

**Ministère de l'Enseignement Supérieur de la Recherche et de l'Innovation
Université Assane Seck de Ziguinchor**



**Unité de Formation et de Recherche des Sciences Économiques et Sociales
Département de sociologie**

Mémoire de Master

**Intitulé du Master : Politiques Publiques, cultures et développement
Spécialité : Politiques publiques et développement**

**Les effets de l'accueil sur la relation soignant-soigné :
étude comparative entre le Poste de Santé Néma, le
Centre de Santé Silence et l'Hôpital de la Paix dans la
commune de Ziguinchor**

Présenté par : Alioune DIAGNE

Membres du jury

Dr Youssouph TINE , Médecin-Chef de Région, Ziguinchor	Président de jury
Pr Fatoumata HANE , Maître de conférences	Encadreur
Dr Jean Alain GOUDIABY , Maître assistant	Examineur
Dr Ibrahima Demba DIONE , Maître assistant	Examineur

Année universitaire 2021-2022

DEDICACES

Gloire à Dieu tout puissant, Miséricordieux et très Haut pour nous avoir permis et donné la responsabilité d'entamer et de terminer ce travail.

Je dédie ce mémoire :

A mes défunts grands parents Mamadou Mame Mbenda FALL et Seynabou SOW pour leur participation à mon éducation de base. Que la terre leur soit légère.

A mon défunt oncle Elhadji Modou Rokhaya Mbacké FALL pour avoir fait de moi ce que je suis devenu aujourd'hui. Que la terre lui soit légère.

A mes oncles Thierno Mame Mbenda Fall et Meissa FALL sans eux rien de tout ça ne serait arrivé. Que dieu leurs prête une longue vie.

A mes parents feu mon père Modou Farmata DIAGNE et ma mère Sokhna Astou FALL pour leur bravoure, leur dévouement, leurs peines et souffrance, mais surtout pour l'amour sincère qu'ils portent pour moi.

A ma femme Seynabou DIENG et mon fils Mamadou Mame Mbenda DIAGNE.

A mes tantes de Bambey.

A Alioune Badara DIENG et sa femme Astou GUEYE pour toutes les peines consenties pour moi, et surtout leurs conseils et orientations. Egalement pour m'avoir accueilli à Ziguinchor.

A Docteur Jean Jacques Nsoumou MALOMAR actuel MCD de Mbour et ancien MCD de Ziguinchor qui m'a autorisé à m'inscrire et beaucoup accompagné pendant les cours.

A Docteur Ousseynou Cissé actuel MCD de Thilogne et ancien MCA de Ziguinchor et à l'ancienne équipe de riposte COVID19 du district de Ziguinchor.

Au groupe les amis de Castor.

Aux personnels des postes de santé de Baghagha, Lyndiane Municipal et Santhiaba

A mes promotionnaires IDE/SFE 2012 de l'ENDSS.

Aux ICP, SFE et personnel communautaire du district de Ziguinchor.

A mes frères, sœurs, cousins, et amis.

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail nécessitant volonté, courage, patience et méthode, je tiens à remercier tous ceux qui ont de près ou de loin contribué à l'aboutissement de ce travail.

Nous tenons particulièrement à témoigner tous nos sincères remerciements :

Au Professeur Fatoumata HANE, notre directeur de mémoire, pour sa disponibilité permanente tout au long de ce travail. Son concours très précieux et ses conseils, malgré ses occupations administratives et professionnelles. Qu'il retrouve ici toutes nos sincères reconnaissances:

Aux Dr Bernard TAVERNE, Dr Khoudia SOW, Dr Gabrielle LABORDE-BALLEN et Souleymane SOW pour leur formation.

A tous les professeurs du département de sociologie pour nous avoir initié à la recherche tout au long de notre cursus universitaire et de nous avoir insufflé le désir d'aller de l'avant.

Aux responsables des structures que sont le poste de santé de Néma, le centre de santé de Ziguinchor et l'hôpital de la paix pour m'avoir facilité l'accès de dérouler facilement mon travail.

Les personnels de santé de ces différentes structures pour leur disponibilité.

Les malades qui ont bien voulu participer à mon étude.

A Amy Bassara GOUDIABY, Fatou SANE, Félonie Chadia MALOU, Florence MENDY pour m'avoir accompagné en me permettant de suivre mes cours sans stresser.

Omar SANE et Siaka BODIAN CDS du poste de santé de Lyndiane Municipal pour leur compréhension.

Tous les étudiants de sociologie de la promotion 2018-2021 : Sagar DIOP, Rocky SANE Yatma LOUM, Marguerite Tabsy BADJI, Mariama COLY, Nfamara DIEME et Alassane SANE pour leur soutien moral et les échanges très intéressants tout au long de notre formation.

SIGLES ET ACRONYMES

AFR/RC : Comité Régional Africain

ANSD : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie

ASC : Agent de Santé Communautaire

ASP : Agent de Sécurité de Proximité

BREIPS : Bureau Régional de l'Éducation de l'Information et de la Promotion de la Santé

CDS : Comité de Développement Sanitaire

CDT : Centre de Traitement

CICODEV : Institut Panafricain pour la citoyenneté, les consommateurs et le développement

CTA : Centre de Traitement Ambulatoire

CPN : Consultation Périnatale

CPON : Consultation postnatale

CREN : Centre de Renforcement Nutritionnel

CSU : Couverture Sanitaire Universelle

DSZ : District Sanitaire de Ziguinchor

ECG : Electrocardiogramme

ENDSS : École Nationale de Développement Sanitaire et Sociale

EPS : Établissement Public de Santé

FMI : Fond Monétaire International

HAL: Hyper Article en Ligne

HEAL: Health and Environment Alliance

IB : Initiative de Bamako

ICP : Infirmier Chef de Poste

IDE : Infirmier d'État

IEC/CCC : Information Education Communication/ Communication pour le Changement de Comportement

ILSL : Institut de Linguistique et des sciences du langage

ISMEA : Initiative pour la Santé des Mères et des Enfants d'Afrique

IST : Infection Sexuellement Transmissible

JICA : Agence Japonaise de Coopération Internationale

LMD : Licence Master Doctorat
MCA : Médecin Chef Adjoint
MCD : Médecin Chef de District
MSAS : Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
ODD : Objectif du Développement Durable
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
PF : Planification Familiale
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PTA : Pavillon de Traitement Ambulatoire
PNDS : Plan de National de Développement Sanitaire
PSNSC : Plan Stratégique National de Santé Communautaire
RMZ : Région Médicale de Ziguinchor
SR/CMU : Service Régional/Couverture de la Maladie Universelle
SIDIIEF : Secrétariat International des Infirmières et Infirmiers de l'Espace Francophone
SFE : Sage-Femme d'Etat
SNFS : Stratégie Nationale de Financement de la Santé
SONATEL : Société National de Télécommunication
SP : Sulfadoxine Pyriméthamine
SSP : Soins de Santé Primaires
UA : Union Africaine
UASZ : Université Assane Seck de Ziguinchor
UCAD : Université Cheikh Anta Diop de Dakar
UFR : Unité de formation et de Recherche
UNICEF : Fond des Nations Unies pour l'Enfance

Liste des tableaux

Tableau I : présentation des concepts.....	35
Tableau II :infrastructures socio-sanitaires dans la commune de Ziguinchor.....	41
Tableau III :répartition par structure des personnes à enquêter	45
Tableau IV: croisement entre profession et statut professionnel (soignant), Néma.....	62
Tableau V : croisement entre profession et statut professionnel (soignant), Silence.....	63
Tableau VI :croisement entre profession et statut professionnel (soignant), La Paix	65
Tableau VII : croisement entre genre et âge (soigné), Néma.....	66
Tableau VIII : croisement entre genre et âge (soigné), Silence	67
Tableau IX : croisement entre genre et âge (soigné), La Paix	69
Tableau X : description des effectifs selon la source de motivation initiale (soignant), Néma, Silence, La Paix.....	71
Tableau XI : croisement entre source de motivation actuelle et changement de profession dans l'avenir (soignant), Néma, Silence et La Paix.	72
Tableau XII : croisement entre raison du choix de la structure et appréciation de la prise en charge (soigné), Néma, Silence et La Paix.....	81
Tableau XIII : croisement entre période de la formation sur l'accueil et formation sur l'accueil (soignant), Néma, Silence et La Paix	85
Tableau XIV : croisement entre expérience professionnelle et connaissance de la charte du malade (soignant), Néma, Silence et La Paix.....	90
Tableau XV : description des effectifs selon l'opinion sur la charte du malade (soignant), Néma, Silence et La Paix	91
Tableau XVI : description des effectifs selon l'accueil dans la structure (soignant) Néma, Silence et La Paix.....	93
Tableau XVII : description des effectifs selon l'accueil dans la structure (soigné), Néma, Silence et La Paix	95
Tableau XVIII : description des effectifs selon l'appréciation de la propreté (soigné), Néma, Silence et La Paix	103
Tableau XIX : croisement entre temps d'attente et respect des horaires de travail (soigné), Néma, Silence et La Paix	105
Tableau XX : description des effectifs selon la relation soignant-soigné (soignant), Néma, Silence et La Paix.....	108
Tableau XXI : description des effectifs selon l'accueil dans le processus de soins (soigné), Néma, Silence et La Paix	124
Tableau XXII : description des effectifs selon la relation soignant-soigné (soigné), Néma, Silence et La Paix	131
Tableau XXIII : analyse stratégique des acteurs	138

Liste des graphiques

Graphique 1 : description des effectifs selon l'expérience professionnel (soignant), Néma.....	62
Graphique 2 : description des effectifs selon l'expérience professionnel (soignant), Silence	63
Graphique 3 : description des effectifs selon l'expérience professionnel (soignant), La Paix.....	64
Graphique 4 : description des effectifs selon le niveau d'étude (soigné), Néma	66
Graphique 5 : description des effectifs selon la profession (soigné), Néma	67
Graphique 6 : description des effectifs selon le niveau d'étude (soigné), Silence	68
Graphique 7 : description des effectifs selon la profession (soigné), Silence	68
Graphique 8 : description des effectifs selon le niveau d'étude (soigné), La Paix.....	69
Graphique 9 : description des effectifs selon la profession (soigné), La Paix	70

Liste des figures

Figure 1: territorialisation de la commune de Ziguinchor.....	40
Figure 2: carte des infrastructures sanitaires de la commune de Ziguinchor	43
Figure 3: organigramme du poste de santé de Néma	54
Figure 4: organigramme du centre de santé de Ziguinchor.....	56
Figure 5: organigramme de l'hôpital de la Paix	59
Figure 6 : systèmes d'action concrète	139
Figure 7 : diagramme de synthèse.....	140

SOMMAIRE

DEDICACES	i
REMERCIEMENTS	ii
SIGLES ET ACRONYMES	iii
Liste des tableaux	v
Liste des graphiques	vi
Liste des figures.....	vii
SOMMAIRE	viii
RESUME.....	x
INTRODUCTION.....	1
PARTIE 1 : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE	4
CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL	4
1.1 Revue critique de la littérature	4
1.2 Problématique.....	18
1.3 Objectif général	28
1.4 Objectifs spécifiques	28
1.5 Hypothèse principale.....	28
1.6 Hypothèses secondaires.....	28
1.7 Justification du sujet.....	28
1.8 Cadre conceptuel	29
1.9 Modèle d'analyse	36
CHAPITRE 2 : CADRE METHODOLOGIQUE	39
2.1 Cadre général de l'étude.....	39
2-2 Démarche	43
2-3 Technique de recherche	45
2-4 Technique d'analyse	50
2-5 Difficultés rencontrées	51
2-6 Limites de l'étude.....	51
PARTIE 2 : ETUDE DE L'ORGANISATION ET DU FONCTIONNEMENT DU POSTE DE SANTE DE NEMA, LE CENTRE DE SANTE SILENCE ET L'HOPITAL DE LA PAIX.....	53
CHAPITRE 3 : PRESENTATION DU POSTE DE SANTE DE NEMA, LE CENTRE DE SANTE DE ZIGUINCHOR ET DE L'HOPITAL DE LA PAIX	53
3-1 Le poste de santé de Néma.....	53
3-2 Le centre de santé Silence	55
3-3 L'Hôpital de la paix	57
CHAPITRE 4 : LES FACTEURS MOTIVANTS POUR DEVENIR UN PERSONNEL DE SANTE ET FAIRE LE CHOIX D'UNE STRUCTURE SANITAIRE	61

4-1 Les caractéristiques de la population d'étude	61
4-2 Les sources de motivation soignant	71
4-3 Expériences des soignés vis-à-vis de l'accueil et de la relation soignant-soigné dans les structures	74
4-4 Les attentes des soignés par rapport à l'accueil et la relation soignant-soigné	78
4-5 Les raisons du choix de la structure	81
PARTIE 3 : ANALYSE DES DONNEES TRAITANT LES EFFETS DE L'ACCUEIL SUR LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE.....	85
CHAPITRE 5 : LES ELEMENTS DETERMINANTS DE L'ACCUEIL ET DE LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE.....	85
5-1 Les connaissances et compétences du soignant sur l'accueil.....	85
5-2 Dispositif d'accueil	97
5-3 Temps d'attente.....	105
5-4 Les connaissances et compétences du soignant sur la relation soignant-soigné	108
5-5 Mécanisme d'évaluation de la satisfaction des soignés	111
CHAPITRE 6 : REPRESENTATIONS DE L'ACCUEIL ET DE LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE ET ANALYSE STRATEGIQUE DES ACTEURS.....	117
6-1 Représentations de l'accueil et de la relation soignant-soigné.....	117
6-2 Analyse stratégique des acteurs	138
CONCLUSION	144
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	146
Table des matières	152

RESUME

Ce mémoire s'intéresse au processus de prise en charge des soignés dans la commune de Ziguinchor dont l'accueil en constitue le début de même que la relation soignant-soigné.

La problématique de recherche aborde les facteurs déterminants de l'accueil sur la relation soignant-soigné et spécifiquement aux expériences et perceptions des soignés, au dispositif d'accueil et la manière d'accueillir des soignants.

Dans ce travail trois structures de la ville de Ziguinchor (le poste de santé de Néma, le centre de santé de Ziguinchor et l'hôpital de la Paix) ont servi de cadre d'étude. La recherche, à la fois qualitative et quantitative s'appuie sur une enquête auprès de 334 personnes pour les questionnaires et 50 autres pour les entretiens. La cible est constituée par les soignés, les soignants et les acteurs institutionnels et responsables de structure.

Les résultats de l'enquête de terrain montrent d'un côté que le dispositif d'accueil dans chacun de ces points de prestations est informel délégué aux services de sécurité non formés à ces tâches et effectuant ainsi un double travail. De plus, du fait de la spécificité tant organisationnelle que technique la manière d'accueillir des soignants de même que les expériences et perceptions de patients présentent des variations. Malheureusement les problèmes observés à ce niveau sont faiblement pris en compte dans la politique de gestion de ces structures. Pourtant soignés, soignants comme acteurs institutionnels et responsables de structure sont conscients de la nécessité de mettre en place un mécanisme d'évaluation de la satisfaction des usagers.

Mots clés : Soignant, soigné, accueil, dispositif d'accueil, relation soignant-soigné, Ziguinchor

INTRODUCTION

« *Souvent les agents sont en train de bavarder quand on arrive, ils prennent tout leur temps avant de se lever alors qu'ils savent très bien que si on vient là c'est parce qu'on est malade* » (Ali, Niamey) (J. P. O de Sardan et Y. Jaffré, 2003 :54).

« *Un bon soignant c'est celui qui a de la considération pour les gens. Celui qui, lorsque tu te présentes, il te demande ce que tu ressens, il ne te crie pas dessus, il ne te fout pas la trouille. Il t'interroge calmement, tu lui réponds et il te donne une prescription* » (Kadidja, Gaweye, Niamey.)

(J. P. O de Sardan et Y. Jaffré, 2003 :52).

Deux extraits qui permettent de faire une remarque amère sur le vécu et l'attente des soignés dans leur interaction avec les soignants. Le constat qui revient est que le fonctionnement des structures sanitaires semble être dénaturé par le comportement des acteurs sensés permettre une bonne prise en charge des problèmes de santé. Le soignant comme raison d'être du soigné serait-il être remise en cause par cette situation paradoxale ? Toutefois la singularité et la pertinence de la relation thérapeutique réside dans sa finalité qui revient à prendre en compte en même temps l'homme et sa maladie. Il convient de noter qu'on ne peut pas dissocier ces deux entités qui semblent être intimement liés. Ainsi l'efficacité des interventions se trouve dans la capacité du soignant de pouvoir toucher à la fois l'individu et le corps malade.

Donc la prise en compte de la relation soignant-soigné constitue un élément important dans le processus de soins de même qu'un accueil adéquat contribue à lutter contre l'une des barrières à l'entrée ayant un impact sur la fidélisation des usagers pouvant même mettre en jeu la réputation d'une organisation. L'accueil dans un point de prestation de service est le premier maillon de la chaîne relationnelle. Aussi il a pour objectif l'aboutissement à une relation de confiance mutuelle. Appliqué en milieu de soins, l'accueil est « *un acte complexe* ». En effet, il permet le contact du patient et de son entourage avec l'établissement public de santé qui constitue également le moment où les premières impressions se construisent. Dans une structure sanitaire, « *l'accueil est un acte professionnel réfléchi, qui s'analyse, s'apprend, se développe dans une finalité de qualité des soins* » (M. Formarier, 2003 :15).

Confronté au besoin de comprendre sa maladie, le soigné qui se présente dans une structure s'attend à être rassuré, l'accueil constitue dans ce cadre un début de réponses à ses différentes interrogations. Son but est d'établir une relation de soutien et de sécurité qui favorise l'acceptation des soins, rend l'accès facile aux soins et permet surtout l'adhésion au traitement. En même temps il convient de noter qu'il participe à la réduction de l'angoisse de même que la désorientation. C'est la raison pour laquelle la recherche de la qualité de l'accueil dépasse les institutions pour maintenant devenir une préoccupation majeure de la population qui ne cesse de se lamenter dans le but de pousser les décideurs publics à prendre des mesures correctrices.

Au Sénégal, l'article 6 de la charte du malade souligne que « *les établissements hospitaliers sont tenus d'accueillir toutes personnes, quels que soient leur origine, leur sexe, leur situation de famille, leur âge, leur état de santé, leur handicap, leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses. A défaut de pouvoir les accueillir, ils doivent tout mettre en œuvre pour assurer leur admission dans un autre établissement* ».

Parallèlement, le code de déontologie médicale explique en son article 7 que « *le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Également il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée* ».

Malgré tout ce dispositif réglementaire mis en place l'accueil des soignants au Sénégal continue d'être un sujet à polémique qu'il est intéressant d'analyser. A une échelle plus spécifique nous comptons étudier ce phénomène dans la commune de Ziguinchor, plus précisément au niveau du poste de santé de Néma, du centre de santé de Ziguinchor et de l'hôpital de la Paix. Nous allons alors chercher à comprendre comment se présentent les effets de l'accueil des intervenants sur les relations qui se déroulent au niveau de ces différentes structures.

Ce mémoire se structure autour de trois grands axes : le premier, concerne le cadre théorique et méthodologique. Elle comporte aussi deux sous-axes : le cadre théorique et conceptuel et le cadre méthodologique. Le deuxième va aborder l'organisation et le fonctionnement du poste de santé de Néma, du centre de santé de Ziguinchor et de l'hôpital de la Paix. A ce niveau nous avons encore deux sous-axes : la présentation de ces différentes structures et les facteurs motivants pour devenir un personnel de santé et pour le choix d'une structure sanitaire. Enfin

le troisième axe est consacré à l'analyse des données traitant les effets de l'accueil sur la relation soignant-soigné avec notamment ses deux sous axes représentés par les facteurs déterminants de l'accueil et de la relation soignant-soigné mais aussi les représentations de l'accueil et de la relation soignant-soigné.

PARTIE 1 : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE

Cette partie est consacrée à la construction de l'étude. Il convient de noter que, la mise en œuvre d'un cadre théorique et méthodologique reste indispensable car, elle est le fil conducteur de la recherche et permet de mieux procéder à la collecte des informations sur le terrain. Ainsi cette partie va tourner autour de deux sections. D'une part nous avons le cadre théorique et conceptuel et d'autre part, le cadre méthodologique.

CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL

Ce chapitre permet de comprendre le cadre général de notre sujet avec l'aide de travaux effectués par des chercheurs ainsi que les théories qui se rapportent à notre domaine de recherche. C'est un élément fondamental de notre travail parce que nous allons y parler des points importants que sont la revue critique de la littérature, la problématique, les objectifs et hypothèses de recherche, la justification du sujet, le cadre conceptuel et enfin le modèle d'analyse.

1.1 Revue critique de la littérature

Plusieurs chercheurs ont axé leur travail sur un ensemble de points qui tourne autour de la santé et de la prise en charge de la personne malade. Cette présente revue s'oriente d'abord vers les études globales liées à la dynamique aboutissant au processus de soins. Ensuite, elle aborde la question des systèmes de santé et politiques de santé qui constituent l'armature principale du dispositif de prise en charge. Enfin, elle se termine en revenant sur des aspects abordant l'accueil dans la relation de soin.

1.1.1 Du concept de santé au processus de soins

Si la santé est une préoccupation qui a toujours accompagné le développement de l'humanité, le concept de santé s'est lui modifié à l'aune des sociétés, des cultures et des époques, se faisant le reflet des considérations sociales, culturelles, religieuses ou scientifiques. L'histoire de la santé est donc toujours déjà une histoire des mentalités, des idées, des sociétés et des cultures. (A. Klein 2008 :213). L'approche du concept de la santé connaît une évolution dynamique en fonction du temps et de l'espace.

Cependant l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». La santé est ainsi prise en compte dans sa globalité. Elle est associée à la notion de bien-être. Ce qui fait sa pertinence dans l'approche de résolution des problèmes de santé. Toutefois le caractère universel de cette définition ne prend pas en compte

les spécificités socioculturelles qui parfois entrent en jeu.

Cela s'est d'ailleurs reflété dans le rapport sur le système de santé en Afrique : perception et perspectives communautaires, (2012, OMS bureau régional Afrique). Ainsi la définition que donnent les communautés à la santé comprend « *le bien-être physique, mental, émotionnel, spirituel, social et économique* ». Cette définition de la santé, qui va au-delà de celle de l'OMS est illustrée par cette citation qui: « *ce que je pense, je ne crois pas me tromper, mais l'idée que j'ai de la santé est qu'elle doit être spirituelle aussi bien que physique. On peut être physiquement en bonne santé mais pas bien spirituellement. La chose la plus importante est d'être en bonne santé spirituellement et physiquement* » (2012 :12).

La perception de la santé est subjective. Chacun entretient une idée, ou une “ norme ”, de sa santé qui lui est propre, c'est entendu. Celle-ci se présente donc d'emblée comme relative, en ce sens qu'elle varie en fonction de l'expérience vécue (le parcours de vie), et en fonction de son état actuel. Mais une partie au moins des critères qui permettent cette évaluation personnelle, provient du milieu environnant (C. Olm et P. Le Quéau, 1999 :31).

Selon D. Ouédraogo, interroger la maladie, c'est questionner son sens et sa provenance. Dans le même mouvement, on est amené à s'intéresser à tous les éléments constitutifs de son être. Surtout, c'est tout l'univers social qui doit être embrassé, car l'explication de la maladie peut fort bien résider dans le corps social. On ne saurait séparer la maladie d'une vaste hiérarchie de choses. Elle est même assimilable à quelque chose de proche et de hiérarchisé. Cette proximité hiérarchisée implique tous les membres de la société, dans la représentation traditionnelle négro-africaine. Par conséquent, c'est le corps social qui est sollicité par la maladie d'un de ses membres et chacun est amené à se charger de la maladie de l'autre. Ainsi, les pères sont impliqués, les grands-pères le sont, de même que les aïeux même s'ils ne sont plus là, en vertu de forces surnaturelles. La maladie s'inscrivant dans un agencement collectif, chacun peut consulter le patient, à son niveau de responsabilité (D. Ouédraogo, 2008 :9). En somme au regard de ces auteurs on se rend compte que le concept de santé en Afrique est indissociable de la dimension culturelle et sociale des problèmes de santé.

Aussi il est aujourd'hui courant de qualifier la santé, envisagée du point de vue de la médecine, comme une santé abstraite, perçue dans le prisme du pathologique. Le modèle biomédical de la santé, c'est-à-dire le discours que tient la science médicale et qu'elle s'est forgée au cours du XIXe siècle, est paradoxal puisque la biomédecine, ayant pour paradigme la biologie, se donne pour objet les maladies et non la santé (A. Klein 2008, p216-217). La réponse est essentiellement curative parce que centrée sur la maladie, diagnostiquée par des médecins dans

un système de soins autonome qui n'aborderait l'aspect éducatif que de manière ponctuelle. Le sujet est le malade, le patient. Sa prise en charge est construite à partir d'une étiologie principalement organique où la causalité linéaire se vérifie (ou cherche à se vérifier), issue d'une conception selon laquelle la médecine est une science basée sur le modèle positiviste (J. Billon, 2000:19). Toutefois, malgré ses avantages indéniables, le modèle biomédical présente des limites liées à son orientation organiste.

Le modèle biopsychosocial est à la fois un modèle théorique, c'est-à-dire un ensemble cohérent et articulé d'hypothèses explicatives de la santé et de la maladie, et un outil clinique, c'est-à-dire un ensemble de moyens diagnostiques et thérapeutiques directement applicables. Sur le plan théorique, il s'agit d'une représentation de l'être humain dans laquelle les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie (A. Berquin, 2010 : 2). S. Syed and al souligne encore dans ce sens « *le modèle bio-psychosocial aide un donneur de soins de santé à mieux comprendre le rôle des divers facteurs responsables du développement de la maladie et fournir des informations préventives plus complètes aux patients de la société sur comment ils devraient ajuster leur mode de vie pour avoir une meilleure qualité de vie* » (2020:253). Ce modèle permet le passage de la maladie de l'homme à l'homme malade. Il ressort alors la dimension humaine dans la prise en charge des problèmes de santé.

L'approche éco-systémique à la santé humaine est une nouvelle approche holistique découlant de cette métaphore qui place l'être humain au centre de la problématique du développement tout en considérant la pérennité de l'écosystème dont il est une partie intégrale. Il n'y a pas de développement durable qui ne considère à la fois le bien-être des humains et la pérennité de son écosystème (G. Forget et J. Lebel, 2003 :594). L'enjeu dans lequel s'inscrit l'approche éco-systémique de la santé humaine, l'approche Éco-Santé qui n'est rien de moins que la place de l'humain dans son environnement. Comme le dit Mariano Bonet, leader d'un projet de réhabilitation du plus vieux quartier de La Havane: « *l'approche Éco-Santé reconnaît qu'il y a des liens inextricables entre les humains et leurs environnements biophysique, social et économique et que ces liens se répercutent sur la santé des individus* » (J. Lebel, 2003 : 2). La responsabilité de l'homme en interaction avec son environnement est mise en exergue. Les facteurs environnementaux ont une influence sur la santé.

Précédemment le rapport Lalonde, paru en 1974 au Canada, a aussi mis en évidence une nouvelle perspective fondée sur une vision globale de la santé humaine connue sous le nom d'approche des « *déterminants* » : un idéal où l'intégration des pratiques, la continuité des soins

et l'étendue des services offerts permettraient de venir à bout des inégalités de santé (P. G. Forest, 2005 :58). Selon Lalonde, les déterminants de la santé sont au nombre de quatre (04) : la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation du système de soins de santé. Quelques années après en 1978 avec les Soins de Santé Primaires (SSP), nous avons assisté à l'émergence du concept de la santé communautaire qui demande un engagement dans la recherche de la résolution de ses problèmes de santé. D'ailleurs dans le rapport de la conférence sur les SSP, il est précisé que : « *tout individu a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés* » (Conférence d'Alma-Ata, 1978). Dans ce cadre, la population passe alors de bénéficiaire passif à celui d'acteur. De plus, d'autres secteurs sont interpellés pour comprendre les problèmes de santé.

Ainsi les SSP sont définis comme étant : « *des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrant étant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.* » (Déclaration d'Alma-Ata, 1978).

En outre en 1986, lors de conférence sur la promotion de la santé à Ottawa, une représentation positive de la santé voit le jour. Elle est alors perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie, il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques (Charte d'Ottawa, 1986). Nous passons alors de la participation communautaire à la responsabilisation individuelle pour les questions liées à la santé.

L'évolution du concept de santé va entraîner également des changements dans les pratiques. Il convient de noter que la santé publique s'inscrit alors dans ce cadre. L'OMS définit la santé publique comme étant « *l'art et la science de prévenir les maladies, de prolonger la vie, d'améliorer la santé physique et mentale des individus par les moyens d'actions collectives pour: assainir le milieu (hygiène du milieu); lutter contre les épidémies (maladies*

contagieuses) ; enseigner l'hygiène corporelle (état sanitaire de la collectivité) ; organiser les services médicaux et infirmiers (problèmes de santé des populations) ; faciliter les accès aux consultations précoces et aux traitements préventifs et mettre en œuvre des mesures sociales propres à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec la santé» (OMS,1952 : 6). Ainsi le terme «santé publique» doit désigner la mise en œuvre d'une politique liée au développement global de la santé. Cela comprend différents niveaux comme : la gestion du système de soins, l'établissement et la gestion de normes alimentaires et de l'hygiène, le contrôle sanitaire des transports, la gestion des déchets et des eaux usées, l'éducation à la santé, la prévention, l'information (Santé conjugée avril 1998 n°4 :29). Aussi elle n'a pas de corps de savoir ou de méthodes propres puisqu'elle les emprunte à différentes disciplines mères (D. Jourdan et al.2012 :169). Pour Dozon et Fassin, la santé publique est une pratique technique, à laquelle l'épidémiologie a pu donner ses lettres de noblesse, même si l'économie lui imposait dans le même temps son espace de contraintes (2001 :8). Il convient de noter ici que le déroulement des interventions de la santé publique se fait de manière verticale avec l'intervention des institutions publiques et/ou parapubliques.

Au tournant des années 1970, un peu partout dans le monde, l'expression « *santé communautaire* » était très présente dans l'univers de la santé publique et plus largement dans celui du socio-sanitaire (D. Jourdan et al. 2012 :166). La « *santé communautaire* » est une pratique ou une méthode qui repose sur les principes de décloisonnement, de l'implication de la population dans l'identification de ce qui lui fait problème, de la mobilisation des capacités de la population à s'adapter ou à évoluer, de la participation des membres de cette population à l'ensemble du processus Santé conjugée avril 1998 n°4 :29). Dans le document « la santé communautaire au cœur de l'initiative 5% », il est noté que l'amélioration des systèmes de santé ne peut être effective sans le renforcement des systèmes communautaires. Ces systèmes ont en effet des capacités et une responsabilité spécifiques et adaptées lorsqu'il s'agit d'identifier, de comprendre et de satisfaire les besoins des personnes marginalisées et vulnérables au sein de la société et qui, de ce fait, sont désavantagées lorsqu'elles veulent accéder aux services de santé et à d'autres services de base (L'initiative 5%,2019 :1). Au regard de ces différentes descriptions, le fait notable à prendre en compte reste la participation communautaire qui est au cœur du dispositif. La communauté est maintenant responsabilisée dans les programmes de santé.

1.1.2 Système et politiques de santé

Le système de santé est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé, dans le rapport sur la santé dans le monde comme « *la totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'interventions sanitaires* » (OMS 2000 : Xi). Son objectif est double : il s'agit à la fois d'atteindre le meilleur niveau de santé moyen possible, autrement dit, de parvenir à satisfaire les attentes des populations (qualité) ; et de réduire au minimum les écarts entre les individus et entre les groupes c'est-à-dire, de parvenir sans discrimination, à assurer à chacun la même qualité de soins (équité) ; et tout ceci dans l'amélioration de la santé des populations. Ainsi, comme le note ce rapport de l'OMS cité en haut, les pays ont besoin de systèmes qui sont en mesure de leur protéger et de leur fournir les conditions de bénéfice d'une prise en charge pouvant répondre aux attentes de la population.

En Afrique au sud du Sahara, au lendemain des indépendances, c'est la conception de « *la santé pour tous* » qui était la règle, et la gratuité des soins le système dominant. La prestation gratuite des soins était vécue comme une conquête fondamentale de la libération des peuples de la domination coloniale (S. Tisio et Y.A. Flori, 1997 :838). Toutefois cet état providence n'a pas pu prospérer à cause de la situation économique des pays africains durant les années 70 et 80, caractérisée par une stagnation, une récession économique et par l'aggravation des conditions sanitaires, a conduit les dirigeants de ces pays ainsi que les instances internationales à remettre en question le système de fourniture gratuite des soins (S. Tisio et Y.A. Flori, 1997 :838). Le contexte a poussé donc là plus part des états africains a changé de politique pour répondre aux problèmes de santé de leur population. Ainsi cela va se matérialiser par la déclaration d'Alma-Ata sur les SSP et parle du lancement de l'Initiative de Bamako en 1988.

Donc c'est en reconnaissant que « *le fait que les services de santé partout dans le monde ne répondaient pas aux besoins des populations qu'ils étaient censés servir, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), par le biais de la Déclaration d'Alma-Ata en 1978 (OMS et UNICEF, 1978; Lawental,2008), a lancé l'approche des soins de santé primaires (SSP), qui est axée sur le rôle principal de l'engagement commun et de la participation communautaire à la prestation des services de santé. Le fait que les populations des communautés urbaines, périurbaine rurales ont le potentiel de contribuer utilement à la conception et à l'organisation de services de santé efficace a de nouveau été souligné dans la Déclaration d'Addis-Abeba (OMS, 2006), le Rapport sur la santé dans le monde (OMS, 2008e) et la Déclaration de Ouagadougou (OMS, 2008a). Dans ces déclarations, l'OMS a repris le modèle des SSP et rappelé l'importance des approches centrées sur la personne et des principes de la couverture*

universelle » (Rapport sur le système de santé en Afrique : perceptions et perspectives communautaires, 2012:1). Ce document revient alors pour rappeler qu'on doit mettre le malade au cœur du dispositif au lieu de la maladie. Une redéfinition de la politique des soins de santé primaires devient alors nécessaire.

Cependant en ce qui concerne l'initiative de Bamako, « *il a pour but général d'améliorer la santé des populations, en particulier celle des femmes et des enfants. Elle avait pour premier objectif d'encourager les communautés à participer à la mise en place d'un système de financement communautaire de l'approvisionnement en médicaments et autres produits essentiels. On s'est rendu compte, au fil des ans, qu'il était indispensable de faire participer la communauté à la mobilisation des ressources et à leur utilisation, notamment en ce qui concerne la prestation des soins de santé. Les systèmes de cofinancement et de cogestion communautaires mis en place dans le cadre de l'Initiative de Bamako sont, par conséquent, des mécanismes qui permettent aux communautés d'assumer une part de responsabilité accrue dans les services de santé dispensés aux familles et aux individus.* » (AFR/RC49/13, 1999 :1). Cette politique est instaurée pour le financement des SSP avec l'implication de la population ce qui nous éloigne alors de l'état providence. La mise en application de l'Initiative de Bamako a permis d'enregistrer certains progrès dans la gestion des structures de santé dans plusieurs pays africains. Cependant, si le système n'a que très partiellement contribué à améliorer la disponibilité et la qualité de l'offre de santé, il a également rendu l'accès aux soins encore plus difficile pour les ménages pauvres, en raison de leur impécuniosité (P. Jacquemot, 2020 :7).

D'après V. Ridde, les résultats de cette politique publique sont essentiellement de l'ordre de l'efficacité et non pas de l'équité (2004 :31). En nous référant à ces différents auteurs il ressort que bien vrai que l'IB a réussi plus ou moins à permettre la participation communautaire pour permettre le recouvrement des coûts néanmoins il reste encore des problèmes à l'utilisation des services par une certaine catégorie de la population.

Au Sénégal les objectifs en matière de santé sont matérialisés dans le PNDS dont celui de 2019-2028 qui tend résolument vers l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle au Sénégal. Il est basé sur trois (03) axes majeurs que sont : la gouvernance et le financement du secteur ; l'offre de services de santé et d'action sociale, et la protection sociale dans le secteur (PNDS 2019-2022 : XXIII). Aussi dans le même document a pour enjeu fondamental, l'avancée du pays vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) pour la réalisation de l'Objectif de Développement Durable (ODD) 3. Cependant dans le document stratégie nationale de financement de la santé pour tendre vers la couverture sanitaire universelle, il reste revenu que

l'absence de stratégies communes et inclusives sur les déterminants liés au système de santé limite les efforts visant à rationaliser les dépenses de santé. L'éloignement, l'enclavement, l'insuffisance d'aménagements adaptés aux personnes handicapées, le coût élevé des prestations de santé ou le manque de couverture sanitaire, constituent des obstacles à l'accès équitable aux services de santé. L'accueil est un élément important dans la prise en charge du patient. Des manquements tels que l'engorgement des structures de santé, l'aménagement inadapté, l'insalubrité des locaux, le manque d'humanisation des soins et de socialisation des structures, ont un impact négatif sur la qualité de l'offre de services (MSAS, SNFS ; 2017 :18).

Mais selon C. I. Niang, les approches de santé qui ont servi de modèle et d'armature théorique aux systèmes officiels de santé coloniaux ou postcoloniaux se sont souvent développées en excluant les paradigmes et les constructions sociales de la santé reproduits dans l'histoire et dans la vie des communautés africaines (2004 :18). Le lendemain des indépendances, les pays ont continué à surfer sur cette vague sans la remettre en cause comme nous avons des trajectoires sociologiques complètement différentes.

Pourtant Jacquemot souligne que *« le diagnostic de l'hôpital public africain est sévère. Il faut dire que les plateaux techniques sont souvent vétustes, avec des équipements de laboratoires ou de radiothérapie peu fonctionnels. Il souffre d'un manque de maintenance. Il existe, certes, des îlots épargnés par le constat de la médiocre qualité des soins, mais le personnel médical, rarement formé à l'évaluation des pratiques médicales, est souvent mal préparé face aux tentatives de rationalisation des conduites professionnelles et des pratiques de gestion. La représentation que la population a de l'hôpital public est souvent péjorative, parfois assimilé au « mouvoir », celui où l'on va en dernière extrémité »* (2020 :6). Cet environnement qui présente une situation peu reluisante tant pour les usagers que pour les soignants se trouve être le lieu d'interaction quotidienne.

