90,12	05	06,17
Féminin	4	02,88	125	89,93	10	07,19
TOTAL	07	03,18	198	90,00	15	06,82

Les hommes et les femmes ont signalé des proportions similaires au jugement (90,12% et 89,93% respectivement) d'une bonne hygiène hospitalière.

4-2-2.8. Appréciation de l'hygiène hospitalière selon l'ethnie

Nous avons voulu rechercher un lien quelconque entre l'ethnie et l'appréciation de l'hygiène hospitalière. Les résultats obtenus sont présentés comme les indique la figure 12 suivante :

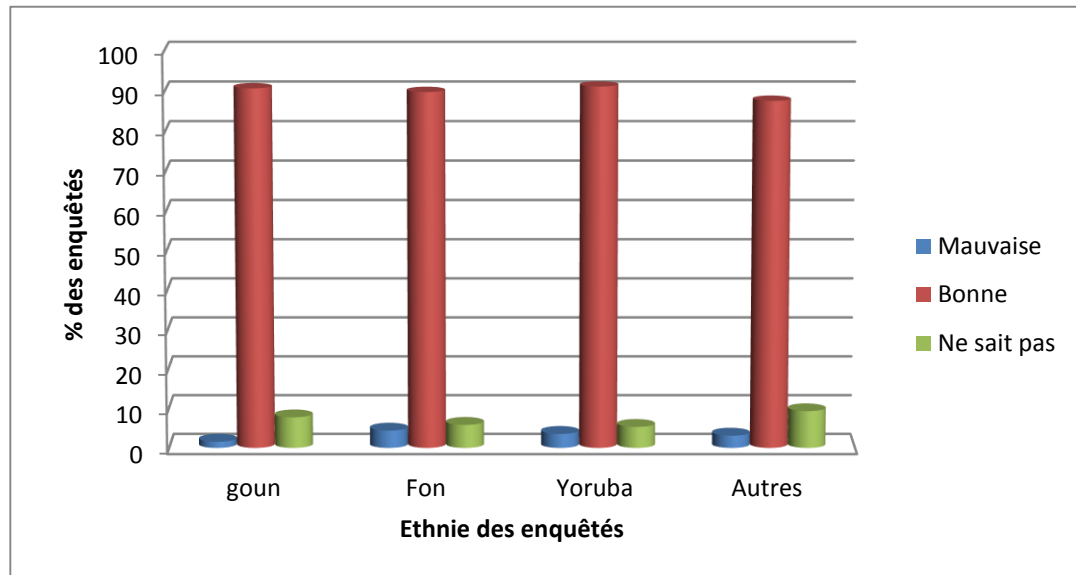


Figure 12 : Répartition des enquêtés en fonction de l'appréciation de l'hygiène et l'ethnie

- 90,63% des goun ont apprécié positivement cette hygiène
- 89,71% des fon ont trouvé bonne l'hygiène hospitalière
- 91,07% des yoruba sont d'accord avec l'hygiène de l'HZ-SL.

4-2-3. Quelques relations interpersonnelles

4-2-3.1. Impact de la communication au sein du personnel soignant sur les patients de l'HZ-SL

Voulant vérifier si les patients ont demandé quelques choses aux agents de santé ou vis versa et qui ont fait l'objet de dispute, de mésentente, de mécontentement, etc..., nous avons obtenu les résultats suivants :

4-2-3.1.1 Influence de la communication des agents d'accueil

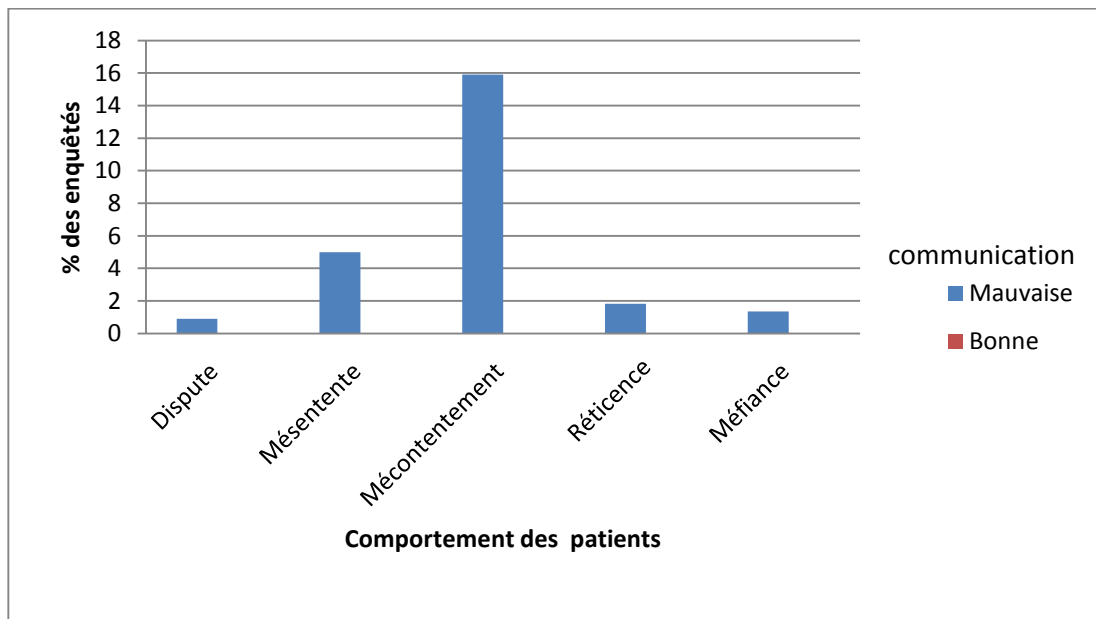


Figure 13: Répartition des enquêtés en fonction de leur appréciation de la communication de l'agent d'accueil et leur comportement

Environ 15,91% des enquêtés sont mécontents de certaines communications des agents d'accueil ou du moins, de la manière dont elles sont transmises.

4-2-3.1.2 Influence de la communication des consultants

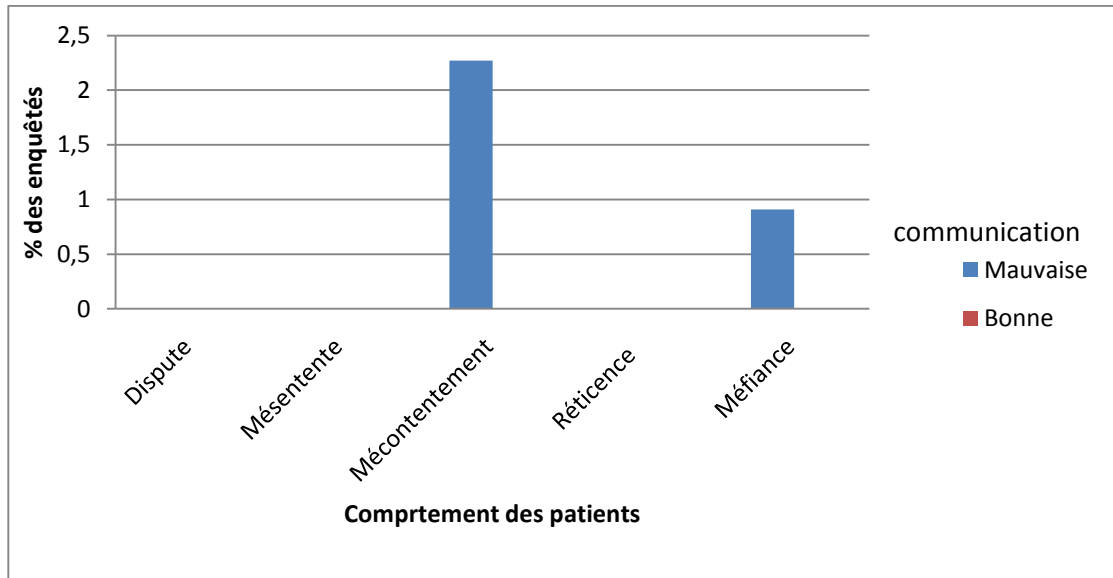


Figure 14: Répartition des enquêtés en fonction de leur appréciation de la communication du consultant et leur comportement

Aucun problème de communication n'est pratiquement significatif à ce niveau.