Dans le document *« Évaluation du système de santé au Sénégal »*, il est ressorti que le Sénégal a opté pour la journée de travail continue. Cependant, au niveau des points de prestation, la continuité des services pose problème du fait de l'absentéisme récurrent de personnels clés ; ce qui a un impact négatif sur l'efficacité des services et la satisfaction des demandeurs de soins. Par conséquent, un contrôle minimal sur les volumes de travail est nécessaire pour renforcer la présence au poste de travail, et améliorer l'offre de soins (C.S.A Mbengue et al. 2009 :36). Le problème organisationnel ressort à ce niveau.

En outre, le Sénégal dispose d'une Politique de santé communautaire qui est un outil de régulation et d'orientation des initiatives communautaires et constitue un cadre approprié pour

l'impulsion, la coordination et le soutien des interventions des différents acteurs. Les principes retenus dans la politique de santé communautaire sont l'équité, la qualité des services, la participation communautaire, la confidentialité, l'approche multisectorielle, la pluridisciplinarité et le devoir de rendre compte. Cette politique de santé communautaire repose sur nos valeurs fondamentales d'éthique, du respect du bien commun, de la bienfaisance, de la responsabilité, de la solidarité et la protection des individus, groupes et communautés vulnérables (PSNSC 2014-2018 :1).

Enfin, depuis 2020, la pandémie de la COVID-19 a fortement mis à l'épreuve le système de santé sénégalais, car cela a été d'une part, non prévu et d'autre part, cela a requis une réorganisation en profondeur du dispositif existant. Il a fallu ainsi définir de nouvelles priorités pour la prise en charge de patients contaminés et en même temps continuer à assurer le service continu pour les autres maladies et urgences sanitaires. Ainsi, l'accès aux services de santé a été pendant un long moment impacté par la peur que la maladie a provoqué au niveau de la population et même certains prestataires. En un moment les structures de santé étaient presque tout le temps quasi désertes. En effet la rumeur s'était répandue selon laquelle tout patient qui se présenterait dans une structure de soins serait automatiquement vu comme un « covidé ». Pendant ce temps la relation de confiance qui devrait exister a connu un choc et est progressivement revenu à la norme. Mais les séquelles sont encore présentes lors de la vaccination contre la COVID-19. Les réseaux sociaux avaient fini par prendre le dessus sur les personnels de santé. Or, ces moyens, comme les médias d'ailleurs, peuvent jouer le rôle d'amplificateur et contribuer à semer la peur et l'angoisse au sein de la société surtout pendant les situations de crise en l'occurrence la pandémie à COVID-19 qui a frappé de plein fouet tous les pays du monde (L. Okhaya, 2020 :2).

Toujours dans le document « *Enquête rapide sur les effets de la COVID-19 ; Une perspective genre – Sénégal* », il est mentionné que l'accès aux services de santé est plus difficile voire impossible depuis le début de la crise en partie à cause des postes de santé qui ont limité leurs services voire les ont suspendus, en plus des médecins qui ont été mis en quarantaine. (Omedia, 2020 :38) Cette situation est bien plus importante pour les populations rurales (29%) que les populations urbaines (21%) (ANSD, 2020 : 38). Tout cela résume alors les chocs subis par les systèmes de santé du monde et auxquels ils ne s'étaient pas préparés à faire face d'autant qu'il s'agit de problèmes nouveaux.

1.1.3 L'accueil dans la relation de soin

La Constitution de l'OMS établit que *« la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain »* (1946). Le droit à la santé comprend l'accès, en temps utile, à des soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable. Cependant, force est de constater qu'entre l'esprit et la lettre, l'enjeu est de taille pour permettre à tout un chacun de pouvoir bénéficier de ce droit. Seulement, il nous permet de voir la place qu'occupe la santé dans les politiques publiques internationales.

Pourtant cet extrait tiré du rapport sur les systèmes de santé en Afrique : perceptions et perspectives communautaires paru en 2012, nous révèle que : *« dans tous les hôpitaux, même dans les dispensaires, il n'y a pas d'amour. Quand tu arrives à l'hôpital, ils te donnent un formulaire à remplir. Il tient la plume. Tu lui dis: Papa, écris, mon enfant se meurt; il répondra, il faut payer. Il croise même les jambes ; tu es inquiète, agitée et il insiste qu'il faut donner l'argent. Avant que l'argent n'arrive, l'enfant meurt. Il n'y a pas d'amour. Pour pouvoir utiliser l'hôpital, il faut payer le tout ou tu meurs si tu n'as pas l'argent qu'il faut »* (Groupe thématique - Femmes). Il revient alors que ce droit à la santé n'est pas encore assuré. Cette perception du système de la santé montre encore qu'il y'a du chemin à faire pour y arriver, dès lors que le premier contact avec les structures qu'est l'accueil reste problématique.

Cependant en nous référant à J. P. Olivier de Sardan et Y. Jaffré, *« l'accueil s'entend au sens strict, c'est-à-dire en référence aux manières de recevoir les gens, de les écouter et de leur parler en tant qu'individus. Ce qui nous renvoie à la société en général et, notamment, aux us et coutumes en matière de bienséance mais aussi de sociabilité. Cela implique que l'accueil ne se limite pas aux échanges de salutations, préalables à toute interaction. L'accueil, ce sont toutes les manières de considérer (regarder, écouter, parler avec) l'autre tout au long d'un face à face: Les lieux d'interaction sont multiples, de l'entrée principale d'une structure tenue par le gardien à la salle de soins où se font les pansements. Les soins concernent le déroulement technique et administratif des activités des services de santé. Ce sont les gestes (faire un pansement, accoucher, poser une perfusion, faire un toucher vaginal, etc.) et l'expression (affectueuse, méprisante, agacée, indifférente ou hostile) qui les accompagne. Cet ensemble gestuel n'est pas séparés de l'accueil tel que défini plus haut ; les deux sont indissociables et s'imbriquent de manière à faire du parcours thérapeutique un continuum réel. »* (2003 :127).

L'accueil devient alors dans ce cadre une affaire de tout le monde. Le patient pendant tout le tout le long du processus de soins en est confronté.

Toutefois si nous prenons le code de la déontologie médicale du Sénégal en son article 3, il avance que « *le médecin doit soigner avec la même conscience tous ses malades, quels que soient les opinions, leur condition, leur nationalité, leur religion, leur réputation et les sentiments qu'ils lui inspirent* ». Il rejoint donc l'article 8 de la constitution qui garantit le droit à la santé à l'ensemble des citoyens sénégalais. Également la charte du malade entre dans ce même cadre législatif. Le constat qui revient est tout est fait pour mettre l'individu au cœur du dispositif en dehors de ses considérations spécifiques. Les limites se trouvent parfois sur leur application sur le terrain notamment avec la charte du malade dont E.M.S Camara (2010) décline des manquements le concernant. Les textes sont présents sans que la population ne soit consciente de leur existence et que rien n'est fait pour remédier à cette situation.

Aussi il y'a un autre aspect de la relation de soins qui peut avoir un impact sur l'accueil à savoir l'asymétrie qui se présente entre les deux interlocuteurs. Plus encore, analyser la complexité des relations de soin revient à mettre sur le devant de la scène une contradiction qui concerne le sujet moderne et démocratique : celle de la vulnérabilité et du pouvoir. Dans cette perspective, une éthique et une politique de ces relations reposent sur l'attention mutuelle entre les hommes afin de faire que la vulnérabilité, rendue visible dans des relations pourtant asymétriques, vaille toujours comme une préoccupation adressée aux autres et à soi (F. Brugère, 2010 p3-4). Il revient de remarquer ici que c'est parce que la maladie a rendu vulnérable cet individu qui entre en relation que le soignant peut se prévaloir de ses connaissances et compétences dans le cadre de la relation.

Maintenant pour un changement de paradigme il est de plus en plus préconisé de « voir la personne derrière la pathologie » : c'est là une recommandation de bonne pratique que nous entendons de plus en plus souvent dans le cadre de l'éthique en santé. Ainsi, après avoir demandé aux médecins de guérir toujours plus de maladies ou de maintenir en vie toujours plus de patients, nous leur demandons désormais de ne plus se focaliser sur la pathologie ou sur l'organe malade, mais de prendre soin de la personne qu'est le patient (J. Henry, 2018 :1). Cette démarche éthique dans le cadre de la relation soin est d'une importance capitale.

Mettre l'humain au centre du dispositif avant de pouvoir lui soulager de son mal. Ce sont deux éléments qu'on ne peut pas séparer parce qu'ils sont intimés liés. Négliger l'un au détriment de l'autre aurait des préjudices sur la prise en charge. Il convient de rappeler une fois de plus que l'éthique de la relation de soin consistera donc à chercher comment réduire cette asymétrie, de façon à rétablir une dimension d'égalité entre le patient et le soignant. Cependant comme le note M. Loriol un bon niveau d'engagement dépend à la fois du contexte, de l'organisation et

des moyens disponibles, mais aussi de normes collectives validées par le groupe de travail, des représentations sociales en vigueur dans le service (2012 :2). Les limites se trouvent alors leur explication dans l'environnement de travail des prestataires qui a une influence sur ses états d'âmes.

L'impression dominante est le règne de règles bureaucratiques excessivement routinières. Les différents services communiquent par des supports écrits (tickets de consultation, ordonnances, diverses prescriptions). Le stylo et le papier sont les principaux outils de travail. Ces deux objets occultent une pléthore de matériel et autres équipements "en panne" ou non utilisés : mobilier divers, tensiomètres, thermomètres, stéthoscopes, pèse nourrissons, etc. Le personnel se plaint toujours et de manière rhétorique du manque de matériel. Or, le travail s'effectue quand même, avec le stylo et le papier (dans le cadre des relations, l'oral suffit largement) (J. P. O. de Sardan et Y. Jaffré, 2003 : 91). Cette situation montre les conditions de travail des acteurs qui certainement à cause de la routinisation se préoccupent de moins en moins de la manière dont se déroulent les échanges avec leurs patients.

Aujourd'hui, le manque de moyens publics laisse une place de plus en plus importante aux initiatives privées, certaines sont à caractère non-marchand mais d'autres sont clairement à caractère commercial. Les partenariats publics/privés s'intensifient. Avec ce glissement, on risque de passer d'un objectif de santé pour tous basé sur la solidarité, à une logique libérale, basée sur une maximisation de profits. La finalité ne serait alors plus le bien-être de la population et la qualité des soins mais l'accumulation de profit (S. Lanoy, 2016:7). L'accès aux services médicaux est une question d'offre et de demande. Si les soins de santé sont payants et que les frais sont supérieurs à ce que les segments les plus pauvres de la société sont en mesure de payer, les soins médicaux sont certes disponibles mais restent hors de leur portée financière. Le terme « accès » associe la disponibilité des soins de santé et la capacité des patients de payer les soins de santé. Certains aspects de l'accès concernent les facteurs d'offre, tandis que d'autres reflètent les conditions sociales de la demande (R. Traub-Merz et M. Öhm, 2021 :19). Cette situation sujette de préoccupations pour une certaine catégorie de la population pourrait constituer un des barrières à l'entrée avec le système de santé.

Dans la charte des valeurs du SIDIIEF, l'humanisation des soins comme une valeur fondamentale de l'exercice de la profession infirmière (ou des pratiques soignantes). La personne est au cœur des soins infirmiers et l'humanisation implique le respect de toute personne et de toute population, indépendamment de leur culture, de leurs croyances, de leurs valeurs et de leur mode de vie. Il en va de même du respect de leur droit à l'autodétermination,

qui s'inscrit dans le souci constant de favoriser leur bien-être, dans toutes les régions, localités, institutions et milieux de vie. Constamment interpellés par des expériences humaines qui font appel au sens de la vie, de la souffrance et de la mort, et riches de ces expériences et de notre savoir en tant que professionnels de la santé, nous croyons que le respect des droits des personnes, de leur intégrité physique et de leur dignité est au cœur de l'humanisation des soins (2010 :3).

Pourtant Desclaux et Sow trouvent que l'usage du terme peut paraître paradoxal, la médecine étant supposée combiner efficacité et humanisme, l'éthique médicale comme le droit de la santé ayant balisé explicitement les formes moralement acceptables du rapport entre soignant et soigné (2016 :1). Cette nécessité de rediriger la relation soignant-soigné doit être le fondement des résultats attendus de l'interaction. La qualité du contenu des échanges se trouvent à ce niveau.

En 2009, le gouvernement du Sénégal, avec le concours de l'agence japonaise de coopération internationale (JICA), mit en œuvre son intervention intitulée « *L'accouchement humanisé* ». Cette intervention a pour objectif d'améliorer la qualité des soins et l'expérience d'accouchement des femmes par le développement d'un modèle de soins humanisé pour la mère et le nouveau-né (É. Gélinas et O. M. Samb, 2021 :693).

En même temps il convient de noter que la diversité des acteurs intervenant dans les structures sanitaires fait que le statut et les tâches des acteurs de santé communautaire doivent être revus et précisés. En effet, la multitude des acteurs requiert un cadre harmonisé et une réglementation précise des responsabilités pour assurer une meilleure qualité de l'offre et la motivation des acteurs. Par ailleurs, l'encadrement des acteurs de santé communautaire par le personnel qualifié est insuffisant (supervision et suivi). La plupart de ces personnels ne peut souvent réaliser les supervisions faute de temps, de logistique ou à cause d'un lien faible entre le poste de santé et la case de santé. Le manque de supervision limite également les possibilités d'un contrôle consistant de la qualité des services des acteurs de santé communautaire et une remontée appropriée des données, des informations et des besoins (PSNSC 2014-2018 :8). Pourtant ils occupent une place importante dans le dispositif de prise en charge des patients.

Ces différentes informations nous font montre la pluralité des intervenants qui pourrait avoir un impact dans leur relation avec la population tout au long du processus de soins.

Malgré tout ce dispositif alors l'accueil dans le processus de soins reste toujours problématique. En outre le 1^{er} Avril 2022 ce qui s'est passé à la maternité à l'hôpital régional de Louga avec

la perte de cette femme qui devait accoucher nous alerte sur le chemin qui reste encore à parcourir pour normaliser la relation soignant-soigné. La mère et le mari de la défunte ont accusé les sages-femmes de non-assistance et d'échanges désagréables qu'ils ont trouvés irrespectueux. Histoire qui a ému tout le pays et provoqué de vives indignations dans les réseaux sociaux et surtout étant à l'origine de témoignage de beaucoup de personnes par rapport aux mauvaises expériences qu'il a eu à être confronté dans les structures sanitaires. Les langues ont fini par se délier. C'est la goutte d'eau qui a certainement fait déborder le vase. Notre problématique va s'inscrire sur les raisons explicatives des effets de l'accueil sur la qualité de relation soignant-soigné dans la commune de Ziguinchor.

1.2 Problématique

En 1946, lors des travaux devant aboutir à la définition de la santé il n'y a eu que l'Égypte qui a eu à intervenir. Pendant ce temps-là plus grande majorité des autres états africains étaient encore sous le joug de la colonisation (C. I. Niang, 2004 :16). C'est seulement quelques années après, avoir fini par obtenir leurs indépendances et adhérer progressivement au système des Nations Unies, qu'ils ont pu adopter eux aussi cette définition universelle. Le contexte historique a fait de beaucoup de pays africains des acteurs passifs lors de la mise en œuvre de ce processus de définition de la santé.

Pourtant cette situation a commencé bien avant avec la colonisation, qui a favorisé le contact entre la population et la médecine occidentale. Même l'un de ses objectifs principaux est décrit par A. Y. Angate qui cite Albert Sarraut « *l'assistance médicale (...) c'est notre devoir. Mais c'est aussi, on pourrait même dire, c'est surtout notre intérêt le plus immédiat et le plus terre à terre. Car toute l'œuvre de la colonisation, toute la besogne de la richesse est dominée, aux colonies, par la question de la main-d'œuvre* » (2004 :39). Le constat qui revient est que la prise en charge des problèmes de santé des colonies avait une connotation mercantiliste. Cependant l'africain n'a pas attendu tout ce temps pour chercher à comprendre les problèmes de santé qui se sont toujours présentés à lui.

Par ailleurs il y'a A. Y. Angate qui en donne une explication « *en Afrique, la maladie ne résulte pas d'un simple dérèglement d'organe, d'un ou de plusieurs systèmes du corps humain, que ce dérèglement soit d'origine microbienne, parasitaire ou métabolique, héréditaire ou acquise, somme toute endogène ou exogène. Pour l'africain la notion moderne de la maladie conserve un caractère trop fragmentaire qui s'oppose à la notion plus globale de la maladie, conçu selon la cosmogonie du Noir. Il revient dans ce cas l'importance prendre en compte les croyances socioculturelles dans la compréhension des problèmes de santé. Ainsi, ils peuvent aller au-delà des considérations biologiques et anatomiques* » (2004 :18).

Dans la même mouvance, J. P. Olivier de Sardan et Y. Jaffré le relatent également avec ces propos : « *le savoir populaire sur les maladies n'est ni constitué ni structuré de la même façon que le savoir biomédical. Il a son épaisseur propre, ses logiques propres, ses configurations sémantiques propres. Les entités nosologiques populaires, autrement dit les « maladies » telles que le sens commun les nomme, n'ont souvent rien à voir avec les entités nosologiques savantes, autrement dit les « pathologies » telles que la biomédecine les décrit* » (1998, p15-16).

Ainsi en considérant ces deux auteurs, il revient de retenir qu'en Afrique le modèle biomédical pris uniquement ne permet pas de comprendre les problèmes de santé. D'autres facteurs

socioculturels entrent en jeux et ne peuvent être négligé. C'est ce que A.H. Bâ souligne d'ailleurs qu' « *essayer de comprendre l'Afrique et l'africain sans l'apport des religions traditionnelles serait comme ouvrir une gigantesque armoire vidée de son contenu le plus précieux.*» (A.Y. Angate, 2004 :26).

Malheureusement comme le note C. I. Niang, cet héritage n'a pas été remis en cause lors des indépendances, avec une conception purement occidentale de la santé et complètement différentes de nos croyances et pratiques (2004 :15). C'est ce problème que cet auteur finit par nommer « *crises des approches et des définitions* ». Dans cette même perspective s'inscrivent aussi J. P. Olivier de Sardan et Y. Jaffré qui développent que « *la situation sanitaire dans les pays du Sahel peut être très largement caractérisée par la confrontation, plus ou moins harmonieuse ou conflictuelle, des savoirs populaires et médicaux. Aussi une meilleure compréhension de ces deux modes d'appréhension de la maladie devrait-elle nous permettre d'améliorer notre entendement de certaines interactions entre populations et personnels de santé dans les pratiques de soin* » (1998 :59). A côté de celles-ci d'autres encore sont répertoriées.

En effet, C. I. Niang revient encore pour souligner les impacts d'une autre crise différente et ayant des dégâts collatéraux sur d'autres secteurs. Il parle en l'occurrence de celle découlant des ajustements structurels imposés par la banque mondiale et la FMI dans beaucoup de pays africains se produisant par un arrêt des investissements et des difficultés le fonctionnement des services de santé existants. Les conséquences se font ressentir jusqu'à présent (2004 :34). Les politiques d'ajustement structurel des années 1980 ont considérablement fragilisé les administrations et les services publics, la corruption y est devenue largement répandue, les agents de l'État sont souvent démotivés (J.P. Olivier de Sardan et V. Ridde, 2017 :21).

D'autres auteurs ont aussi eu à parler de cette crise structurelle remarquée dans le système de santé africain.

A. S. Fall y revient : « *nos observations dans les centres de santé des cinq capitales ouest africaines (Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar, Niamey) mettent en relief des situations-problèmes qui se déclinent brièvement ainsi : style de management improvisé et mode d'organisation rigide, distance sociale assez grande entre différents groupes stratégiques au sein des centres de santé, compétition souvent ouverte entre divers corps de métier engendrant des formes de défiance les uns à l'endroit des autres et inversement, contrôle autonome*

d'espaces sectoriels de travail, gestion clientéliste, déficit de communication entre professionnel et clientèle, etc. » (2002 :3).

Abondant dans le même sens J. P. Olivier de Sardan et Y. Jaffré décrivent pleins de « *dysfonctionnements* », autrement disent ils relèvent d'écarts (et il s'agit ici d'écarts forts) entre d'un côté les normes officielles ou publiques, et de l'autre la réalité des comportements des soignants et la routine quotidienne des formations sanitaires. L'ampleur de ces dysfonctionnements est telle qu'on peut estimer qu'ils sont quasiment devenus structurels dans le domaine du secteur urbain public de la santé, au moins « vu d'en bas », en Afrique de l'Ouest (et peut-être au-delà ?). Beaucoup de ces dysfonctionnements sont déjà connus des observateurs avertis ou des praticiens lucides (comme, par exemple, le « favoritisme », la surfacturation, ou la mauvaise qualité de l'accueil...). Mais ces dysfonctionnements ne sont jamais l'objet d'un véritable débat chez les décideurs en santé publique, on n'en tient pas compte dans les programmes ou les projets, la « langue de bois » des hommes politiques ou des opérateurs de développement (et de nombreux professionnels de la santé) n'en fait jamais mention. On ne parle de ces dysfonctionnements que dans un registre « privé » (« off the record »), impressionniste, anecdotique, allusif, jamais de façon documentée, argumentée, sérieuse, ce qui est au contraire notre propos » (2003 :52).

En outre au Sénégal en 2005, une étude sur la gouvernance et corruption dans le système de santé, a permis « d'identifier les pratiques des différents acteurs au sein des structures de santé (médicaux, paramédicaux, personnel administratif et personnel d'appui), les conflits d'intérêts, les luttes pour le contrôle des espaces de pouvoir, leurs interactions avec les patients, leurs accompagnants, mais aussi avec les privés impliqués dans l'approvisionnement des structures de santé. Elle révèle une gouvernance pathogène des structures de santé. En effet, le décor du système de management met en relief des distorsions profondes aussi bien au niveau de la hiérarchie que du système de contrôle : manque d'intelligibilité dans la distribution des rôles et des statuts, dans la répartition des tâches ou dans la délimitation des responsabilités ; toutes choses qui obéissent essentiellement aux logiques d'alliances et d'affinités. Ceci conduit à des dysfonctionnements managériaux comme l'exercice de l'autorité par des travailleurs ne présentant pas le profil requis, les cumuls de responsabilité, le non indexation de certains statuts aux fonctions effectivement exercées, la mauvaise articulation de l'organigramme. En conséquence, une situation marquée par la confusion qui s'installe sur le plan du management de la structure, confusion amplifiée, en particulier, par l'inefficience du système de contrôle. Dans un contexte traversé par la confrontation de pôles préoccupés par des intérêts différents

et pas forcément conciliables, les cellules de contrôle se heurtent constamment à cet épineux obstacle que constitue l'inclination vers le parti pris ou l'exercice militant de ses missions. En effet, dans la situation où le contrôle s'exerce sur un service de même pôle, il n'a qu'une fonction nominale en cela qu'il prend la forme d'un rituel administratif auquel on défère plus par formalité que par conviction et équité. » (A. S. Fall et al. 2005 :8).

En plus de ces deux crises, il y'a aussi celle de la répartition géographique du personnel entre pays et même à l'intérieur d'un pays qui pose aussi problème.

Il convient de noter que cela trouve un début d'explication dans le manque de fidélisation des personnels de santé. En effet il est primordial de fidéliser les agents de santé en poste pour améliorer la couverture sanitaire et l'accès équitable aux services de santé. De plus, de mauvaises conditions de travail, une rémunération peu attractive, une protection insuffisante et le manque de mesures incitatives contribuent à démotiver le personnel sanitaire. La migration des agents de santé reste un enjeu pour les États Membres. La répartition des personnels de santé entre centres urbains et zones rurales est inégale. En effet, les zones reculées ou rurales sont mal desservies, car il est difficile de convaincre les agents de santé d'aller y travailler (AFR/RC67/11 :3).

Il convient de remarquer que les financements dédiés à la santé ont augmenté en Afrique à partir de 2001, mais ils n'ont pas encore atteint le niveau promis dans la Déclaration d'Abuja. De 2001 à 2011, les budgets de santé au sein des États membres de l'UA ont augmenté de 9 à 11 % des dépenses publiques. Six États membres de l'UA (Liberia, Madagascar, Malawi, Rwanda, Togo et Zambie) ont atteint l'objectif d'Abuja consistant à affecter 15 % des dépenses publiques à la santé, tandis que plusieurs autres pays (ex. : Djibouti, Éthiopie, Lesotho et Swaziland) se sont considérablement rapprochés de cet objectif. Néanmoins, la grande majorité des nations africaines n'a pas respecté cet engagement essentiel (Abuja 12+, 2013 :5).

Toutefois en ce qui concerne le Sénégal, d'après le document PNDS 2009-2018, la part du budget alloué à la santé est de 10%. A l'instar des autres pays africains, il reste encore des efforts à faire à ce niveau, si on prend comme référence la déclaration d'Abuja de 2001.

Donc au regard de ces différentes crises que sont respectivement celles des approches et des définitions, structurelle (distribution des structures sanitaires), de la répartition géographique du personnels de soins et enfin du financement des systèmes de santé, nous trouvons alors en grande partie une explication de la situation sanitaire actuelle de nombreux pays africains. Aussi

en prenant en compte les contacts quotidiens de la population avec le système de santé, les perceptions qu'en ont les usagers varient entre pays et même à l'intérieur d'un pays suscitant parfois de vives interrogations.

Aussi comme relaté dans le document gouvernance et corruption dans le système de santé au Sénégal, « *réussir à entrer dans l'hôpital ne signifie pas toujours la fin de la galère quand on n'est pas un habitué des lieux. Le visiteur est ensuite confronté au problème d'orientation malgré la présence d'un personnel recruté à cette fin. En effet il existe depuis peu un service « information-accueil-orientation » qui, comme son nom l'indique, s'occupe d'accueillir d'informer et d'orienter tout visiteur ou usager de l'hôpital. Pourtant ces jeunes filles pour la plupart, déambulent plus qu'elles ne servent les usagers. Elles font des va et vient incessants dans tous les coins de la structure sanitaire. Il n'est pas rare de voir au sein de l'hôpital des personnes déboussolées, chercher la bonne adresse sans avoir devant elles des interlocuteurs pour les informer* » (A. S. Fall et al 2005, p76-77).

Dans ce même sillage mais sous un angle différent J.P. Olivier de Sardan et Y. Jaffré soulignent que : « *les relations que les soignants entretiennent avec des malades « recommandés » ou faisant partie de leurs propres relations, de leur propre réseau, deviennent beaucoup plus interactives, et même parfois particulièrement chaleureuses. On bascule alors dans un système de relations complètement opposé, réservé à une minorité privilégiée, ceux que parfois on appelle les PAC (« parents, amis et connaissances ») ou les « passe » (passe-droits). Les salutations sont cordiales, le malade est pris en charge, écouté, informé. On peut parler de « personnalisation » voire même de « sur-personnalisation », dans la mesure où il n'est pas rare que le soignant délaisse son poste et ses malades pour s'occuper de son protégé, le guider dans le dédale de l'hôpital, l'introduire auprès de ses collègues, etc. » (2003 :57).*

Il revient de noter dans ce cadre que différents écrits révèlent entre autre problème: la discrimination dans le traitement des patients et les mauvais comportements des soignants mettant à nu la problématique de l'accueil dans les structures sanitaires.

Pourtant l'éthique professionnelle exige que tous les patients soient traités et pris en charge de la même façon, le clochard extrêmement sale et agité comme le boulanger calme et poli (M. Loriol, 2012 :2).

Toutefois il est noté dans le Cahiers de l'ILSL, N°16 qu'« *à l'instar d'autres institutions, l'hôpital fonctionne selon un rituel spécifique dont les mises en scène sont communément partagées tant par les acteurs sociaux « internes » aux structures (soignants, personnel social*

et administratif, patients hospitalisés, etc.) que par les usagers « externes » (visiteurs, futurs patients). Ainsi, la vie hospitalière est régulée par une série de codes dont le sens semble transparent pour l'ensemble des acteurs sociaux, qui différencient apparemment sans effort particulier le territoire des soins du territoire civil. Nul, donc, ne paraîtra s'étonner de la présence de blouses blanches dans les couloirs hospitaliers, alors que leur présence dans un autre contexte brouillerait les règles de lecture et remettrait en cause les comportements des acteurs engagés dans pareille situation » (2007 :7).

L'accueil peut revêtir plusieurs dimensions. Certains auteurs ont eu à les aborder dans leurs études :

En prenant la dimension sociale, il y'a M. Formarier qui explique que l'accueil est un acte banal de la vie quotidienne. Chaque personne est en permanence sollicitée par des situations d'accueil. La vie quotidienne est ponctuée de rencontres qui engendrent des situations d'accueil, véritables rituels, variables suivant les contextes, les cultures, les classes sociales etc. des situations d'accueil (1999 :15). En poursuivant dans sa lancée, Bourdieu, mentionne que chaque milieu social transmet un « habitus », qui n'est autre qu'un code de pratiques sociales, assimilé par chaque individu. Elle assimile alors l'accueil à ce code. Cependant Goffman analyse ce code que tout individu respecte comme étant de la « figuration » qui consiste à ne pas faire perdre la face devant la personne de même qu'aux autres (1999 :15).

G. N. Fisher l'illustre en faisant référence à quelque chose de plus fondamental, une caractéristique de notre être en tant qu'il se définit comme un lien à autrui. Dans ce sens, on pourrait dire de manière un peu sommaire que l'être humain, c'est de la relation, parce que, comme nous allons le voir plus loin, il est un être psychologique et social, c'est-à-dire marqué par les rapports qu'il entretient avec les autres (1999 :4).

Quand à C. Vanderbulcke, elle souligne que « *l'accueil est un acte relationnel. En fait, il est présent à tout moment de la journée. Qu'on l'exerce spontanément, de manière imprévue dans un couloir, ou lors d'un rendez-vous planifié, il peut être de durée, de contenus différents. L'accueil peut s'adresser à un individu ou à un groupe* » (1999 :8). Il revient de noter qu'avec ces auteurs que la capacité d'accueillir s'acquiert lors de la socialisation qui est propre au milieu auquel appartient l'individu.

Pour ce qui est de sa dimension culturelle, l'exemple du Sénégal en est une parfaite illustration. En effet la société sénégalaise se revendique accueillant allant jusqu'à faire de la « *Téranga* » qui veut dire hospitalité notre « *emblème nationale* ». D'ailleurs E. Riley le décrit en ces termes

: « bien que l'hospitalité au Sénégal soit régulièrement parlée dans différents contextes sémantiques, dans sa banalité, elle est omniprésente et pourtant surtout invisible dans le quotidien. Toutes mes interviews et conversations informelles se sont déroulées dans un environnement d'hospitalité, dont vous pouvez entendre le cliquetis de petits verres à thé sur l'enregistreur, ou une voix étouffée essayant de parler entre les morsures ». (2016:2).

L'hospitalité est exposée partout. C'est devenu en quelque sorte la marque de fabrique du pays. E. Riley en donne les contours dans le contexte sénégalais avec ces termes : « *Terànga est à la fois le symbole central, pour beaucoup, du nationalisme et de l'identité collective sénégalais, et le source de débats litigieux et polarisants entourant ses qualités et ses significations* ». (2016 :2).

Cependant si nous prenons la dimension économique, elle revêt alors un autre caractère qui est cette fois-ci mercantiliste. E. Dabo l'explique en faisant ressortir ce qu'elle nomme les trois enjeux majeurs de l'accueil de la clientèle : la satisfaction-client, la fidélisation-client et la rentabilité (2015 p16 :17). C'est dans ce cadre que L. Hermel affirme que l'accueil demeure un élément essentiel dans la politique commerciale de l'entreprise (2004 :5).

Ces différentes dimensions sus-notées à savoir sociale, culturelle, économique, donnent au concept d'accueil un caractère polysémique en fonction du contexte dans lequel on se trouve.

Cependant ramener dans le domaine de la santé, d'autres enjeux font leur apparition parce qu'il met alors en interaction deux individus dans le cadre du processus de soins.

Historiquement, l'accueil du public est né de l'acte de charité « accueillir son prochain » et prend forme dans les institutions religieuses puis publiques. Il devient un acte professionnel à travers la professionnalisation de la relation dite d'aide. Relié à ce titre aux métiers du travail social à travers notamment celui d'assistant de service social, l'accueil se construit progressivement comme un objet théorique dans les formations de ces professionnels (C. Rougerie et P. Coupiat, 2017 :1). Toujours selon ces auteurs, l'accueil permet de sécuriser la personne accueillie, reconnaître la personne et faciliter l'adaptation de la personne à sa situation et à son environnement.

Cette interaction s'inscrit dans une dynamique productive et, par conséquent, crée une dépendance réciproque et alternative. La notion n'implique pas seulement l'idée pure et simple de rencontre mais quelque chose de plus profond à savoir la modifiabilité interne des agents de la rencontre; ces agents sont capables en quelque mesure de recevoir intérieurement les

impulsions qui leur viennent de l'extérieur, sous forme de mouvement et d'activité, et d'y réagir. Pour autant il ne faut pas confondre le processus d'interaction qui relève davantage du domaine de «la communication », de la compétence interactionnelle qui oblige à la reconnaissance d'un savoir pratique soumis à une transmission de significations et à une certitude d'agir. Il semble que cette parenté, entre interaction et interactivité, soit à l'origine de la confusion qui règne aujourd'hui et qui a conduit de nombreux auteurs à utiliser les deux termes d'une manière indifférenciée, d'autant que le verbe « interagir » s'emploie autant pour interaction que pour interactivité (E. Noel-Hureaux, 2006 :67).

Ainsi la relation médecin-malade peut être définie comme une relation thérapeutique, c'est-à-dire l'influence que va avoir le médecin sur le traitement qu'il prescrit. Cependant, la relation médecin-malade est aussi une relation sociale, c'est à dire une rencontre entre deux acteurs (le malade et le médecin), tous deux membres de groupes sociaux divers, et engagés dans une action réciproque (le soin) (A.Saradon-Eck, 2002 :2).

Selon M. Lorient le soin repose sur une relation dont la qualité n'est pas homogène et est très contingente aux situations, aux contextes de travail, aux configurations de personnalités en présence. Le résultat du travail des soignants dépend donc de variables qui ne sont pas toutes maîtrisées ou prises en compte (2012 :4).

En même temps « reconnaître l'esprit de l'autre, exprimer de la considération pour l'humain qu'il est, pour l'humanité singulière qui est la sienne ne va pas de soi, y compris pour les professionnels de la santé les plus expérimentés. Cela ne va pas de soi car requiert de porter un regard neuf sur chacun et d'aller au-delà de la spontanéité de ses sentiments et réactions. Il s'agit de la sorte de se montrer vigilant en équipe quant aux manières d'être et de faire de chacun pour ne pas banaliser ce que cet autre vit, pour ne pas lui faire courir le risque de négliger sa dignité. Et cela est plus complexe qu'il y paraît, en particulier lorsque l'humain est affaibli, est fragilisé par sa situation et risque d'être confondu avec celle-ci. » (W. Hesbeen 2012 :13).

Or d'après V. Ridde et L. Gautier, on ne peut réfléchir sur cette notion (qualité de la relation) sans faire référence aux termes du débat anthropologique portant sur la complexité de la relation soignant/soigné, entre le cure et la care, ou le «biomédical » comparativement à un processus éminemment social d'«accompagnement ». Si l'on adopte une définition « restrictive » de la santé (faisant exclusivement référence au biomédical), la qualité se définit comme le constat objectif d'un soin ayant été délivré de manière satisfaisante sur la base de standards

biomédicaux en vigueur. Dans cette perspective, la perception de la qualité se définit uniquement par rapport aux soignants et se focalise sur le résultat du soin (2017 :77). L'accueil et l'instauration de la relation qui suit s'inscrivent donc dans le cadre du « care » comme il met en jeu le ressenti des individus entrant en interaction.

Dans cette mouvance il y'a d'abord, A. Zielinski citant Tronto qui a abordé les différents aspects du care. En premier lieu elle a noté caring about, «*se soucier de*»: il s'agit de constater l'existence d'un besoin, de reconnaître la nécessité d'y répondre, et d'évaluer la possibilité d'y apporter une réponse. En second lieu l'aspect du taking care of, «*prendre en charge*»: assumer une responsabilité par rapport à ce qui a été constaté, c'est-à-dire agir en vue de répondre au besoin identifié. La responsabilité est ici entendue comme une forme d'efficacité. Après suit alors la dimension du care giving, «*prendre soin*», qui désigne la rencontre directe d'autrui à travers son besoin, l'activité dans sa dimension de contact avec les personnes. Elle termine sa description du processus de la care par le care receiveing, «*recevoir le soin* » (2010, p633-634).

Par ailleurs E. Delassus décrit ce concept devant être considéré comme un être fondamentalement autonome l'être humain sera tout d'abord considéré comme un être vulnérable et susceptible de voir à tout moment de sa vie cette vulnérabilité s'accroître (maladie, handicap, vieillesse, pauvreté). Le « care» consiste donc à porter attention à cette vulnérabilité et à agir pour prendre soin des autres. Il a pour but d'opposer l'indifférence relativement à la faiblesse et à la souffrance des autres (I don't care). C'est pourquoi le «care» est souvent traduit par sollicitude, il consiste tout d'abord dans le souci concret de l'autre (2012 :3). En même temps pour Brugère «*le fait de «prendre soin» ou de pratiquer le care suppose que la relation n'est pas seulement une relation à, relation froide pourrait-on dire, mais une relation entre, relation chaude, ayant une profondeur temporelle, affective, et supposant de l'engagement personnel, de la compétence, de l'attention pour pouvoir exister comme telle* » (2010 :2).

Il convient alors de noter que l'ensemble des endroits dans lesquels se déroulent ces interactions constituent ce qu'on appelle le système de santé. A côté de ces infrastructures, il y'a plusieurs textes législatifs. Parmi eux nous avons la charte du malade, dans laquelle il est précisé que « l'accès au service public hospitalier est garanti à tous les malades sans discrimination aucune ». Donc la mise en œuvre de ce processus vient pour éliminer les inégalités liées à l'accès aux structures sanitaires. Cependant pour Camara il y'a une faible appropriation du document de la part des usagers et des professionnels de la santé : «*bien que la charte ne soit pas connue par les patients, la plupart des soignants nourrissent des incertitudes et des réticences en craignant les risques de poursuite par les patients* » (2010 :52). En plus de cela

la réforme hospitalière de 1998 qui a pour objectif de garantir à la population une prise en charge de qualité des patients constituant son objectif essentiel tel que consignée dans son article1.

En même temps, il y'a lieu de noter que dans la commune de Ziguinchor, les structures sanitaires évoluent dans un milieu caractérisé par une diversité socioculturelle mais également au niveau des acteurs sanitaires. Parler de l'accueil devient un sujet complexe. De ce fait les facteurs explicatifs de ces difficultés constatées dans les relations soignant-soignés doivent pouvoir être étudiés et expliquer scientifiquement ce qui justifie notre question de recherche qui est la suivante : quels sont les effets de l'accueil sur la relation de soin ?

Afin de mieux répondre à cette question de départ, nous nous sommes posé les questions suivantes: comment se présente le dispositif d'accueil au niveau de ces différentes structures ? Quels sont les facteurs qui influencent l'accueil des usagers ? Quels sont les niveaux de satisfactions des usagers par rapport à l'accueil ?

L'ensemble de ces questions constitue un fil conducteur pour ce travail de mémoire de master. En effet, s'inspirant, d'une démarche hypothético-déductive, nous allons formuler dans les lignes suivantes des hypothèses de recherche et des objectifs à atteindre pour cette étude.

1.3 Objectif général

Étudier les effets de l'accueil sur la relation soignant-soigné au niveau du poste de santé de Néma, du centre de santé de Ziguinchor et de l'hôpital de la paix.

1.4 Objectifs spécifiques

D'une manière plus spécifique nous envisageons de :

1. Décrire le dispositif d'accueil dans ces différentes structures ;
2. Analyser les facteurs qui influencent l'accueil des usagers ;
3. Interpréter le niveau de satisfaction de la relation soignant-soigné.

1.5 Hypothèse principale

Comme hypothèse principale, nous admettons que l'accueil détermine la relation soignant-soigné.

1.6 Hypothèses secondaires

1. Le dispositif d'accueil influence la relation soignant-soigné ;
2. La manière d'accueillir varie en fonction de la structure utilisée,
3. Les expériences et perceptions de la relation de soin changent selon les points de prestations de services.

1.7 Justification du sujet

Le choix de ce sujet n'est pas anodin. Il réside d'une part sur le fait que l'accueil demeure un élément crucial dans le processus de soins et qui aide le malade à enlever son angoisse, sa frustration, sa peur, raison pour laquelle nous avons voulu traiter ce sujet pour tenter de comprendre son rapport avec la relation soignant-soigné.

D'autre part aussi l'accueil est d'actualité, un sujet à polémique. Il n'est pas rare d'avoir des échos au niveau des médias des patients se plaignant d'être mal accueilli dans les structures sanitaires alors que normalement cela ne devrait pas être le cas. C'est la raison pour laquelle nos gouvernants sont toujours interpellés par rapport à la persistance de ce problème dans nos différentes structures par les populations, la société civile et d'autres groupes de pression pour que les choses changent. Entrant également dans le cadre professionnel avec le respect des normes éthique et déontologique, la problématique de l'accueil met à nu certaines tares au niveau de nos structures sanitaires. Aussi en tant qu'agent de santé je suis tout le temps confronté à des situations d'accueil.

La manière de recevoir un patient reste une préoccupation majeure pour toutes les structures

sanitaires car dans un contexte de médiatisation à outrance des faits divers. D'ailleurs ils représentent un sujet de choix pour les masses médias. Ils constituent des thèmes qui font vendre. La santé étant un secteur important. Au regard de ces différents éléments ressortis à propos de l'accueil des soignants, le thème devient alors intéressant surtout qu'il met en relation deux individus pour la satisfaction d'un besoin pouvant permettre de recouvrer un bon état de santé qui est primordial pour tout être humain.

1.8 Cadre conceptuel

Pour bien mener cette recherche, alors il devient nécessaire d'explicitier les concepts clés de notre sujet que sont : le soignant, le soigné, l'accueil, le dispositif d'accueil et la relation soignant-soigné.

1.8.1 Le Soignant

Avoir recours au vocable « soignant » semble parfois relever de l'évidence, un peu comme s'il était « bien entendu » que chacun comprenne ce qu'il signifie, les pratiques qu'il recouvre et les professionnels qu'il regroupe. Et pourtant, sa compréhension reste approximative, tiraillée entre un statut professionnel pour les uns, une situation, voire une attitude ou une intention pour les autres (W. Hesbeen, 2012 :1).

Selon M. Zaffran le mot « soignant », désigne une personne dont le souci est de délivrer des soins, qu'il s'agisse ou non de son métier et qui le fait (2014:29). Il nous permet de noter alors dans ce cadre une qualification élargi et non restrictive.

Pour M. Loriol soigner n'est pas atteindre un standard univoque et simple car il est toujours possible d'en faire plus pour le malade ; on ne peut pas attribuer une valeur standard et sanctionnée par le marché (premier choix, deuxième choix, rebut...) au service. Dès lors, le niveau de soin et de confort « acceptable », les efforts attendus pour tel ou tel type de malades, dépendent de normes sociales, d'arbitrages locaux, de choix, de valeurs qui ne sont pas commensurables (2012 :4).

Toutefois dans le cadre de notre travail, le soignant est considéré comme toute personne habilitée à participer directement ou indirectement aux soins. Il en existe dans ce cas deux catégories : le personnel qualifié c'est-à-dire ayant bénéficié d'une formation académique sanctionnée par un diplôme et le personnel non qualifié plus souvent formé sur le tas et titulaire d'attestation. Ces deux groupes peuvent être présentés comme suit : personnel médical (médecin généraliste comme spécialiste, biologiste, pharmacien, chirurgien dentaire etc.), personnel paramédical (infirmier, sage-femme, assistant infirmier, aide infirmier, infirmier breveté), personnel socio-administratif (assistant social, aide social, secrétaires, comptable, gestionnaire,

chauffeurs, gardiens etc.) et le personnel de soutien et/ou communautaire (ASC, matrones, relais communautaires, badjenou gokh etc.)

1.8.2 Le Soigné

Pour J.P. Pierron, pathologie et patient, participant tous deux de l'univers sémantique du pathos, évoquent un subir. Infecté biologiquement, le patient serait affecté biographiquement. Le patient perdrait sa capacité d'initiative dans un pathos. En effet, le latin *pati* qui donne le mot français « patient » désigne ce dernier comme un être qui pâtit doublement : du point de vue interne, il subit la maladie ou l'infection; du point de vue externe, il est placé dans les mains d'un agent autre que lui. Puis que le patient est précisément celui qui s'éprouve comme vulnérable, il fait l'expérience d'une forme de dépendance (2007 :49).

Selon B. Vigneras, la personne soignée est fragilisée par la maladie, elle devient vulnérable, mais en même temps elle reste en position d'attente face au corps soignant auquel elle confie ce qu'elle a de plus cher, sa santé. Cette attente et cet espoir dans le « *savant* » qui va le guérir, le soulager de tous ses maux, confère aux soignants un certain pouvoir, une force, une responsabilité. Emmanuel Lévinas, philosophe, nous rappelle que: « *c'est le visage de l'autre qui fait naître en moi une conscience de responsabilité devant sa nudité et sa fragilité* » (2014 :1).

Être malade, c'est avant tout être dans un monde à part, un autre monde dans lequel on risque de tomber à tout instant comme on tombe en enfer. La maladie est un état dangereux, entre la vie et la mort, un entre deux. Elle est l'espace frontalier qui sépare les vivants dont font partie les soignants des morts. Ceux qui occupent cet espace sont plus ou moins proches des uns ou des autres des vivants ou des morts donc plus ou moins dangereux pour les soignants, le danger étant celui de la contamination symbolique (C. Mercadier, 2018:31).

Cependant dans le cadre de cette étude nous comptons retenir qu'il s'agit d'un individu qui a cause d'une altération de son état de santé est venue fréquenter une structure sanitaire pour solliciter les connaissances et compétences d'un professionnel de la santé tout en espérant trouver une solution à sa situation.

1.8.3 L'accueil

L'accueil est un concept difficile à cerner qui a mobilisé la pensée de pleines de chercheurs. Ainsi pour E. Dabo, qui dans le but d'en éclairer l'étymologie du mot « *accueil* », nous constatons qu'elle du dû faire appel à Gouriand pour tenter de définir l'accueil en avançant les

propos suivants « *Le verbe accueillir est formé du verbe « cueillir » et du préfixe d'origine latine « ad » qui signifie : vers, ajouté à. « Cueillir », lui-même, vient du latin « colligere » qui signifie à la fois « lier ensemble » et « cueillir, recueillir, ramasser, rassembler » en vertu d'une double étymologie. Il est en effet formé de la proposition « cum » : avec, et dans un premier sens du verbe « legere » : cueillir, recueillir et, dans un deuxième sens, du verbe « ligare » : attacher, lier. » Cueillir c'est donc aussi recueillir, rassembler et lier ensemble ». Ce faisant, Gouirand établit une analogie étymologique entre les verbes « accueillir » et « recueillir ». Pour lui, ces deux verbes partagent une même dynamique. Premièrement, il y a l'idée d'action et de volonté qui conduit soit à accueillir ou à recueillir. Ensuite, vient l'idée d'identité et d'homogénéité qui permet d'identifier ce que l'on souhaite accueillir ou recueillir de sorte à rassembler des éléments qui peuvent cohabiter. Enfin, c'est l'idée de rassemblement, de réunion et de protection. En effet, les individus ou objets désirés être accueillis ou recueillis vont une fois après avoir été identifiés, être rassemblés et protégés pour veiller à ce qu'ils soient dans un état sain. » (2015 : 8).*

Selon C. Cudicio, l'accueil peut se définir comme étant « *d'abord une fonction, un processus, un service qui consiste à recevoir les gens venus de l'extérieur et à les diriger ou les guider de manière à ce qu'ils trouvent ce qu'ils sont venus chercher ».* Et elle poursuit par dire que « *l'accueil, c'est aussi le site où se déroule le processus évoqué plus haut, et qui abrite aussi parfois d'autres services, standard téléphonique, secrétariat, voire salle d'attente dans certains cas »* (2000 :10).

Aussi il y'a G. N. Fischer qui note le fait d'accueillir l'autre n'est pas une finalité en soi mais seulement la première phase, l'ouverture du lien social ; c'est ce dernier qui donne un sens à l'accueil. Cette phase ritualisée, voire protocolaire n'est pas sans conséquence sur la relation qu'elle inaugure (2003 :15).

Pour C. Vanderbulcke, l'accueil est un acte relationnel. En fait, il est présent à tout moment de la journée. Qu'on l'exerce spontanément, de manière imprévue dans un couloir, ou lors d'un rendez-vous planifié, il peut être de durée, de contenus différents. L'accueil peut s'adresser à un individu ou à un groupe. Il est le reflet d'un état d'esprit, d'une personne, d'une équipe, d'une institution. Il est à la portée de tous et pour que le bénéfice revienne à chacun... autant mieux donner pour mieux recevoir ! Le but de l'accueil est d'établir une confiance mutuelle et sincère qui permettra une meilleure intégration et une acceptation des contraintes inévitables liées à l'hôpital et ce, dans la perspective d'un meilleur traitement et d'une amélioration de l'état de santé. Des consignes annoncées dès l'arrivée ne seront ainsi pas surprenantes, ni

déstabilisantes. Prévenir, informer, évitent l'incompréhension, l'insécurité, et permettent d'appréhender l'inconnu, le futur proche (1999 p8-11).

Dans le cadre de notre étude nous allons considérer l'accueil comme un processus humaniste avant d'être le reflet des compétences professionnelles et/ou organisationnelles dans la dynamique la prise en charge des problèmes de santé.

1.8.4 Le dispositif d'accueil

Recevoir des personnes malades n'est pas une chose anodine, raison pour laquelle le cadre de travail des prestataires doit répondre à certaines normes pour satisfaire les soignés. Le dispositif d'accueil est constitué de deux éléments : les bâtiments et la législation.

Les bâtiments définissent notre santé et notre bien-être au quotidien que l'on fasse référence à nos maisons, écoles, lieux de travail, établissements de santé, universités, centres commerciaux, ou ceux utilisés pour des activités de loisirs ou religieuses. L'environnement bâti influence notre santé à travers une variété de facteurs qui inclut une ventilation inadéquate, une mauvaise qualité de l'air intérieur, des contaminants chimiques de sources intérieures ou extérieures, une température ressentie trop élevée ou trop faible, des bruits de circulation ou encore un mauvais éclairage (HEAL, 2018 :1).

Selon D. Cefai et L. Perreau ce cadre constitue l'espace dans lequel chacun avec son statut aura son rôle à jouer selon le besoin qu'on cherche à satisfaire. Ici on pourrait le classer selon l'échelle du savoir académique. Donc il revient donc d'évaluer le soignant pour ce type de relation selon « le degré de proximité de ses performances par rapport à l'idéal établi pour ce statut particulier » (2012 :17).

Aussi au Sénégal, la loi n° 98-08 portant réforme hospitalière garanti un accès équitable aux soins, ce qui insinue que les établissements publics sont tenus d'aménager un cadre pour faciliter la réception des soignés. Donc le dispositif d'accueil doit épouser une politique d'accès par rapport à l'utilisation de la structure. Également la charte du malade stipule en son article 3 que les établissements publics de santé hospitaliers doivent garantir un accueil et des soins de qualité, qui passe aussi par dispositif qui le favorise. Vu sous cet angle, ils doivent permettre l'établissement d'un bon rapport entre protagoniste en minimisant une des barrières à l'entrée constitué par l'accueil dans le processus de soins.

Aussi le dispositif d'accueil comme le note d'ailleurs V. Ridde et L. Gautier entre étroite ligne de ce qu'ils nomment « *la qualité structurelle* » (état des infrastructures, disponibilité des

équipements, hygiène, disponibilité et approvisionnement en médicaments) qui est un des éléments fondamentaux dans le processus de soins (2017 :80).

Ainsi pour ce travail, nous avons décidé de le définir comme étant un cadre dans lequel évolue l'ensemble des acteurs (soignants et soignés), dépourvu de discrimination, disposant d'un système d'accueil orientation codifié et accessible et permettant à l'utilisateur d'évoluer sans difficulté dans la résolution de leur problème de santé.

1.8.5 La relation soignant-soigné

Le lien qui s'établit entre le soignant et le soigné se fait dans une logique d'interaction dans un cadre particulier entre deux acteurs qui sont liés pendant un moment par le soin. Également ce phénomène peut être assimilé à une forme de sociabilité. Pour le comprendre il revient alors de faire appel à E. Goffman de qui a eu à consacrer tout son œuvre sur l'étude des interactions à travers l'œuvre D. Cefai et L. Perreau intitulé « *Goffman et l'ordre de l'interaction* ». Le cadre constitue l'espace dans lequel chacun avec son statut aura son rôle à jouer selon le besoin qu'on cherche à satisfaire. Ici on pourrait le classer selon l'échelle du savoir académique. Donc il revient donc d'évaluer le soignant pour ce type de relation selon « *le degré de proximité de ses performances par rapport à l'idéal établi pour ce statut particulier* » (2012 :17).

Donc en ce qui concerne les soignant on peut classer leur statut parmi les symboles professionnels tels que définis comme suit : « *les symboles professionnels sont étroitement liés à un référent autorisé par des sanctions spécifiques et reconnues, plutôt de la manière selon laquelle les symboles des castes sociales sont rigidelement associés. Dans le cas des classes sociales, cependant, le rôle joué par les symboles est moins clairement contrôlé par l'autorité et il est d'une certaine façon plus significatif* ». D. Cefai et L. Perreau D'après ces observations on peut alors assimilés la relation entre soignant et soigné a un lien conditionné par le statut de l'un par rapport à l'autre (2012 :18).

Toutefois avec G. N. Fischer, il convient de remarquer trois types de relations que sont : les relations interpersonnelles, les relations institutionnelles et les relations sociales. Et il poursuit en donnant la définition de chacune de ces relations. Selon lui, la forme la plus directement observable de la relation est ce qu'on appelle la relation interpersonnelle ; elle met l'accent sur le type d'échanges établis essentiellement entre deux ou plusieurs personnes et sur les sentiments éprouvés à l'égard d'autrui dans cette situation. Encore pour cet auteur, la notion de relation institutionnelle désigne le fait qu'on ne peut pas réduire une relation à sa dimension purement intersubjective, interpersonnelle ; elle n'est jamais une simple relation de face à face;

elle se développe et s'exprime toujours à l'intérieur d'un cadre, d'un milieu social donné. Chaque société est structurée par un ensemble d'instances parmi lesquelles figurent les institutions ; c'est à l'intérieur de ces institutions, (le travail, l'éducation) qui prennent des formes organisées spécifiques (la famille, l'école, l'entreprise, l'hôpital) que la relation doit également être considérée. Et encore pour lui la troisième forme de la relation est celle que l'on appelle la relation sociale ; elle désigne l'inscription sociale, le contexte à partir duquel une relation doit être envisagée; toute relation est dans ce sens social, dans la mesure où elle met en évidence les appartenances, les positions sociales qui la structurent (1999, p 5-9).

Toujours dans ce cadre il y'a aussi P. Castel qui note que : « *la compréhension de la relation thérapeutique passe par l'analyse du système normatif (la déontologie médicale, mais plus généralement, les droits et devoirs des deux principaux protagonistes) qui a pour fonction d'éviter que les patients soient abusés par les médecins du fait de leur situation de dépendance* » (2005 :444).

L'élément central à l'origine de ce déséquilibre de l'échange constitue la maladie. C. Vanderbulcke ajoute en disant parce que cette personne arrive dans un lieu où elle va devoir se faire agresser corporellement et psychologiquement, elle est d'autant plus réceptive à son nouvel environnement (1999 :11).

Selon T. Parsons avec son modèle consensuel fondé sur le cas des maladies aiguës, la santé est nécessaire au bon fonctionnement de la société. La maladie constitue donc une déviance potentielle par rapport à l'ordre social. La médecine effectue un contrôle social, le médecin est régulateur social. Il s'agit d'un modèle asymétrique et consensuel : le médecin est actif, le patient passif. Le malade reconnaît le pouvoir du médecin et la relation thérapeutique est fondée sur une forte réciprocité. Le médecin porte le souci du bien-être du patient. Le patient possède deux droits : celui d'être reconnu comme malade (le médecin lui donne ce statut) et celui d'être soigné.

Également le modèle du partenariat de Strauss, nous présente un autre angle d'approche du soigné. Ici, la relation n'est ni consensuelle ni conflictuelle mais il s'agit d'une négociation d'éléments non figés. C'est un modèle issu de la démocratie sanitaire, avec l'idée d'accompagnement et de co-construction. Ce modèle a quatre caractéristiques : une position hiérarchique non figée, un destin non écrit, un ordre non définitif entre les différents acteurs, le temps comme donnée essentielle de la négociation. En d'autres termes, l'objectif à atteindre n'est pas prédéterminé mais se constitue dans la négociation elle-même, et l'accord obtenu ainsi que l'ordre qui se met en place sur cette base ne sont jamais définitifs.

Au regard de la réflexion de ses deux auteurs nous pouvons retenir deux postures du soigné qui sont mis en avant. D'une part il est considéré comme un réceptacle dans lequel on est appelé à exercer un savoir et pour son bien il est appelé à accepter cette situation. D'autre part les échanges pour la résolution de son problème de santé vont passer du vertical à l'horizontal. Le professionnel de santé n'est pas le seul dépositaire du savoir bien vrai qu'il a eu à bénéficier d'une formation académique allant dans ce sens. Nous assistons donc à une relation de donnant-donnant. Le soigné est vu comme alter ego. Son avis compte. Donc il passe d'un individu réceptif à un individu participatif par rapport à l'action de prise en charge.

Donc ce présent projet de recherche nous avons convenu de définir la relation soigné-soignant comme étant une interaction entre deux ou plusieurs individus ayant des histoires et cultures différentes et dont le but reste la satisfaction du besoin de soin pour un moment bien déterminé.

Tableau I : présentation des concepts

Concepts	Dimensions	Indicateurs
Le soignant	Profil, Expériences, Motivations, Connaissance charte du malade	Nombre d'années dans le métier, Communautaire, Fonctionnaire, Contractuel, motivations initiales, motivations actuelles,
Le soigné	Satisfaction du besoin de soins Souffrance Fréquentation Interagit avec le milieu	efficacité de la prise en charge, compétence des prestataires, relation avec le soignant, Connaissance charte du malade
L'accueil	Compétences du soignant	formation des prestataires sur l'accueil, apport de la formation dans la pratique, besoin de renforcement sur l'accueil,
	Attitudes du soignant	ton de la voix, la tenue, les gestes, le mimique

	Comportements soignant	amabilité, salutation, respect de l'utilisateur, respect heure de travail ; suivi de l'ordre d'arrivée, favoritisme
Le Dispositif d'accueil	Aménagement de l'espace d'accueil	local dédié, panneaux d'indication, propreté du local, animation du local, capacité de l'espace
	Institutionnalisation de l'acte d'accueil	politique d'accueil, service orientation-accueil, personnel dédié à l'accueil-orientation
La relation soignant-soigné	Humaniste	interaction, attention, accompagnement, soutien psychologique, disponibilité, amabilité
	Professionnelle	compassion, relation d'aide, assistance, écoute active, communication

1.9 Modèle d'analyse

Il convient de remarquer qu'avec le changement de paradigme dans la perception des problèmes de santé, a émergé l'apparition de nouveaux chercheurs notamment les sociologues intervenant dans ce domaine si particulier. Ainsi pour notre travail concernant l'impact de l'accueil sur la qualité de la relation soignant-soigné la nécessité de développer des outils d'analyse et méthodologique ainsi que des concepts plus adaptés afin de mieux l'appréhender s'impose alors. Dans le cadre de cette étude, nous allons combiner à la fois l'approche structurale des représentations sociales et l'approche de l'acteur stratégique pour mieux cerner le phénomène de l'accueil et de la qualité de la relation soignant-soigné. Toutefois l'approche structurale va nous permettre de mieux comprendre les représentations qu'ont les acteurs par rapport à l'accueil et à la qualité de la relation soignant-soigné. L'analyse stratégique est un modèle d'analyse organisationnelle qui s'articule autour de la compréhension des relations entre acteurs interdépendants de même que les stratégies développées par ces derniers. Et ce travail est

rattaché au contexte précis du poste de santé Néma, du centre de santé Silence et de l'hôpital de la Paix.

Il convient de noter que parfois aussi, les recherches conduites en sciences sociales font parfois appel à l'approche structurale des représentations sociales notamment avec Guimelli (1994) pour mieux appréhender les pratiques et représentations sociales de la fonction infirmière. Il devient donc important de revenir sur la notion de représentation sociale. C'est Durkheim (1898) introduit cette notion qu'il évoque en terme de « *représentation collective* ». Et en donne comme définition : « *la représentation impose à l'individu des manières de penser et d'agir, et se matérialise dans les institutions sociales au moyen des règles sociales, morales, juridiques* ». D'ailleurs ce concept est repris et étudié par de nombreux auteurs dans la seconde moitié du XIX^{ème} siècle. Et Moscovici (1961) assimile la représentation à une « pensée naïve », un « sens commun ». Quant à Jodelet : « *la représentation est une forme de connaissance socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourant à la constitution à la constitution d'une réalité commune à un ensemble social* » (1989 :3). En abordant les représentations comme une forme de connaissance, Jodelet apporte un nouvel éclairage sur celles-ci en tant que processus et résultat d'une construction sociale.

En ce qui concerne alors l'approche structurale la figure de proue est représentée par Abric qui en donne la définition : « *la représentation est le produit et le processus d'une activité mentale pour laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique* » (1988:64). Si on se réfère à cette définition la représentation se construit à travers les interactions de l'homme avec son milieu de vie. Toutefois cette approche précise que toute représentation est organisée autour d'un noyau central et d'éléments périphériques. Élément fondamental de la représentation, le noyau central détermine la signification et l'organisation interne. Et le système périphérique permet de s'adapter à la réalité : il concrétise la représentation et permet sa régulation en prenant en compte les particularités du vécu des individus et les contingences de l'environnement. Depuis plusieurs années le système de santé sénégalais fait face à des enjeux et des défis majeurs. Après avoir subi les chocs des réajustements structurels et l'avènement d'une réforme hospitalière avec des résultats mitigés, il continue de recevoir des reproches venant des bénéficiaires vis-à-vis des offres de soins et du comportement des acteurs. Pour une organisation ou s'opère des actions spécifiques l'analyse de la stratégie des acteurs pour la satisfaction de leur besoin trouvent donc son importance.

De ce fait avec l'approche stratégique, nous allons chercher à appréhender le comportement de l'acteur, donc on doit faire appel au raisonnement stratégie-jeu-pouvoir. C'est-à-dire qu'un acteur qui a un comportement stratégique ne peut être compris, perçu adopté qu'à partir des jeux de relation dans lesquels il est impliqué. Cela permet de comprendre en quoi sa stratégie est rationnelle. Et pour faire émerger cela, il faut définir le jeu dans lequel il est engagé ; pour ressortir alors pourquoi les gens agissent dans un univers de contrainte et voir le comment de leurs actions. Ainsi les jeux de pouvoir des acteurs découlant également des zones d'incertitudes rythment la vie des organisations. Le pouvoir, capacité d'un individu à orienter la conduite d'un autre, est donc le fondement de l'action organisée. Et Robert Dahl définit le pouvoir comme étant la capacité pour A (un ou plusieurs individus) d'obtenir de B (un ou plusieurs individus) ce que B n'aurait pas fait sans l'intervention de A. Également ces pouvoirs peuvent être résumé en quatre zones d'influence que sont : l'expertise et l'environnement d'une part, la hiérarchie et l'information d'autre part. Et selon la conception de Crozier et Friedberg (1977), les deux premières zones peuvent être reliées à la tâche ou aux problèmes issus des rapports avec l'environnement tandis que les deux dernières proviennent de la position occupée par les acteurs.

De ce fait la conceptualisation de l'action collective dans l'approche stratégique se fait à travers l'analyse des systèmes d'action concrète. Un système d'action concret (SAC) est à définir comme un ensemble de jeux structurés entre des acteurs interdépendants, dont les intérêts peuvent être divergents voire contradictoires. L'acteur crée ainsi le système. Aussi le système d'action concret recouvre deux réalités : le système de régulation des relations représenté par l'ensemble des règles de relations que se donnent les acteurs pour résoudre les problèmes quotidiens de l'organisation et système des alliances et contrainte s'associe aux alliances officieuses qui se nouent au sein d'un système. Ces alliances ont essentiellement dû aux perspectives nécessairement différentes les unes des autres.

CHAPITRE 2 : CADRE METHODOLOGIQUE

Dans la lignée de toute étude qui se veut scientifique, la nôtre épouse également une méthodologie précise. Dans ce chapitre, nous en aborderons successivement ses différentes étapes. Entre autre comme éléments à traiter nous aurons : le cadre général, la démarche, l'histoire de la collecte, la technique d'analyse, les difficultés et les limites de l'étude.

2.1 Cadre général de l'étude

Cette étude se déroule dans la commune de Ziguinchor et plus particulièrement au niveau du poste de santé de Néma, du centre de santé de Ziguinchor et de l'hôpital de la paix qui interviennent à des degrés différents dans la prise en charge des problème de santé de la population.

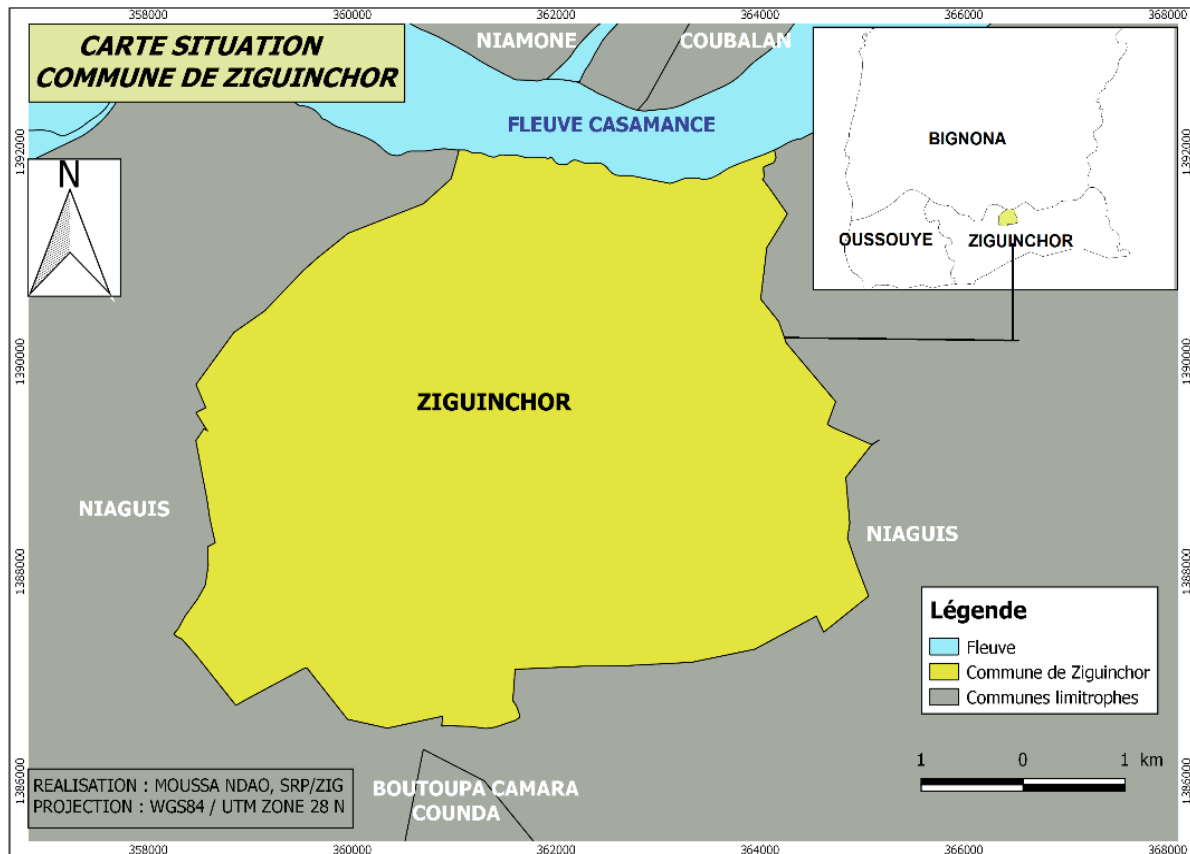
2.1.1 Cadre institutionnel

La constitution sénégalaise dans son article VIII garantit le droit à la santé à l'ensemble des citoyens. Ce dernier comporte quatre éléments : la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des soins de santé. Il convient de noter que tout cela entre dans le nouveau cadre de référence des politiques publiques qu'est le Plan Sénégal Émergent. La lutte contre les inégalités et les injustices sociales est au cœur de ce projet politique. C'est pour cette raison que son axe2 aborde le Capital humain, la Protection sociale et le Développement durable. Le droit à la santé comporte quatre éléments : la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des soins de santé. Ainsi l'accueil peut entrer dans ce dernier point.

2.1.2 Cadre physique d'étude : présentation de la commune de Ziguinchor

La commune de Ziguinchor présente plusieurs particularités que nous avons décidé de décliner en ces lignes suivantes :

Figure 1: territorialisation de la commune de Ziguinchor



Source : Plan De Développement Communal (PDC) de Ziguinchor, 2018

Sur le plan historique, l'évolution administrative a commencé en 1886, avec Ziguinchor qui intègre la colonie française et s'impose, à partir de 1904 comme Chef-lieu de l'administration coloniale en Casamance au détriment de Sédhiou. Le 18 janvier 1907, Ziguinchor devient une commune mixte. Ziguinchor est devenu Commune de plein exercice le 18 Décembre 1956. C'est alors que Ziguinchor a connu son premier Maire élu en la personne de M. Charles Bernard Jules. Par la suite, il eût la création d'un poste d'Administrateur de la Commune, chargé de l'exécutif aux côtés du Président du Conseil municipal, en vertu de la loi de réforme N° 72-63 de 1972 et du décret N° 77-644 de 1977. C'est en 1990 que la ville de Ziguinchor redevienne Commune de plein exercice. La loi 96-06 du 22 Mars 1996 et ses décrets d'application sont venus renforcer la gestion de proximité par un transfert de 9 domaines compétences de l'Etat au conseil municipal. Le Conseil Municipal par délibération, statue sur toutes les affaires relatives à la gestion communale sous le contrôle à posteriori de l'autorité administrative.

Également l'une des caractéristiques marquantes de Ziguinchor est le brassage socio-culturel des populations (Diola, Mandingue, Peul, Sérère, Wolof, Balante, Mandjack, Mancagne) qui y vivent avec notamment cette faculté d'adopter la langue d'autrui tout en restant enraciné dans sa propre culture. Cette pratique fait de Ziguinchor, une terre d'accueil où se côtoient plusieurs cultures et diverses religions (musulmane, catholique, animiste).

Sur le plan démographique, contrairement à la configuration nationale, les hommes représentent 50,8 % et les femmes 49,2% (ANSD, 2018). Cette population connaît une augmentation croissante depuis plusieurs décennies. Par exemple, en une année, la Commune de Ziguinchor est passée de 225 024 habitants en 2016 à 232 237 habitants en 2017. Soit une augmentation globale de 7 193 habitants durant la période. De même, les projections de 2018 estiment l'effectif de la population à 239 726 habitants, soit une variation de 7 509 habitants (ANSD, 2018).

Sur le plan sanitaire, la commune de Ziguinchor dispose de quelques infrastructures répertoriées comme suit :

Tableau II : infrastructures socio-sanitaires dans la commune de Ziguinchor

Infrastructures socio-sanitaires dans la commune de Ziguinchor	Nombre
Hôpitaux (centre hospitalier régional, l'hôpital de la Paix)	02
Centre de Santé (hôpital silence)	01
Centre de soins à la Garnison militaire	01
Postes de Santé	20
Cases de Santé	07
Cliniques	02
Centre de Promotion et de Réinsertion Sociale	01
Unité de dialyse	01
Service Régional de l'Action Sociale	01
SR/CMU	01
Pharmacie Régionale d'Approvisionnement (PRA)	01
Brigade d'Hygiène	01
Centre psychiatrique	01
Centre Infection Sexuellement Transmissible (IST)	01
Bureau Régional de l'Education et de l'Information pour la Santé	01

Source : Plan De Développement Communal (PDC) de Ziguinchor, 2018

Cependant même si la Commune est plus ou moins dotée sur le plan sanitaire, le diagnostic a fait ressortir des besoins en infrastructures supplémentaires et des difficultés dont la prise en charge pourrait améliorer l'accès à des services de qualité. En effet, au niveau de certaines postes de santé, il est constaté l'insuffisance d'infrastructures et d'équipements de qualité.

Nous pouvons essentiellement citer :

- *La vétusté des bâtiments* : certaines infrastructures sanitaires sont dans un état de délabrement avancé, c'est le cas notamment du poste de santé de Kandé Sibinck et la case de santé de Diabir (maintenant érigé en poste de santé).

- *Le manque d'équipements* : les postes de santé manquent essentiellement d'équipements médicaux : On note le manque de matériel d'échographie, d'ambulances et le sous équipement des laboratoires d'analyse ;

- *L'insuffisance de personnel qualifié* : ce problème est constaté dans la plupart des structures sanitaires. Il manque souvent une équipe de permanence. Par ailleurs il faut signaler le manque de motivation du personnel. Toutefois il y'a des efforts qui ont été effectués à ce niveau avec les vagues de recrutements dans la fonction publique et dans le cadre des projets JICA et récemment ISMEA.

- *L'insuffisance des médicaments* : le stock de médicaments dans les pharmacies des postes de santé est souvent en rupture, impactant négativement sur la prise en charge de qualité des besoins en soins de santé.

- *L'insécurité notée dans des postes de santé du fait par endroit de manque d'éclairage*. La route qui mène vers le poste de santé Néma entre dans ce cadre.

- *Difficulté dans la prise en charges de certains frais de fonctionnement* (factures d'eau et d'électricité, salaires du personnel...) par les comités de santé.

- *L'accessibilité relativement difficile à certaines structures de santé* due à l'état dégradé des routes surtout en hivernage (Plan de développement communal, Ziguinchor 2018 p 9-20).