4-2-3.1.3 Influence de la communication des soignants

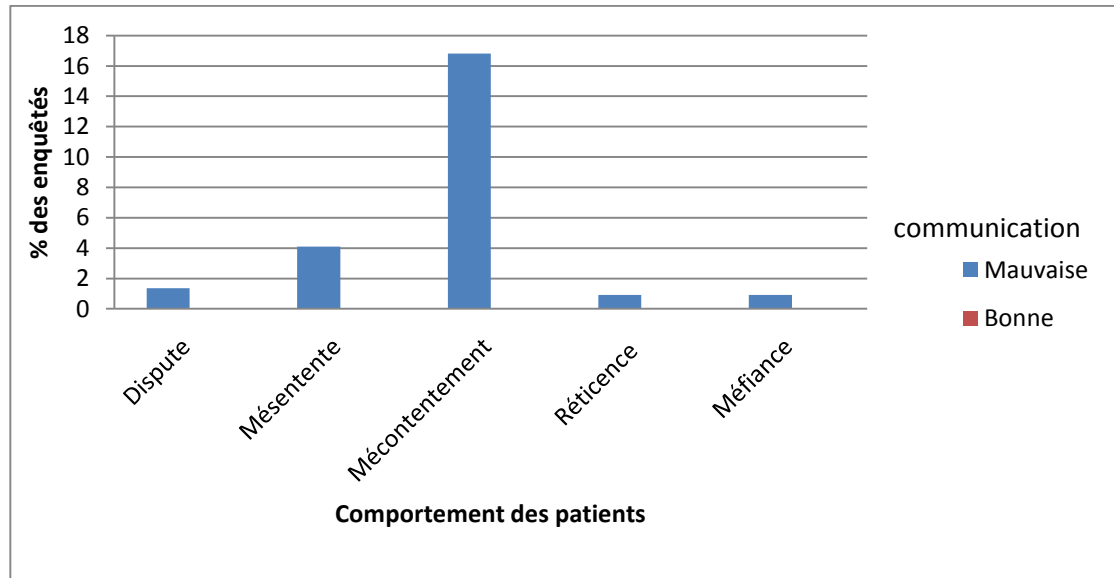


Figure 15 : Répartition des enquêtés en fonction de leur appréciation de la communication de l'agent soignant et leur comportement

Nombreux sont des mécontents à ce niveau de la prise en charge thérapeutique (16,82% de l'échantillon).

4-2-3.2. Choix des soignants selon la perception des patients

Nous nous sommes intéressés à ce qui motive le choix des soignants par les patients. Les résultats obtenus sont présentés dans le tableau XVI suivant :

Tableau XVI : Répartition des enquêtés selon la cause du choix des soignants

CAUSES DU CHOIX DES SOIGNANTS	Oui		Non	
	Nbre	%	Nbre	%
Qualité de prestation	220	100,0	00	00,00
Qualité d'accueil	220	100,0	00	00,00
Relation personnelle	15	06,82	205	93,18
Homme	01	00,45	219	99,55
Femme	03	01,36	217	98,64

100% des enquêtés choisiraient leur soignant suivant la qualité des prestations et la qualité de l'accueil.

4-2-3.3. Satisfaction des patients par rapport à leurs demandes d'assistance

Le niveau de satisfaction des patients a été vérifié par rapport à leur demande d'assistance et les résultats sont présentés dans le tableau XVII suivant :

Tableau XVII : Répartition par sexe et par âge des enquêtés en fonction de leur satisfaction aux besoins d'assistance

	SATISFACTION AUX BESOINS D'ASSISTANCE			
	Hommes (%)		Femmes (%)	
	Oui	Non	Oui	Non
[16 ; 20[	26,92	07,69	46,16	19,23
[20 ; 25[	28,20	10,26	51,28	10,26
[25 ; 30[	24,32	08,11	59,46	08,11
[30 ; 35[	40,00	06,67	43,33	10,00
[35 ; 40[	31,03	06,90	55,17	06,90
[40 ; 45[	27,27	04,55	63,64	04,54
[45 ; 50[	29,41	05,88	52,94	11,77
≥50 ans	35,00	00,00	60,00	05,00
TOTAL	30,00	06,82	53,64	09,54

83,64% des enquêtés sont satisfaits. La plupart des non satisfaits n'ont pas encore 30 ans.

4-2-3.4. Influence de la communication sur la durée des soins médicaux quotidiens

Pour vérifier cette hypothèse selon laquelle la mauvaise communication influencerait la durée du traitement des patients, nous avons croisé l'existence ou non d'une mauvaise communication avec la durée des soins médicaux quotidiens.

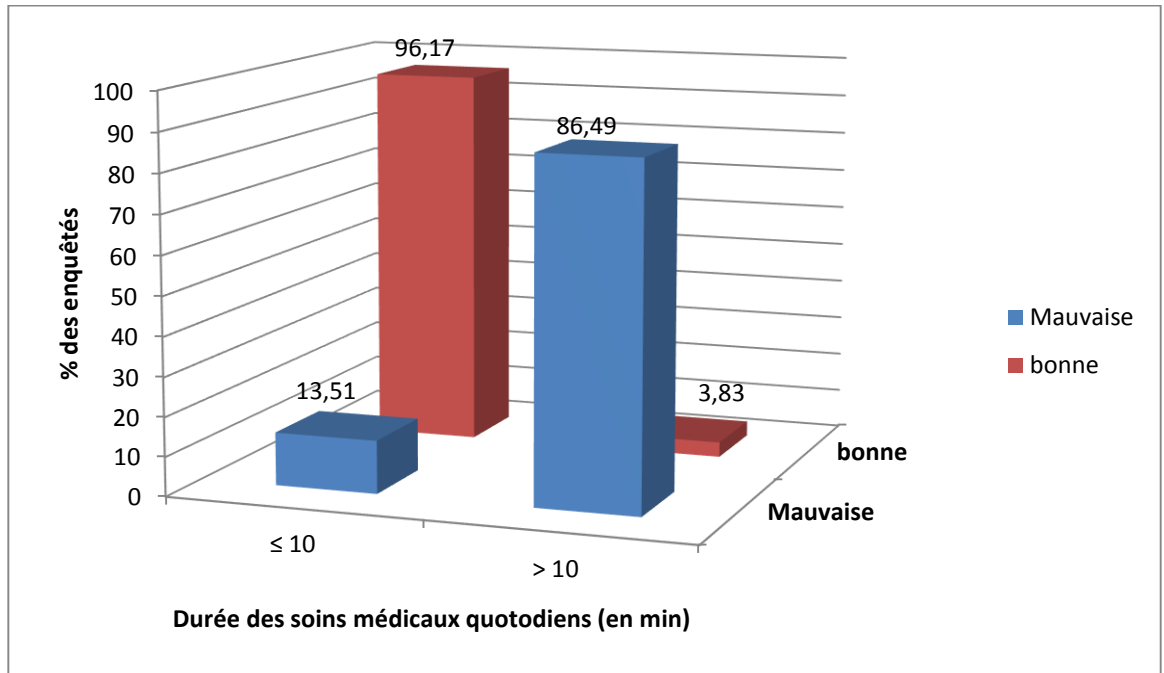


Figure 16 : Répartition des enquêtés selon la durée des soins médicaux et leur appréciation de la communication

Seuls 13,51% des cas ayant eu de problème de communication, reçoivent leurs soins médicaux quotidiens en intervalle de 10 min alors que 86,49% des cas ne les finissent que tardivement. Autrement dit, plus de 96% des patients qui reçoivent leurs soins médicaux en intervalle de 10 min, n'ont posé aucun problème de communication.

4-2-3.5. Possibilité de dialoguer facilement avec le personnel de l'HZ-SL

La possibilité de parler en toute liberté avec le personnel de l'Hôpital de Zone de Suru-Léré a été évaluée chez les patients au cours de notre recherche. Le tableau XVIII suivant rend compte des résultats obtenus.

Tableau XVIII : Répartition des enquêtés selon la possibilité de dialoguer facilement avec le personnel de la santé

	POSSIBILITE DE DIALOGUER			
	Oui		Non	
	Nbre	%	Nbre	%
Agents d'accueil	220	100,0	00	00,00
Infirmiers	220	100,0	00	00,00
Médecins	218	99,09	02	00,91
Aides soignantes	220	100,0	00	00,00
Assistants sociaux	01	00,45	219	99,55
Psychologues	00	00,00	220	100,0
Autres professionnels	18	08,18	202	91,82

Aucun enquêté n'a discuté avec les Psychologues et à peine 0,45% a rencontré les Assistants sociaux.