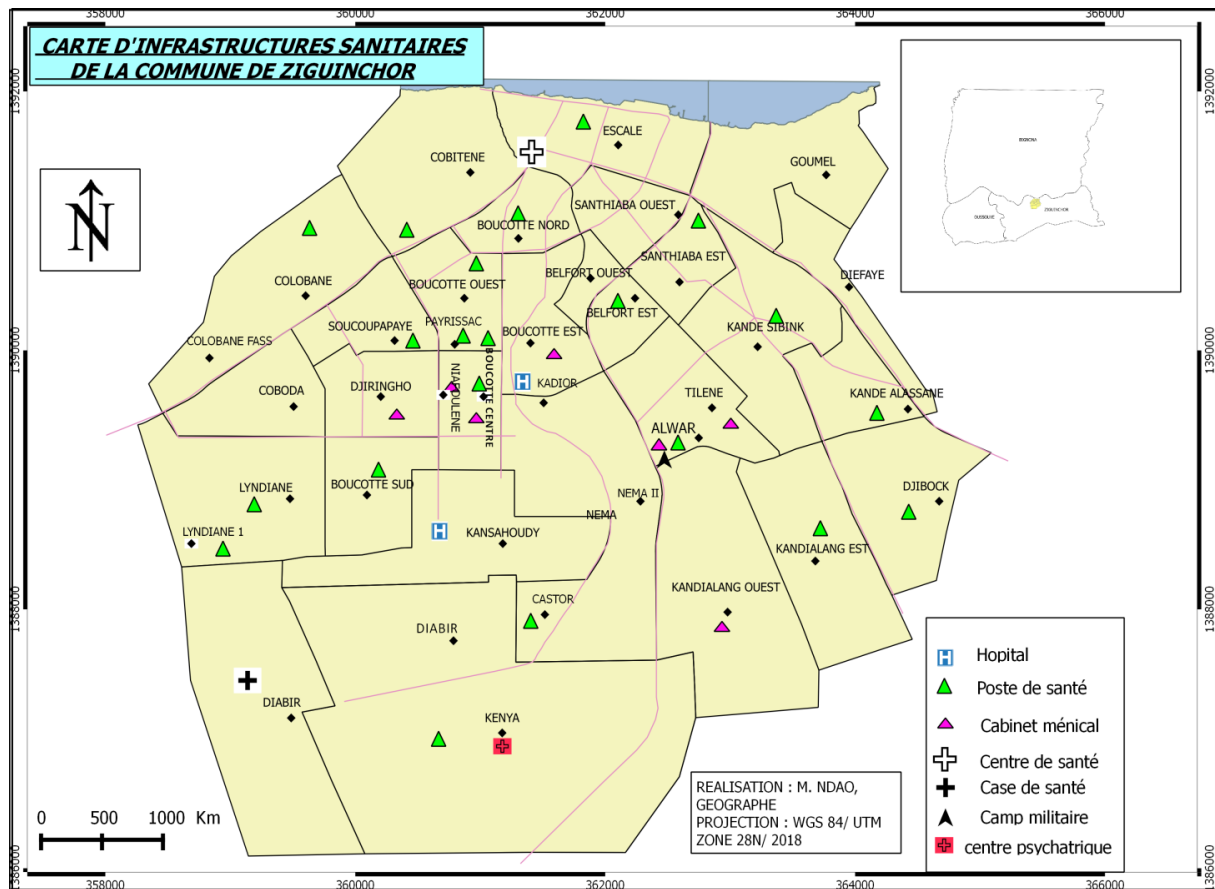
2.1.3 Démarcation et situation géographique du cadre spécifique de l'étude

Notre terrain d'étude se situe dans la commune de Ziguinchor. Plusieurs éléments sont entrés en jeu pour motiver ce choix.

Ainsi les lieux concernés sont respectivement le poste de santé de Néma, le centre de santé de Ziguinchor et l'hôpital de la paix. Aussi pour la sélection les critères entrés en vigueur sont la fréquentation ; la diversité des services offerts ; le pluralisme des acteurs et les types

d'utilisateurs venant parfois de plusieurs zones de la commune de Ziguinchor. Tous ces éléments réunis m'ont tourné vers ces différentes structures.

Figure 2: carte des infrastructures sanitaires de la commune de Ziguinchor



Source : Plan De Développement Communal (PDC) de Ziguinchor

A travers cette carte, nous pouvons situer les différents points de prestation faisant objet de notre étude. Également elle met en exergue la densité des structures sanitaires de même que leur rapprochement, ce qui permet de dire qu'il n'y a pas de problème d'accessibilité géographique de la part de la population. La diversité de l'offre constitue donc un atout majeur.

2-2 Démarche

2.2.1 Echantillonnage

Dans le cadre de notre travail, nous allons procéder en premier à un échantillonnage de la population pour pouvoir mener à bien notre activité. Il convient de rappeler qu'un échantillon est une extraction de la population, qui présente des caractéristiques, définies par l'enquête, similaires à la population de référence, et à partir duquel il sera possible d'établir certaines généralisations.

Tout d'abord nous avons procédé au calcul de la taille de l'échantillonnage pour notre étude avec une proportion maximale de 50% (0,5), un seuil de confiance de 95% et une marge d'erreur acceptée de $\pm 5\%$ (0,05), donc on aura le calcul suivant par la **formule de Schwartz**:

$$\text{Taille de l'échantillon (n)} = n = Z\alpha^2 \times 0,5(1 - 0,5)/(0,05)^2 = 1,96^2 \times 0,5(1-0,5)/(0,05)^2 = 384 \text{ personnes à enquêter.}$$

Comme il s'agit d'enquêter des soignants et soignés au niveau du poste de santé de Néma, l'hôpital de la Paix et du centre de santé silence, il devient donc nécessaire d'affecter un nombre de personne à voir pour chaque structure. Et pour ce mémoire, nous avons opté pour un échantillonnage par quota en fonction de la population cible attribuée à chaque structure.

La population de la commune de Ziguinchor pour l'année 2021, d'après les données obtenues auprès du district sanitaire est 258712 habitants et chacune des 20 points de prestation a une population qui lui est attribuée communément appelée population cible de la zone de responsabilité. Donc le critère pris en compte ici pour les quotas est la taille de la population cible correspondante.

Ainsi pour Néma, nous avons 19810 habitants, le centre de santé 21131 habitants et comme l'hôpital de la Paix se trouve sur la zone de responsabilité de Belfort nous lui attribueront 16641 habitants qui correspond à celle de Belfort. Ces trois structures représentent 57582 habitants soit 34% pour Néma, 37% pour le centre de santé et 29% pour l'hôpital de la Paix.

A cause de l'hétérogénéité des soignants et de la variété des soignés, alors nous avons décidé de faire un échantillon par convenance pour les entretiens et les questionnaires avec 20% des enquêtés qui vont être octroyé au soignants et le reste aux soignés.

Étant donné que la taille de notre échantillon se situe entre 100-500, nous comptons nous entretenir avec 50 des enquêtés.

De ce fait la répartition des entretiens va s'effectuer toujours en se référant aux quotas : PS Néma 17, CSZ Silence, 18 et 15 pour HPZ. Ces différents chiffres vont être répartie entre soignant et soigné.

Pour ce qui est des questionnaires, il s'agira d'interroger au niveau de Néma 113, du centre de santé Silence 124 et 97 pour l'hôpital de la Paix.

En résumé nous comptons mener notre étude comme suit :

Tableau III :répartition par structure des personnes à enquêter

	Poste de santé Nema	Centre de santé Silence	Hôpital de la Paix
Entretiens	4 soignants	4 soignants	3 soignants
	13 soignés	14 soignés	12 soignés
Questionnaires	23 soignants	25 soignants	20 soignants
	90 soignés	99 soignés	77 soignés

Source : Alioune Diagne, 30 Janvier 2022

2.2.2 Type de recherche

Notre étude est de type comparative. Il s'agit d'une recherche qui consiste à analyser et à synthétiser les points communs, les différences et les tendances entre deux ou plusieurs cas partageant un intérêt ou un objectif commun. Cette situation entre en étroite ligne avec les travaux que nous envisageons de dérouler au niveau du poste de santé de Néma, du centre de santé et de l'hôpital de la paix. Son choix devient alors pertinent dans la mesure où il va nous permettre de ressortir ces différents éléments cités plus haut.

2.3 Technique de recherche

La méthodologie retenue pour ce travail s'appuie sur la recherche quantitative et qualitative. La première se justifie par le fait que nous travaillons sur des données portant sur des valeurs numériques. En fait comme le notent Livian, les méthodes dites quantitatives sont adaptées à une recherche systématique, sur un grand nombre de données (caractère extensif) supposant un traitement statistique. La seconde, permet d'étudier et de comprendre certains éléments du moyen d'existence non quantifiable (2015 :38). Selon toujours ce même auteur c'est parce ces méthodes nous permettent de gagner ce que l'on perd en systématique, que nous avons également fait appel à elles pour ce travail (2015 :38).

2.3.1 Ciblage

La population cible de notre recherche est constituée par les prestataires, les acteurs institutionnels et responsables de structures et les patients se trouvant dans la commune de Ziguinchor, respectivement dans les zones de responsabilité du poste de santé Néma, le centre de santé et l'hôpital de la paix. Il convient de noter que ces trois groupes d'acteur peuvent avoir des opinions différentes par rapport à ces structures en ce qui concerne l'établissement de la relation de soins. Aussi ces trois établissements sont choisis parce que nous avons opté d'axer notre étude comparative en fonction de la pyramide sanitaire et ils en constituent de bas en hauts les différentes composantes. Pour le procédé nous comptons enquêter, d'une part les patients

qui viennent de finir leur consultation mais pas celles que nous aurons trouvé dans les salles d'attente.

Ainsi cette manière de faire nous paraît plus pertinente parce qu'elle va nous aider à disposer des informations fraîches en recueillant leurs opinions et impressions par rapport aux thèmes concernant notre étude. D'autre part pour ce qui est des soignants, nous avons opté de recueillir les données en nous référant à leur vécu dans le service auquel ils sont affectés. Cependant à cause de leurs activités journalières, il n'y a pas particularité par rapport à leur approche pour nous entretenir avec eux. Certainement les heures de moyenne influence vont être plus propice comme ils seront en ce moment plus enclin à répondre aux questions en rapport avec les entretiens et les questionnaires. Enfin pour les acteurs institutionnels et responsables de structures, le travail va s'effectuer sur rendez-vous en fonction de leur disponibilité.

2.3.2 Méthodes et techniques de recherche

Le recueil de données constitue une étape incontournable dans le processus de recherche. Il convient de noter que le nôtre est axé sur les techniques qui visent à obtenir des informations nécessaires, tandis que les instruments fournissent des données pour la vérification des objectifs.

Donc dans ce présent mémoire, les techniques d'assemblage des informations vont suivre plusieurs étapes que sont : la recherche documentaire et les méthodes et techniques de collecte des données empiriques (l'entretien, l'observation directe et l'enquête par le questionnaire).

2.3.2.1. La recherche documentaire

La recherche documentaire demeure un élément indispensable dans toute étude scientifique en ce sens qu'elle traverse toutes les étapes de la recherche, notamment en ce qui concerne la problématique, la revue de la littérature et l'analyse et l'interprétation des données. Elle constitue une recension des écrits existants dans notre domaine de travail.

Pour ce mémoire, la recension des écrits a permis de recueillir un ensemble de documents abordant notre sujet de recherche. Elle s'est effectuée :

- A la bibliothèque de l'UASZ pour les écrits scientifiques et l'étude abordant tout ce qui est relatif à la prise en charge des maladies, le système de santé ;
- A la Région Médicale de Ziguinchor (RMZ) concernant les données sanitaires globales de la région ;
- Au district Sanitaire de Ziguinchor (DSZ) pour les données démographique, la

répartition du personnel de santé ;

- Google scholar en consultant les articles abordant l'accueil, la relation soignant-soigné, la communication soignant-soigné ;
- Bibliothèque numérique de l'UCAD
- Open Access HAL pour les mémoires, thèses et articles traitant ce sujet.
- Mairie de Ziguinchor en ce qui concerne les informations relatives à la commune de Ziguinchor.

2.3.2.2 La collecte des données empiriques

2.3.2.2.1 L'entretien

Pour cette recherche, nous avons utilisé l'entretien, dans un terme simpliste écouter, car comme le soulignent Quivy et Campenhoudt (1995) l'entretien convient à l'étude du fonctionnement d'une organisation, ainsi qu'à l'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés. Il convient de noter que l'entretien est une technique de recueil de données par voie orale qui requiert une situation de face à face entre l'enquêteur et son interlocuteur.

Également comme le note D. Fassin le discours de l'informateur peut produire deux types d'énoncés. Des *faits*, c'est-à-dire des éléments précis qui ont été effectivement constatés : la description d'une maladie, d'un rituel, d'une réunion de comité de santé. Des *opinions*, c'est-à-dire des jugements ou des impressions sur un sujet : un avis général sur les modèles nosographiques, sur le développement des pratiques traditionnelles, sur la participation des populations aux actions de santé (1990 p 7-8). De ce fait, nous avons élaboré trois guides d'entretien semi-directifs assez structurés destinés aux soignants, aux soignés et aux acteurs institutionnels et responsables de structure.

Dans le cadre de cette recherche, nous avons effectué uniquement des entretiens individuels. Ces entretiens se sont déroulés entre le 05 Mai et le 05 Novembre 2022. Ils ont été effectués auprès des soignants, des soignés et des acteurs institutionnels et responsables de structures. Au total nous avons fait 50 entretiens individuels d'une durée moyenne de 25 minutes environ.

Pour plus d'efficacité, nous avons opté pour des entretiens semi directifs qui conviennent particulièrement dans une situation de vérification et d'approfondissement.. Á cet effet, nous avons élaboré trois guide d'entretien assez structurés qui comportent des thématiques et des

sous thématiques (voir annexe n° 1) conformément aux besoins de l'étude et à la diversité des acteurs.

Pour les données qualitatives collectées par le moyen des entretiens, l'appropriation s'est déroulée en quatre phases :

1. La retranscription intégrale des discours
2. Codage thématique
3. Organisation des données
4. Elaboration des conclusions

2.3.2.2.2 L'observation directe

L'observation directe, voir et interpréter, est une technique de collecte de données qui s'applique dans un cadre déterminé dans le temps et dans l'espace. Dans ce même cadre nous pouvons aussi dire qu'elle consiste à observer le fait et à découvrir tous les facteurs qui le composent où qui l'influence. Chauvin et Junin explique que l'observation direct est une méthode essentielle pour donner accès à ce qui se cache, retracer l'enchaînement des actions et des interactions, ou encore saisir ce qui ne se dit pas ou « ce qui «va sans dire » (2010 :145).

Pour ce travail son utilisation trouve sa pertinence sur le fait qu'elle va venir en compléments aux informations obtenues avec les entretiens et les questionnaires. Aussi son application nécessite l'aide des sens de perception ou d'instruments spécifiques comme la grille. Toutefois nous avons eu à élaborer dans le cadre de ce travail une grille d'observation comportant (5) thématiques que sont :

- A. Orientation ;
- B. Propreté et hygiène ;
- C. Guichet d'accueil ;
- D. Espace réception ;
- E. Attitudes et présentation du soignant.

Pour cette étude les observations se sont déroulées en même temps que les entretiens et questionnaires. Cette technique nous a permis de saisir les interactions entre les soignants et les soignants, les rapports de pouvoirs qui s'y jouent, la structuration des différentes structures et les comportements des acteurs. Nous avons pu effectuer ce travail grâce à la grille d'observation (annexe n° 2).

2.3.2.2.3 Enquête par le questionnaire

Dans une recherche sociologique, la nécessité du questionnaire s'explique souvent par le fait que le guide d'entretien uniquement n'admet pas un recueil aussi adéquat des informations nécessaires sur l'objet d'étude.

C'est pour cette raison qu'il devient alors nécessaire d'utiliser d'autres outils d'enquête quantitative en l'occurrence le questionnaire dans une perspective de triangulation de l'information. Le questionnaire nous permet de disposer des données observables et quantifiables. Également pour cette étude nous en avons élaboré deux types pour le soignant et le soigné avec aussi des thématiques en rapport avec la mise en œuvre de ce travail.

Ainsi en ce qui concerne le questionnaire pour les soignants, nous avons élaboré six (6) thématiques évoquées dans les lignes suivantes :

- A. Identification de l'enquêté ;
- B. Motivations du soignant ;
- C. Connaissance du soignant sur l'accueil ;
- D. Compétences du soignant sur l'accueil ;
- E. Dispositif d'accueil ;
- F. Relation soignant-soigné.

Par contre pour ce qui est des soignés nous avons décliné également cinq (5) thématiques représentés par les points ci-dessous :

- A. Identifications de l'enquêté ;
- B. Choix de la structure ;
- C. Accueil des soignants ;
- D. Dispositif d'accueil ;
- E. Relation soignant-soigné.

Notre enquête par questionnaire (annexe n° 3) s'est déroulée pendant la même période que les entretiens et observation auprès des soignants et des soignés. L'enquête a été réalisée à partir des questions structurées et administrés par le biais de rencontre personnelle. En effet, pour ce faire, nous avons fait recours au questionnaire, au nombre de 334. Ce dernier a été administré aux soignants et soignés du poste de santé de Néma, du centre de santé silence et l'hôpital de la paix.

2-4 Technique d'analyse

Pour cette partie il convient de noter que les données quantitatives recueillies à travers les questionnaires destinés au soignant et soigné, ont été saisies sur le logiciel Sphinx V5. L'analyse de ces données a été descriptive et elle a été effectuée à l'aide de tableaux statistiques. Toutefois en ce qui concerne les données qualitatives collectées lors des entretiens, nous avons opté de retranscrire l'ensemble des entretiens des personnels de santé, des soignés et des responsables institutionnels pour disposer d'un maximum d'informations nous permettant de faire notre étude. C'est seulement après que cet exercice ait été effectué que les données ont fait l'objet d'une synthèse partant des thèmes évoqués qui nous ont permis de dégager des conclusions pratiques initiales. Enfin, pour l'analyse des données, nous avons opté pour l'analyse de contenu dont :

L'analyse catégorielle qui est une méthode qui relève des analyses thématiques comme évoquer précédemment. Également il y'a l'analyse d'évaluation qui trouve son importance dans l'exploitation des données. Elle nous permet de ressortir les jugements et représentation qu'il soit positifs ou bien négatifs voir même neutre. Elle est aussi une composante de l'analyse thématique. En outre il existe aussi d'autres variantes de l'analyse de contenu dont les analyses formelles comportant deux éléments représentés par l'analyse de l'énonciation et l'analyse de l'expression mais aussi l'analyse structurale s'intéressant aux formes de relations entre les différents acteurs.

Ainsi le choix de l'analyse contenu est motivé par le fait qu'elle a pour but de connaître la vie sociale à partir de cette dimension symbolique des comportements humains. Elle procède de traces mortes, de documents de toutes sortes, pour observer des processus vivants : la pensée humaine dans sa dimension sociale. Cette pensée peut être appréhendée à l'échelle individuelle ou collective et conceptualisée, notamment, dans une théorie des idéologies ou encore, une théorie des représentations sociales (P. Sabournin, 2008 :1).

Toutefois il y'a lieu de rappeler encore comme il est noté un peu plus haut qu'il existe plusieurs catégories de méthodes d'analyse de contenu avec quelques variantes pour chacune d'elles. (Quivy & Campenhoudt, 1995) Par contre pour les besoins de notre analyse nous avons opté pour l'analyse thématique. C'est une « méthode d'analyse consistant à repérer dans des expressions verbales ou textuelles des thèmes généraux récurrents qui apparaissent sous divers contenus plus concrets » (Mucchielli, 1996, p. 259).

2-5 Difficultés rencontrées

Comme toute étude dans l'ordre naturel des choses, nous avons rencontré un certain nombre de difficultés pour réaliser ce travail. Ils se sont surtout notés lors du déroulement. En ce qui concerne les questionnaires, nous avons constaté qu'un bon nombre des enquêtés soignés comme soignants ont préféré ne pas apporter des réponses par rapport aux questions ouvertes. Également pour ceux qui ne pouvaient écrire nous avons rempli pour eux même en leur posant les questions. Aussi au niveau de l'hôpital de la paix nous avons été obligés de reprendre quelques questionnaires auprès des personnels de santé pour des raisons d'égarement des documents. Il n'a pas aussi été facile d'avoir un entretien avec le directeur du fait de son calendrier. A plusieurs reprises nous avons dû déprogrammer soit pour raison de santé soit pour cause de voyage. Au premier jour aussi nous avons eu à essayer un refus catégorique d'un vigile au niveau de l'Hôpital de la Paix pourtant nous avons eu à prendre notre temps pour lui expliquer et malgré le fait que nous avons eu aussi à porter notre masque. Au niveau du service accueil orientation aussi on a eu un refus des occupants. Finalement nous étions obligés de passer par leur supérieur hiérarchique notamment après présentation de notre autorisation. Nous avons eu à vivre aussi au centre de santé une perte de questionnaires chez certains agents de santé. Encore une fois nous avons été obligés de reprendre le travail en leur remettant de nouvelles feuilles. Cependant au niveau du poste de santé de Néma nous avons eu à y rencontrer seulement deux problèmes avec le refus d'un malade de se faire enregistrer et nous nous sommes rabattus sur un autre. L'autre difficulté c'était au niveau de la langue avec un guinéen de Conakry qui présentaient des errements dans ses réponses.

2-6 Limites de l'étude

Un processus de recherche ne saurait prétendre à une perfection pour la simple et bonne raison qu'il est le produit d'un être imparfait et nous pouvons dire que ce travail n'a pas dérogé pas à la règle. Comme toutes œuvres humaines, des limites ont été aussi notées et nous allons les présenter à travers les lignes qui vont suivre.

Notre profession d'agent de santé a parfois constitué un blocus latent chez certains parce qu'ils devaient croire qu'en nous répondant ils vont jeter de l'opprobre sur des collègues. Certaines personnes ont même eu à nous signaler que nous-même nous savions de quoi il s'agissait. Donc le facteur limitant pourrait être observé dans les informations fournies par eux.

La langue a constitué une autre limite comme la grande majorité de nos interlocuteurs en général les soignés, les questionnaires étaient tenus dans des langues telles que le diola, le wolof, le

manding avec l'aide d'interprète que j'ai eu à utiliser ; ce qui peut constituer une barrière à cette étude puisque la langue est chargée d'acceptions ou de sens qu'il n'est pas toujours aisé de traduire et de les exprimer fidèlement dans une autre langue.

Cependant pour la grande majorité des entretiens tenus en wolof, c'est nous-mêmes qui les avons conduites sans intermédiaire. En même temps tous les entretiens en français en l'occurrence avec les soignants ont été traduits en français.

Aussi le début de la collecte ayant coïncidé avec l'éclatement du scandale de Louga avec l'inculpation des sages-femmes pour non-assistance de personne en danger, cette situation aussi nous faisait courir le risque d'avoir une influence sur les attitudes de soignants et soignés vis-à-vis de l'étude. Qu'en serait-il des réponses si nous n'étions pas en situation de crise avec ces faits divers ?

PARTIE 2 : ETUDE DE L'ORGANISATION ET DU FONCTIONNEMENT DU POSTE DE SANTE DE NEMA, LE CENTRE DE SANTE SILENCE ET L'HÔPITAL DE LA PAIX

CHAPITRE 3 : PRESENTATION DU POSTE DE SANTE DE NEMA, LE CENTRE DE SANTE DE ZIGUINCHOR ET DE L'HÔPITAL DE LA PAIX

Ce chapitre va être consacré, dans un cadre beaucoup plus spécifique de notre étude, aux présentations du poste de santé de Néma, du centre de santé et de l'hôpital. Il va prendre en compte pour chaque structure trois aspects que sont la présentation, l'organisation et l'offre de service.

3-1 Le poste de santé de Néma

3-1-1 Présentation

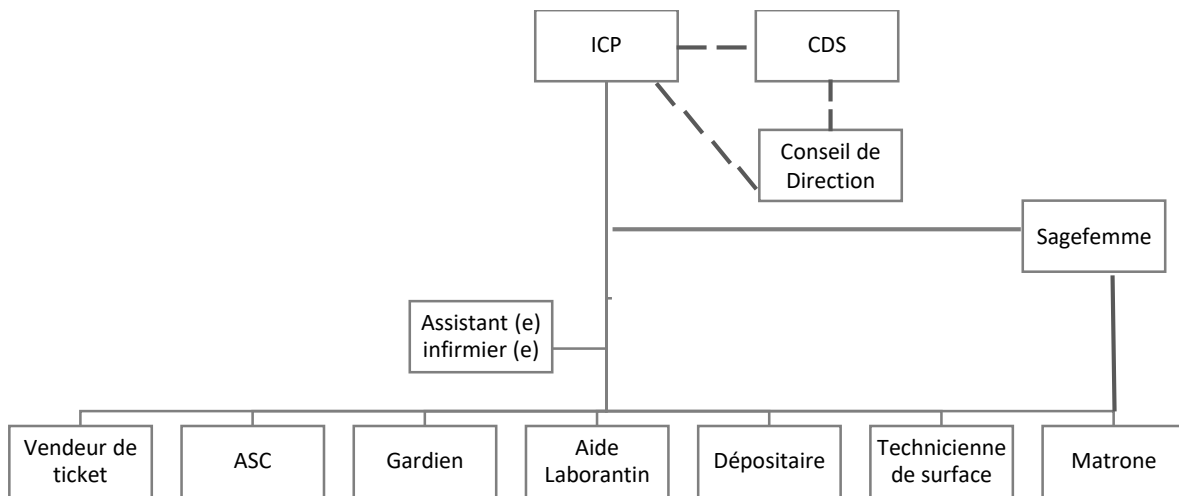
Les postes de santé sont les structures sanitaires les plus périphériques de la pyramide sanitaire. Il y a des postes de santé urbains et des postes de santé ruraux. Situé dans la commune de Ziguinchor, le poste de santé de Néma est classé dans la première catégorie. Toutefois il convient de rappeler qu'il a démarré ses activités dans l'ancien bâtiment qui abritait autre fois le « tripano » (Hôpital des malades mentaux transféré par la suite en 1982 à Kenia). Le premier responsable de ce dispensaire fut monsieur Lamine Bodian de 1982 à 1983.

En 1984, une coopération qui fut signée avec les belges et l'ONG « Delipro » prendra en charge l'agrandissement de ce dispensaire qui finit en 1985 d'où le nom « Hôpital belge ». Ainsi l'administration leur sera confiée jusqu' en 1992, année de leur départ coïncidant avec fin de la coopération. Par la suite, le district sanitaire de Ziguinchor a repris le poste santé en nommant monsieur Gagnan Diedhiou comme ICP qui sera remplacé en 2005 par monsieur Assane Diatta. Il a dirigé la structure jusqu'en 2012 coïncidant avec l'arrivée de Mamadou Lamine Coly actuel ICP. D'ailleurs c'est lui-même qui demeure toujours en service.

Situé à la lisière de la ville de Ziguinchor, le poste de santé de Néma (ex hôpital belge) polarise les quartiers de Néma Kadior, Néma 2, Château d'eau et Castor. A côté de ce poste on a comme infrastructure sanitaire : le centre de santé de Kenia, le camp des sapeurs-pompiers, le village S.O.S et le service médical des étudiants de l'université de Ziguinchor. Aussi les structures de référence du poste de santé sont le centre de santé (Hôpital Silence), l'hôpital régional et l'hôpital de la Paix.

3-1-2 Organisation

Figure 3: organigramme du poste de santé de Néma



Source : Poste de santé de Néma

CDS : représente la communauté dans la gestion de la structure et est dirigé par un secrétaire exécutif élu par une assemblée générale ;

Conseil de direction : représente la mairie dans la gestion du poste ;

ICP : assure les consultations primaires curatives, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, les soins d'urgence des nourrissons, la planification des activités, le bon fonctionnement du service, la commande des médicaments en collaboration avec le dépositaire.

Sage-femme : assure les CPN, la PF, les CPON, les soins périnatal et néonataux, les accouchements, les consultations gynécologiques. Elle planifie les calendriers d'activités d'IEC/CCC en collaboration avec l'ICP ;

Assistant (e) infirmier (e) : assiste l'infirmier dans la prise en charge des patients ;

Aide laborantin : fait les analyses disponibles au niveau du poste et donne les résultats à l'ICP ou à la sage-femme ;

Dépositaire : veille au bon fonctionnement du dépôt, à la vente des médicaments, la gestion, la commande et la sécurité des médicaments en collaboration avec l'ICP,

Matrone : assure les activités de counseling, aide la sage-femme dans la prise en charge des accouchements, supervise le traitement directement observé à la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) ;

ASC : ils assurent les soins (pansement, injection), vaccination, pesée, les activités d'information et d'éducation sous la supervision de l'ICP ;

Vendeur de tickets : elle s'occupe de la vente des tickets, collectionne les recettes ici de la vente, oriente les clients et veille au respect de l'ordre ;

Gardien : veille à la sécurité des locaux et des clients de jour comme de nuit ;

Technicienne de surface : assure l'entretien et la propreté du poste de santé et la gestion des déchets en collaboration avec l'ASC formé à cet effet ;

Il y'a également les **relais communautaires** et **Bajenu Gokh** qui interviennent dans le volet IEC/CCC, la mobilisation sociale, les campagnes de masse etc.

3-1-3 Offres de service

Les services offerts par les postes de santé sont régis par l'article 14 du décret relatif à la carte sanitaire qui nous fait savoir que : « *le poste de santé est une structure publique de santé qui offre des soins curatifs paramédicaux, des services promotionnels et préventifs* ».

Ainsi nous pouvons citer entre autre comme offres :

Les consultations primaires curatives ;

La santé maternelle et infantile : planification familiale, consultations pré et postnatales, accouchements, les soins obstétricaux d'urgence etc. ;

La vaccination ;

Les activités de communication : IEC/CCC, plaidoyer, mobilisation sociale ;

Le suivi nutritionnel et pondéral : pesée, prise en charge de la malnutrition etc.

L'aide au diagnostic en fonction des analyses disponibles ;

L'échographie.

3-2 Le centre de santé Silence

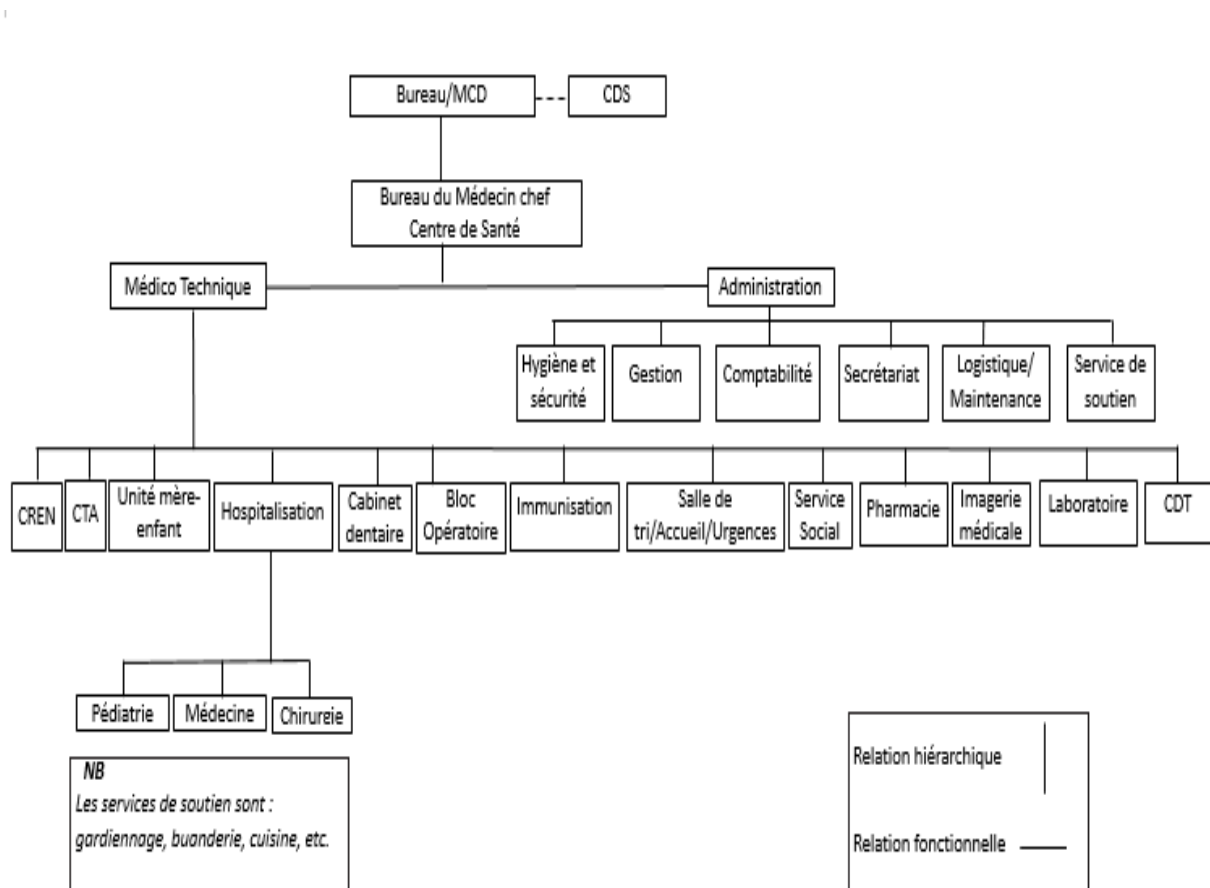
3-2-1 Présentation

Le centre de santé a été construit en 1919 juste après la grande guerre 1914-1918. Cette structure marquée par 20ans de présence de la mission médicale chinoise avait une renommée nationale et était considérée par la population comme un hôpital de référence de la région de Ziguinchor. A l'instar d'un poste de santé le centre de santé dispose aussi d'une zone de responsabilité qui lui est propre. Nous pouvons en citer Boucotte-Korentas, Boucotte-Place de Gao, Boucotte-Sindian, Boudody, Kobiténe, Escale (une partie parce que l'autre partie revient à PMI Escale)

Il convient aussi de rappeler que le centre de santé est le siège du district sanitaire qui est une entité opérationnelle qui polarise des postes de santé. Pour ce qui est de Ziguinchor, ils sont au nombre de 37. Cependant comme à l’instar d’un poste de santé le centre de santé dispose également d’un comité de développement sanitaire qui acte l’association de la population dans la gestion de la structure.

3-2-2 Organisation

Figure 4 : organigramme du centre de santé de Ziguinchor



Source : centre de santé de Ziguinchor

MCD : Médecin chef de district, responsable du district qui est une entité opérationnelle comprenant un centre de santé autour de duquel gravite des postes de santé. Il y’a 37 postes de santé pour le cas de Ziguinchor.

MCA : Médecin chef de santé, c’est le responsable du centre de santé

CDS : Comité de développement sanitaire, représentant de la population dans la gestion du centre de santé.

CREN : Centre de renforcement nutritionnel, pour la prise en charge des cas de malnutrition sévère

CTA : Centre de traitement ambulatoire, gère la prise en charge des personnes i

CDT : Centre de traitement, gère les cas de tuberculose, de lèpre etc.

3-2-3 Offres de service

L'article 13 du code de la carte sanitaire nous présente les centres de santé qui sont de deux niveaux :

- le centre de santé de niveau 1 (CS 1) est une structure publique de santé qui offre des soins curatifs médicaux, paramédicaux et dentaires, en ambulatoire et en hospitalisation, et des services promotionnels et préventifs.

- le centre de santé de niveau 2 (CS 2) dispose en plus d'un bloc opératoire offrant au moins des soins obstétricaux d'urgence. Les actes de chirurgie générale, en dehors des soins obstétricaux d'urgence, peuvent être offerts dans le centre de santé de niveau 2 si la structure dispose d'une autorisation du Ministre chargé de la Santé.

En ce qui concerne le centre de santé de Ziguinchor on peut le situer au niveau 1 bien vrai qu'il ait en ce moment un bloc opératoire qui pourrait nous pousser à le classer au niveau 2 mais malheureusement il n'est pas encore fonctionnel.

Les services offerts sont :

Les soins dentaires ;

Les soins oculaires ;

Les hospitalisations ;

Le service d'aide au diagnostic : laboratoire, échographie, ECG, radiographie etc.

Les consultations enfants comme adultes ;

La santé maternelle et infantile : planification familiale, consultations pré et postnatales, accouchements, les soins obstétricaux et néonataux d'urgence etc. ;

La vaccination ;

Les activités de communication : IEC/CCC, plaidoyer, mobilisation sociale.

3-3 L'Hôpital de la paix

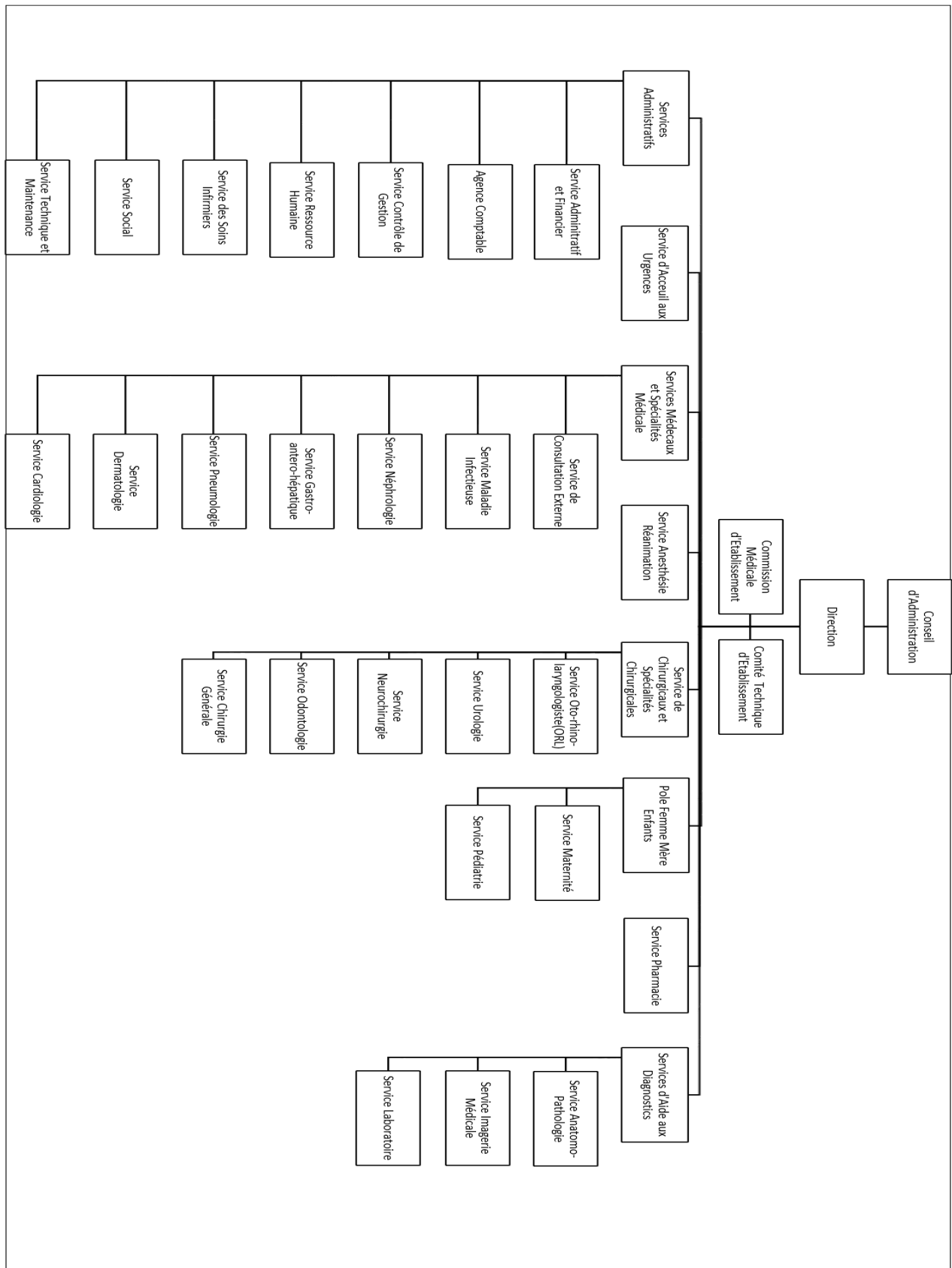
3-3-1 Présentation

L'hôpital de la paix est un établissement public de santé de niveau 2 dont les travaux de construction ont démarré en 1999 sur investissement propre de l'Etat du Sénégal. L'objectif était de renforcer le dispositif sanitaire de la région naturelle de Casamance qui faisait face à d'énormes besoins en termes de couverture sanitaire. Les travaux qui devaient s'achever tout au début des années 2000, ont connu un retard d'exécution et l'ouverture n'a finalement eu lieu qu'au mois d'avril 2014.