4-2-3.6. Possibilité de dialoguer selon le sexe et l'âge

Voulant vérifier l'influence éventuelle de l'âge et du sexe sur la possibilité de dialoguer avec les agents de santé, nous avons croisé par sexe cette possibilité de dialoguer avec l'âge. Les résultats se présentent comme suit :

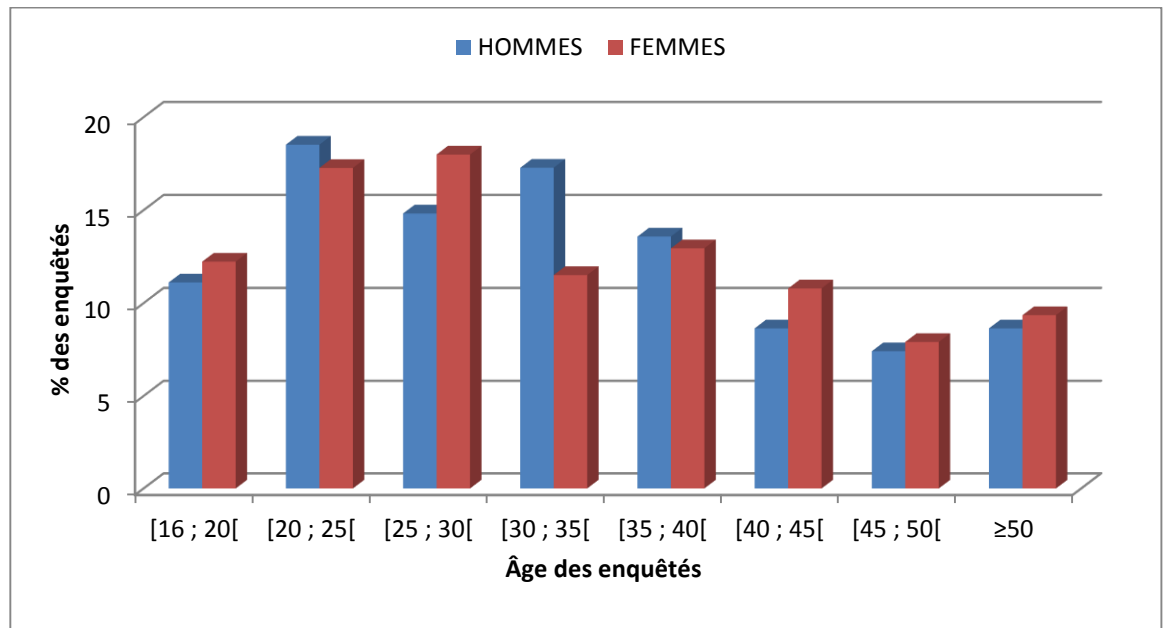


Figure 17 : Répartition par sexe et par âge des enquêtés selon la possibilité de dialoguer avec au moins un agent de santé

Les enquêtés se répartissent relativement de la même façon selon le sexe et l'âge.

4-2-4. Appréciation de quelques relations interpersonnelles selon le sexe

Les relations interpersonnelles ont été appréciées selon le sexe et les résultats se résument dans le tableau XIX suivant :

Tableau N°XIX : Répartition par sexe des enquêtés selon leur appréciation de quelques relations interpersonnelles

	HOMMES		FEMMES	
	bonne	mauvaise	bonne	mauvaise
Communication	30,00	06,82	53,18	10,00
Dialogue	36,36	00,45	62,73	00,46

30,00% et 53,18% respectivement des hommes et des femmes apprécient positivement la communication à l'HZ-SL.

Par ailleurs, plus de 99% des enquêtés sont satisfaits du dialogue.

4-3- Utilisation des services de soins de l’HZ-SL

4-3-1. Impacts de l’accueil sur la fréquentation de l’HZ-SL

La fréquentation d’un hôpital, peut sans doute, être remarquée non seulement par l’affluence des patients mais aussi par la fidélité des anciens clients.

4-3-1.1. Choix de l’HZ-SL selon les patients

Tableau XX : Répartition des enquêtés selon les causes du choix de l’HZ-SL

	NOMBRE	POURCENTAGE
Hôpital proche	003	01,36
Qualité de soins	220	100,0
Qualité d’accueil	220	100,0
Indication du voisin	220	100,0
Ne sait pas	000	00,00

Tous les enquêtés confirment que le choix de l’Hôpital de Zone de Suru-Léré repose sur les qualités des soins et de l’accueil.

4-3-1.2. Fréquentation de l’HZ-SL

La figure suivante montre le mouvement des clients entre les années 2001 et 2011.

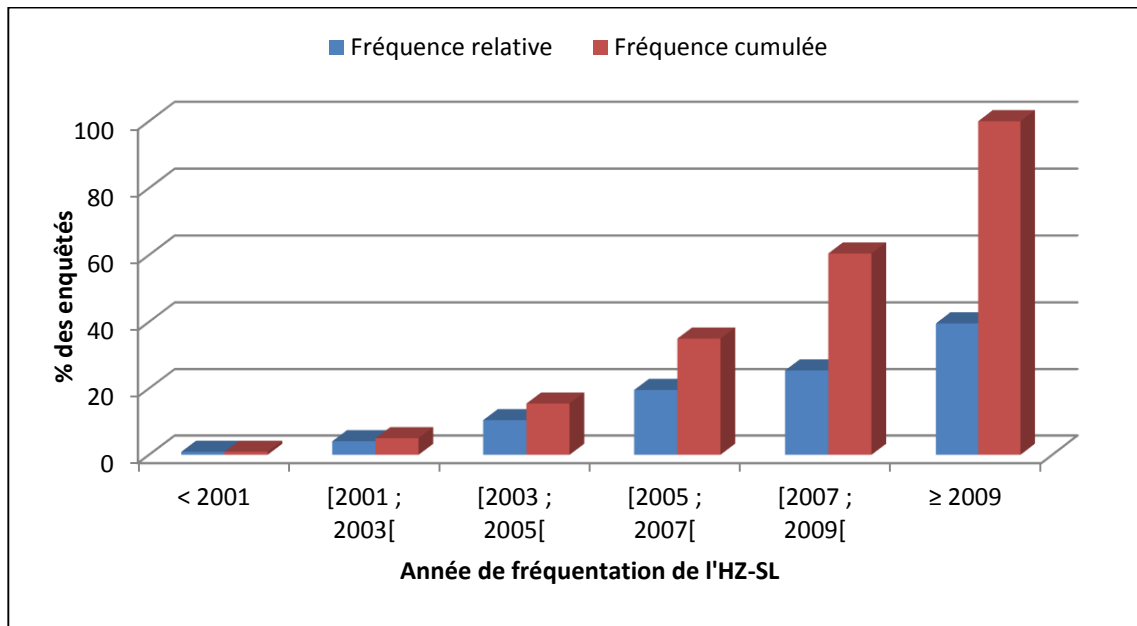


Figure 18 : Répartition des enquêtés selon leur fidélité à l'HZ-SL

Environ 5% des enquêtés fréquentaient déjà cet hôpital depuis 2001. Ce taux de fidélité qui ne cesse d'augmenter chaque année.

4-3-2. Satisfaction des patients

4-3-2.1. Possibilité de recommander l'HZ-SL à d'autres patients

Les patients interrogés sur la possibilité de recommander l'HZ-SL aux voisins sont répartis dans le tableau XXI comme suit :

Tableau N°XXI : Répartition des enquêtés selon la possibilité de recommander l'HZ-SL à d'autres patients

CONSEILLEREZ-VOUS L'HZ-SL A D'AUTRES PATIENTS ?	NOMBRE	POURCENTAGE
Oui	203	92,27
Non	00	00,00
Ne sait pas	17	07,73
TOTAL	220	100,0

Plus de 92% des enquêtés sont prêts à recommander cet hôpital à d'autres patients. Cependant, 07,73% de l'échantillon n'ont déclaré ni « oui », ni « non » pour cette variable

4-3-2.2. Satisfaction des patients selon le sexe et l'âge

Voulant vérifier d'éventuels influences de l'âge et de sexe des enquêtés sur l'appréciation de leur satisfaction, nous avons obtenu les résultats du tableau XXII suivant :

Tableau XXII : Répartition des enquêtés satisfaits ou non de l'accueil en fonction du sexe et de l'âge

	SATISFACTION OU NON DE L'ACCUEIL			
	Hommes		Femmes	
	Oui	Non	Oui	Non
[16 ; 20[	26,92	07,69	50,00	15,39
[20 ; 25[	30,77	07,69	56,41	05,13
[25 ; 30[	24,32	08,11	59,46	08,11
[30 ; 35[	40,00	06,67	46,67	06,66
[35 ; 40[	34,48	03,45	55,17	06,90
[40 ; 45[	31,82	00,00	63,64	04,54
[45 ; 50[	35,29	00,00	64,71	00,00
≥50 ans	35,00	00,00	65,00	00,00
TOTAL	31,82	05,00	56,82	06,36

Nous avons remarqué que parmi les 11,36% de ceux qui apprécient négativement l'accueil, près de la moitié sont de sexe masculin.

Par ailleurs, la plupart de ceux qui sont contre cet accueil n'ont pas encore 40 ans.

4-3-3. Sentiments des patients au lendemain des consultations

4-3-3.1. Appréciation de l'état de santé des patients au lendemain des consultations

L'avis sur l'état de santé des patients a été évalué au lendemain des consultations et le résultat se présente comme suit:

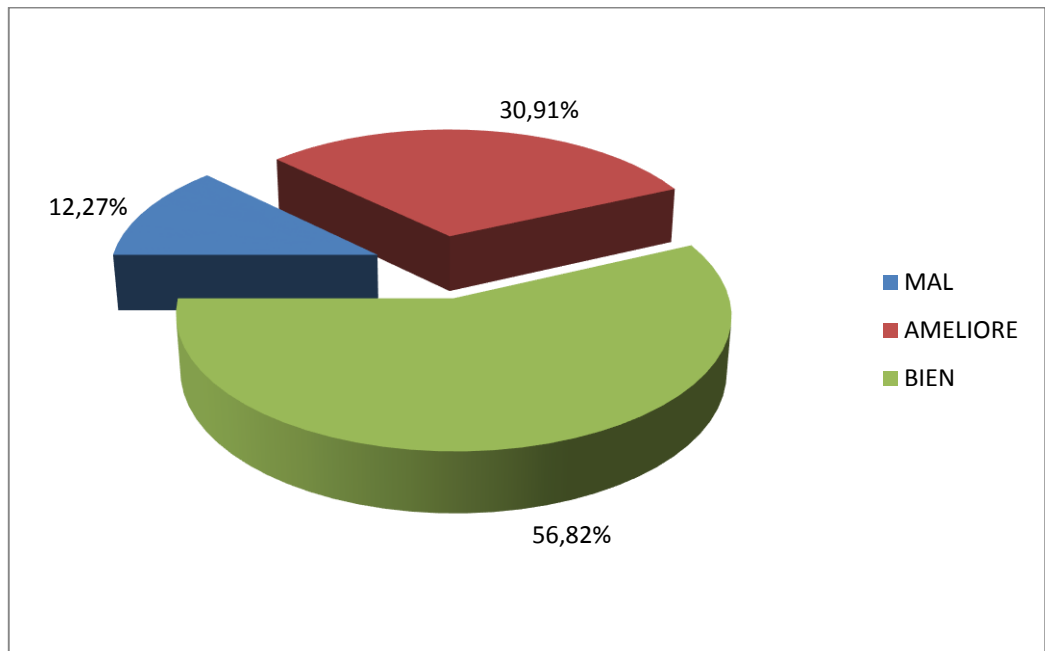


Figure 19 : Répartition des enquêtés selon leur appréciation de leur état de santé au lendemain de la consultation

56,82% des patients enquêtés trouvent déjà bien, leur état de santé au lendemain de la consultation.

4-3-3.2. Influence de la relation interpersonnelle sur le résultat des soins médicaux

Voulant vérifier l'hypothèse selon laquelle la relation entre le soignant et le soigné influe sur le résultat des soins médicaux, nous avons croisé la mauvaise communication ou non avec l'état de santé des patients au lendemain des consultations. Les résultats obtenus, se présentent dans le tableau XXIII suivant:

Tableau XXIII : Répartition des enquêtés selon l'appréciation de leur état de santé et leur avis sur la communication.

	APPRECIATION DE LA COMMUNICATION			
	Mauvaise		Bonne	
	Nbre	%	Nbre	%
Mal	24	88,89	03	11,11
Pas de changement	00	00,00	00	00,00
Amélioré	08	11,76	60	88,24
Bien	05	04,00	120	96,00
TOTAL	37	16,82	183	83,18

88,89% des patients disant avoir encore mal au lendemain de leur consultation, ont jugé mauvaise la communication. 96% des cas qui vont ainsi bien ont déclaré n'avoir eu aucun problème de communication.

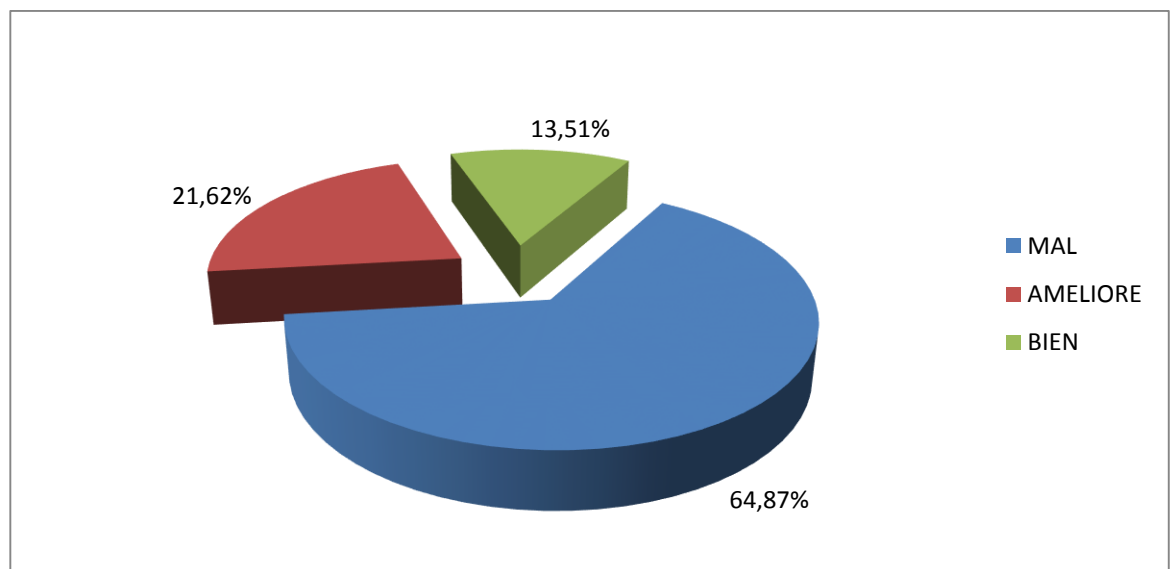


Figure 20 : Répartition des populations ayant subi des problèmes de communication en fonction de leur état de santé

Près de 65% de ceux qui ont subi des mauvaises communications, vont mal.

4-3-3.3. Quelques états psychologiques exprimés au cours des premiers jours de l'hospitalisation

Tableau XXIV: Répartition des enquêtés en fonction de l'état psychologique exprimé

	NOMBRE	POURCENTAGE
Stress	17	42,5
Colère	20	50,0
Dépression	03	07,5
TOTAL	40	100,0

Environ 18,18% des enquêtés présentent au moins un trouble mental tel que le stress, la colère ou la dépression.

DISCUSSION DES RESULTATS

5- DISCUSSION DES RESULTATS

5-1- Des caractéristiques des patients enquêtés

Notre étude a montré que l'âge, le sexe et le niveau socio-économique influence chacun l'appréciation de l'accueil hospitalier.

En effet, l'âge moyen des enquêtés est de 33 ans environ et 73,18 % de la population cible n'ont pas encore 40 ans. De plus, l'âge minimal retenu est de 16 ans, âge jugé nécessaire pour n'interroger que ceux qui peuvent nous fournir des informations fiables.

Notre échantillon est composé en majorité de femmes (63,18%). Deux raisons évidentes peuvent justifier cette dominance des femmes :

1. Les facteurs démographiques de la population. Les recherches ont montré en février 2002, que le dénombrement de cette population est de 94,5 hommes pour 100 femmes.
2. Les hommes se soignent moins à l'hôpital que les femmes. Ce pourcentage est similaire aux résultats de l'enquête préliminaire menée au Bénin sur l'INIPSA [15] (62%) qui stipule que la féminisation de la population enquêtée pourrait s'expliquer entre autre par une forte proportion de femmes se faisant soigner. D'autres études sur la prise en charge des PVVIH au Bénin, ont montré que les femmes venues en consultation en janvier-février 2005 représentaient 61,2% des patients.

On note par ailleurs, une prédominance de certaines ethnies telles que : le fon, le goun et le yoruba dans cette zone-est de Cotonou.