Il y'a lieu de rappeler que l'hôpital de la Paix a été érigé en établissement public de santé de niveau 2 par décret N° 2011-1917 en date du 29 Novembre 2011 ; il est ainsi doté d'une personnalité juridique et d'une autonomie de gestion. Il dispose à cet effet d'un Conseil d'Administration installé le 13 Juin 2017. L'hôpital a une capacité théorique de 120 lits et abrite des spécialités médicales et chirurgicales, en plus des services d'aide au diagnostic.

3-3-2 Organisation

Figure 5: organigramme de l'hôpital de la Paix



Source : ressources humaines

3-3-3 Offres de service

L'hôpital de la paix a une mission de Soins, d'Enseignement et de Recherche définies par l'Etat qui assure, en partie, son financement par le biais de subventions. Dans le cadre de son fonctionnement, l'EPS peut utiliser d'autres axes comme les collectivités territoriales, le partenariat public/privé etc. Aussi, eu égard à la convention de partenariat qui le lie à l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) des Sciences de la Santé de l'Université de Ziguinchor, l'EPS 2 de la Paix de Ziguinchor dispose de Médecins spécialistes universitaires (actuellement au nombre de 20 dont 6 agrégés). De ce fait, il est organisé en son sein des enseignements pratiques et cliniques en faveur des étudiants et du personnel. En outre, il œuvre pour le développement de la recherche médicale.

Il convient de rappeler que c'est l'Article 10 du décret relatif de la carte sanitaire qui explique le régime d'un 'établissement public de santé hospitalier de deuxième niveau (EPS 2) qui est un hôpital à vocation régionale. En plus des paquets de soins offerts (l'hospitalisation ; les soins préventifs et curatifs ; des soins spécialisés.) par l'EPS 1 visés à l'article 9 du présent décret, l'EPS 2 délivre des soins spécialisés plus élargis et des soins ré-adaptatifs. Les soins ré-adaptatifs sont des soins destinés à corriger les insuffisances de fonctionnement et de mobilité notées chez les malades victimes d'incapacité totale, partielle ou séquellaire.

Cependant il convient de rappeler que l'hôpital de la paix a démarré ses activités au mois d'Avril 2014 avec l'ouverture partielle de quelques services.

Consultations externes (Médecine générale, Dermatologie, Cardiologie, Gastro-entérologie) ;

Laboratoire ;

Pharmacie IB ;

Explorations fonctionnelles (Échographie, ECG, fibroscopie) ;

Consultations prénatales ;

Mais quelques temps après, les activités suivantes se sont déroulées :

Les hospitalisations ;

Les urgences médicales ;

Les consultations et actes : de la pneumologie ; de la pédiatrie ; de la néphrologie ; de la chirurgie et de la maternité

Les examens de radiologie ;

Les activités de la Banque de sang.

CHAPITRE 4 : LES FACTEURS MOTIVANTS POUR DEVENIR UN PERSONNEL DE SANTE ET FAIRE LE CHOIX D'UNE STRUCTURE SANITAIRE

Dans ce chapitre nous allons aborder les facteurs motivants pour devenir un agent de santé et faire le choix d'une structure sanitaire des aspects très important dans le cadre de notre sujet d'étude. Ainsi nous allons essayer de ressortir l'ensemble des éléments entrant dans ce sens et venant des acteurs qui gravitent autour du poste de santé de Néma, du centre de santé Silence de même que l'hôpital de la Paix dans le but d'appréhender les tenants et les aboutissants de ces différents points.

4-1 Les caractéristiques de la population d'étude

Notre population d'étude est constitué par les soignants, les soignés ainsi que les acteurs institutionnels et responsable de structure. Dans un premier temps nous allons alors aborder les données obtenues lors des questionnaires au nombre de 334 attribués comme suit : 90 soignés pour Néma, 99 soignés pour le centre de santé et 77 soignés pour la Paix mais également 23 soignants pour Néma, 25 soignants pour le centre de santé Silence et 20 soignants pour l'hôpital de la Paix.

En ce qui concerne les soignants nous pouvons retenir :

Au niveau du poste de santé de Néma le sexe ratio est de 7hommes/16emmes=0,44.

Graphique 1 : description des effectifs selon l'expérience professionnel (soignant), Néma



Source : Alioune Diagne Mai-Novembre 2022

Pour ce qui est de l'expérience professionnelle, nous avons 51,2% des enquêtés du poste de santé de Néma qui en ont une de moins de 5ans.

Tableau IV: croisement entre profession et statut professionnel (soignant), Néma

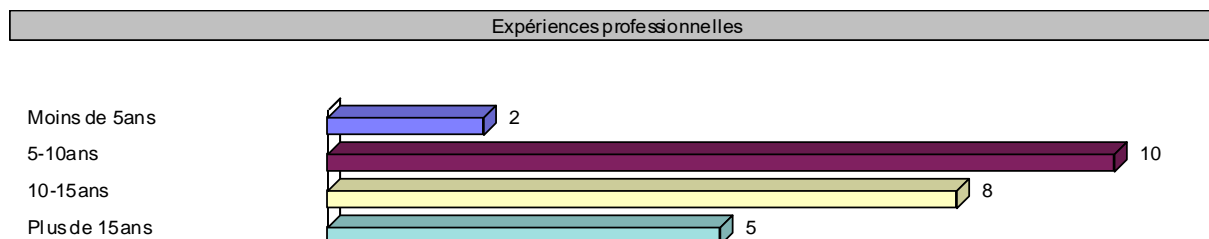
Profession	Statut professionnel				Total général
	Bénévolat	Communautaire	Contractuel(le)	Stagiaire	
Agent de santé communautaire	1	1	0	0	2
Aide laborantin	0	1	0	0	1
Assistant infirmier(e)	0	1	2	2	5
Dépositaire	0	2	0	0	2
Gardien	0	1	0	0	1
Infirmier(e)	0	0	0	4	4
Matrone	0	2	0	0	2
Sage-femme	0	1	0	4	5
Vendeur de ticket	0	1	0	0	1
Total général	1	10	2	10	23

Source : Alioune Diagne Mai-Novembre 2022

Pour ce tableau nous avons 9 observations, le constat qui revient est que 43,5% de l'échantillon du poste de santé de Néma est formé de stagiaires et des communautaires. Ainsi parmi les stagiaires, il y'a : 8,7% assistants infirmiers, 17,4% constitués de sage-femme et d'infirmiers. Dans le rang des communautaires nous avons : 4,3% de l'échantillon pour chacune des professions qui suivent : agent de santé communautaire, aide laborantin, assistant infirmier(e), gardien, sage-femme et vendeur de ticket tandis que les 8,7% pour le poste de dépositaire.

Au niveau du centre de santé Silence le sexe ratio est de 10hommes/15emmes=0,66.

Graphique 2 : description des effectifs selon l'expérience professionnel (soignant), Silence



Source : Alioune Diagne Mai-Novembre 2022

Au niveau du centre de santé 40% du personnel de santé questionné ont une expérience professionnelle comprise entre 5-10ans.

Tableau V : croisement entre profession et statut professionnel (soignant), Silence

Statut professionnel		Bénévolat	Communautaire	Contractuel(le)	Fonctionnaire	Total général
Profession						
Agent de santé communautaire		0	2	0	0	2
Aide social		0	0	0	1	1
Assistant infirmier(e)		0	0	1	1	2
Assistant social		0	0	0	1	1
Caisse		0	1	0	0	1
Chirurgien(ne) dentiste		0	0	0	1	1
Dépositaire		0	1	0	0	1
Infirmier(e)		0	0	3	2	5
Matrone		1	0	0	0	1
Médecins et spécialistes		0	1	0	0	1
Sage-femme		0	0	2	2	4
Secrétaire		0	2	0	0	2
Technicien(e) Supérieur en biologie		0	0	0	1	1
Technicien(e)supérieur en ophtalmologie		0	0	0	1	1
Vigile		0	0	1	0	1
Total général		1	7	7	10	25

Source : Alioune Diagne Mai-Novembre 2022

Avec ce tableau nous avons 15 observations et son analyse nous montre que 40% des personnels du centre de santé enquêtés sont des fonctionnaires tandis que 28% des communautaires et contractuel (le).

Toutefois dans le groupe des fonctionnaires nous avons : 4% affecté à chacun des professions suivant : aide social, un assistant infirmier(e), assistant social, chirurgien(ne) dentiste,

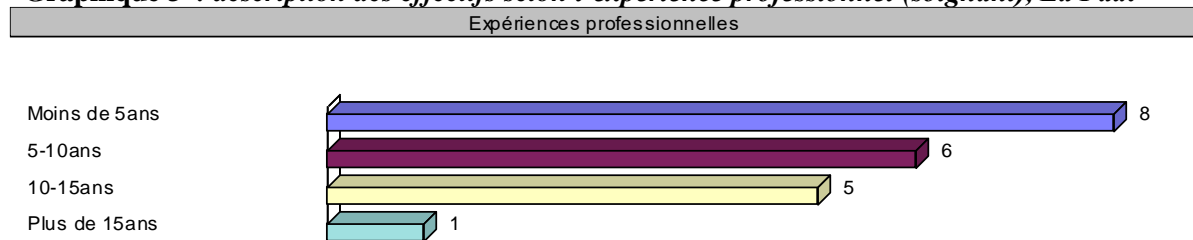
technicien(e) supérieur en biologie et technicien(e) supérieur en ophtalmologie mais également 8% d'infirmier et 8% de sage-femme.

Pour les contractuels il y a 4% pour successivement assistant infirmier(e) et vigile, 8% sage-femme mais aussi 12% infirmiers d'état.

En ce qui concerne les communautaires nous avons 4% affecté respectivement agent caisse, au dépositaire et au médecin et spécialiste alors que 8% agent de santé communautaire et secrétaire.

Au niveau de l'hôpital de la paix, le sexe ratio 9hommes/11emmes=0,81.

Graphique 3 : description des effectifs selon l'expérience professionnel (soignant), La Paix



Source : Alioune Diagne Mai-Novembre 2022

Il convient de noter à ce niveau pour ce qui est de l'hôpital de la Paix 40% de l'échantillon dispose d'une expérience professionnelle de moins de 5ans.

Tableau VI:croisement entre profession et statut professionnel (soignant), La Paix

Statut professionnel					
Profession	Communautaire	Contractuel(le)	Fonctionnaire	Stagiaire	Total général
Aide-soignant (e)	0	1	0	0	1
Assistant infirmier(e)	0	1	0	0	1
Assistant(e) social	0	0	1	0	1
Brancardier	0	1	0	0	1
Dépositaire	0	0	0	1	1
Facturation	0	1	0	0	1
Infirmier(e)	0	1	3	0	4
Médecins et spécialistes	0	0	2	0	2
Médiateur (trice)	1	0	0	0	1
Sage-femme	1	1	1	0	3
Secrétaire	0	0	1	0	1
Technicien(ne) supérieur en biologie	0	0	1	0	1
Technicien(ne) supérieur en kinésithérapie	0	0	1	0	1
Vigile	0	1	0	0	1
Total général	2	7	10	1	20

Source : moi-même Mai-Novembre 2022

Au niveau de ce tableau nous constatons la présence de 14 observations. L'analyse nous montre de 50% des enquêtés sont des fonctionnaires tandis que 35% des contractuel (le).

Ainsi dans le groupe des fonctionnaires nous avons 5% affecté à chaque catégorie socioprofessionnelles que sont : assistant(e) social, sage-femme secrétaire, technicien(ne) supérieur en biologie, technicien(ne) supérieur en kinésithérapie, 10% médecin et spécialiste et 15% infirmier(e). Cependant pour ce qui est des contractuel (le), il y'a, 5% pour chacune des professions que sont aide-soignant (e), assistant infirmier(e), brancardier, facturation, infirmier(e), sage-femme vigile.

En résumé pour l'ensemble de ces trois structures nous constatons que le personnel de santé est dominé par les femmes. Cette remarque rejoint celle faite dans le Rapport Audit du Genre MSAS « les femmes constituent la majorité du personnel du secteur toutes catégories confondues. Elles représentent, sur le total de 20215 agents, un effectif de 11 243 soit 53% contre 8 972 hommes soit 44% » (2015 :33). Également il y'a une variation de l'expérience professionnel passant e moins de 5ans pour le poste de santé de Néma et l'hôpital de la paix et 5-10ans pour le centre de santé. Il y'a lieu de dire que les agents interrogés sont en majorité moins expérimentés. Cette situation s'explique par le turn over, le faible recrutement de personnel et la mobilité des stagiaires qui

ont tendances à aller voir ailleurs s'ils ne constatent une évolution de leur situation. D'autres viennent les remplacer. Le cycle continue à nouveau.

Ainsi la majorité des agents du poste de santé de Néma sont généralement dans une situation précaire car constitué en général de communautaire et de stagiaire tandis qu'au niveau du centre de santé et de l'hôpital de la Paix nous observons le contraire avec la domination des fonctionnaires de même que contractuels. Il y'a lieu de noter aussi que ces derniers sont soit liés soit au ministère de la santé ou bien de l'hôpital qui ont directement contractualisé avec eux pour leur permettre d'avoir un emploi stable.

Pour ce qui est des soignés nous avons :

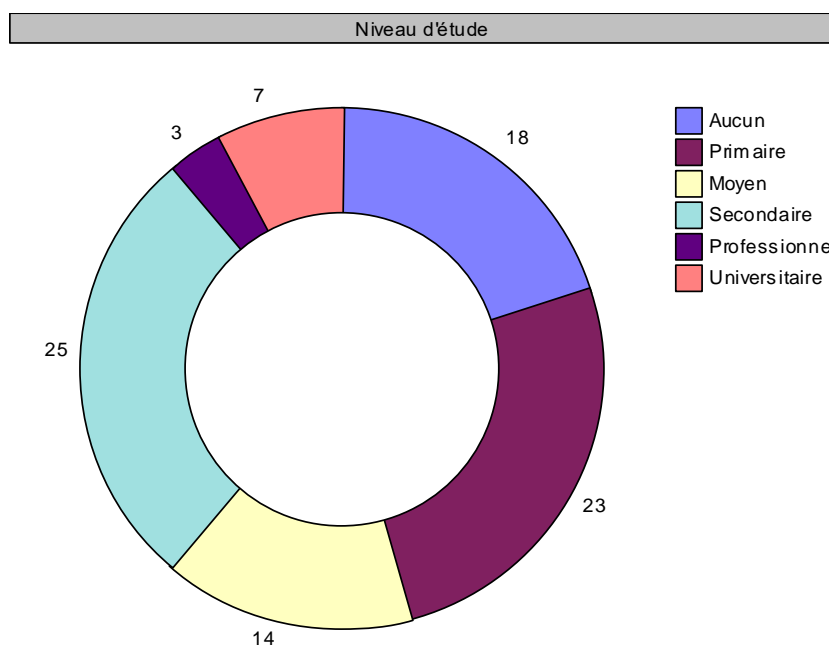
Tableau VII : croisement entre genre et âge (soigné), Néma

Age Genre	20-25	26-35	36-45	46-55	56-65	Plus de 65ans	TOTAL
Masculin	5	2	6	3	0	1	17
Féminin	24	32	15	2	0	0	73
TOTAL	29	34	21	5	0	1	90

Source : Alioune Diagne Mai-Novembre 2022

L'observation de ce tableau nous montre que 81,1% des soignés enquêtés au niveau du poste de santé de Néma sont constitués de femme et 37,7% ont une tranche d'âge comprise entre 26-35ans étant celle qui est dominante.

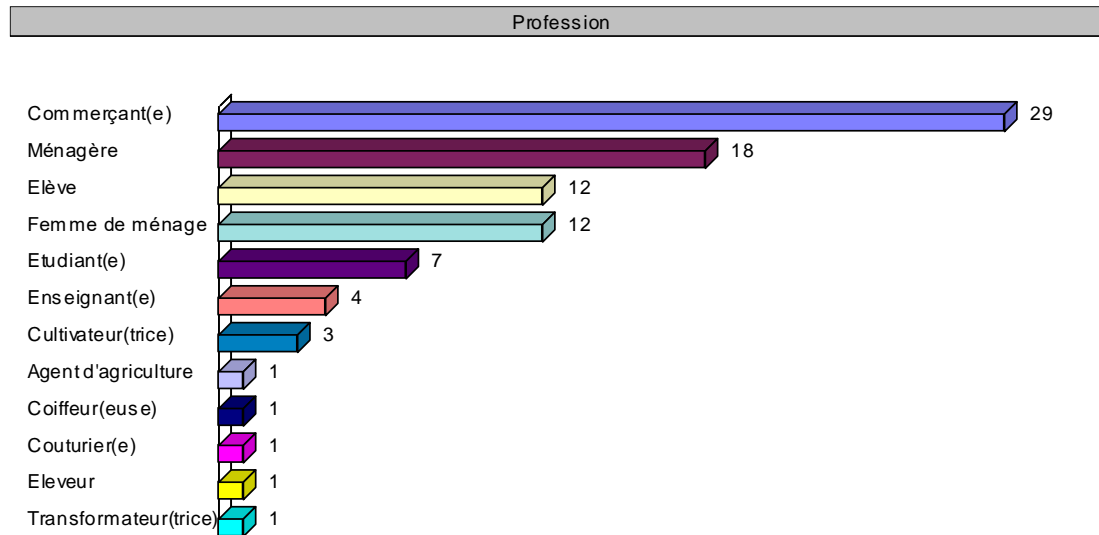
Graphique 4 : description des effectifs selon le niveau d'étude (soigné), Néma



Source : Alioune Diagne Mai-Novembre 2022

Ce graphique nous montre que seul 20% des soignés enquêtés au poste de santé de Néma ne sont pas instruits. Par contre le reste a eu à fréquenter l'école mais à niveaux différents.

Graphique 5 : description des effectifs selon la profession (soigné), Néma



Source : Alioune Diagne Mai-Novembre 2022

Nous constatons la présence de 12 observations et que 32,2% de l'échantillon est constitué de commerçant(e).

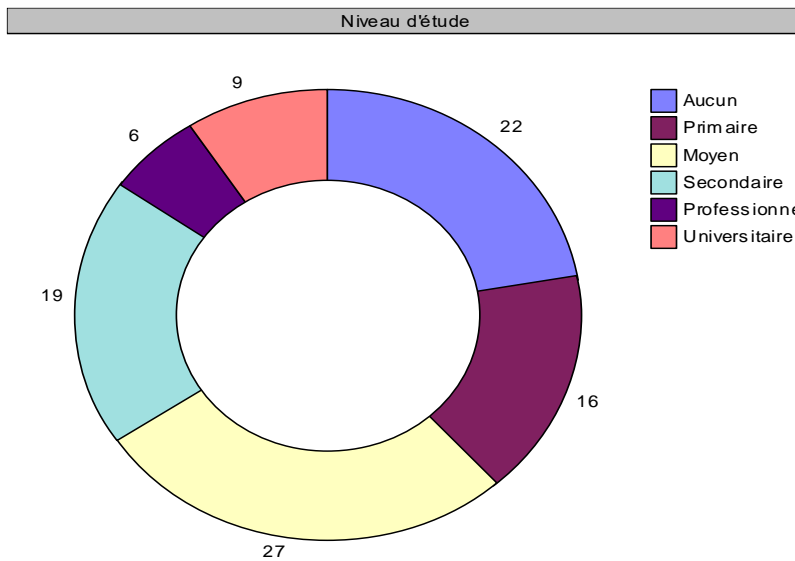
Tableau VIII : croisement entre genre et âge (soigné), Silence

Age	20-25	26-35	36-45	46-55	56-65	Plus de 65ans	TOTAL
Genre							
Masculin	7	14	8	6	4	2	41
Féminin	11	19	10	9	8	1	58
TOTAL	18	33	18	15	12	3	99

Source : Alioune Diagne Mai-Novembre 2022

L'analyse de ce tableau nous permet de ressortir que 58,5% des soignés enquêtés du centre de santé sont formés par les femmes et que la tranche d'âge 26-35ans est celle majoritaire avec notamment 33,3%.

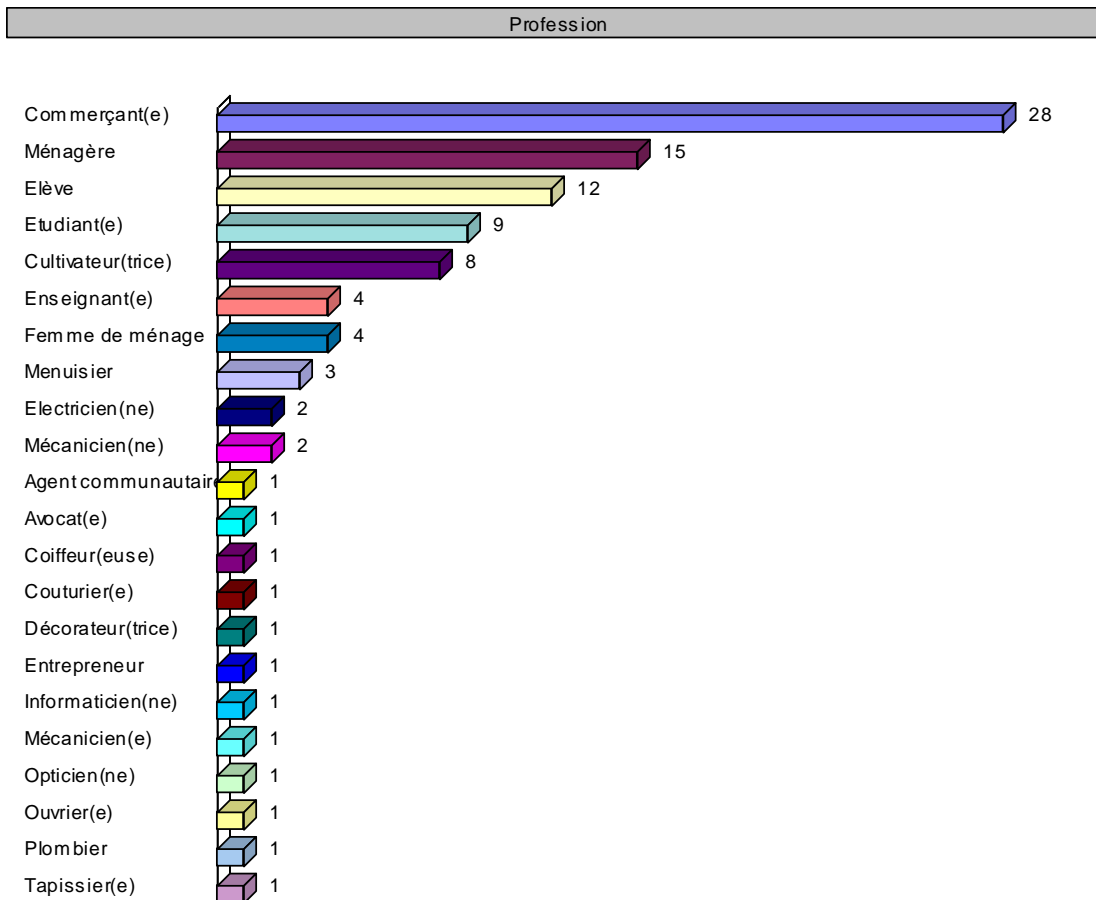
Graphique 6 : description des effectifs selon le niveau d'étude (soigné), Silence



Source : Alioune DIAGNE Mai-Novembre 2022

Avec ce graphique nous remarquons que 22,2% des soignés enquêtés au niveau du centre de santé ne sont pas instruits alors que le reste ont eu à faire même si les niveaux présentent des variations.

Graphique 7 : description des effectifs selon la profession (soigné), Silence



Source : Alioune Diagne Mai-Novembre 2022

Nous avons avec ce graphique de 22 observations pour représenter la profession des soignés enquêtés à l'hôpital de la paix. Également les commerçants sont encore dominants avec 36,3%.

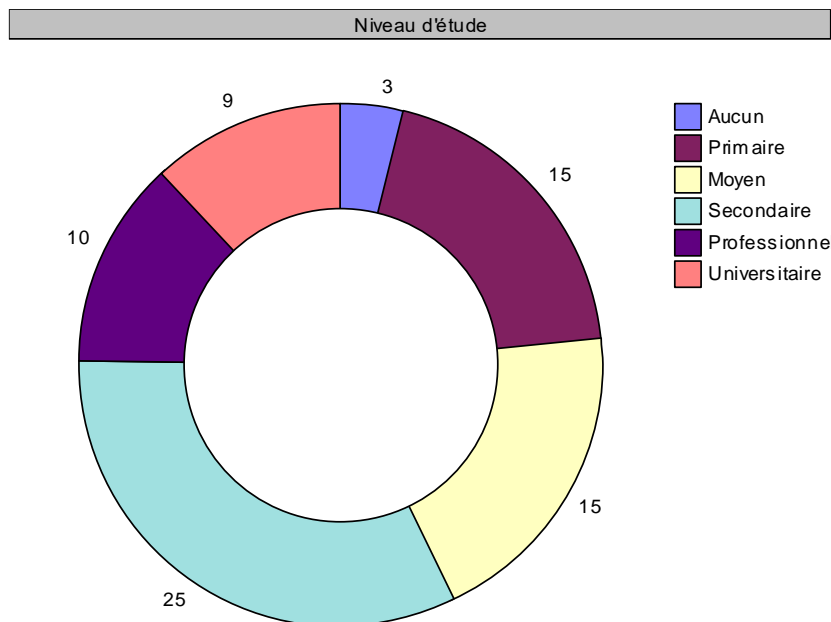
Tableau IX : croisement entre genre et âge (soigné), La Paix

Age	20-25	26-35	36-45	46-55	56-65	Plus de 65ans	TOTAL
Genre							
Masculin	5	13	2	2	3	3	28
Féminin	11	24	9	2	3	0	49
TOTAL	16	37	11	4	6	3	77

Source : Alioune Diagne Mai-Novembre 2022

Ce tableau nous permet de constater que 63,6% des personnes questionnées au niveau de l'hôpital de la paix sont des femmes et que 48% ont une tranche d'âge située entre 26-35ans, celle qui est d'ailleurs plus nombreuse.

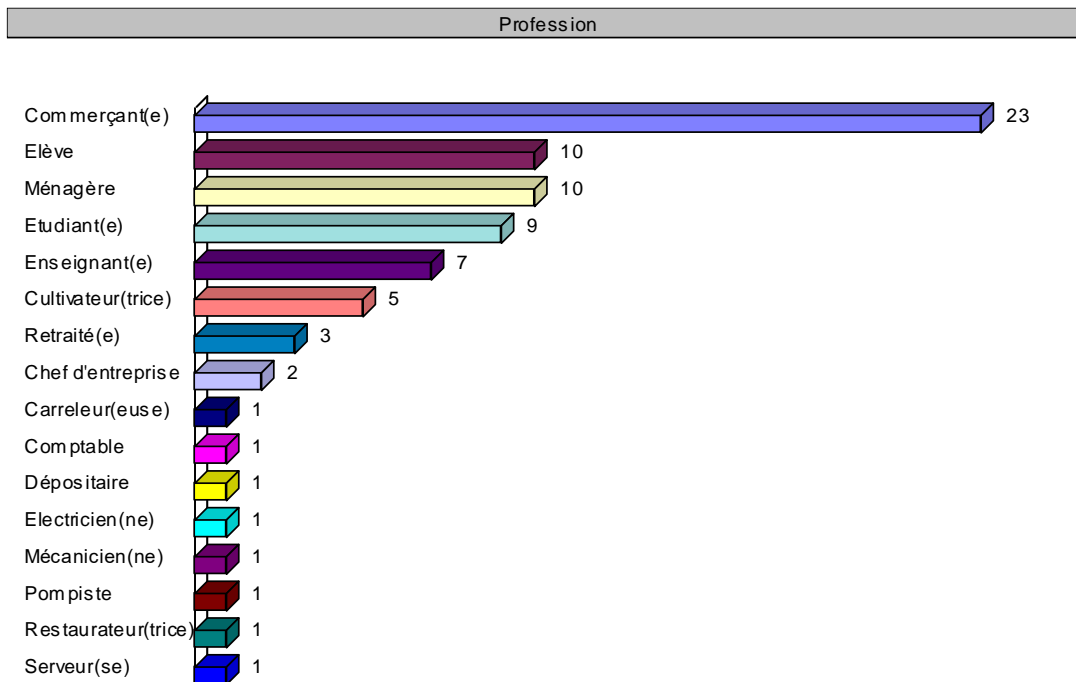
Graphique 8 : description des effectifs selon le niveau d'étude (soigné), La Paix



Source : Alioune DIAGNE Mai-Novembre 2022

Ce graphique nous apprend que 19,5% ne sont pas instruits alors que pour le reste tel n'est pas le cas bien vrai que les classes ne sont pas identiques.

Graphique 9 : description des effectifs selon la profession (soigné), La Paix



Source : Alioune DIAGNE Mai-Novembre 2022

Ce graphique nous présente 16 observations avec une domination des commerçants représentant 29,9% devant les autres professions.

Ainsi comme pour les soignants, l'échantillon majoritaire du genre des soignés enquêtés est celui féminin dans chacune de ces structures. Une situation identique est également soulignée par J. P. Olivier de Sardan et Y. Jaffrè « *l'essentiel des usagers des complexes sanitaires sont les femmes et les enfants. Quatre principales offres intéressent particulièrement cette population : consultations de nourrissons sains (CNS), consultations curatives (CC), consultations prénatales (CPN) et accouchement. C'est au travers de ces activités que nous allons observer les parcours des usagers des services publics de santé de premier recours. L'objectif n'est pas d'être exhaustif. Il s'agit de donner une idée des situations d'interactions possibles* » (2003 :106). Aussi la tranche d'âge dominante est 26-35ans. Il en est de même avec la profession commerçante. Cependant le niveau d'étude est relativement acceptable avec des taux de non scolarisation de 20% pour Néma, 22,2% pour Silence et 19,5% pour La Paix. Toutefois il convient de noter que cela peut avoir un impact sur l'orientation.

4-2 Les sources de motivation du soignant

4-2-1 Motivation initiale

Tableau X : description des effectifs selon la source de motivation initiale (soignant), Néma, Silence, La Paix

Motivation initiale								
Poste de santé Néma	Nb	Pourcentage	Centre de santé de Ziguinchor	Nb	Pourcentage	Hôpital de la Paix	Nb	Pourcentage
Choix personnel	20	86,96%	Choix personnel	20	80,00%	Choix personnel	18	90,00%
Parents	2	8,70%	Parents	5	20,00%	Parents	1	5,00%
Amis	0	0,00%	Amis	0	0,00%	Amis	1	5,00%
Professeurs	0	0,00%	Professeurs	0	0,00%	Professeurs	0	0,00%
Autres	1	4,35%	Autres	0	0,00%	Autres	0	0,00%
Total	23	100,00%	Total	25	100,00%	Total	20	100,00%

Source : Alioune Diagne, Mai-Novembre 2022

Le tableau ci-dessus traite la source de motivation initiale des personnels de santé enquêtés par les questionnaires au niveau du poste de santé de Néma, du centre de santé et l'hôpital de la Paix. Son observation nous montre que pour l'ensemble de ces trois structures, les personnels de questionnés disent que leur motivation initiale découle d'un choix personnel à 80,96% pour le poste de Néma, 80% pour le centre de santé et 90% pour l'hôpital de la Paix. Au regard de ce que nous venons de constater, nous pouvons retenir qu'il n'y a pas de différence dans le choix d'embrasser la carrière de professionnel de santé pour ces trois points de prestation. La majorité des personnes interrogées n'ont pas pointé la présence d'une influence extérieure dans leur trajectoire. Nous en déduisons donc que nous sommes en présence d'une motivation dite intrinsèque.

4-2-2 Motivation actuelle

Tableau XI : croisement entre source de motivation actuelle et changement de profession dans l'avenir (soignant), Néma, Silence et La Paix.

Néma l'avenir	Changement de métier dans	Oui	Non	NSP	TOTAL
Motivation Actuelle					
	Aide apportée à une personne en difficulté	2	18	1	21
	Sentiment de reconnaissance des patients	0	1	0	1
	Métier valorisé et valorisant	0	1	0	1
	Bonne rémunération	0	0	0	0
	Autre	0	0	0	0
	TOTAL	2	20	1	23
Silence l'avenir	Changement de métier dans	Oui	Non	NSP	TOTAL
Motivation Actuelle					
	Aide apportée à une personne en difficulté	4	13	1	18
	Sentiment de reconnaissance des patients	0	4	1	5
	Métier valorisé et valorisant	0	1	0	1
	Bonne rémunération	0	0	1	1
	Autre	0	0	0	0
	TOTAL	4	18	3	25
La Paix l'avenir	Changement de métier dans	Oui	Non	NSP	TOTAL
Motivation Actuelle					
	Aide apportée à une personne en difficulté	1	8	4	13
	Sentiment de reconnaissance des patients	2	2	0	4
	Métier valorisé et valorisant	0	1	0	1
	Bonne rémunération	0	0	0	0
	Autre	0	0	2	2
	TOTAL	3	11	6	20

Source : Alioune Diagne, Mai-Novembre 2022

Ce tableau aborde le changement de métier dans l'avenir par rapport à la source de motivation actuelle pour le poste de santé de Néma, le centre de la santé et l'hôpital de la Paix. Ainsi nous remarquons que 78,26% des personnes enquêtées au poste de santé de Néma ne comptent pas changer de métier et restent motivé actuellement par l'aide apporté à une personne en difficulté. Pour le centre de santé nous sommes à 52% et 40% pour l'hôpital de la Paix.

Donc cela devrait normalement constituer une source d'engagement des acteurs au travail plus précisément au niveau des interactions avec les usagers. Aussi lorsque nous avons cherché à

comprendre avec les questionnaires pourquoi vouloir changer ou non de profession dans l'avenir alors les points revenus fréquemment sont : l'amour du métier, un rêve d'enfance et le caractère personnel du choix pour ceux qui ont répondu par un non.

D'ailleurs cela est encore ressorti lors des entretiens avec les personnels de santé. L'adjoint de l'ICP le souligne dans ce sens *« j'aime ce métier noble surtout le fait de soulager le patient qui se présente avec une souffrance, l'accueil que tu lui fais et le soutien que tu lui apportes, et qu'il rentre amenant ce soulagement qui une fois à la maison il te revient parfois avec des remerciements à n'en plus finir »*. Aussi l'ICP vient aborder dans le même sens : *« (...) en tout cas c'est une profession noble. J'aime vraiment aider les personnes malades et que j'aime aussi écouter les personnes expliquer leurs problèmes. Également j'aime partager mes expériences avec les malades »*. Quant à la sage-femme elle émet en plus des contraintes liées à la profession : *« la profession de sage-femme est très noble mais parfois il y'a les aléas du métier. Il y'a le manque de temps pour soit même, pour sa famille et aussi la fatigue de même que le stress. Donc c'est cela qui constitue le véritable problème »*. La noblesse de la profession est ressortie par ces trois acteurs.

C'est encore ressorti avec la maîtresse sage-femme du centre de santé : *« bon ! Ce que j'aime dans ma profession, c'est surtout le fait de suivre une femme jusqu'à son accouchement et de voire la joie qu'elle a de tenir son enfant entre ses mains. Ça vraiment j'adore cela »*. Quant au major elle déclare : *« (...) ceux sont les soins infirmiers, les soins de base et en même temps aussi le fait d'aider la population, de descendre au niveau des quartiers c'est-à-dire faire des stratégies avancées, là on est en contact direct avec la population »*. Le gynécologue vient encore les renforcer : *« (...) l'assistance de la personne qui est dans le besoin. Vraiment c'est ce qui est plus important dans ce que nous faisons »*.

Aussi il y'a la maîtresse sage-femme de l'hôpital de la Paix qui le relate une fois de plus : *« j'aime tout ce qui est lié à ma profession plus particulièrement le soutien que je donne aux femmes. Les femmes qui ont besoin de moi, l'aide que je leur apporte »*. En même temps le major des urgences note *« (...) l'amour que nous portons à cette profession se trouve dans l'assistance que nous apportons aux malades. Il y'a cela qui nous motive. Il n'y a rien d'autre »*. Ainsi le constat qui revient dans ce cas est nous sommes passés d'une motivation intrinsèque à une extrinsèque de la part des soignés pour comprendre ce qui les retient en ce moment dans la profession même si au sujet des agents qui comptent changer de métier et/ou qui sont perplexes dans leur décision nous avons 13,04% pour Néma, 28% pour le centre de santé et 45% pour l'hôpital de la Paix.

4-3 Expériences des soignés vis-à-vis de l'accueil et de la relation soignant-soigné dans les structures

Les informations recueillies auprès des soignés nous ont permis de ressortir leurs expériences vécues auprès d'un poste de santé, d'un centre de santé et d'un hôpital.

Ainsi il y'a ce soigné qui relate un comportement inadapté au niveau d'un poste « *moi je suis de Kandialang, l'infirmier qui est là-bas, je me suis une fois disputé avec lui. Tu sais l'arrogance n'est pas bonne. Il ne vient pas à l'heure à l'hôpital et quand il vient, il montre à tout le monde que c'est lui qui commande. Imagine-toi, les gens viennent à l'heure pour se faire consulter, ils attendent des heures et lui il vient avec un visage qui va leur rendre plus frustré et fâcher. Ce n'est pas bon ça* » (Soigné, Silence).

Également dans un autre registre ce soigné partage un problème organisationnel dans un autre poste de santé « (...) *dans le poste de sante de Sinthiou Maleme à Tamba, c'était en 2020 j'avais accompagné une malade qui avait avorté. Si je ne me trompe pas on avait quitté vers 02h du matin jusqu'au soir nous avons vu aucun medecin. J'ai commencé à me plaindre en disant que ce n'est pas normal que tous les personnels de ladite structure s'absentent. Et mon père à commencer me dire de se taire car personne ne doit parler aux personnels de santé de la sorte et j'ai me suis calmé. Il y'avait des gens qui disait au même titre que moi qu'eux aussi sont restés presque un jour sans avoir accès aux soins* » (Soigné, Néma).

Dans la même lancée ce soigné nous explique des attitudes contrastées qu'il a constaté au niveau de deux centre de santé « (...) *Il y'a aussi un jour de Tabaski à Dakar j'étais en train de dépecer un mouton et par inadvertance je me suis blessé au niveau de ma main et on devait le coudre. Je me suis alors rendu vers au centre Élisabeth mais il n'y avait pas de matériel pour faire les points de sutures, pas de fils et autres rien. Aussitôt ils m'ont alors prescrit une ordonnance pour que j'aïlle l'acheter à la pharmacie et revenir me faire soigner. Cependant j'ai préféré les laisser et me rendre vers un autre Élisabeth qui se trouve au niveau de Gueule Tapée. Lorsque je suis arrivé on m'a accueilli et je me suis installé une femme m'a pris en charge et à tout fait pour moi, la suture le pansement tout ce qu'il y'avait à faire. Après je lui ai demandé ce que je devais lui donner et elle m'a fait savoir que c'était à 6000frs alors que je n'avais que 5000frs avec moi mais néanmoins je vais revenir pour lui remettre le reste. Elle m'a répondu qu'il n'y avait pas de soucis à se faire. Je lui ai alors donné les 5000frs et je suis renté. C'est dans l'après-midi, d'ailleurs avant de quitter je lui avais demandé de me remettre son numéro de téléphone, en ce moment je l'ai contacté pour lui informer que je comptais l'envoyer le reste via orange money et elle m'a fait comprendre qu'il n'y avait aucun problème. C'est la raison pour laquelle lorsque ma nièce était tombée malade je l'ai alors amené dans*

cette structure. Et pourtant l'autre dont je suis passé en premier était tout près de chez moi. Je les ai laissés pour aller autre part. Parce que l'individu ne peut aller que là où il trouve son compte. Même cette structure reçoit beaucoup plus de patients par rapport à d'autres. Mais vraiment dans les hôpitaux ça va pour l'instant. Si tu viens on t'accueille. A l'époque parfois tu peux y amener ton malade on le laisse souffrir sur les carreaux au niveau des urgences. J'en ai vu une personne qui avait pété un câble et s'était mis à insulter tout le monde parce que sa mère était couchée et finalement elle a fini par rendre l'âme. Il a insulté tout le monde même les passant et personne n'a osé piper mot. Certains pensaient que c'était un fou alors que tel n'était pas le cas. Le gars disait même qu'il allait porter plainte. Vous savez aussi l'être humain est comme ça, selon moi que tu aies ou non des moyens si tu es malade et que tu es entrain de souffrir on ne doit pas chercher ce que tu as ou pas. Selon moi on doit te soigner en premier et après demander de l'argent. On doit te prendre en charge, te sauver avant de parler ce que tu dois faire ou pas. C'est ça mon principe. Cependant dès que tu arrives on te demande d'aller chercher un ticket qui est à 5000frs. Tu leur fais savoir que tu ne les as pas avec toi alors on va t'écartier avec ton malade. Il faut qu'il y'ait de la compassion envers les malades. Moi c'est ma vision des choses » (Soigné, Néma).

Concernant les hôpitaux il y'a cette soignée qui nous relate un manque de professionnalisme dans un service de maternité d'un hôpital « *lors de l'accouchement de mes jumeaux j'avais vécu une situation très difficile au niveau de l'hôpital régional. En ce moment je me suis même dit est-ce que dans l'avenir je vais encore avoir un enfant à cause de ce que j'ai enduré là-bas. Seul dieu le sait. Quand je suis arrivé à l'hôpital de la Paix après y avoir passé deux à trois jours on m'a alors sorti pour m'amener (...). D'ailleurs j'ai commencé au niveau de l'hôpital silence. Je pense avoir dans chacune de ses structures trois jours. Je n'en pouvais plus. Tout le temps j'éprouvais des maux de ventre. Je ne comprenais pas parce qu'on me faisait valser dans ses structures. Finalement j'ai atterri à l'hôpital régional. Une fois sur place j'ai passé deux jours et j'ai constaté que je commençais à les déranger cependant il faut comprendre que lorsque la personne a mal elle ne peut pas se contrôler. C'est pour cette raison que ceux qui travaillent dans les hôpitaux doivent être compréhensibles car il y'a des gens quand ils sont dans un certain état ils ne savent pas ce qu'ils font. C'est après qu'ils vont se rendre compte de tout ce qu'ils ont fait. Ils peuvent même te revenir pour présenter des excuses. Cependant lorsqu'ils ont su que mon heure n'était plus loin alors ils m'ont fait une piqûre en me laissant sur le lit et repartir vaquer à leurs occupations. Je suis resté alors seule à pleurer et tout faire. Au moment où j'ai constaté qu'il n'y avait personne à côté de moi et que j'ai crié que personne ne m'a répondu. Parfois j'entends des voix qui me demandent de tenir et qu'il reste encore avec*

des mots blessants. C'est en ce moment que j'ai alors pris mon courage en tendant le dossier du lit tout en poussant de toutes mes forces comme j'étais la seule à savoir ce que j'étais en train de vivre. Aussitôt mon premier bébé est sorti. Je vous le jure il n'y avait personne autour de moi. Dieu m'est témoin de c que je suis en train de dire. Lorsque j'ai crié et qu'elles ont entendus les pleurs du bébé, elles ont accouru pour voir le premier bébé est sorti. Ils n'en revenaient pas parce qu'ils sont mis leurs mains sur leurs bouches. Il s'en est fallu de peu pour que l'enfant tombe à même le sol. Ainsi elles sont venues alors m'assister pour accoucher l'autre » (Soigné, Néma).

Encore pour cette même catégorie de structure, il y'a une autre interlocutrice qui nous raconte un déficit de prise en charge au niveau du service des urgences « *bon avec les hôpitaux surtout l'hôpital régional parce que l'hôpital de la paix j'y vais aussi mais ce n'est pas fréquent. Cependant en ce qui concerne l'hôpital régional si c'est pour parler franchement là plus part des gens qui sont là-bas on doit revoir leur comportement. Ce n'est pas seulement au niveau de l'accueil. Aux services des urgences je me dis à chaque fois que je ne souhaite pas tomber malade et qu'on m'y amène. J'ai une mauvaise expérience je crois que c'était vers fin 2017 et début 2018. J'avais une allergie genre intoxication alimentaire. L'erreur vient de ma part. Ce jour-là j'avais mangé des crevettes et les comprimés effervescents de fer, on m'avait dit de les prendre le matin. Je me suis trompé pour l'avoir pris après avoir mangé les crevettes. Je me suis jusque tard dans la nuit je commence à ressentir un gonflement de mon ventre comme une femme enceinte. Je me suis couché mais je ne pouvais pas continuer à dormir et que franchement mon ventre continuait à gonfler. J'ai alors dit à ma sœur que je n'allais pas passer la nuit comme ça car il se pourrait que je ne me réveille pas. C'est en ce moment qu'elle m'a demandé à ce qu'on aille à l'hôpital vers 01h00 du matin. Nous sommes alors partis au service des urgences de l'hôpital régional et nous y avons trouvé des étudiants. Déjà je me suis découragé en les voyant parce que je me disais qu'est-ce qu'ils pourraient m'apporter et le gars quand il m'a consulté et prescrit un traitement nous avons quitté vers 02h00 du matin. Quand j'ai pris les médicaments au lieu d'améliorer ma situation au contraire cela s'est aggravé. J'ai essayé de tenir jusqu'au lendemain matin à la première heure j'ai alors un appelé un individu que dieu ait pitié de son âme, le major. Je lui ai alors expliqué mon problème et il me demande d'aller directement à la pharmacie et que je lui passe après le pharmacien. Il lui dit de me donner des médicaments d'ailleurs c'est ce moment que j'ai retenu Eucarbon, il en faisait partie. Lorsque je l'ai pris j'ai senti que ma situation a commencé à s'améliorer. Je l'ai pris seulement à deux reprises. Je n'ai même pas eu à terminer la boîte. C'est pour cette raison qu'au niveau des urgences on doit mettre des spécialistes pas des jeunes. Moi j'ai vu une femme*

qui était au quartier je sais que son niveau d'étude n'est pas avancé elle était là-bas et je me suis dit qu'est-ce qu'elle pourra apporter au service des urgences. On doit mettre des professionnels mais pas des gosses qui n'ont aucune qualification parce que c'est un milieu qui est très délicat, des cas graves surtout que celui qui se présente au niveau des urgences son cas est parfois critique. S'il y'avait en ce moment des spécialistes peut-être que je n'allais pas vivre cette expérience. Heureusement que j'ai eu le réflexe d'appeler le gars. Ce sont des erreurs comme ça qui font que beaucoup de malades décèdent dans les hôpitaux. Il faut mettre des personnes qu'il faut à la place qu'il faut. Voilà du laissez aller dès fois dans les hôpitaux ! » (Soigné, Néma).

En regardant ces différentes interventions nous nous rendons compte de l'existence de problèmes de communication entre soignants et soignés. Aussi il y'a la présence d'un sentiment manifeste de supériorité de la part des premiers et cela contribuerait à renforcer le sentiment de vulnérabilité dans laquelle se trouve le patient. Dans ce cadre il y'a Pierron qui le souligne pour mettre en avant la prise en compte de ce phénomène *« parce que le malade demeure une figure de l'homme vulnérable et précaire, c'est précisément le vivre de la maladie, la sollicitude du « prendre soin » est la réplique à la plainte du vulnérable »* (2007 :44). Les soignants semblent être antipathique ce qui est l'origine de la présence d'indignation, de résignation voir même de révolte pour exprimer un désaccord.

Ainsi certains dysfonctionnements à ce niveau pourraient être à l'origine de préjugés pouvant générer des facteurs de conflits ultérieurs. Pourtant J. P. Olivier de Sardan et Y. Jaffré notent dans ce cadre un paradoxe *« avec des soignants et des soignés issus de la même culture ou partageant quasiment les mêmes valeurs culturelles, on ne devrait pas observer de conflits sur les règles de bienséance. Dans une société à forte prégnance de l'oral et avec des valeurs partagées (les notions d'honneur, de honte notamment), il est étonnant d'observer chez les soignants un double manque: professionnel d'abord, car, même s'ils ne reçoivent pas un cours spécifique sur la communication, on ne peut pas dire que les agents de santé ne sont pas sensibilisés lors de leur formation sur l'importance de l'accueil du patient; social enfin, car ils sont du milieu mais s'écartent de normes pourtant partagées par eux aussi. »* (2003 :152).

4-4 Les attentes des soignés par rapport à l'accueil et à la relation soignant-soigné

Lorsqu'un patient fait appel à un professionnel de santé, la relation qui s'installe est, inévitablement, asymétrique : l'un a besoin de l'autre ; l'inverse n'est pas vrai. Le premier attend au moins écoute, soulagement, soutien ou réassurance. Le second agit, on peut le souhaiter, par altruisme, mais aider ou soigner n'a pas à être un sacrifice ou un don de soi désintéressé ; on le fait par goût personnel pour le soin, et par intérêt personnel lorsqu'on en a fait son métier, donc sa source de subsistance (M. Zaffran, 2012 :47). C'est ce qui confirme que les attentes des soignés concernant l'accueil et la relation soignant-soigné dans une structure sanitaire peuvent se présenter sous plusieurs formes.

Ainsi nous avons cet individu qui réclame de la tolérance *« je ne dis pas qu'il laisse tous leurs affaires pour s'occuper de nous une fois à l'hôpital, mais au minimum de nous écouter attentivement et d'accepter certains comportement des malades qui sont indépendants de leurs volonté. Mais, dès fois ils parlent aux malades comme si eux, ils font exprès or que c'est à eux de les calmer »* (Soigné, Néma).

Un autre vient expliquer l'effet soulagement qu'il compte avoir suite à l'utilisation d'une structure sanitaire *« lorsqu'on vient à l'hôpital et que la personne qui doit nous soigner finit de recevoir alors nous devrions être content parce que tu vas oublier ton mal. Mais s'il ne le fait pas bien dans ce cas toi en personne tu es complètement découragé raison pour laquelle beaucoup de personne change de fréquentation. On essaie dans ce cas de chercher à trouver meilleur ailleurs »* (Soigné, Néma).

Quant à cette patiente elle demande aux soignants de la résilience professionnelle en notant *« c'est une chose importante lorsque le malade laisse beaucoup de structure pour venir te voir pour une consultation ou un accouchement alors vous devez l'accueillir normalement. Parfois tu arrives à l'hôpital après avoir tenu pendant longtemps le rang si tu discutes avec le médecin il te répond à peine ou bien il te répond désagréablement qui ne va pas te plaire. Mais tu es obligé d'encaisser et de rester calme car c'est toi qui es venu pour te faire soigner. Aussi comme ton état de santé t'a amené sur place alors tu ne peux pas réagir parce que tu es impuissant devant ce genre de situation. Il faut que de ce côté qu'on puisse comprendre les malades. Surtout tu peux venir (...) c'est vrai que les malades sont parfois nombreux et que tu fais partie des derniers le rang est long cependant il faut prendre en compte l'état dans lequel l'individu peut se présenter cela peut nécessiter qu'il soit pris en compte au détriment des autres. Son cas est plus critique que ceux qu'il a trouvés sur place, on doit donc l'aider. Si tu regardes les patients tu pourrais être en mesures de savoir qui est plus fatigué parmi eux. Malheureusement si tu vas voir le soignant pour lui demander de t'aider à prendre ton malade qui est dans cette*

situation, ils te demandent de suivre le rang ou bien pourquoi tu es resté jusqu'à cette heure. Dans ce cas tu ne peux pas savoir ce qui a retenu cet individu pendant tout ce temps. Les conditions qui l'ont retardé peuvent être un problème d'argent ou bien la maladie vient tout juste d'apparaître entre autre. Mais s'il arrive tu pouvais discuter calmement et lui dire qu'il fallait venir un peu plus tôt. Ils ne le font pas cependant ils commencent à te crier dessus et cela n'est pas normal. Il y'a peu d'agents qu'on rencontre dans les hôpitaux et qui en te voyant vont discuter avec toi te taquiner et sourire avec toi jusqu'à ce que tu te sentes à l'aise. C'est ce que nous voulons » (Soigné, Néma).

En plus de ça celui-ci met en avant la réduction de la détresse émotionnelle « moi je ne veux pas dire qu'on doit m'accueillir comme une présidente ou bien une reine. Le fait de bien parler avec son prochain fait du bien. Même si un individu se présente à toi étant en colère le fait de parler calmement lui permet de revenir à de meilleurs sentiments. Nous sommes tous pareils il n'y a pas de différence. Comme moi lorsque tu viens au niveau de SOS pour chercher quelqu'un comme moi je fais partie de l'accueil familial je te fais savoir qu'elle est sortie et je cherche à savoir ce dont il a besoin et s'il me fait savoir qu'il veut voir que cette personne alors je lui demande de la patienter. Ainsi je l'installe lui donne de l'eau à boire et lui tenir en même temps compagnie » (Soigné, Néma).

Dans un autre registre cette personne réclame de l'amabilité aux égards des patients « j'aimerais être accueilli d'une manière très chaleureuse, surtout accessible à celui qui doit me soigner sans me gronder ni insulter. Car, certaines paroles insulter vaut mieux que ça. (...) comment dire à quelqu'un qui a le même âge que ton père ou ta mère : tu es trop fatiguant, tu es trop compliqué voilà souvent les propos que nous encaissons ici. Ce que ton fils n'ose pas te dire à la maison, d'autres te le disent à l'hôpital » (Soigné, Silence).

Il y'a également la présence de compréhension qui est sollicitée « je ne demande pas qu'on m'offre des médicaments ou de me faire des traitements gratuits mais au moins de parler correctement avec nous pour enfin qu'on puisse leur expliquer notre problème. C'est aussi simple que ça. Ce que je veux moi, pas ni plus ni moins. S'ils se comportent ainsi, il n'y aura pas de problème entre les soignants et nous qui venons souvent ici. Si une personne vient à l'hôpital c'est parce qu'elle est tourmentée surtout au Sénégal ou on va tardivement à l'hôpital. Si elle se présente à toi, elle ne sait pas il faut lui expliquer parce qu'elle ne comprend pas. Il a besoin des informations par rapport aux analyses, ce qu'il doit faire. Il faut dire que tout le monde n'a pas des parents travaillant à l'hôpital » (Soigné, Silence).

Un autre élément non moins important qu'est la considération est revenu aussi « bon ce n'est

pas aussi une grande demande. Si quelqu'un se présente à vous devant n'importe quelle situation, le minimum c'est de l'écouter surtout quand on te paie pour ça. Mais considérer les gens comme différents de vous s'il vous parle vous les répondez comme si tu as une haine envers eux tu trouves ça normal. Il y a des gens quand vous les parlez d'une certaine manière ils ne peuvent pas vous expliquer leur problème. Moi je recommande aux personnels soignant d'avoir une certaine hauteur dans leurs métiers de recevoir correctement les patients, de bien les suivre dans leurs demande jusqu'à ce qu'ils recouvrent leurs santé et se séparent avec un bon climat pour laisser de bons souvenirs parce qu'ils ne savent pas là où ils vont se rencontrer de nouveau dans la vie » (Soigné, La Paix).

Force est de constaté que ces points participent à la réduction de l'anxiété comme souligné par ce malade « *comme je te l'ai dit avant, ici personne n'a choisi de venir ici, il faut que les personnels soignants chassent ça. Si la personne vient à l'hôpital, le minimum, c'est lui rassurer, lui redonner la confiance en lui mettant dans une situation apaisante. Elle pourra alors se sentir un peu à l'aise, bien communiqué avec vous chaque jour. Parce que, tu sais quand on amène un malade à l'hôpital à chaque fois la famille et ses proches t'appellent pour apprendre ses nouvelles. Imagine-toi, toute cette pression et si on te met un autre comment tu allais être, c'est difficile » (Soigné, La Paix).*

Cependant cela doit pouvoir se dérouler sans discrimination, indispensable pour ce soigné « *au même titre que tout le monde sans s'appuyer sur la connaissance ni autres choses. Les personnels soignants doivent appliquer ce qu'ils ont dit lors de leurs recrutements par l'État » (Soigné, La Paix).*

Ces différentes remarques mettent en avant l'absence de la prise en compte du malade en lieu et place de la maladie alors que les deux sont indissociables. L'un ne pourra pas aller sans l'autre parce que les deux mis en ensemble auraient un effet synergique sur le devenir de l'état de santé du soigné. Par ailleurs nous nous pouvons l'assimilé à ce que J. P. O de Sardan Y. Jaffré décrivent ainsi « *ces problèmes relationnels renvoient tous à ce qu'on pourrait appeler une « médecine non centrée sur le patient» (**non patient centered medicine**), autrement dit un univers médical où le patient n'est pas pris en compte en tant que personne, et où, qui plus est, il apparaît plutôt comme un gêneur » (2003 :54). Certainement cette situation trouve son explication dans ce que J. P. Pierron explique « *la médicalisation de la santé et la technicisation du soin ont, par ailleurs, amené insensiblement la dissociation entre le geste thérapeutique et le geste soignant. Soigner (to cure), dans le geste thérapeutique, ne signifie plus nécessairement prendre soin (to care) » (2007 :48).**

4-5 Les raisons du choix de la structure

Tableau XII : croisement entre raison du choix de la structure et appréciation de la prise en charge (soigné), Néma, Silence et La Paix

Appréciation de la prise en charge	Pas satisfaisant	Satisfaisant	Assez satisfaisant	Très satisfaisant	TOTAL
Raison choix de la structure Néma					
Expérience personnelle	0	44	3	1	48
Recommandation	1	34	1	0	36
Connaissance du prestataire	0	5	1	0	6
Autre	0	0	0	0	0
TOTAL	1	83	5	1	90
Appréciation de la prise en charge	Pas satisfaisant	Satisfaisant	Assez satisfaisant	Très satisfaisant	TOTAL
Raison choix de la structure Silence					
Expérience personnelle	2	38	6	6	52
Recommandation	2	14	2	11	29
Connaissance du prestataire	0	10	3	2	15
Autre	0	2	1	0	3
TOTAL	4	64	12	19	99
Appréciation de la prise en charge	Pas satisfaisant	Satisfaisant	Assez satisfaisant	Très satisfaisant	TOTAL
Raison choix de la structure La Paix					
Expérience personnelle	5	6	0	11	22
Recommandation	1	6	4	30	41
Connaissance du prestataire	0	4	4	6	14
Autre	0	0	0	0	0
TOTAL	6	16	8	47	77

Source : Alioune Diagne, Mai-Novembre 2022

Selon J. P. Olivier de Sardan et Yannick Jaffré, il revient de noter que « les formations sanitaires publiques n'étant qu'un, des multiples recours possibles, les populations les utilisent selon de multiples critères : leurs possibilités économiques et relationnelles du moment, l'évolution de la maladie, la « bonne occasion », les conseils de l'entourage, etc. C'est dire qu'elles s'y présentent souvent à contretemps, les « désertent » dès que disparaissent les symptômes ou qu'aucun soulagement visible ne correspond au traitement, etc. De là, sans aucun doute, une irritation des personnels de santé, même si cet agacement s'accompagne indûment d'un sentiment de supériorité de « ceux qui savent » face à des « ignorants » (2003 p349-350).

Ainsi l'analyse de ce tableau ci-dessus nous permet de traiter la raison du choix de la structure par rapport à l'appréciation de la prise en charge. Ainsi pour les enquêtés qui disent être satisfaits de leur utilisation de la structure après une expérience personnelle nous avons les résultats suivants : 48,88% pour le poste de santé de Néma, 38,38% pour le centre de santé. En ce qui concerne l'hôpital de la Paix 38,96% avancement être très satisfait à la suite d'une recommandation.

Nous constatons une variation du choix de la structure seulement au niveau de La Paix qui est explicable par le fait qu'elle soit une référence pour des soins un plus avancé. Également la nature de la satisfaction à ce niveau s'expliquerait par les résultats des interventions comme il s'agit parfois d'un ultime recours.

En même temps avec les données des entretiens des personnels de santé, nous avons ce patient qui explique son choix résultante d'une comparaison « (...) *parce que je la trouve meilleure par rapport aux autres structures de la ville* » (Soigné, Néma).

Quant à celui-ci il met en avant la rapidité de la prise en charge « *Je préfère venir ici me faire consulter au lieu d'aller à l'hôpital régional et rester là-bas des heures sans être consulté ici si tu viens à l'heure tu ne traînes pas* » (Soigné, Néma).

Des raisons d'ordre économique et géographiques sont également mises en avant « *je viens souvent ici parce que, les médicaments ne sont pas chers comme à l'hôpital régional. Mais aussi, je connais Kara qui souvent me prend avant que je ne vienne pour la consultation. C'est un poste très proche de moi. Je préfère venir ici que d'aller à l'hôpital de la paix ou régional pour faire la queue et rester des heures sans se faire consulter* » (Soigné, Néma).

Aussi il est à noter aussi l'existence d'une familiarité avec le prestataire « *si j'ai choisi de venir ici c'est parce que j'y retrouve la paix. Avec Coly lorsque j'arrive il me traite comme sa maman d'ailleurs il m'appelle tout le temps comme ça et je suis reçu dans de bonnes conditions. C'est la raison pour laquelle même s'il y'a une femme enceinte à la maison je décide de l'amener ici. Dernièrement j'ai eu à le faire mais on m'a par la suite fait savoir qu'elle ne pouvait pas accoucher ici car on devrait l'opérer et on m'a demandé d'aller au niveau de la Paix. Nous avons dans cette structure la paix et on nous met à l'aise jusqu'à ce que nous soyons contents et que tu finis par oublier que tu es malade* » (Soigné, Néma).

Il y'a ce soigné qui explique sa venue après un référence d'une autre structure « *on m'a amené ici, je suis de Boutoupa Camaracounda. J'ai trois enfants, c'est avec ce quatrième qu'on a référé dans cette structure et c'est la première fois pour moi de venir ici* » (Soigné, Silence).

Toutefois cette femme qui explique un choix imposé par son conjoint « *je suis à ma deuxième fois. Mon mari n'accepte pas que je fasse mes visites prénatales au poste de Kandialang. Il*

préfère ici » (Soigné, Silence). Également un autre explique son à cause de la particularité de son traitement « *je viens souvent ici. Je ne l'avais pas choisi. Après mon test on m'a affecté ici au pavillon des traitements ambulatoires pour mes rendez-vous* » (Soigné, Silence).

La position géographique ressort encore à ce niveau pour expliquer les raisons de la fréquentation d'un patient « *oui je viens souvent parce que, c'est tout proche de moi* » (Soigné, Silence).

Aussi il en est de même pour le temps d'attente « *non moi c'est ma première fois de venir ici. Je suis tout nouveau. Auparavant je me consultais à l'hôpital régional. Mais comme là-bas il y a souvent trop de monde et les conditions d'attente difficile, j'ai alors choisi de venir me consulter ici à silence* » (Soigné, Silence).

Un autre soigné a évoqué la connaissance du prestataire « *j'ai une tante qui travaille* » (Soigné, Silence). Il y'a A. S. Fall qui note dans ce sens « *les liens personnels mobilisés selon le réseau de parenté, d'alliances, d'amitié, de voisinage, de coreligionnaire, d'ethnie, d'association commune ou d'appartenance à divers groupes sociaux pouvant faciliter une proximité relationnelle visent à pénétrer la structure de santé et à y accéder aux services en levant l'anonymat qui caractérise la relation soignant-soigné. Le médiateur est donc identifié parmi ceux ayant des liens électifs dans la structure de santé* » (2002 :13). Par ailleurs c'est ce que J. P. Olivier de Sardan et Y. Jaffré nomment les PAC « parents, amis et connaissances ».

D'après ce malade c'est à cause de sa prise en charge « *parce que ma mutuelle est prise en compte ici. C'est vrai qu'elle est aussi fonctionnelle au niveau de l'hôpital de la paix* » (Soigné, Silence).

Toutefois il y'a ce patient qui remet en avant la position géographique pour motiver son choix « *parce que c'est tout proche de moi, j'habite à Néma Kadior* » (Soigné, La Paix).

En même temps il y'a un autre qui vient brandir le caractère particulier de la structure « *je viens souvent ici. Parce que, c'est un hôpital de référence* » (Soigné, La Paix).

Il y'a encore lieu de remarquer que le réseautage est aussi noté par un malade « (...) *par ce que, je me suis familiarisé avec les personnes au niveau de la porte d'entrée qui sont généreuses* » (Soigné, La Paix). Cela entre en étroite ligne avec ce que soulignent J.P. Olivier de Sardan et Y. Jaffré « *chercher à se faire peu à peu « connaître » par quelqu'un travaillant dans le centre de santé où l'on se rend habituellement, c'est-à-dire s'efforcer de « construire » une relation personnalisée avec un agent de santé, par qui on tentera de se faire progressivement admettre, identifier, nommer, grâce à des salutations empressées, des sourires, des essais de conversations (...)* » (2003 :60).

Par contre pour ce malade c'est la recommandation par les pairs qui lui avait permis de changer

de fréquentation « *je me souviens de ma dernière dispute avec l'infirmière qui prenait mon sang en manipulant mon bras comme un objet. On s'est disputé et sur le chemin du retour un autre patient m'a interpellé et en me suggérant ici. Et depuis que je suis là, J'ai vu un changement ici les personnels s'occupent bien des patients ils accordent un temps pour discuter avec eux. On accueille bien, on t'oriente en fonction de ta demande voilà quoi* » (Soigné, La Paix).

Dans un autre registre cet individu avance les attitudes des soignants comme un des éléments motivationnels pour l'utilisation d'un service « *parce que, ici les gens te traitent bien sans te gronder. Tout le temps les soignants sont souriants. Ici quand tu respectes tes rendez-vous et les règles de l'hôpital venir à l'heure, prendre ton ticket, tu n'auras pas de problème. Je n'ai jamais entendu quelqu'un se disputer avec les soignants. Les agents de sécurité sont disponibles à t'orienter vers les services malgré il y a des panneaux d'orientation* » (Soigné, La Paix).

Ces multiples commentaires montrent que plusieurs éléments entrent en jeu dans la motivation du choix d'une structure. Seulement il est à remarquer que la position géographique est ressortie dans les trois cas. Il convient de noter que c'est un choix objectif comme il semble minimiser les dépenses surtout celles liées aux transports. Toutefois elle ne peut impacter sur les coûts de soins pouvant aussi impacté sur l'utilisation d'un service.

PARTIE 3 : ANALYSE DES DONNEES TRAITANT LES EFFETS DE L'ACCUEIL SUR LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE

CHAPITRE 5 : LES ELEMENTS DETERMINANTS DE L'ACCUEIL ET DE LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE

Les facteurs déterminants l'accueil et la relation soignant-soigné demeurent un aspect primordiale raison pour laquelle ces lignes qui vont suivre vont nous permettre de tirer les différentes notions qui les constituent pour une meilleure compréhension de notre étude.

5-1 Les connaissances et compétences du soignant sur l'accueil

5-1-1 Formation sur l'accueil

Tableau XIII : croisement entre période de la formation sur l'accueil et formation sur l'accueil (soignant), Néma, Silence et La Paix

Néma	Formation sur l'accueil	Oui	Non	NSP	TOTAL
Période de la formation sur l'accueil					
Non réponse		0	2	0	2
Durant la formation professionnelle		17	0	0	17
Au cours d'un renforcement de la capacité professionnelle		4	0	0	4
Autre		0	0	0	0
TOTAL		21	2	0	23
Silence	Formation sur l'accueil	Oui	Non	NSP	TOTAL
Période de la formation sur l'accueil					
Non réponse		0	4	2	6
Durant la formation professionnelle		13	0	0	13
Au cours d'un renforcement de la capacité professionnelle		6	0	0	6
Autre		0	0	0	0
TOTAL		19	4	2	25
La Paix	Formation sur l'accueil	Oui	Non	NSP	TOTAL
Période de la formation sur l'accueil					
Non réponse		0	2	0	2
Durant la formation professionnelle		16	0	0	16
Au cours d'un renforcement de la capacité professionnelle		2	0	0	2
Autre		0	0	0	0
TOTAL		18	2	0	20

Source : Alioune Diagne, Mai-Novembre 2020

Ce tableau présente la période et la formation sur l'accueil. L'analyse des données nous a permis de ressortir que les agents qui disent avoir eu à faire une formation sur l'accueil pendant leur formation professionnelle représentent 73,91% pour le poste de santé de Néma, 52% pour le

centre de santé et 80% pour l'hôpital de la Paix. Cependant pour ceux qui n'ont pas subi de formation et/ou sont perplexes nous avons : 8,69% pour Néma, 16% pour le centre de santé et 10% pour l'hôpital de la Paix.

Par ailleurs les données des entretiens l'ICP, son adjoint et la sage-femme nous ont également confirmé avoir eu à faire la formation sur l'accueil au cours de leur formation professionnelle. Aussi il en est de même pour la maîtresse sage-femme et le major du centre de santé. Par contre le gynécologue nous a affirmé ne pas l'avoir fait.

En même temps au niveau de l'hôpital de la Paix, la maîtresse sage-femme et le major des urgences, ont bénéficié de la même chose que leur collègue du poste de santé. Cependant le major reste perplexe par rapport à son apport « *oui on l'a fait mais pas de manière pratique. Nous l'avons fait comme ça en classe maintenant le reste se sont des choses que nous apprenons sur place* ».

Globalement la majorité des prestataires de ces différentes structures ont eu à bénéficier d'une formation initiale sur l'accueil. Cependant J. P. Olivier de Sardan et Y. Jaffré soulignent qu'« *accueillir est donc élémentaire. On n'acquiert pas une telle disposition à l'école par l'étude d'une discipline spécifique ou de techniques de communication sophistiquées* » (2003 :152). Dans ce cas la formation ne suffirait pas uniquement pour permettre l'acquisition de capacité interactionnelle.

5-1-2 Appréciation de la formation

La formation initiale sur l'accueil est appréciée à différents niveaux par les prestataires que nous avons eu à interroger.

Ainsi en ce qui concerne le poste de santé de Néma pense que « *la formation à l'école c'est bonne mais une fois que tu viens sur le terrain, tu retrouves alors autre chose* ».

En même temps pour l'ICP rame dans le même courant « *à l'école on t'apprend la théorie ce que tu dois faire et ce que tu ne dois pas faire. Cependant une fois sur le terrain tu trouves des gens qui ont l'habitude de faire autrement. Maintenant tu essaies d'apporter ton soutien mais ça va être difficile d'avoir un changement qui va venir petit à petit* ».

Ces deux acteurs mettent en avant l'existence d'un décalage entre la théorie et la pratique. Pourtant comme le note M. Formarier « *dans l'apprentissage des infirmières, il est fréquent de dire que le malade est « sujet de soins » et non pas « objet de soins »* (2007 :35).

Toutefois la sage-femme la conçoit sous un autre angle « (...) *en tout cas c'est l'élément principal de la prise en charge d'un malade. Si on rate l'accueil on perd la confiance du patient.*

Ce que je retiens c'est que l'accueil est l'élément fondamental de la prise en charge d'un malade ».

En plus elle en donne l'avantage « cela permet de nous améliorer sur le travail surtout les formations post diplômés (...) pour mieux prendre en charge les patientes donc de renforcer nos compétences dans ce que l'on fait ».

Au niveau du centre de santé, la maîtresse semble indécise dans son appréciation « tu sais la formation que nous avons reçue elle diffère maintenant de celle qu'on a aujourd'hui parce que nous c'est après notre sortie qu'on a instauré le système LMD. Donc le rapport prestataire-client a changé parce qu'avant on disait patient mais après on nous dit non on ne doit pas dire patients on doit les considérer comme des clients. Donc on nous demande de ne pas trop nous attacher aux patientes fallait pas avoir une certaine familiarité. Il fallait mettre une distance. L'accueil qu'on a aujourd'hui c'est différent de la formation qu'on reçoit parce qu'on te dit il faut avoir de l'empathie si tu peux même aller rendre visite, tu vas rendre visite à la personne alors qu'avant on nous disait de ne pas le faire pour ne pas tisser certains liens de familiarité avec les patients ».

Quant au major elle met en avant le savoir que cela lui a procuré « c'est là où on a bénéficié de connaissances (...) le vrai sens de l'accueil, c'est quoi l'accueil ».

Pour ce qui est de l'hôpital de la paix, il y'a la maîtresse sage-femme qui en rajoute en expliquant l'utilisation qu'elle en fait « ce qu'on nous avait appris à l'école c'est cela qu'appliquons jusqu'à présent. Il n'y a pas de nouveauté à part ce que nous ajoutons nous même pour bien pouvoir accueillir la patiente selon nos valeurs et convictions ».

Par contre le major des urgences trouve que « ça n'a pas changé l'accueil quoi que l'on puisse dire l'accueil restera toujours l'accueil. Ce qui a fondé l'accueil d'un patient au niveau d'une structure ne changera jamais donc quel que soit le siècle que l'on vivra l'accueil ne changera jamais. Un bon accueil vous permet même déjà de guérir le malade à 50%. Cela ne changera jamais peut être l'amélioré ».

Bien vrai qu'il y'ait une unanimité par rapport à l'importance de la formation sur l'accueil dans la prise en charge pour l'ensemble des prestataires, l'application sur le terrain laisse perplexe. Les acteurs sont bien conscients des manquements. Ils mettent en avant les insuffisances des compétences dont ils disposent pour son déroulement. Cela est constaté même dans leur manière d'expliquer leur conception de la formation sur l'accueil. Un décalage se présente entre ce qui est appris et ce qui est appliqué. Il semble aussi que la diversité des intervenants dans ce secteur ne soit pas d'un aide favorable. Raison pour laquelle il deviendrait pertinent d'élargir les interventions envers eux pour permettre une large diffusion. Cependant il est à noter comme

le souligne M. Formarier que « *la transmission des attitudes relationnelles est complexe, car elle nécessite d'une part, que l'experte ait identifié et mis en mots les interactions qui se passent entre elle et les patients au moment des soins, ce qui reste très difficile, et, d'autre part, l'acquisition des attitudes relationnelles requises par tous les événements de soins se construit par l'expérience, par confrontation personnelle à la situation, avec une possibilité de verbalisation avec un tiers compétent pour analyser la situation* » (2007 : 33).

5-1-3 Renforcement de la formation initiale

Au niveau du poste de santé de Néma, l'adjoint de l'ICP avance ne pas avoir bénéficié d'un renforcement mais a seulement su profité de son vécu pour s'en sortir « *non à part ce que j'ai eu à l'école et ce que j'ai trouvé ici c'est ça que j'ai pu accumuler (...) je n'ai pas eu d'autres formations en rapport avec l'accueil* ».

Nous observons le contraire avec l'ICP qui soutient avoir eu à consolider sa formation initiale « *(...) peut-être lors des formations sur la planification familiale ou l'on nous parle de comment accueillir les malades* ».