Ces différentes ethnies seraient les premières à s'installer dans la région. Par ailleurs, avec l'avènement du christianisme et de l'islam, les cultures africaines auraient été très tôt conquises dans ces régions urbaines. En effet, moins de 1% de l'échantillon confirme encore son appartenance à la tradition pendant que 61,82% sont des chrétiens.

Il est à rappeler que 70,91% des enquêtés vivent avec un partenaire. Mais 40,45% de ceux-ci ne sont pas légalement mariés ; ce qui pourrait expliquer de précoces divorces qu'on enregistre ; ainsi, 10% de cet échantillon sont séparés ou divorcés. Le mode de communication, serait-il la cause de ce taux de séparation trop élevé ? Malheureusement peu de recherches s'intéressent à cette rubrique de l'état matrimonial.

Le taux d'analphabétisme de 17,27% correspondrait à l'estimation de la recherche sur l'INIPSA (25,6% des enquêtés à l'échelle nationale) en 2005. Si la population béninoise est fortement analphabète, cette proportion de 17,27% témoigne le niveau d'instruction de nos populations urbaines. Les femmes sont les moins scolarisées. 24,46% de toutes les femmes enquêtées, n'ont bénéficié d'aucune étude.

KPINSAGA T. D. A. [9] dans sa recherche sur les facteurs influençant l'utilisation des services de santé maternelle et infantile a

montré que le niveau d'étude influence statistiquement l'utilisation des services de santé. En effet, parmi les gestantes qui n'ont pas été en consultation prénatale 90% étaient analphabètes et parmi celles qui ont accouché à domicile 79% n'ont jamais également été à l'école.

Le nombre des scolarisés diminue progressivement en fonction du niveau d'étude. Cependant, il est à souligner que 10% des patients interrogés ont quand même franchi l'étape supérieure. Le niveau d'instruction des patients peut être un facteur déterminant dans l'appréciation de l'accueil hospitalier.

Quant au niveau de vie des enquêtés, il est moyen ou bas. 47,73% de l'échantillon, trouvent le tarif des soins élevé. En dehors des fonctionnaires et des chefs d'entreprise qui apprécient au mieux ce tarif, la plupart des autres secteurs d'activités ne sont pas d'accord avec le coût des prestations : 49,09% des ouvriers contre 15,15% des fonctionnaires. Il en est de même au rang des commerçants (46,87%). De plus, 53,85% des pêcheurs ont également jugé élevé, le tarif des prestations sans oublier le nombre pléthorique des sans emplois qui le qualifient d'exorbitant. Ce qui peut bloquer l'accès aux soins et menacer l'appréciation de la prise en charge thérapeutique chez les indigents.

KPINSAGA T. D. A. [9] dans sa recherche sur les facteurs influençant l'utilisation des services de santé maternelle et infantile a montré que le problème d'argent est pour 56,41% de ses enquêtés, la raison de non utilisation de ces services. Ce même facteur avait été évoqué en 1992 par KIFOULY [12] dans son étude sur la faible

fréquentation des services de santé dans la Sous-préfecture de Ouidah où 25,7% des malades ont posé le problème de l'inaccessibilité financière.

5-2- Des perceptions des usagers sur l'accueil hospitalier

Notre étude a montré que la prise en charge thérapeutique des patients devrait commencer dès l'entrée de l'hôpital à travers un système d'accueil éthique. Les indications implantées ou affichées dans ce grand hôpital semblent ne pas combler l'attente de tous les usagers. Ceux-ci n'arrivent pas tous, à se référer à la plaque d'orientation ou à comprendre ses indications selon que l'on soit affolé ou analphabète. En effet, malgré l'effort du guichetier pour l'orientation dans l'enceinte de cet hôpital, il y a encore 12,73% des enquêtés qui se sont faits aider par des individus quelconques. Ce taux est très élevé par rapport à cet échantillon. Cette forte proportion peut s'expliquer non seulement par la grandeur de l'hôpital mais surtout par le mode de fonctionnement du système d'accueil de cet hôpital.

Dans MEMENTO de l'infirmière de Christophe PRUDHOMME [3], la fonction d'accueil existe depuis le Moyen Âge et de nos jours, cette notion est toujours d'actualité. Pour PRUDHOMME C. [3], le personnel paramédical des services d'urgences et particulièrement les infirmières, sont à la porte de l'hôpital et accueillent les patients. Son constat aurait débouché sur certain nombre de propositions dont la création de la fonction d'infirmière d'accueil et d'orientation puisque les deux termes

d' «accueil» et d'«orientation» apparaissent aujourd'hui indissolublement liés.

En outre, 18% de l'échantillon apprécie négativement le mode d'accueil à la caisse de l'hôpital bien qu'elle soit informatisée. Ceci peut s'expliquer par le niveau des relations interpersonnelles entre les caissiers et les clients qui, impatients, pensent d'avance à ce que serait l'ordre d'arrivée dans leurs unités de soins respectives. Ainsi, Plus de la moitié (51,36%) de l'échantillon ne sont pas satisfaits du temps passé dans la file d'attente. Avec des informations recueillies auprès des clients, peu sont ceux qui ont passé moins de 45 minutes à attendre chacun, son tour. Il faut remarquer que, plus le temps n'évolue, moins l'accueil est mal apprécié. Ceux qui ont été vite consultés, ont apprécié positivement l'accueil à ce niveau. Le temps d'attente est un facteur qui influe sur la prise en charge thérapeutique des patients.

KPINSAGA T. D. A. [9] dans sa recherche sur les facteurs influençant l'utilisation des services de santé maternelle et infantile a montré que le problème de temps est la raison évoquée par 5,13% de son échantillon pour la non utilisation des services de CPN (Consultation Pré Natale).

Pour RAHMAN dans son étude sur les déterminants de l'utilisation des services de SMI/PF en 1981 et rapportée par KPINSAGA [9], le temps d'attente des gestantes avant la fourniture des soins fait partie des facteurs influençant l'utilisation des services de santé.

La présence des agents d'accueil dans les unités de soins a été analysée et nous constatons que 86,82% de la population enquêtée ont trouvé l'agent d'accueil surplace. Pour 7,73%, les agents d'accueil ne sont pas à leur poste de travail en tout cas au moment où ils étaient arrivés en consultation. Cette dernière proportion peut témoigner le nombre des patients qui auraient des doutes sur leur prise en charge thérapeutique. Le même constat a été fait par BANGOURA [13] qui estime à 82%, la proportion des mères d'enfants de 0 à 1 an ayant trouvé l'agent de santé présent au moment de la consultation à Boffa en Guinée.

PRUDHOMME C. [9] dans son ouvrage « MEMENTO de l'infirmière », indique que l'infirmière d'accueil et d'orientation peut être seule ou assistée d'un quelconque agent de l'hôpital pourvu qu'elle soit en permanence disponible pour prendre en charge chaque patient dès son arrivée.

Le respect d'ordre d'arrivée, témoigne entre autre, la confiance que les clients ont en cet Hôpital de Zone.

Quant à la qualité des soins, 93,64% de l'échantillon en sont satisfaits. Cette qualité des soins doit être proportionnelle à celle d'accueil pour satisfaire tous les usagers. C'est ce qui pourrait expliquer la position des 6,36% restants au niveau de l'appréciation des soins. Par ailleurs, la satisfaction ou non de l'accueil a été appréciée et nous avons enregistré des résultats (11,36% des enquêtés ne sont pas satisfaits) très proches de ceux de KPINSAGA. En effet, dans sa recherche sur les facteurs influençant l'utilisation des services de santé maternelle et infantile, KPINSAGA

T. D. A. [9] a montré que 11% de son échantillon ont jugé l'accueil hospitalier, mauvais. Ce facteur a été perçu sous trois aspects tels que :

- Les agents de santé nous méprisent ;
- Ils nous laissent accoucher par terre ;
- Ils nous insultent et nous tapent parfois.

Ce facteur relationnel ne peut en aucun cas, garantir une meilleure prise en charge thérapeutique des patients.

Pour ce qui concerne l'hygiène hospitalière, c'est d'abord au niveau des salles de soins que 6,82% des enquêtés ont fait le constat d'une mauvaise hygiène. Ensuite, l'aération et la propreté des salles d'hospitalisation deviennent de plus en plus des casse-têtes pour les usagers qui, compte tenu de l'affluence des patients et le nombre de salles très limité, sont contraints à certaines conditions de vie en groupe. Enfin, l'entretien et l'accessibilité des infrastructures hospitalières ont été positivement appréciés à leur juste valeur par l'ensemble des enquêtés. L'appréciation positive de l'hygiène hospitalière devient de plus en plus réelle à partir de 35 ans, l'âge à partir duquel nous notons beaucoup plus de tolérance dans l'appréciation des événements. Nous pourrions dire qu'en vieillissant les gens acquièrent une meilleure connaissance de soi et un meilleur sens de leur identité ; ce qui leur permet de prendre de meilleures décisions.

Au niveau des relations interpersonnelles, la communication est le premier moyen de transmission de

l'information entre les hommes. C'est elle qui permet d'éduquer, d'apprendre et d'enseigner à l'homme. Elle est donc l'art d'éduquer l'homme de la maturation à la maturité.

Toutefois, même étant une source de sagesse et de maturité humaine, la communication peut devenir un moyen de destruction si l'on n'y prend pas garde. En effet, le mode de communication de nos jours, devient de plus en plus inquiétant au point où son effet sur le comportement humain n'est plus à démontrer dans le monde. Environ 15,91% des enquêtés sont mécontents de la communication de certains agents d'accueil ou du moins du mode de transmission de cette communication. Même si quelque minorité arrive à déjouer son mécontentement à travers des disputes, il serait difficile pour d'autres de gérer l'impact de cette communication par simple dévouement. On trouve ainsi certains qui haïssent, d'autres se méfient et d'autres encore brisent la relation soignant-soigné. L'entretien de tel ou tel comportement juste au début du soin, peut affecter significativement la santé du patient et entacher par ailleurs le reste du processus de sa prise en charge thérapeutique. Cependant, aucun problème de communication significatif n'est à reprocher aux consultants de cet Hôpital de Zone. Néanmoins, quelques patients se disent n'être pas trop contents de certains modes de communication. Il existe deux explications évidentes en ce qui concerne cette minorité ; la première étant l'instabilité émotionnelle des patients et la dernière serait une erreur d'appréciation du mode de communication.

5-3- Des facteurs influençant l'accueil hospitalier

Les résultats de l'enquête font apparaître que deux facteurs principaux influencent l'utilisation des services de santé : la qualité des soins et la qualité de l'accueil.

- Qualité de soins

Conscients du fait que la qualité des soins est un facteur déterminant de l'utilisation des services de santé, les acteurs de santé consacrent les efforts à ce niveau pour atteindre leurs objectifs. Ce qui a nécessité le programme de formation et de recyclage du personnel de santé. Dans la présente étude, 93,64% de l'échantillon apprécie positivement la qualité de soins de cet hôpital. Toutefois, l'insuffisance du plateau technique de l'hôpital peut être observée avec quelques cas référés sous nos yeux.

Les résultats de l'enquête de KPINSAGA [9] présentent la proportion similaire ; Ainsi, 93,60% des utilisatrices des services de santé de CPN, apprécie la qualité des soins contre seulement 6,4% qui la juge mauvaise.

Lorsque nous nous sommes intéressés sur la cause de choix de l'HZ-SL, 100% des enquêtés ont évoqué les problèmes de qualité de soins et d'accueil.

- Qualité de l'accueil

La majorité des enquêtés n'ont pas grand-chose à reprocher à l'accueil hospitalier de l'Hôpital de Zone de Suru-Léré. Cependant, 11,36% de l'échantillon ont apprécié négativement cet accueil. Avec le questionnaire individuel nous avons pu mieux

cerner l'opinion des enquêtés sur les facteurs influençant le bon accueil hospitalier. Il s'agit de :

- l'inaccessibilité financière ;
- la mauvaise hygiène hospitalière ;
- la faiblesse du plateau technique ;
- le mode d'orientation des patients dans l'hôpital ;
- l'absence d'agent du poste d'accueil dans les unités de soins ;
- le temps d'attente des clients avant leur prise en charge ;
- Le manque de courtoisie et de patience de certains clients ;
- la mauvaise relation interpersonnelle (communication et dialogue) entre les clients et le personnel de santé.

Ce dernier point fait partie des redoutables problèmes qui menacent significativement l'accueil au sein de l'hôpital.

5-3-1 Des facteurs relationnels

Deux facteurs relationnels ont retenu notre attention. Il s'agit de la communication et du dialogue.

Premièrement, loin d'être facteur de discordance, la communication est naturellement un moyen d'échange entre deux ou plusieurs individus.

Pour BAWE K. N. [10], la communication est la seule forme de manifestation d'un individu **disposé** à créer ou accepter une relation avec autrui.

Selon GRUBER [5], elle est la première ligne de défense contre les conflits dans une organisation.

Quant à KAHN [1], la communication a plusieurs attributs dans les organisations :

- elle diminue le risque de conflits et d'erreurs ;
- elle permet d'apprécier la qualité du travail et d'assurer la qualité de vie au travail ;
- elle assure une bonne information.

Mais, aucun de ces auteurs n'ont concrètement fait allusion au mode d'utilisation de cette communication et son mauvais usage.

Notre recherche a mis l'accent sur le fait que, même si elle permet de régler les conflits, elle peut être aussi source de conflits. Son effet sur le comportement humain a été enregistré et 16,82% environ des enquêtés étaient mécontents de cette communication. Elle occasionne parfois des disputes et même de la méfiance. Cet aspect peut paraître insignifiant par rapport à l'aspect positif de la communication, mais son impact sur la santé personnelle et le bien être d'autrui est gravement lourd.

Le croisement de l'influence de la communication avec la durée de soins médicaux montre que 13,51% seulement de ceux qui ont des problèmes avec la communication, reçoivent leurs soins médicaux en intervalle de 10 min contre 96,17% de ceux n'ayant eu aucun problème de communication.

Autrement dit, 88,89% des patients disant avoir mal au lendemain de leur consultation semblent avoir été victimes de quelques problèmes de communication et 96% des cas qui allaient bien, ont déclaré n'avoir pas eu de problème de communication.

Ces résultats révèlent l'existence d'un lien statistiquement significatif entre le gain de temps, l'efficacité des soins médicaux et la relation soignant-soigné.

Deuxièmement, le dialogue semble être un mode d'utilisation de la communication, qui joue un rôle déterminant dans la résolution des conflits entre deux ou plusieurs individus. La possibilité de partager des informations avec les différents agents de santé a été évaluée chez les clients et il ressort que personne n'a rencontré d'obstacle pour s'exprimer. Mais, les assistants sociaux sont rares. Le seul psychologue que nous avons rencontré sur les lieux, était un stagiaire en fin de stage. Il n'y aurait donc pas de prise en charge psychothérapeutique pour assister les perturbations psychosociales des patients.

Pour Philippe BOCQUIER et col. [15] dans leur recherche sur l'INIPSA, le manque de suivi psychosocial des patients dépend de la faiblesse des effectifs du personnel comme les psychologues, les nutritionnistes et même les travailleurs sociaux dans les centres de santé.

Plus de 99% des enquêtés ont apprécié positivement le dialogue. Ce qui augmente la chance de satisfaction des patients.

Par ailleurs, le niveau d'instruction, l'âge, le sexe et même le comportement des patients font partie des déterminants de santé qui méprisent l'accueil réservé aux clients.

5-3-2 Des déterminants de la santé

L'analyse de l'état de santé des patients au cours de leur séjour, montre que le nombre de déterminants potentiels de santé est relativement élevé de telle sorte qu'il faut faire un tri entre eux pour identifier les plus significatifs :

- le fait d'être un homme augmente le risque de colère et d'une mauvaise appréciation de l'accueil hospitalier ;
- le fait d'être jeune augmente le risque de stress et d'une mauvaise appréciation de l'accueil hospitalier ;
- le fait de tenir compte des différences individuelles augmente la chance de réussite de l'accueil.

Les résultats issus du traitement des données recueillies au cours de notre enquête peuvent témoigner l'effet de l'accueil hospitalier sur les usagers et le devenir de cet Hôpital de Zone. Il va falloir que l'hôpital évolue vers "l'hôpital entreprise", dans lequel les unités de soins seront responsabilisées pour mieux connaître leur production [6]. Ainsi, ils pourront assumer leur responsabilité concernant les conséquences induites par leur production.