Aussi il en est de même pour la sage-femme qui a fait la même remarque pour ce qui est de l'amélioration de la tienne « *(...) et souvent les formations sur la planification familiale parce que là-bas aussi on traite souvent l'accueil* ».

En ce qui concerne le centre de santé la maîtresse sage-femme trouve que le sujet se trouve ailleurs « *(...) pour moi je pense que ce n'est pas un problème de renforcement sur l'accueil. Le problème c'est d'avoir assez de personnel et au moins même si c'est une fois dans l'année faire un suivi psychologique des prestataires parce que souvent on est agressé. Dès fois tu accueilles bien une personne et il y'a un de ses accompagnants qui vient et se met t'insulter finalement comment tu réagiras avec les autres. Enfin si cela continue avec les agressions à la longue tu vas dire que cela ne vaut pas la peine que je sois aimable avec les autres. Parce que moi je me rappelle il y'a une dame qui est venue ici. Le taxi s'est garé et elle était seule avec son enfant je l'ai récupéré. J'ai payé le taximan. On l'a amené ici j'ai payé le gars mais le gars était en train de m'insulter au téléphone. Tu penses que cela est normal et dès fois (...) Un jour aussi à Néma j'étais en train de prier je n'avais pas de patient. Il y'a un patient qui vient d'arriver et là où je prie il y'a son mari qui se met à crier devant moi et m'engueuler. Je lui demande après quel est son problème. Il me répond alors non (..) non tu es en service quand tu es en service tu ne prie pas, tu t'assois et tu attends les patients. Je lui dis alors toi tu es qui pour me dire de ne pas prier, tu es qui pour me dire ça (...) Mais après finalement quand sa femme a accouché il s'est mis à dire je m'excuse. Je lui ai alors fait savoir que ce n'est pas*

comme ça dès que vous venez vous vous mettez à nous agresser pour dire après que nous ne vous accueillons pas très bien. Comment ça va se passer ? Déjà j'étais en train de prier comment je vais accueillir celle qui vient d'arriver. Je ne peux pas il faut que je termine ma prière. Moi je pense que ce n'est pas un problème de formation. Il y'a déjà le stress qui est là, il y'a la surcharge de travail et en plus il y'a aussi l'éducation de base parce que quoi qu'on puisse dire certaines choses ce n'est pas la formation qui va nous l'apporter. Là soyons honnête ! Certaines choses ce n'est pas la formation qui va les changer. Si tu as l'habitude de bien recevoir les gens chez toi de ne pas être insolent avec les gens c'est rarement que tu seras insolent avec les malades. Si tu es comme ça quel que soit la formation que tu reçois je ne pense pas que tu vas changer de mentalité. C'est notre éducation de base (...) la façon dont on éduque nos enfants dans nos familles qu'on doit remettre en cause ».

Mais c'est le contraire du major qui exprime des besoins de renforcements à cause des mis à jour « *parce que dès fois il y'a des choses qui changent à nos jours* ». Aussi il en est de même pour le gynécologue.

Dans ce même cadre s'inscrit également le major des urgences en mettant fortement en avant ce besoin « *surtout pour le jeune personnel que nous avons actuellement parce que nous avons de plus en plus de jeunes. C'est peut-être un peu hors sujet mais vous savez la jeunesse actuelle et celle d'avant c'est différent. Donc la conception que les gens avaient au début de l'accueil maintenant ce n'est plus de mise il faut tout le temps parler avec les jeunes. Si vous leur laissez du temps de repos alors ils ont tendance à oublier mais normalement c'est ce qui devait être ancré en chacun de nous. Quel que soit la situation devant laquelle nous nous trouvons l'accueil ne doit jamais changer. Il doit se faire toujours selon les règles qui ont été dites. Mais quand même comme on le dit souvent le rappel est pédagogique il faut de temps en temps rassembler les gens leur parler leur faire une petite formation sur l'accueil. C'est toujours quelque chose de bien* ».

Il convient de noter dans ce cadre la présence d'attitudes contrastées par rapport au renforcement de la formation sur l'accueil. Cette situation serait due à l'existence de facteur individuel intrinsèque non influençable par l'orientation poussant certain à demeurer perplexe. Peut-être que cette activité ne pourrait pas résoudre difficilement ce phénomène comme il semble être inhérent à la personne. Dans ce cas un changement de comportement serait utopique. Malgré tout cela l'expression du besoin est motivée par le caractère évolutif de la prise en charge qui demande l'adoption de nouveaux paradigmes. En même temps nous pouvons encore rappeler que le manque d'expérience qui associé à la complexité des interventions font que le besoin de formation se présente. En effet moins nous sommes

expérimentés alors peu nous disposons de vécu pouvant nous aider à faire face à certains événements.

5-1-4 Charte du malade

5-1-4-1 Connaissance de la charte

Tableau XIV : croisement entre expérience professionnelle et connaissance de la charte du malade (soignant), Néma, Silence et La Paix

Néma	Connaissance de la charte du malade	Oui	Non	NSP	TOTAL
Expériences professionnelle					
Moins de 5ans		8	4	0	12
5-10ans		5	1	0	6
10-15ans		1	0	0	1
Plus de 15ans		1	3	0	4
TOTAL		15	8	0	23
Silence	Connaissance de la charte du malade	Oui	Non	NSP	TOTAL
Expériences professionnelle					
Moins de 5ans		2	0	0	2
5-10ans		7	3	0	10
10-15ans		7	0	1	8
Plus de 15ans		1	4	0	5
TOTAL		17	7	1	25
La Paix	Connaissance de la charte du malade	Oui	Non	NSP	TOTAL
Expériences professionnelle					
Moins de 5ans		5	3	0	8
5-10ans		5	1	0	6
10-15ans		4	1	0	5
Plus de 15ans		1	0	0	1
TOTAL		15	5	0	20

Source : Alioune Diagne, Mai-Novembre 2022

Le tableau ci-dessus évoque l'expérience professionnelle en rapport avec la connaissance de la charte du malade. Ainsi après son passage au crible nous constatons les éléments suivants : 34,78% qui disent connaître la charte ont une expérience de moins de 5ans pour le poste de santé de Néma, 28% qui avancent être au courant pour la charte ont des expériences de 5-10ans et 10-15ans pour le centre de santé tandis que 25% de ceux qui sont informé de l'existence de la charte disposent à la fois une expérience de moins de ans et 5-10ans pour l'hôpital de la Paix. En même temps pour ce qui est informations obtenues lors des entretiens l'adjoint de l'ICP nous dit connaître la charte du malade cependant il est perplexe en ce qui concerne le contenu.

Aussi il en est de même pour l'ICP qui souligne que « j'ai peut-être certains éléments quand j'étais à l'école. Il y'avait un document de temps en temps que je regarde pour voir. Mais ce sont des choses qu'on ne peut pas retenir ».

Quant à la sage-femme, elle a conscience de son existence « je sais qu'il y'a une charte pour le malade mais parfois on ne prend pas le temps de le connaître ou bien de le réviser pour être au niveau ».

Par ailleurs en ce qui concerne le centre de santé, la maîtresse sage-femme, le major de même que le gynécologue disent connaître la charte du malade. Pour ce qui est de l'hôpital de la paix, la maîtresse sage-femme et la major des urgences ont confirmé la même chose.

Généralement dans ces trois structures la grande majorité des prestataires ont dit être au courant de l'existence de la charte. Maintenant il reste encore en ce qui concerne son appropriation du document.

5-1-4-2 Appropriation de la charte du malade

Tableau XV : description des effectifs selon l'opinion sur la charte du malade (soignant), Néma, Silence et La Paix

Opinion sur la charte du malade								
Poste de santé Néma	Nb	Pourcentage	Centre de santé de Ziguinchor	Nb	Pourcentage	Hôpital de la Paix	Nb	Pourcentage
Pas important	0	0,0%	Pas important	0	0,0%	Pas important	0	0,0%
Important	7	46,7%	Important	5	29,4%	Important	5	33,3%
Assez important	1	6,7%	Assez important	2	11,8%	Assez important	3	20,0%
Très important	7	46,7%	Très important	10	58,8%	Très important	7	46,7%
Total	15	100,00%	Total	17	100,00%	Total	15	100,00%

Source : Alioune Diagne, Mai-Novembre 2022

L'observation de ce tableau nous montre que 46,7% des soignants enquêtés du poste de santé de Néma trouvent que la charte du malade est très importante, 58,8% pour le centre de santé et 46,7% pour l'hôpital de la paix.

Parallèlement avec les données obtenues lors des entretiens, l'adjoint ICP souligne pour ce point « le malade devient prioritaire il faut l'écouter, le comprendre parce qu'au moins il a ses droits aussi, pour au moins avoir son soutien ».

Quant à l'ICP, il pense que « cette charte est bien libellée. Maintenant peut-être est-ce que les conditions bien réunies pour respecter vraiment la charte. C'est ça le problème ». Par ailleurs il les assimile aux éléments suivants « conditions (...) Bon ! Un poste de santé a vraiment besoin

d'un minimum. Si ce minimum n'est pas là on ne peut pas compléter les éléments de cette charte ».

En poursuivant il continue ses explications pour mieux étayer ses propos « *c'est d'abord l'existence d'un personnel qualifié. Est-ce qu'il y'a vraiment assez de personnel qualifié pour prendre en charge les problèmes du patient ? Est-ce que les locaux répondent à l'attente de ces personnes ? Est-ce-qu'il y a le minimum par exemple les médicaments nécessaires ? Si ces éléments sont vraiment réunis et la personne soit bien formée. Dans ce cas on peut respecter (...) ».*

Quant à la sage-femme, elle note que « *c'est un droit pour la patiente. Comme la patiente a ses droits, il faut toujours y veiller ».*

Dans ce même registre pour ce qui est du centre de santé, il y'a la maîtresse sage-femme qui souligne « *je pense que c'est une bonne chose parce qu'il a droit à l'information. Comment dirai-je il a droit à la décision, il a droit à une prise en charge c'est tout à fait normal. »*

A propos du major elle essaie de partager le contenu « *(silence) parce que moi quand j'étais au poste, je pense qu'il y'a l'empathie, l'information (...) je pense que c'est huit ou neuf points. J'ai dû oublier les autres ».*

Dans un autre registre le gynécologue souligne les limites « *la charte elle est très importante. C'est très intéressant. Mais moi mon problème est qu'elle n'est pas contextualisée dans les structures, les conditions de travail, le niveau du personnel et la charte cela ne rime pas. C'est comme si on a fait du copier-coller ».*

Au niveau de l'hôpital de la Paix, la maîtresse sage-femme trouve que « *normalement on devait l'afficher moi je l'avais à notre menuisier pour qu'il me l'encadre. Mais il ne l'a pas encore amené ».* Ainsi le constat général qui revient est la présence d'opinions ambivalentes par rapport au document bien vrai que globalement les soignants ne nient pas sa pertinence. Il convient de noter aussi que nous ne l'avons pas trouvé affiché dans aucune de ces différentes structures. La diffusion est inexistante. La même situation est également observée chez les soignés qui ne disent pas connaître la charte du malade. Par ailleurs il y a Camara qui note une remarque identique « *en définitive, quelques années après son entrée en vigueur, ni les soignants ni les patients ne se sont appropriés de la Charte du malade, qui ne joue pas sa fonction de défense des patients » (2010 :53).*

5-1-5 Appréciation de l'accueil dans la structure

5-1-5-1 Pour les soignants

Tableau XVI : description des effectifs selon l'accueil dans la structure (soignant) Néma, Silence et La Paix

Accueil dans la structure								
Poste de santé Néma	Nb	Pourcentage	Centre de santé de Ziguinchor	Nb	Pourcentage	Hôpital de la Paix	Nb	Pourcentage
Pas satisfaisant	0	0,0%	Pas satisfaisant	7	28,0%	Pas satisfaisant	2	10,0%
Satisfaisant	8	36,4%	satisfaisant	9	36,0%	satisfaisant	13	65,0%
Assez satisfaisant	4	18,2%	Assez satisfaisant	5	20,0%	Assez satisfaisant	3	15,0%
Très satisfaisant	10	45,5%	Très satisfaisant	4	16,0%	Très satisfaisant	2	10,0%
Total	22	100,00%	Total	25	100,00%	Total	20	100,00%

Source : Alioune Diagne, Mai-Novembre 2022

En regardant ce tableau nous remarquons que 45,5% des soignants interrogés au poste de santé de Néma trouvent que l'accueil effectué dans leur structure est très satisfaisant par contre satisfaisant pour respectivement 36,6% des enquêtés du centre de santé et 65,5% de la Paix.

Cependant l'ICP Néma explique qu'« *en tout cas comme je disais au début l'accueil est acceptable. Ça c'est une appréciation personnelle. Maintenant peut-être les patients vont avoir une autre appréciation différente de nous. Ils nous dès fois arrivent à avoir des difficultés (...). En général les personnes que nous avons mises au niveau de l'accueil n'ont pas reçu de formation, eux ils font l'accueil à leurs manières. Peut-être lors des réunions autour du poste on essaie de les aider de les orienter par rapport à l'accueil s'il y'a des manquements parce qu'il arrive que des gens viennent nous dire quelque chose. Là nous essayons alors de les rectifier* ».

Dans ce même registre, le gynécologue souligne qu'« *il est médiocre car c'est une chose qu'on voit tous les jours dans cet établissement parce que les gens n'ont pas toutes les informations. Donc je pense que c'est très important tant que la personne n'est pas très bien informée la communication est déjà biaisée. C'est ça à mon avis (...) c'est un problème de communication. Tu peux voir quelqu'un qui est venu depuis 06h00 du matin après on te dit que ce n'est pas un jour d'échographie, c'est un jour de consultation. Tu vas rentrer tranquillement et les gens pensent que c'est normal. Ce n'est pas normal. Donc ce qu'il faut savoir c'est que les soignants pensent que les gens sont censés connaître. Parce que les gens ne connaissent pas ou bien on vous dit quand vous êtes venus vous êtes assis et vous n'avez rien dit mais on ne demande jamais à quelqu'un que puis-je faire pour vous. Le petit mot là, cette petite expression qui est*

si facile à dire mais qui manque souvent. Et que les gens ont l'habitude quand ils sont à la police, la gendarmerie ou bien à l'hôpital ils stressent déjà parce que les soignants sont réputés dans ces établissements d'être un peu dure avec les soignés. Donc quand ils viennent ils s'assoient, attendent et suivent la queue alors qu'il faut qu'ils soient vraiment bien renseignés. C'est cela qui manque dans cette structure ».

Aussi la maîtresse sage-femme de l'hôpital de la Paix trouve que « l'hôpital ne présente pas les conditions idoines parce qu'ici même notre salle d'attente est proche de la salle d'accouchement. Tout ce que nous faisons dans la salle les accompagnants l'entendent. Normalement on devait le délocaliser c'est ça que j'avais dit à directeur pour qu'on délocalise cette salle d'attente ici au niveau du jardin. Ça sera encore mieux ». Par ailleurs en poursuivant ses explications elle nous explique qu'« au niveau de la porte d'entrée d'une manière générale ça va mais il faut dire quand même il y'a quelques petits problèmes parce que quoi qu'on puisse dire il devrait y avoir une petite formation accès sur l'accueil à l'endroit des agents de sécurité. Donc on pourrait leur apprendre comment parler aux gens ? Comment les accueillir ? Etc. Mais là il y'a un petit déficit peut-être c'est au niveau de la direction qu'il faudra poser la question ».

Quant au major des urgences, il rame à contre-courant mais est conscient qu'il reste encore des choses à améliorer « bien sûr l'hôpital présente les conditions idoines mais tout n'est pas parfait comme je l'ai dit dès fois on est tellement débordé que les gens pensent que nous sommes enragés et non c'est seulement le surplus de travail associé au manque de personnel, le manque de matériel dont nous aurions quand même besoin. Cependant ça va dans l'ensemble. Les gens ne plaignent pas beaucoup et ceux qui se plaignent c'est parce qu'ils ne comprennent pas la situation que nous vivons. Nous aussi on les comprend parce que quelqu'un qui amène son patient ce qui l'importe est que son patient soit pris en charge dans les plus brefs délais. Nous essayons de le faire mais dès fois nous sommes confrontés à des situations telles que ça prend un peu de temps. Malheureusement les gens ne peuvent pas comprendre cela ».

Malgré un niveau de satisfaction pour les soignants de l'accueil plus ou moins acceptable au niveau de ces différentes structures, il reste encore selon eux des points à parfaire pour prétendre vers l'idéale.

5-1-5-2 Pour les soignés

A l'instar des soignants, les soignés aussi peuvent développer des points de vue particuliers vis-à-vis de l'accueil qui leur est réservé au niveau des structures sanitaires. Il y'a J.P. Olivier de Sardan et Y. Jaffré qui note à ce niveau que « *l'accueil s'entend au sens strict, c'est-à-dire en référence aux manières de recevoir les gens, de les écouter et de leur parler en tant qu'individus. Ce qui nous renvoie à la société en général et, notamment, aux us et coutumes en matière de bienséance mais aussi de sociabilité. Cela implique que l'accueil ne se limite pas aux échanges de salutations, préalable à toute interaction. L'accueil, ce sont toutes les manières de considérer (regarder, écouter, parler avec) l'autre tout au long d'une face à face: les lieux d'interaction sont multiples, de l'entrée principale d'une structure tenue par le gardien à la salle de soins où se font les pansements* » (2003 :127).

Tableau XVII : description des effectifs selon l'accueil dans la structure (soigné), Néma, Silence et La Paix

Accueil dans la structure								
Poste de santé Néma	Nb	Pourcentage	Centre de santé de Ziguinchor	Nb	Pourcentage	Hôpital de la Paix	Nb	Pourcentage
Pas Satisfaisant	1	1,1%	Pas satisfaisant	7	7,1%	Pas satisfaisant	13	16,9%
Satisfaisant	79	87,8%	Satisfaisant	46	46,5%	Satisfaisant	17	22,1%
Assez satisfaisant	7	7,8%	Assez satisfaisant	17	17,2%	Assez satisfaisant	11	14,3%
Très satisfaisant	3	3,3%	Très satisfaisant	29	29,3%	Très satisfaisant	36	46,8%
Total	90	100,00%	Total	99	100,00%	Total	77	100,00%

Source : Alioune Diagne, Mai-Novembre 2022

A partir de ce tableau nous pouvons retenir que 87,8% des soignés enquêtés au poste de santé de Néma sont satisfaits de l'accueil de la structure de même que 46,5% de ceux du centre de santé par contre 46,8% le juge très satisfait à l'hôpital de la Paix. Donc pour ce qui est de la satisfaction il y' la Paix sort du lot. Aussi il existe une variation entre le centre de santé Silence et le poste de santé de Néma. En même temps l'autre constat qui ressort est qu'en partant du bas vers le haut de la pyramide le niveau d'insatisfaction présente une évolution exponentielle passant de 1,1% à 16% avec encore la Paix qui détient le plus grand taux.

Concomitamment nous avons ce patient qui signale qu'« *il y a un bon accueil les gens s'occupe bien nous. Je suis à mon troisième rendez-vous mais, je n'ai jamais rencontré de difficulté sur ce côté-là. Les ASP même si tu es familier des lieux, ils te demandent à chaque fois que tu viennes vers eux pour t'orienter et mieux sans te gronder ni te dire des mots touchants* » (Soigné, Néma).

Un autre nous exprime ses sentiments « *lorsque je suis venu le matin le gardien m'a accueilli*

chaleureusement au point que ça m'a largement dépassé. C'est quelqu'un de de bien. En plus, j'ai rencontré l'infirmier du poste qui est très gentil aussi. Qui m'a donné des conseils de la vie hors même de son travail » (Soigné, Néma).

Quant à ce patient il nous livre ses impressions *« je viens tranquillement à pieds, prends mon ticket au niveau de Kara et je vais directement à la salle d'attente s'asseoir pour me faire consulter. Une fois à l'intérieur, l'infirmier quelqu'un de très disponible te consulte sans voir aucun mécontentement sur son visage. Et en fin de consultation il te donne un bon conseil » (Soigné, Néma).*

Dans ce même sillage au niveau du centre de santé, il y'a cette dame qui raconte le déroulement de son contact avec la maternité *« c'est ma première fois de venir ici. Mais le premier jour c'était compliqué. La sage-femme que j'ai trouvée ici m'a grondé suite au rendez-vous non respecté et mon mari lui a expliqué mais elle n'a pas voulu comprendre. C'est le seul problème que j'ai rencontré. Mais, maintenant ça va dieu merci j'ai accouché et souvent c'est elle qui joue avec mon enfant » (Soigné, Silence).*

Aussi un autre nous relate son expérience personnelle *« moi, je n'ai pas eu de problème pour te dire la vérité. Mais quand à ma femme je lui ai une fois amené ici mais ce jour-là, j'ai failli me bagarrer avec le gardien ici. Il nous a empêché d'entrer sous prétexte de chercher d'abord le ticket. Or, lui-même n'est pas bien informé. J'ai crié sur lui avant qu'il nous laisse entrer ensuite, je suis allé chercher le carnet » (Soigné, Silence).*

Toutefois il y'a ce malade qui souligne un problème organisationnel *« moi je suis toujours bien accueilli sauf, que l'attente dont nous faisons l'objet. Dès fois, on attend des heures pour avoir accès à la salle du médecin. Celui qui nous distribue du médicament, lui il vient à l'heure mais, c'est le médecin qui ne vient pas à l'heure » (Soigné, Silence).*

Abordant toujours dans le même sens, il y'a ce patient qui évoque la situation évolutive qu'il a eu à vivre *« on m'a bien accueilli ici aujourd'hui. Contrairement la première fois dont je me suis disputé avec le médecin » (Soigné, La Paix).*

Une autre note *« moi j'ai été reçu par le médecin qui m'a consulté, personne ne m'a accueilli ici. Parce que je connais ici. J'habite juste derrière Kadior. Mais, j'ai trouvé quelqu'un de très accueillant qui sourit à tout le monde » (Soigné, La Paix).*

Dans ce même registre ce patient révèle la solidarité dont il a eu à bénéficier *« j'ai fait un accident et on m'a amené ici la nuit. Mais je remercie le bon Dieu car, on m'a bien traité surtout le médecin qui s'est sacrifié pour moi ce jour-là durant toute la nuit. Je n'ai pas son paie. Il a même payé pour moi des soins car, mon oncle n'avait pas avec lui de l'argent pour couvrir tous mes frais de soins » (Soigné, La Paix).*

Nous constatons à travers des interventions le caractère personnel de l'appréciation de l'accueil d'une structure. Par ailleurs nous pouvons dire même qu'elle est en fonction des dispositions de celui qui accueille.

5-1-5-3 Pour les acteurs institutionnels et responsables structure

5-2 Dispositif d'accueil

5-2-1 Orientation-accueil

5-2-1-1 Pour les soignants

Le système d'orientation-accueil est une partie indispensable dans la prise en charge des individus qui viennent en consultation.

Au niveau du poste de santé de Néma, l'ICP décrit pour sa structure *« on a un dispositif, je peux dire que c'est un dispositif qui ne répond pas tellement aux normes mais on a essayé de mettre en place un dispositif. Le premier maillon c'est la vendeuse de ticket, elle te reçoit et te demande là où tu veux aller pour te faire consulter et elle t'oriente. Il y'a une autre qui est chargé de la prise des constantes. Une fois qu'elle a fini d'effectuer ce travail alors elle aussi oriente les patients vers les différents bureaux de consultations. Maintenant une fois dans les bureaux de consultations (...) Après avoir consulter le malade si c'est nécessaire d'aller au laboratoire. Après le responsable de service fait une contre référence vers l'ICP ou la SFE. Aussi une fois que nous avons fini de prescrire une ordonnance nous faisons aussi une orientation vers le dépositaire pour payer le médicament. Encore le patient revient avec les médicaments dans le bureau de l'ICP ou de la SFE pour une explication de la prise des médicaments »*. C'est ce que J.P. Olivier de Sardan et Y. Jaffré nomment la bureaucratisation des actes de soins qui *« se traduit par cette organisation des activités qui installe, nécessairement, un protocole routinier. Les patientes sont rassemblées, tous les carnets de santé ramassés, des numéros distribués, avant que la délivrance de soins (ou service désiré) commence. La routine s'installe car, même pour un stagiaire, au bout de quelques jours d'observation ou de pratique, on acquiert tous les gestes simples et nécessaire à l'exécution d'une tâche : ramasser les carnets, distribuer des numéros, peser les enfants, etc. »* (2003 :110).

Quant au gynécologue du centre de santé souligne qu'*« il n'existe pas. »*. En poursuivant ses explications il nous fait savoir que *« cela est un manque d'organisation qui est beaucoup plus administrative que technique. Il n'y a pas de service dédié à l'accueil. Il y'a les matrones qui sont là et prennent les constantes et on ne peut appeler cela de l'accueil en d'autres termes. Il n'y a pas un service identifié comme responsable de l'accueil parce que normalement l'accueil*

dot être identifiable pour que les gens sachent s'orienter vers l'accueil. Mais malheureusement ce n'est pas encore le cas ici ».

Pour ce qui est de l'hôpital de la paix, la maîtresse nous paraît perplexe concernant ce qui a été mis en place pour accueillir les malades à leur arrivée, notant qu'« *il y'a un gars au niveau de la porte je pense que c'est lui qui assure l'accueil et l'orientation surtout l'orientation c'est lui qui le fait. Je ne pense que ça soit un service parce que c'est comme ça que je l'ai vu là-bas. On avait mis tout juste une table et une chaise pour lui. Je ne sais pas comment ils l'ont constitué ».*

Par ailleurs ces mêmes auteurs ont eu à faire des observations identiques « *il n'y a nulle part, dans les structures visitées, un service organisé d'accueil et d'information (...) »* (2003 :128). Ainsi un dispositif d'accueil institutionnalisé n'existe pas dans aucun de ces trois structures. Il y'a une absence de normalisation tout est informelle. Cependant l'existence d'une multitude de services dans ces différentes structures conditionne la manière d'accueillir des agents. Nous pouvons prendre comme exemple les services des urgences.

Image 1 : : Entrée malade, Néma



Source : Alioune Diagne, 15/01/23

Image 2 Entrée malade, Silence



Source : Alioune Diagne, 17/01/23

Image 3 : Entrée malade, La Paix



Source : Alioune Diagne, 19/01/23

Image 4 : gardien assurant aussi l'accueil



Source : Alioune Diagne, 19/01/23

5-2-1-2 Pour les soignés

Pour le soigné qui vient dans une structure sanitaire le système d'orientation-accueil participe à la facilitation de la prise en charge. Elle en constitue d'ailleurs la porte d'entrée.

Ainsi il y'a ce malade du poste de santé de Néma qui exprime son sentiment par rapport au dispositif qu'il a trouvé sur place « *lorsque je suis arrivé le matin, le gardien m'a accueilli chaleureusement au point que ça m'a largement dépassé. C'est quelqu'un de de bien. En plus, j'ai rencontré l'infirmier du poste qui est très gentil aussi. Qui m'a donné des conseils de la vie hors même de son travail* » (Soigné, Néma).

Un autre nous parle de l'organisation de l'espace « *dispositif d'accueil peut être l'espace d'accueil, c'est bien fait pour nous orienter vers les salles et aussi les indications devant les salles. Souvent c'est le gardien qui joue ce rôle pour orienter les patients nouveaux. Parce que, il n'y a pas beaucoup de bureaux les gens se trouvent facilement* » (Soigné, Néma).

Cependant pour cette femme, il existe des impaires à prendre en considération « *si mais c'était un peu déroutant parce que quand je suis venu il n'y avait pas de carnet. Donc j'ai dû patienter*

encore un moment avant que la situation ne se décante. Par la suite je suis resté encore quelques minutes avant qu'on ne vienne me prendre les constantes pour que je puisse enfin me faire consulter. Mais s'il y'avait d'autres personnes certains vont se charger de la réception, d'autres prendre les constantes pour que l'ICP fasse après les consultations » (Soigné, Néma). En ce qui concerne le centre de santé il est également en quelque sorte présenté comme étant *«un dispositif d'accueil peut être les ASP souvent moi je leur demande même si le médecin est venu ou pas avant de rester à attendre des heures pour être consulté. Ici, il faut demander sinon tu vas rester des heures à attendre sans être servi. Il n'y pas un dispositif qui prend en charge les patients dès son arrivée à la structure. Surtout quand on est étranger dès fois tu fais des vas et viens pour enfin être orienté vers le service dont tu as besoin » (Soigné, Silence).*

La même situation se trouve également au niveau de l'hôpital de la paix comme le note ce patient *« le dispositif peut être les gardiens au niveau de la porte qui m'ont demandé où je voulais me rendre. Et ils m'ont indiqué le service social avant même que je ne le dépasse » (Soigné, La Paix).* Cependant il y'a un autre qui associe le dispositif comme *« ce sont les panneaux d'orientation comme tu le vois là-bas et aussi quand tu demandes les gens vont orienter vers le service sollicité » (Soigné, La Paix).*

Au regard de ces multiples éléments le constat qui revient est que ces structures ont délégué l'orientation-accueil à des personnes qui ne sont pas habilités à le faire. Ainsi elles sont les premiers maillons de la chaîne dans la prise en charge. D'ailleurs ce constat a été aussi fait dans une étude menée par J.P Olivier de Sardan et Y. Jaffré qui ont eu à constater qu' *« à la place du service d'accueil dans les centres de santé, il y a soit le gardien à la porte principale, soit les manœuvres ou les filles de salle, ou encore n'importe qui (patient, accompagnant, visiteur, enquêteur, etc.) dans le hall d'attente ou dans les couloirs de la structure sanitaire » (2003 : 128).*

5-2-1-3 Pour les acteurs institutionnels et responsables de structures

A ce niveau le système d'orientation-accueil revêt un caractère assez particulier du fait des acteurs qui y interviennent. Ainsi il y a le secrétaire exécutif du CDS de Néma qui explique à cet effet que *« nous cherchons toujours à améliorer l'accueil puis que si vous regarder bien l'environnement du poste de santé de Néma nous avons mis des bancs pouvant accueillir autant de malades. Nous avons fait en sorte qu'il y'ait de l'ombrage afin que ces gens puissent être accueilli dans les normes. Mais aussi il y'a surtout la guichetière qui se met au niveau de la porte pour accueillir tous les malades. Du coup c'est elle qui est chargée de ventiler les patients. Donc dès lors que vous arrivez chez la guichetière automatiquement elle peut vous*

décliner votre problème (...) elle vous oriente en tout cas vers celui qui doit vous prendre en charge. Il y'a aussi d'autres qui sont là-bas des ASC motivés par le poste de santé pour prendre les constantes pour ne pas qu'il y'a alors des temps d'attente au niveau de l'enceinte. Mais vu que c'est un poste qui a une renommée et qui fait que les gens le fréquentent de plus en plus parfois nous sommes un tout petit peu débordés et compte tenu du professionnalisme de ceux qui sont là-bas ils arrivent en tout cas à gérer la situation. Mais de façon définitive on peut dire que l'accueil est acceptable. Même s'il y'a des choses à perfectionner pour ne pas dire du tic au tac que c'est OK à 100% ».

Dans ce même cadre il y'a son homologue du centre de santé qui avance que « nous avons effectivement mis en place des plaques qui permettent d'orienter les gens. ». Par la suite il nous explique ce qui a motivé cette configuration « nous avons pensé que c'est plus pertinent en mettant en place les plaques avec les flèches cela va permettre de t'orienter vers l'endroit où tu dois aller. Par exemple en arrivant tu peux voire une flèche t'indiquant la maternité, une autre te montrant le PTA, d'autres pour les services restants comme l'ophtalmologie et le cabinet dentaire facilement si tu es quelqu'un d'instruit tu sauras te guider. Par contre pour ceux qui n'ont pas fait les bancs ceux sont en général les ASP présents à la porte d'entrée qui les orientent ».

En même temps il souligne que le malade « en arrivant il faut passer à la facturation pour acheter un ticket. Si vous venez pour voir un médecin alors on vous montre le Tri, il en est de même pour le dentiste ou bien l'ophtalmologie. Il suffit d'aller à la facturation pour qu'on vous indique le service que vous voulez utiliser ».

Toutefois en ce qui concerne l'hôpital de la paix, le directeur explique « nous avons mis en place une signalétique. Également comme j'ai eu à le dire tout à l'heure je fais des tours réguliers au niveau des services et en même temps j'utilise la presse de temps en temps. Il y'a le chef de la sécurité qui es tout le temps pour accompagner ses éléments dans l'accueil des patients. Nous avons même pensé à recruter un intermédiaire comme j'avais eu à le faire à Touba. Il s'agit d'un individu issu de la communauté pour aider à l'accueil ». Également il confirme l'existence d'un système orientation « nous avons installé des plaques pour permettre de reconnaître les différents services mais il faut un certain niveau intellectuel pour s'en sortir ».

A travers ces différentes interventions nous remarquons que ces acteurs sont plus préoccupés par le côté matériel du dispositif d'accueil que celui immatériel. En effet ils parlent pour la plupart de ce qui est visible, palpable, que nous pouvons toucher, appréciable de loin pouvant taper à l'œil voir même retenir notre attention du genre : « plaque », « signalétique », « banc ».

Peut-être que c'est parce qu'il est plus facile d'avoir des résultats probants par rapport à ce point qu'il est sujet de tant de préoccupations. En plus ça donne l'impression qu'ils sont en train de faire quelque chose. C'est bien vrai que tout cela occupe une place importante mais s'il n'existe pas un processus permettant d'encadrer l'accueil à l'instar d'une politique bien définie avec un personnel dédié alors nous ne pourrions être à l'abri de problèmes d'incompréhension permanente. Des efforts doivent être faits à ce niveau pour que ces mesures déjà prises soient efficaces.

Image 5 : Plaque d'orientation, Néma



Source : Alioune Diagne, 15/01/23

Image 6 : Plaque d'orientation, Silence



Source : Alioune Diagne, 17/01/23

Image 7 : Plaque d'orientation, La Paix



Source : Alioune Diagne, 19/01/23

5-2-2 Propreté de la structure

Tableau XVIII : description des effectifs selon l'appréciation de la propreté (soigné), Néma, Silence et La Paix

Appréciation de la propreté								
Poste de santé Néma	Nb	Pourcentage	Centre de santé de Ziguinchor	Nb	Pourcentage	Hôpital de la Paix	Nb	Pourcentage
Pas satisfaisant	1	1,1%	Pas satisfaisant	33	33,3%	Pas satisfaisant	1	1,3%
Satisfaisant	70	77,8%	Satisfaisant	33	33,3%	Satisfaisant	13	16,9%
Assez satisfaisant	17	18,9%	Assez satisfaisant	21	21,2%	Assez satisfaisant	7	9,1%
Très satisfaisant	2	2,2%	Très satisfaisant	12	12,1%	Très satisfaisant	56	72,7%
Total	90	100,0%	Total	99	100,00%	Total	77	100,00%

Source : Alioune Diagne, Mai-Novembre 2022

Le constat qui revient avec ce tableau est que 77,8% des soignés enquêtés du poste de santé de Néma sont satisfaits de la propreté de la structure, 33,33% celle du centre de santé et 72,7% très satisfait de la situation de l'hôpital de la Paix.

Cependant pour le centre de santé 33,33% des enquêtés ne sont pas satisfaits de sa propreté.

Aussi lorsqu'on leur a demandé ce qui a motivé leur réponse alors nous avons pu glaner d'autres informations supplémentaires. En général ils ont souligné dans l'ensemble que la propreté est acceptable comme il y'a des poubelles un peu partout seulement le problème des toilettes est fréquemment ressorti même si c'est plus noté au niveau du centre de santé.

Par ailleurs il y'a cette femme qui souligne « *je trouve le poste propre à chaque fois que je viens pour me faire consulter. Les femmes qui font le ménage viennent tôt et à 7h elles ont presque finies. Et les malades aussi respectent les poubelles* » (Soigné, Néma).

Un autre fait même une comparaison avec d'autres points de prestation « *par rapport à d'autres structures c'est acceptable mais je pense que pour un hôpital on doit rien leur reproché côté hygiène. On doit mettre un personnel à leur disposition parce là où on se soigne ne doit pas être sale. Un personnel qui doit être disponible tout le temps et se relayer chaque fois.* » (Soigné, Néma).

Il en est de même pour celle-ci qui trouve qu'« *on peut dire que c'est bien puisqu'on est au Sénégal (...) on ne respecte pas les règles de propreté. On met des poubelles à la disposition des personnes mais personne ne les respecte. Parfois on essaie d'améliorer mais ça reste encore. Mais en principe on peut dire que c'est bien, eux ils ont des efforts en installant des poubelles. Cependant pour certains individus ça reste encore* » (Soigné, Néma).

En outre il y'a ce patient qui y revient encore « *ce sont les toilettes qui sont sales. C'est le problème hygiène que j'ai remarqué. Mais pour le reste je trouve ça propre* » (Soigné, Silence).

D'ailleurs ce même problème était ressorti en 2016 lors d'une étude menée par CICODEV dans le cadre de la campagne « Pérennisons la CMU ».

Au niveau de l'hôpital de la Paix, il y'a ce patient qui note en faisant une comparaison « *non ici, l'hôpital est tout propre. Cette question serait importante dans les autres structures comme régional* » (Soigné, La Paix).

Aussi il y'a ce répondant qui revient sur le système d'organisation du nettoyage « *tu peux même constater à chaque fois il y'a une équipe qui vient faire le ménage et ceux qui ramassent les ordures ne cessent de venir les prendre. La nuit avant qu'on ne se couche ils viennent pomper les chambres* » (Soigné, La Paix).

Dans le même registre nous avons un autre malade qui met en avant l'influence de la propreté sur le comportement des soigné « *pour l'hygiène, je vois que tout est propre et personne n'ose jeter des sachets ou autres choses* » (Soigné, La Paix).

En résumé, il y'a à noter que le problème des toilettes constitue un point évoqué au niveau de ces trois structures bien vraie que c'est à des degrés divers. Les patients du centre de santé ont quand même beaucoup insisté sur ce point.