5-4- Des impacts de l'accueil hospitalier sur les usagers et le rendement de l'hôpital

5-4-1 Conséquences positives

Chez l'être humain, l'affect positif est une source d'intérêt et de motivation au sein d'une entreprise. Lorsqu'il y a peu d'intérêt et de motivation, on note peu d'engagement. Cet affect est l'une des composantes de base du rendement humain. Il facilite la relation

avec autrui. Il élargit le répertoire de nos pensées et de nos actions en améliorant notre capacité à résoudre des problèmes. Il nous procure des ressources psychologiques durables ; ce qui est au cœur même de la théorie de croissance et de développement durable prônée par la psychologue Barbara Fredrickson, théorie que supportent de nombreux autres chercheurs. Ceux-ci croient que la satisfaction professionnelle est en grande partie le reflet de l'affect positif [14]. La recherche sur *le travailleur heureux et productif* a démontré qu'un faible affect positif nuit au rendement de l'employé. Le manque d'affect positif ou la difficulté à ressentir du plaisir au travail peut être l'obstacle le plus significatif au rendement personnel et organisationnel de l'hôpital. L'affect est donc un élément de diagnostic de l'accueil en milieu sanitaire car il facilite le traitement et la prise en charge thérapeutique du patient.

L'affect positif est tellement instrumental au rendement personnel et organisationnel au point où une société canadienne Gallup a consacré un livre entier au renforcement de l'affect positif en milieu de travail (*How Full is Your Bucket ?*).

5-4-2 Conséquences négatives

Les problèmes de l'accueil peuvent affecter les usagers et le rendement de l'hôpital. Le client qui veut en manifester son mécontentement court un grand risque s'il n'arrive pas à dominer ses émotions négatives. En effet, le stress et la colère que les clients font usage au quotidien, détériorent leur personnalité et les exposent à l'invalidité psychologique et physique. Des recherches ont même montré que ces troubles mentaux sont des facteurs

psychosomatiques de nombreuses maladies somatiques telles que l'ulcère et autres car ils activent exagérément le système endocrinien. Plusieurs facteurs pourraient justifier la différence entre les sexes en ce qui concerne ces problèmes : il s'agit des facteurs biologiques, environnementaux et interactionnels. L'interaction entre le soignant et le soigné constitue de véritable problème qui influence l'accueil hospitalier à nos jours. Ce qui amènerait les patients en quête du bien être, à éviter certains hôpitaux.

Les symptômes de dépression exprimée peuvent être les conséquences de l'expression de stress ou de la répression de colère des enquêtés. Cette dépression entraîne également des déficiences au niveau de la performance sociale et aussi des coûts élevés de prise en charge thérapeutique.

Selon Paul FAIRLIE [14], Directeur du groupe Shepell, la dépression est au deuxième rang après les maladies cardiovasculaires pour ce qui est du nombre de jours d'hospitalisation ou d'invalidité à la maison.

Le MIT Sloan School of Management a situé la dépression au rang des problèmes majeurs les plus coûteux dans le domaine de santé, au même titre que les maladies cardiovasculaires, le cancer et le sida. Elle est même, plus répandue que ces trois maladies prises en ensemble.

Selon un rapport de l'OMS [16], la dépression sera la deuxième cause d'invalidité d'ici 2020.

En raison de l'impact néfaste des problèmes d'accueil hospitalier sur les clients et le rendement de l'hôpital, les acteurs de santé doivent identifier les moyens pour prévenir ces problèmes avant qu'ils ne prennent des proportions dangereuses.

CONCLUSION ET SUGGESTIONS

CONCLUSION

Il s'avère nécessaire de faire cette enquête ayant porté sur 220 patients choisis parmi les hospitalisés de l'Hôpital de Zone de Suru-Léré afin d'identifier les facteurs influençant l'accueil hospitalier dans nos hôpitaux. Les résultats de la recherche de l'impact de l'accueil sur les usagers de l'Hôpital de Zone de Suru-Léré font apparaître que :

1. la plupart des enquêtés étaient des femmes (63,18%) ; ce qui stipule que les hommes utilisent moins, les services de santé. Nombreux sont encore analphabètes (17,27%) et le niveau socioéconomique de la population est moyen ou bas. Ce qui témoigne le tarif jugé élevé des prestations chez 47,73% de l'échantillon ;
2. l'orientation des patients par des individus inconnus (12,73%) et l'absence d'agent d'accueil (7,73%) dans les unités de soins sont décriées ;
3. la majeure partie des enquêtés (14,09%) déplorent un certain nombre de comportements au niveau de la caisse de l'hôpital.
4. plusieurs autres facteurs interfèrent pour entraver l'accueil adéquat des patients à l'hôpital. Il s'agit de :
 - l'inaccessibilité géographique de l'hôpital pendant la saison pluvieuse ;
 - les coûts élevés des soins ;
 - la mauvaise hygiène hospitalière ;
 - le mode d'orientation des patients de l'hôpital ;
 - l'absence d'agent du poste d'accueil dans les unités de soins ;

- le temps d'attente des clients avant leur prise en charge ;
 - la mauvaise communication entre les clients et le personnel de santé ;
 - le manque de courtoisie et de patience de certains soignés ;
5. les déterminants potentiels de la santé sont nombreux. Les plus significatifs sont: l'âge, le sexe, le niveau d'instruction et la différence individuelle.

Par ailleurs, il est à noter que l'accueil hospitalier présente autant d'impacts positifs que d'impacts négatifs selon qu'il s'agit d'un bon ou d'un mauvais accueil. Les hypothèses émises au début de cette recherche sont vérifiées par les résultats obtenus. En effet, les conséquences de l'accueil sont énormes sur l'efficacité de la prise en charge thérapeutique des patients et sur le rendement individuel et le devenir de l'hôpital. Aussi, son impact sur la santé et le bien être a-t-il été présenté.

Toutefois, la motivation, le dialogue, la souplesse du style de communication, le renforcement de l'affect positif et la formation du personnel de santé sont autant d'approches de solution pour améliorer davantage l'accueil hospitalier et la prise en charge thérapeutique complète des patients.

SUGGESTIONS

Au terme de cette étude, nous faisons les suggestions suivantes :

➤ **A l'endroit des professionnels de santé**

1. Eviter les vacances des postes de travail ;
2. Faciliter les échanges avec les clients à travers le dialogue ;
3. Eviter le harcèlement moral entre collègues ;

➤ **A l'endroit des responsables des unités de soins**

1. Promouvoir l'hygiène hospitalière dans chaque unité de soins ;
2. Adopter le style de communication souple c'est-à-dire moins autoritaire dans les services de santé;
3. Eviter le travail sous pressions aux agents;
4. Eviter les intimidations, des reproches et les blâmes adressés publiquement au personnel ;
5. Renforcer les comportements méritants vis-à-vis de l'accueil des patients;

➤ **A l'endroit des autorités politico-administratives**

1. Instaurer un système de tarification abordable des soins pour toute la population ;
2. Entretien des infrastructures de l'hôpital ;
3. Renforcer le plateau technique (ressources humaines et matérielles) de l'hôpital;
4. Réduire les heures de garde à 16 heures (de 16h à 8h du lendemain) au plus afin d'éviter la fatigue;

5. Instaurer la psychothérapie dans les hôpitaux de santé primaire;
6. Sensibiliser les professionnels de santé sur l'importance de l'accueil dans la prise en charge thérapeutique des patients ;

➤ **A l'endroit des scientifiques ou chercheurs**

1. Spécialiser les agents de santé en accueil hospitalier dans le cursus de formation des soignants ;
2. Instaurer un système d'autoévaluation de l'accueil dans les services de santé;
3. Mettre à la disposition des services de santé, des désodorisants pouvant neutraliser les odeurs ou les gaz issus des soins.
4. Evaluer périodiquement les protocoles de prise en charge thérapeutique afin d'innover ou d'améliorer les recueils d'information.

REFERENCES

➤ **Ouvrages**

1- KAHN, J. ;

Gestion de la qualité dans les établissements de la santé.
Edition Agence d'ARC INC, Montréal, 1987, 230 p.

2- ROYSTON E., AMSTRONG S.

La Prévention des décès maternels. OMS, Edit. Genève,
1990, 230p.

3- PRUDHOMME Christophe ;

MEMENTO de l'infirmière : l'infirmière et les urgences, 2^e
édition. 385p.

➤ **Reuves**

4- DEGOULET P. :

Les systèmes d'information hospitaliers : stratégies et perspectives. In : Journées Francophones d'Informatique Médicale de Montpellier. Rennes : ENSP. 1989, pp.288-298.

5- GRUBER, M. ; GRUBER, J. M.;

Communication: a pound of prevention Gastro enterol-Nurs,
1990, vol 12, n°3, pp. 29-36

6- LUKACS Bertrand et LANG Astrid :

Grandes fonctionnalités d'un système de gestion de l'unité de soins. In : Informatique et Santé : Springer-Verlag France, Paris, 1989, vol 1, pp. 15-20

➤ **Anales**

7- COULIBALY A., GBARY R., LEBRAS J. [et al.]

Utilisation des systèmes de santé modernes et traditionnels en zone rurale ivoirienne. In : Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale, 1989, vol 69, n°4, pp. 331-336.

8- CHOUSSAT J. :

L'Hôpital du XXI siècle ; Entre imagination et routine. *Libération*. 1février 1989 ; 15p.

➤ **Mémoires**

9- KPINSAGA T. D. Alfred;

Les Facteurs influençant l'utilisation des Services de la santé Maternelle et Infantile et Planification Familiale dans la Préfecture de l'Est-Mono. Mém. Santé Publique, IRSP/54/94. 137p.

10- BAWE K. Narafeï ;

Etude de la qualité des relations professionnelles au Centre Hospitalier Régional de KARA (Rép. Du TOGO). Mém. Santé Publique, IRSP/68/95. 123p.

11- IMBOUA-BOGUI G.

Distance et accessibilité aux soins de santé dans les centres de santé ruraux de la Côte d'Ivoire. Mém. Santé Publique, CRDS, Cotonou, 1981 n° 243.

12- KIFOULY E. ;

Les déterminants de la faible fréquentation des services de santé dans la circonscription administrative de Ouidah. Mém. Santé Publique, IRSP, Cotonou, 1993, N° 41. 113p.

13- BANGOURA Adama Marie;

Analyse de la performance des centres de santé et des postes de santé de la Préfecture de Boffa en Guinée de 1992 à 1994. Mém. Santé Publique, IRSP, N° 67/95. 134p.

➤ Rapports**14- FAIRLIE Paul et Col. :**

Les indicateurs de santé mentale en milieu de travail : leur impact selon le PAE. Consultation du Groupe de recherche Shepell, 2005, vol 1, n°1, 13p.

15- BOCQUIER P., CHERABI K., DIASOLUA NGUDI D., SALOMON C., STRAUSS A. ;

Impact du soutien nutritionnel intégré pour les patients sous traitement antirétroviral. Rapport de l'enquête préliminaire au Bénin. 2005, 38p.

➤ Sites web**16- OMS :**

Impact des troubles mentaux et du comportement. Rapport de l'enquête mondiale, 2001. Disponible sur Internet : www.who.int/whr/2001/fr. Date de consultation: 5 juin 2010.

TABLE DES MATIERES

		Pages
DEDICACES.....		i
REMERCIEMENTS.....		ii
LISTE DES ABREVIATIONS.....		iv
LISTE DES FIGURES.....		v
LISTE DES TABLEAUX.....		vii
SOMMAIRE.....		ix
INTRODUCTION.....		1
1.	PROBLEMATIQUE.....	3
1.1.	Hypothèses de recherche.....	9
1.2.	Objectifs	9
1.2.1.	Objectif général.....	9
1.2.2.	Objectifs spécifiques.....	9
2.	GENERALITES.....	10
2.1.	Définition de quelques états psychologiques exprimés par les patients.....	11
2.2.	Etude conceptuelle des variables et des indicateurs de santé.....	12
2.2.1.	Clarification des concepts.....	12

2.2.2.	Cadre conceptuel.....	14
2.3.	Revue de la littérature.....	16
3.	CADRE D'ETUDE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	19
3.1.	Cadre d'étude.....	20
3.1.1.	Présentation du Département du Littoral.....	20
3.1.2.	Localisation d'Akpakpa.....	22
3.1.3.	Politique sanitaire de l'HZ-SL.....	23
3.2.	Démarche méthodologique	26
3.2.1.	Enquête préliminaire.....	26
3.2.2.	Nature de l'étude.....	26
3.2.3.	Population cible.....	26
3.2.4.	Technique d'échantillonnage.....	27
3.3.	Collecte des données.....	28
3.3.1.	Instruments de collecte et variables mesurées....	29
3.3.2.	Déroulement de l'enquête.....	29
3.4.	Traitement des données.....	30
3.5.	Considérations d'ordre éthique.....	31
3.6	Difficultés rencontrées et limites de l'étude.....	31

4.	RESULTATS	33
4.1.	Caractéristiques des patients enquêtés à l'Hôpital de Zone de SURU-LERE (HZ-SL).....	34
4.1.1.	Caractéristiques sociodémographiques.....	34
4.1.1.1.	Age des enquêtés.....	34
4.1.1.2.	Sexe.....	35
4.1.1.3.	Ethnie.....	35
4.1.1.4.	Religion.....	36
4.1.1.5.	Etat matrimonial.....	36
4.1.2.	Caractéristiques socioéconomiques.....	37
4.1.2.1.	Niveau d'étude.....	37
4.1.2.2.	Catégorie socioprofessionnelle.....	38
4.1.3.	Accessibilité financière selon la profession.....	38
4.2.	Perception des patients sur l'accueil hospitalier à l'Hôpital de Zone de Suru-Léré	40
4.2.1.	Perception sur les prestations de service.....	40
4.2.1.1.	Orientation des malades dans l'enceinte de l'HZ-SL	40
4.2.1.2.	Disponibilité d'agent d'accueil dans l'unité de soins.	41
4.2.1.3.	Facilité ou non des formalités à remplir avant les soins médicaux.....	41
4.2.1.4.	Accueil par rapport au respect d'ordre d'arrivée...	42

4.2.1.5.	Appréciation du temps d'attente.....	43
4.2.1.6.	Avis sur l'ensemble des prestations.....	44
4.2.2.	Hygiène hospitalière.....	46
4.2.2.1.	Hygiène de la salle d'accueil.....	46
4.2.2.2.	Hygiène de la salle de soins.....	46
4.2.2.3.	Hygiène de la salle d'hospitalisation.....	47
4.2.2.4.	Hygiène des infrastructures de l'HZ-SL.....	47
4.2.2.5.	Accessibilité aux infrastructures de l'HZ-SL.....	48
4.2.2.6.	Appréciation de l'hygiène hospitalière selon l'âge.	48
4.2.2.7.	Appréciation de l'hygiène hospitalière selon le sexe.	49
4.2.2.8.	Appréciation de l'hygiène hospitalière selon l'ethnie.	50
4.2.3.	Quelques relations interpersonnelles.....	51
4.2.3.1.	Impact de la communication au sein du personnel soignant sur le comportement des patients de l'HZ- SL.....	51
4.2.3.1.1.	Influence de la communication des agents d'accueil	51
4.2.3.1.2.	Influence de la communication des consultants....	52
4.2.3.1.3.	Influence de la communication des soignants.....	53
4.2.3.2.	Choix des soignants selon la perception des patients.....	53
4.2.3.3.	Satisfaction des patients par rapport à leurs demandes d'assistance.....	54

4.2.3.4.	Influence de la communication sur la durée des soins médicaux quotidiens.....	55
4.2.3.5.	Possibilité de dialoguer facilement avec le personnel de l’HZ-SL.....	56
4.2.3.6.	Possibilité de dialoguer selon le sexe et l’âge.....	57
4.2.4.	Appréciation de quelques relations interpersonnelles selon le sexe.....	58
4.3.	Utilisation des services de soins de l’HZ-SL.....	59
4.3.1.	Impacts de l’accueil sur la fréquentation de l’HZ-SL.	59
4.3.1.1.	Choix de l’HZ-SL selon les patients.....	59
4.3.1.2.	Fréquentation de l’HZ-SL.....	59
4.3.2.	Satisfaction des patients.....	60
4.3.2.1.	Possibilité de recommander l’HZ-SL à d’autres patients.....	60
4.3.2.2.	Satisfaction des patients selon le sexe et l’âge....	61
4.3.3.	Sentiments des patients au lendemain des consultations.....	62
4.3.3.1.	Appréciation de l’état de santé des patients au lendemain des consultations.....	62
4.3.3.2.	Influence de la relation interpersonnelle sur le résultat des soins médicaux.....	63
4.3.3.3.	Quelques états psychologiques exprimés au cours	

	des premiers jours de l'hospitalisation.....	65
5.	DISCUSSION DES RESULTATS	66
5.1.	Des caractéristiques des patients enquêtés.....	67
5.2.	Des perceptions des usagers sur l'accueil hospitalier.....	70
5.3.	Des facteurs influençant l'accueil hospitalier.....	75
5.3.1.	Des facteurs relationnels.....	76
5.3.2.	Des déterminants de la santé.....	79
5.4.	Des impacts de l'accueil hospitalier sur les usagers et le rendement de l'hôpital.....	79
5.4.1.	Conséquences positives.....	79
5.4.2.	Conséquences négatives.....	80
	CONCLUSION ET SUGGESTIONS	83
	REFERENCES	88
	ANNEXES	98

ANNEXES