Image 8 : Toilette malade, Néma



Source : Alioune Diagne, 15/01/23

Image 9 : Toilette malade, Silence



Source : Alioune Diagne, 17/01/23

Image 10: sensibilisation, Néma



Source : Alioune Diagne, 15/01/23

5-3 Temps d'attente

Image 11 : Toilette malade, La Paix



Source : Alioune Diagne, 15/01/23

Tableau XIX : croisement entre temps d'attente et respect des horaires de travail (soigné), Néma, Silence et La Paix

Néma	Respect des horaires de travail	Oui	Non	NSP	TOTAL
Temps d'attente					
Pas long		10	2	7	19
Long		22	7	16	45
Assez long		8	7	6	21
Très long		3	0	2	5
TOTAL		43	16	31	90
Silence	Respect des horaires de travail	Oui	Non	NSP	TOTAL
Temps d'attente					
Pas long		24	0	16	40
Long		6	1	9	16
Assez long		3	2	1	6
Très long		12	15	10	37
TOTAL		46	18	36	99
La Paix	Respect des horaires de travail	Oui	Non	NSP	TOTAL
Temps d'attente					
Pas long		0	3	3	6
Long		8	5	13	26
Assez long		4	5	6	15
Très long		5	15	10	30
TOTAL		17	28	32	77

Source : Alioune Diagne, Mai-Novembre 2022

L'analyse de ce tableau traitant le temps d'attente par rapport au respect des horaires de travail nous permet de noter que 24,44% des soignés enquêtés à Néma trouvent le temps d'attente long et que les soignants respectent l'heure, 24,24% pensent que l'attente n'est pas longue et que les soignants respectent les heures de travail pour silence et 19,48% disent que l'attente est très longue avec un non-respect des horaires de travail pour la Paix.

En même temps il convient aussi de noter que 52,22% des soignés de Néma pensent que les soignants du poste ne respectent pas les heures de travail et/ou restent indécis par rapport à ce point, 54,54% pour le centre de santé et 77,92% pour l'hôpital de la Paix.

Toutefois il convient de noter que les réponses données par rapport à la perception du temps d'attente se présentent comme suit : au niveau de Néma ça tourne autour de ces points : fonctions du nombre de patients et du problème de la personne malade, de l'insuffisance de personnel mais aussi du début tardif des consultations.

Cependant en ce qui concerne le centre de santé, les réponses apportées par les enquêtées par rapport dans ce sens sont : trop de patients, peu de soignants, dépend de l'ordre d'arrivée noté de temps en temps, du retard du prestataire.

Globalement les réponses apportées à l'appréciation du temps d'attente pour ce qui est des enquêtés de l'hôpital de la paix nous a permis de ressortir les éléments suivants : le nombre de patient, la situation du soigné (nombre de cas critique), l'heure d'arrivée du malade dès fois avancée, l'effectif insuffisant des soignants et la lenteur des consultations parfois souligné. Ces constats s'éloignent un peu des remarques de C. Cudicio concernant ce point qui évoque que « *lorsqu'une attente dure trop longtemps, les gens se posent des questions, et surtout celle de savoir pourquoi ils attendent ainsi, quand c'est possible, la meilleure intervention consiste à informer les gens plutôt que de les ignorer et de laisser se poser des questions auxquelles ils trouvent la plupart du temps des réponses catastrophiques. En fait, on s'inquiète essentiellement quand on ne sait pas ce qui se passe ou ce qui va arriver* » (2000, p268-269). Au niveau de ces trois structures les patients tolèrent le temps d'attente allant même jusqu'à chercher des justifications. Seulement pour ce qui est des horaires de travail, ils sont tous d'accord qu'il y'a des problèmes à ce niveau.

Image 12 : Hall d'attente Sage-femme, Néma



Source : Alioune Diagne, 15/01/23

Image 13 : Hall d'attente Tri, Silence



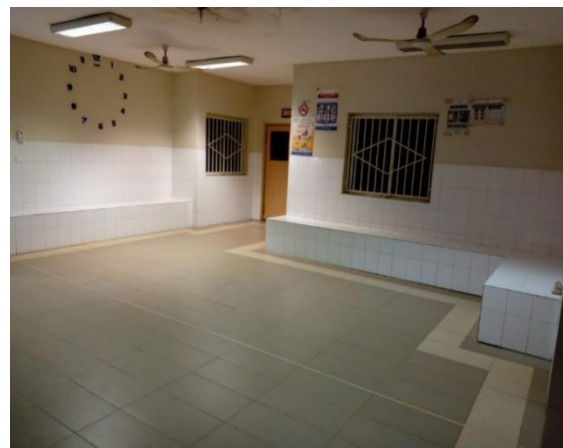
Source : Alioune Diagne, 17/01/23

Image 14 : Couloir principal et espace d'attente, La Paix



Source : Alioune Diagne, 19/01/23

Image 15 : Hall d'attente consultation externe, La Paix



Source : Alioune Diagne, 19/03/23

5-4 Les connaissances et compétences du soignant sur la relation soignant-soigné

Lorsqu'un patient fait appel à un soignant, lui dévoile ses sentiments, l'autorise à agir sur son corps et le fait entrer dans sa vie et dans son intimité, il l'honore de sa confiance. En retour, le soignant doit remplir les obligations que lui imposent sa profession et ses valeurs : se plier aux règles déontologiques, éthiques et légales de sa profession et être absolument loyal avec le patient (M. Zaffran, 2014 :58).

Tableau XX : description des effectifs selon la relation soignant-soigné (soignant), Néma, Silence et La Paix

Relation soignant-soigné								
Poste de santé Néma	Nb	Pourcentage	Centre de santé de Ziguinchor	Nb	Pourcentage	Hôpital de la Paix	Nb	Pourcentage
Une relation humaine	5	21,7%	Une relation humaine	4	16,0%	Une relation humaine	3	15,0%
Une relation professionnelle	0	0,0%	Une relation professionnelle	4	16,0%	Une relation professionnelle	2	10,10%
Une relation humaine et professionnelle	18	78,3%	Une relation humaine et professionnelle	17	68,0%	Une relation humaine et professionnelle	15	75,0%
Autre	0	0,0%	Autre	0	0,0%	Autre	0	0,0%
Total	23	100,0%	Total	99	100,00%	Total	20	100,00%

Source : Alioune Diagne, Mai-Novembre 2022

L'étude de ce tableau nous démontre que 78,3% des soignants enquêtés au poste de santé de Néma associe la relation soignant-soigné à une relation humaine et professionnelle, 68,0% pour le centre de santé et 75,0% pour l'hôpital de la Paix.

Il y'a l'ICP qui aborde dans le même sens « *je privilégie les échanges en même temps j'écoute la personne parlée. Si la personne vous parle alors vous devez essayer d'orienter certaines questions. Après avoir discuté on essaie d'échanger par rapport à son problème. En général ce n'est même pas nécessaire de prescrire une ordonnance. Dès fois ce sont des éléments qu'en discutant seulement on peut régler le problème du patient. En tout moi je pense qu'à mon niveau côté j'essaie de faire mon mieux pour répondre aux besoins des patients* ». Nous avons à cet effet A. Sarradon-Eck qui souligne presque la même chose « *la relation médecin-malade "idéale" est celle où le médecin donne la possibilité au malade de "s'expliquer" la maladie, afin d'organiser son environnement social, et l'aider au besoin en le "reliant" aux autres.* » (2010 :9).

La sage-femme également ne s'en éloigne pas « *peut-être une relation empathique. Quand il y'a ce genre de relation entre soignant et soigné on espère avoir un bon traitement même s'il n'y a pas de médicaments. Donc les relations doivent pareilles empathiques, essayer de se mettre à la place du patient ou bien de la patiente sans pouvoir l'être au moins que le soigné*

sache que mon déplacement envers cette structure ou bien envers cette personne n'ait pas été vain que nous avons pris le temps de l'écouter. Je crois que c'est ce genre de relation qui doit y avoir ».

En même temps, nous avons la maîtresse sage-femme du centre de santé qui le souligne encore « *il faut qu'il y'ait une relation humaine (...). Il faut surtout qu'il y'ait de l'empathie du soignant envers le soigné. Aussi dès fois il va falloir que certains soignés comprennent aussi que nous ne disposons pas d'un plateau technique avancé. La plupart du temps nous ne travaillons qu'avec les moyens du bord. Je viens d'évacuer une patiente alors que je n'ai pas pris la tension parce que je n'avais pas de pile ».*

Dans ce cadre M. Formarier note que « *l'empathie implique de l'objectivité, l'absence des idées préconçues, elle demande de la pertinence et de la réactivité, car elle a une dimension limitée à l'instant présent. Avoir une attitude empathique ne se suffit pas de la seule motivation ou bonne volonté ; elle n'est pas à confondre avec la sympathie ou la bienveillance, ni avec l'écoute active, elle relève de l'attitude professionnelle, qui supporte (concept), qui se maîtrise, et donc qui s'enseigne » (2003 :18).*

Pour ce qui est du gynécologue, il pense que les malades « (...) *s'attendent à de la disponibilité, de la communication mais surtout une bonne qualité de service donc ça c'est souvent ce qu'ils attendent ».* Également en poursuivant il croit que le soignant doit aussi être résilient en notant qu'« *on rencontre toute sorte de malades mais ce qu'il y'a à retenir comme j'ai l'habitude de dire aux gens quand vous travaillez dans une structure hospitalière comme médecin, infirmier, un personnel de santé il faut savoir encaissé. Il y'aura des gens qui seront très gentils avec vous et d'autres malgré tout ce que vous ferez ils vont vous poser des problèmes. Même si vous communiquez ils seront moins réceptifs donc on a du tout. Parce que dans ces relations on sent vraiment qu'après avoir fait l'effort de communiquer on sent une récompense de la part du malade on sent être devant un malade qui a compris. Mais parfois tu vois que quoi que tu fasses tu auras des problèmes avec eux ».* Ce dernier rejoint sans doute M. Zaffran qui remarque que « *les relations, ponctuelles ou durables, qui se nouent lorsqu'une personne malade fait appel volontairement à une personne étrangère dont la profession consiste à soigner mettent constamment à l'épreuve l'altruisme étendu. Car celui-ci a ses limites. Aider un parfait étranger est très aléatoire : on sait parfois ce qu'on risque, et rien ne dit que l'étranger nous rendra la pareille ou, pire, ne profitera pas indûment et n'abusera pas de notre aide » (2014 :42).*

Toutefois le major met en avant l'aspect humain « *je pense que c'est la même chose des relations familiales ».*

Aussi la maîtresse sage-femme de l'hôpital de la Paix, aborde le sujet sous l'angle professionnel « *c'est de les satisfaire, de subvenir à leurs besoins et répondre à leurs attentes.* » En ce qui concerne le major des urgences, il avance que « *les patients ce qu'ils attendent de nous bien, je ne dirai pas de la pitié. Mais ils attendent à ce que nous leur montrons que nous sommes à leur disposition. Ce n'est pas seulement en venant donner un médicament qu'on règle le problème, le patient il a besoin de temps en temps que tu passes pour le voir, parler avec lui, le taquiner et cela le rassure et rassure les parents. C'est déjà quelque chose. Moi le matin quand je viens je passe pour saluer tout le monde ceux qui sont là et que je peux taquiner alors je les taquine. Ceux avec qui je dois discuter plus longuement je le fais donc c'est ça qu'ils attendent de nous. Ils savent que nous ne faisons que donner des médicaments mais c'est le bon dieu qui guérit. Mais le fait d'être à leur côté et pas seulement en donnant les médicaments, venez ici pour que je vous fasse une piqûre et c'est fini. Vous savez à la longue ça devient tellement mécanique alors que le patient n'a pas besoin de cela. Il a besoin d'être accompagné dans son traitement. Madame qu'est-ce qui s'est passé avec la prise de votre médicament, est-ce que tu as bien dormi (...) ? Ces genres de questions c'est cela qu'ils attendent, qu'ils sentent que nous sommes là pour eux mais pas des mots du genre faites ceci ou bien faites cela (...) que ce qu'ils ressentent nous aussi ressentons la même chose ».*

Pourtant F. Brugère aborde dans le même sens en indiquant qu'« *en même temps, l'acte de soigner ne doit être ramené ni à sa dimension de technique, ni se réduire à être une réponse à une nécessité physiologique ou biologique ; le soin est une nécessité relationnelle* (2010 :3).

Toutefois M. Zaffran explique dans ce cadre qu' « *à mesure que l'individu se rapproche de l'âge adulte, son mode d'attachement se renforce ou s'assouplit en fonction des relations qu'il noue avec les personnes de son environnement. Un enfant ayant établi un attachement sécurisé deviendra le plus souvent un individu à la fois capable de lier des relations satisfaisantes et de rester affectivement autonome ; l'attachement anxieux, marqué par des relations de soin inconstantes, imprévisibles, inquiétantes, produira des adultes incertains, toujours angoissés à l'idée d'une séparation ; l'attachement évitant, souvent lié à des relations de maltraitance, produira des adultes peu désireux de nouer des liens, indifférents et parfois rejetant ou agressifs* » (2012 :31). Ainsi il met en avant une origine lointaine des capacités relationnelles précédant alors la formation académique. Il s'agit en quelques sortes des prédispositions qui sont propres à chaque personne.

5-5 Mécanisme d'évaluation de la satisfaction des soignés

5-5-1 Pertinence de la mise en œuvre du mécanisme

5-5-1-1 Pour les soignés

Pour tout patient l'évaluation de sa satisfaction reste un élément important à cause des effets qu'ils pourraient apporter sur l'amélioration de la prise en charge.

Ainsi pour ce malade du poste de santé de Néma cela favoriserait plus de considérations par rapport à leurs attentes *« ça permettra à la fois aux personnels de bien prendre en compte les demandes des populations dans les structures mais aussi l'État d'appuyer les structures pour faire face à leurs problèmes »* (Soigné, Néma).

Aussi pour cet autre patient il s'agirait d'une source de contrôle *« les structures doivent être évaluées pour voir le niveau de satisfaction des usagers car, les patients souffrent souvent dans les structures de santé à cause des comportements des personnels de soins. »* (Soigné, Néma).

Cependant pour celui-ci devrait être un moyen de libération de la pensée *« d'un côté cela peut être bien parce que lorsque tu vois quelque chose qui ne te plaît pas tu ne peux pas le dire partout. Parfois tu rencontres des situations comme on le relate dans les journaux, les télévisions, la manière dont les sages-femmes parlent aux malades mais en commençant à les regarder on constate alors que les langues ont commencé à se délier tout le monde en parle. Chacun ressort ce qu'il avait gardé dans son cœur car tout cela est dû au fait que tu ne peux pas te mettre devant elles pour t'exprimer. Peut-être une fois à la maison tu peux te mettre à le déplorer en relatant ce qu'on t'a fait subir comme mauvais traitements. Cependant tu ne peux pas en parler autre part. Lorsque j'étais en hospitalisation il y'avait une autre femme qu'on avait référé d'un village. Elle était vraiment fatiguée. Lorsqu'elle est arrivée on leur avait fait savoir que son mari était absent. Également il se trouvait un autre endroit qui était difficilement accessible au téléphone. Cependant pour prendre en charge la femme c'était tout un problème. Ils ne voulaient même pas la toucher pourtant elle était sur le point d'accoucher. Cela s'est dérouler au niveau de l'hôpital régional. Ils ont catégoriquement refusé de la prendre. La femme est restée là à crier depuis le matin jusqu'au soir. Nous les patients étaiens les seuls à l'encourager mais elle ne comprenait les autres langues, seulement le mandingue. Nous avons tout fait pour l'accompagner mais comme les accouchements ne sont pas pareils elle était la plus fatiguée parmi nous. La manière dont on l'a traité n'était pas bien. A la fin ils ont attendu le soir pour programmer l'opération. Malheureusement avant l'intervention le bébé avait ingurgité le sang (certainement elle doit faire allusion au liquide amniotique) et a fini par décéder tellement que la femme était fatiguée. Tout le monde disait ce jour la faute était du côté des sages-femmes. Si on l'avait soutenue avant l'arrivée de son mari (...) parce que c'est une*

fois qu'il est venu qu'on l'a fait entrer en salle d'opération. En ce moment c'était trop tard. Nous tous déplorions leurs comportements. Ce n'était pas normal et ça nous faisait tellement mal. Chacun disait si cette femme était une parente alors j'allais porter plainte. Ce qu'ils ont fait n'était pas normal parce qu'ils pouvaient la soigner et qu'une fois son mari se présente alors ils pourraient régler la facture. Mais ils ont retenu la femme pendant un long moment jusqu'à ce qu'elle soit fatiguée depuis ce jour rien ne me plaît de l'hôpital régional. Je ne souhaite pas retourner là-bas pour mon prochain accouchement jamais de la vie parce que la manière dont on m'a accueilli ne m'a pas plu cela ne me rassure pas. Un bon accueil est très important » (Soigné, Néma).

Pour ce qui est du centre de santé ce patient avance que cela constituerait un moyen d'appréciation *« mais oui, ça sera intéressante. Tu sais même le besoin d'être évalué pour corriger ses erreurs est important surtout avec tout ce qui se passe dans les hôpitaux aujourd'hui. Je dirais même que c'est ce manque d'évaluation qui cause tout ça selon moi. »*

Tandis qu'une autre le verrait comme un moyen pour primer ou réprimer les agents de santé *« c'est simple, primer les personnels du meilleur hôpital et sanctionner ceux qui font du n'importe quoi aux usagers »* (Soigné, Silence).

En poursuivant toujours dans ce même sens, nous avons avec ce malade qui pense que cela participerait à lutter contre les mauvais comportements *« pourquoi pas ! Bien sûr qu'on doit le mettre en place et je ne pense pas dans ce cas qu'ils seront encore là à faire les mêmes conneries que celles gens qu'ils continuent de faire actuellement parce que lorsque tu pars à la réception tu ne vas pas y trouver parfois quelque chose qui ne te ferait pas plaisir. Tu peux y rencontrer des personnes qui répondent au téléphone en tant que travailleur d'un hôpital (...) c'est pourquoi je me dis toujours que la médecine n'est pas faite pour les noirs. La médecine elle est faite pour les blancs parce que c'est eux qui connaissent l'importance des droits de la personne malade. Récemment avec mon accident je suis venu au niveau de l'hôpital et ils ont commencé à me poser des questions sur mon âge et d'autres futilités, mais aussi allez lui chercher un ticket de consultation et carnet, des choses de ce genre. Pourtant en premier lieu ils devraient gérer les premiers soins mais personne ne s'est préoccupé de ma situation. J'étais couché sur le lit en train de souffrir. Vous trouvez cela normal. Cela veut dire que celui qui n'a pas un parent agent de santé alors tu vas galérer dans les hôpitaux »* (Soigné, Silence).

En ce qui concerne l'hôpital de la paix, il y'a ce patient qui le verrait comme un facteur motivateur *« ça va motiver les personnes soignantes de bien considérer les malades »* (Soigné, La Paix).

Toutefois pour celui-ci nous aurions alors une redéfinition des interactions en soulignant que « *bien-sûr ! Ça permettra de revoir les rapports que nous entretenons avec les personnels soignants* » (Soigné, La Paix).

Quant à cet autre cela favoriserait la concurrence entre structure en avançant qu'« *il faut que les hôpitaux soient en compétition en termes d'accueil et les résultats pousseront les personnels de soins à traiter mieux les patients* » (Soigné, La Paix).

5-5-1-2 Pour les acteurs institutionnels et responsables de structure

Intervenant dans un autre registre les acteurs institutionnels et responsables de structures trouvent aussi la pertinence d'un tel mécanisme qui ne serait que bénéfique pour leur offre de service.

Aussi pour le secrétaire du CDS de Néma, le processus est au stade de réflexion. Il note que « *je crois qu'on en a une fois pensé mais on n'est pas allé jusqu'au bout. (...) Mais à vrai dire nous n'avons pas ce mécanisme de gestion des plaintes* ».

Il en est également de même pour celui du centre de santé qui avance « *nous y avons pensé mais on ne l'a pas encore mis en place* ».

Cependant le directeur de l'hôpital de la paix confirme qu'un mécanisme existe dans sa structure. Ainsi il convient de remarquer qu'une prise de conscience en ce qui concerne la pertinence de sa mise en place est bien présente chez ces différents acteurs soit pour l'avoir déjà mis en place et/ou penser le mettre en place.

5-5-2 Conditions de mise en œuvre du mécanisme

5-5-2-1 Pour les soignés

Les entretiens déroulés auprès des soignés nous ont permis de ressortir les conditions de mise en œuvre du mécanisme d'évaluation de la satisfaction. Il convient de noter qu'elles se présentent sous plusieurs aspects déclinés à travers les lignes suivantes.

Ainsi au niveau du poste de santé de Néma, ce patient réserve une telle chose à l'administration publique « *comme l'Etat le fait pour contrôler les gens à payer de l'impôt et autres, il peut faire de la même manière pour assurer les usagers. N'est-ce pas tu regardes le journal actuellement c'est ça qui fait la chronique au Sénégal. Les gens meurent à cause de la négligence des personnels de soins et de leurs façons de traiter les malades* » (Soigné, Néma).

Cependant cet autre trouve que cela doit se faire d'une manière proactive « *je pense qu'il faut recueillir les impressions des patients. Surtout ceux qui viennent souvent pour voir comment ils se sentent après leur arrivée et dès leur sortie* » (Soigné, Néma).

Également pour ce patient, il devrait être quotidien « *c'est de demander à chaque fois aux usagers comme tu es en train de le faire, leurs avis par rapport aux offres de soins et les conditions dans lesquelles ils sont traités* » (Soigné, Centre de santé).

Aussi pour cet autre il doit être l'occasion de mettre en place des modalités de sanctions positives et/ou négatives « *c'est simple, primer les personnels du meilleur hôpital et sanctionner ceux qui font du n'importe quoi aux usagers* » (Soigné, Néma).

Comme noté plus haut, ce malade aussi demande à ce que l'état de jouer son rôle régalien « *c'est de faire la même chose que font les corps de contrôle dans l'administration. On doit évaluer la manière dont les malades sont traités dans chaque structure. Je suis pour ça. Au moins, nous les usagers nous serons un peu soulagés* » (Soigné, Néma).

Dans un registre un peu différent, nous constatons le souci de la corruption mis en avant qui pourrait avoir un effet pervers sur un tel mécanisme « *mettre en place une équipe composé aussi des acteurs communautaire qui ne seront pas corrompus et qui veilleront dans chaque structure sur le mode de fonctionnement et le rapport avec les usagers* » (Soigné, Hôpital de la Paix).

Une fois de plus pour ce soigné de l'hôpital de la paix tout revient à l'Etat « *c'est de faire comme on le fait avec les autres travailleurs de la fonction publique. Seul l'Etat est capable de mettre en place ça. Et ça relève de sa responsabilité* » (Soigné, Hôpital de la Paix).

Toutefois pour cet enquêté il faut créer une organisation semi-autonome chargé de faire un tel travail « *un corps de contrôle indépendant de l'État y compris des représentants des quartiers logés hors des structures de santé et qui fera des descentes fréquemment dans toutes les structures de la ville* » (Soigné, Hôpital de la Paix).

Dans ce même sillage s'inscrit ce patient qui demande un comité entièrement autonome « *c'est de constituer une équipe indépendante mixte composé aussi des communautaires qui veillera à la vie de chaque structure et de rendre compte à l'autorité à la fin de chaque mois* » (Soigné, Hôpital de la Paix).

Pour ce patient le travail doit se faire en amont pendant le recrutement avant qu'on arrive à ce stade « *non c'est au niveau des recrutements qui se font qu'on doit mettre en place un mécanisme de sélection de bonnes ressources humaines et cela incombe la responsabilité de l'Etat* » (Soigné, Hôpital de la Paix).

Ainsi il convient de noter que les soignés se retrouvent unanimement dans la mise en place d'un mécanisme d'évaluation de la satisfaction. En majorité ils demandent à l'Etat de jouer son rôle à tous les stades en prenant les mesures nécessaires. Certains proposent à ce qu'il soit associé d'acteurs externes pour plus d'efficacité pour éviter d'être devant une situation de juge et parti. Cela prouve un manque de confiance vis-à-vis de l'administration. Peut-être que cette situation

est dû à leurs expériences personnelles dans l'utilisation des structures sanitaires comme le problème reste toujours récurrent alors que certainement les autorités administratives sont au courant et que pendant tout ce temps rien ne semble être fait pour y remédier.

5-5-2-2 Pour les acteurs institutionnels et responsables de structure

Les entretiens menés auprès des acteurs institutionnels et responsables de structures nous ont permis de ressortir leurs idées par rapport aux conditions de mise en œuvre du processus d'évaluation de la satisfaction.

Il y'a donc le secrétaire exécutif du CDS de Néma qui explique « *c'est vrai qu'on aurait dû matérialiser cela avec la boîte à idée qui pourrait nous aider. Aussi ce qu'il faut retenir la plupart des gens qui fréquentent le poste c'est vrai qu'il y'a un grand nombre qui réside quartier Néma 2 ou vraiment le taux d'analphabétisme est très élevé et que la plus part des malades sont des femmes et des enfants. Donc je me disais si cette boîte répondrait à nos attentes même parce qu'il faut surtout écrire pour pouvoir exprimer ces trucs-là. Ce qui est sûr qu'à chaque fois que vous leur demandez ils vous diront qu'ils sont satisfaits. Donc rares sont les personnes qui vous dirons que nous ne sommes pas satisfaits. Certainement peut-être qu'ils pensent qu'ils peuvent créer d'autres désagréments mais moi sur ce que j'ai vu, l'attente par rapport à l'échographie était très longue. Finalement j'ai prôné que l'on puisse former une deuxième sage-femme et acheter un autre appareil tout neuf, ce que nous avons fait. Les partenaires nous ont payé la formation et actuellement la sage-femme l'a commencé. C'est pour qu'on puisse atténuer cela parce que j'ai vu que le plus souvent les femmes restent là-bas (..) je pense qu'elles choisissent une journée ou bien deux journée dans la semaine ou elles les regroupent et moi j'ai l'habitude de dire que l'attente est très longue. Donc si nous avons des gens qui sont là et qui savent le faire au jour le jour ça serait mieux. Ainsi dès lors il y'a quelqu'un qui pourra le faire on n'a pas besoin de renvoyer des patients pour qu'ils reviennent encore. Déjà payer le ticket, l'ordonnance, le taxi aller et retour je pense que ça pose énormément de problème ».*

Abordant dans la même direction, le secrétaire exécutif du CDS du centre de santé souligne que « *nous avons prévu de mettre en place une caisse pour permettre à tout un chacun qui a un problème d'écrire et de mettre cela à l'intérieur* ». Selon lui le choix de cette méthode serait compréhensible « *parce que nous ne pouvons pas au fait de tous les problèmes. Il peut arriver que quelqu'un vienne vivre une chose qui ne lui plaît pas mais il ne peut pas l'extérioriser. Peut-être cela fait partie de sa culture et il garde ça avec lui. Par contre s'il a une possibilité d'écrire en anonyme pour dénoncer un mauvais fonctionnement alors il pourrait l'utiliser* ».

Aussi le directeur l'hôpital de la paix souligne le type de mécanisme mis en place dans sa structure « *oui une boîte à lettre. A côté de ça je passe de temps en temps au niveau des services pour discuter avec les gens et recueillir leurs impressions. Aussi je fais intervenir parfois les chefs de quartiers, imams pour certains problèmes. Il y'a aussi la presse que j'utilise de temps en temps pour faire face à certaines difficultés. Je peux dire que c'est ouvert parce que je fais intervenir beaucoup de personnes. Également j'avais fait savoir aux différents chefs de service de recevoir les gens pour les écouter et essayer de comprendre leurs plaintes pour trouver des solutions.* ». En même temps, il nous explique la raison de ce choix « *nous l'avons fait pour permettre à ceux qui ne peuvent s'exprimer de manière orale de le faire par écrit. Comme c'est anonyme je pense que cela va leur permettre de dire ce qu'ils pensent sans problème. Ils pourront libérer leur penser sans pour autant se sentir gêné de révéler certaines choses. Il y'a des gens qui sont comme ça* ».

Nous constatons que ces trois structures ont les mêmes types de mécanisme d'évaluation de la satisfaction. Seulement l'hôpital de la paix a mis le sien en place. Pour les deux autres nous sommes encore au stade de projet. L'idée est présente mais la concrétisation tarde à se faire. Dans tous les cas, la fonctionnalité n'est pas effective parce que l'appropriation demeure toujours faible voire même inexistante surtout au niveau de l'hôpital de la Paix. Nous pouvons même avancer que ces établissements sont au même stade.

CHAPITRE 6 : REPRESENTATIONS DE L'ACCUEIL ET DE LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE ET ANALYSE STRATEGIQUE DES ACTEURS

Dans ce chapitre nous allons essayer de faire émerger les représentations des soignants, soignés et acteurs institutionnels et responsables de structure vis-à-vis de l'accueil et de la relation soignant-soigné.

6-1 Représentations de l'accueil et de la relation soignant-soigné

6-1-1 Selon les soignants

6-1-1-1 L'accueil

Avec la confrontation des discours des soignants, nous pouvons souligner que :

Un processus et un lieu :

Il convient de noter ici que l'accueil pourrait être assimilé à un ensemble d'opérations en vue de répondre aux attentes d'une personne. Donc il pourrait s'agir de plusieurs éléments imbriqués les uns aux autres tels que les maillons d'une chaîne et que chacun d'eux joue un rôle bien déterminé. Même il y'a E. Dabo citant Gourriand qui l'explique d'ailleurs « *une médiation qui comprend un ensemble d'attitudes, de gestes et de choses qui fait passer une personne ou une idée de l'extérieur à l'intérieur d'un lieu ou d'une communauté, et qui transforme l'étranger en une personne ou une idée, connue et acceptée* » (2015 :9). Aussi le déroulement de ce processus ne doit pas être négligé à cause des répercussions qu'il risquerait avoir sur la personne qui est venue fréquentée la structure sanitaire. La prise en charge commence à ce niveau qui correspond à la porte d'entrée des soins.

En même temps il y'a aussi l'environnement dans lequel se déroule l'action et qui permet au soigné de bien s'installer pour pouvoir patienter dans de bonnes conditions. Pour ce point Dabo évoque cette fois-ci Lapeyrat « *l'accueil, c'est aussi une signalisation facile et compréhensible ainsi qu'un cadre agréable en cas d'attente* » (2015 :10).

En parallèle, il y'a ces soignants également qui y reviennent :

« *Selon moi l'accueil d'un patient, c'est de l'installer d'abord, lui donner des informations dont il aura besoin dans l'hôpital que ça soit les tickets, les prix, les différents services dont la personne a besoin avec le respect. Mais aussi de respecter la personne et ses secrets, c'est un ensemble d'éléments l'accueil. Il y'a l'environnement aussi. Tout ça ce sont des paramètres de l'accueil* ».

« *C'est accueillir le patient dès l'entrée, l'orienter, le soulager et lui demander des informations par rapport à ce qu'il a besoin* ».

« L'accueil je crois que c'est le fait de recevoir toute personne qui se présente au niveau de la structure ou bien au niveau du service, d'abord de l'accueillir, de l'installer et de l'écouter pour ses plaintes ».

Un assemblage d'aptitudes :

A ce niveau, il revient pour le soignant de disposer d'un pré requis qui va lui faciliter le déroulement de la prise en charge. Il y'a C. Vandebulcke qui le note même « *le savoir de l'accueillant doit s'adapter aux connaissances de l'accueilli, afin de démontrer et établir une compréhension bilatérale de la situation vécue à ce moment précis, et sur la suite de l'hospitalisation. Ainsi, le patient aura accès à la connaissance de ce que l'on va lui faire, pourra donc mieux exprimer son ressenti au moment de l'accueil puis tout au long de son séjour. Cela permettra au soignant de mieux adapter ses actions et d'agir en grande collaboration avec le patient* » (1999 : 19).

Donc le prestataire étant reconnu et accepté socialement comme étant le fournisseur attitré des soins de santé au sein de la communauté, il se doit alors d'être dans les conditions de pouvoir mobiliser son savoir au bénéfice de la population. Il faut aussi rappeler que cette personne nourrissant l'espoir d'avoir une issue favorable par rapport à l'altération de son état de santé se trouve dans l'obligation de livrer son corps pour l'exercice de ce savoir. Certainement c'est parce qu'il est convaincu par les dispositions du soignant pour être prêt à dévoiler son intimité devant un individu qui lui est notamment étranger.

Ainsi nous avons pu noter ces remarques venant de certains prestataires et allant dans ce sens : « *L'accueil c'est le fait de recevoir, d'enregistrer les besoins d'une personne, de la mettre dans les conditions de pouvoir l'aider à avoir ce qu'elle a besoin dans la structure.* » En poursuivant pour nous expliquer ce qu'il entend par condition il souligne que « *Ça dépend dans quel contexte tu le mets. Quand on dit mettre la personne dans une condition c'est-à-dire mettre la personne dans l'environnement nécessaire pour répondre à ces besoins* ».

« *C'est le fait de bien recevoir la femme, de la mettre dans les conditions idoines et répondre à ses attentes* ».

« *L'accueil ce n'est rien d'autre que de recevoir quelqu'un qui est dans le besoin de manière cordiale, le mettre en confiance, le rassurer et s'occuper de lui. C'est comme cela que je définis l'accueil* ».

Un ensemble d'attitudes :

L'expérience de la maladie est traumatisante dans la plupart du temps angoissante tant pour le malade que son entourage. Ainsi comme l'utilisation des services de santé est venue faire face à cette situation, alors il devient important pour le soignant que les gestes de soins puissent

aboutir à l'apaisement et la réduction de l'anxiété. En même temps dans l'optique de tisser ultérieurement un lien indispensable à la relation de soins, cela commence aussi par la reconnaissance des usagers, le respect de leur individualité et de leur personnalité. W. Hesbeen y revient « *en effet, se révéler compétent devant une situation humaine donnée relève d'une combinaison qui allie des connaissances judicieuses à la subtilité d'un comportement. La pertinence humaine d'une action requiert cette combinaison, ce qui explique qu'une telle pertinence n'est pas acquise une fois pour toutes ; elle ne se duplique pas, ne se répète pas car chaque situation est singulière* » (2012 : 17).

En même temps, ces interventions ci-dessous permettent d'y voir un peu plus clair :

« *Selon moi l'accueil c'est la manière de recevoir quelqu'un (...) dès fois il y'a des gens qui te viennent ils sont décontractés sans soucis, par contre d'autres te viennent en étant stressées, déjà le contact devient un peu violent comme elles deviennent violentes avec toi. Si en plus de cela toi aussi tu es stressé donc là il ne va pas y avoir un bon accueil. Mais si tous les deux vous êtes décontractés et que tu n'as pas une surcharge de travail vraiment là tu accueilles la personne convenablement. Aussi tu la mettre à l'aise, discuter avec elle. Il convient de noter que si tu es la seule personne en train de faire un accouchement et qu'il y'a une hémorragie à la suite d'un avortement par exemple t'attendant encore, en plus de ça les parents t'appellent d'un autre côté tu leur dis d'attendre car tu es occupé, dans ce cas elles peuvent se mettre à dire que la sage-femme que nous avons trouvé sur place ne nous a pas bien accueillie. Cela commence alors à tirer dans les deux sens* ».

« *L'accueil je peux dire par exemple que si une personne se présente comme malade alors tu dois parler avec elle et après il y'a : la salutation, l'installation et le fait de demander au malade les raisons de sa venue à l'hôpital. Il faut parler aisément avec le malade* ».

6-1-1-2 La relation soignant-soigné

La satisfaction des besoins :

Il revient de noter pour ce point que la relation qui relie le soignant et le soigné relève du champ professionnel répondant à un certain nombre de code et que les deux protagonistes ont des attentes les uns vis-à-vis des autres. Il y'a M. Zaffran qui souligne même que « (...) *pour soigner, il faut savoir évaluer les besoins de la personne qui souffre, et donc s'identifier à ce qu'elle ressent* » (2012 :34). En parallèle nous avons A. Zielinski qui rame dans le même courant « (...) *la finalité de la relation de soin est bien que la personne n'ait plus besoin de soin, que ses besoins soient satisfaits* » (2010 : 640).

Cependant il convient de remarquer que bien souvent derrière chaque besoin objectivé, le patient peut en cacher une autre demande qui parfois est plus complexe, plus personnelle, souvent difficile à décrypter et ne pouvant être entendu par le soignant que dans une relation de confiance sortant de celle standardisée. Nous notons dans ce cas une vision réductrice de la satisfaction des besoins pour comprendre la relation soignant-soigné qui présente parfois des limites. Néanmoins elle peut permettre de résoudre des problèmes ponctuels. Certainement, c'est ce qui doit pousser ces prestataires à aborder dans ce sens :

« Pour moi c'est recevoir le soigner, bien l'installé, le rassuré, le questionné. Le patient au moins le rassuré parce que quand tu le rassures il dit tout par rapport à son problème. C'est ce qui va vous permettre alors de poser un bon diagnostic et de proposer un traitement ».

« Je ne sais pas tellement (silence) peut-être juste après la consultation, après l'accueil voir l'entretien si le soignant parvient à satisfaire le besoin de la patiente donc là on peut discuter de la qualité de la relation. Mais si la patiente vient et qu'elle n'est pas satisfaite de ton service ou bien qu'elle sort avec un comportement de quelqu'un qui est un peu gênée (...) grosso modo si elle sort non satisfaisante à ce niveau la relation n'est pas bonne. Pour moi toute patiente reçue doit avoir une satisfaction avant de sortir ».

« La relation soignant-soigné, normalement doit être bonne dans la mesure où le soignant réponde aux attentes du soignés ».

Le respect mutuel :

Avoir de la considération face à l'individu qui est en face de vous dans le cadre d'une interaction revient à reconnaître sa dignité. Ramené dans le contexte de la santé il revêt alors un caractère assez particulier. Généralement la situation qui réunit soignant et soigné peut être assez tendu et avoir un impact sur les humeurs. Dans tous les cas le soigné aimerait être respecté en tant qu'être humain à part entière, le respect de son corps, de son intimité et de son individualité. Donc le soignant doit tenir compte du vécu de la personne malade et de sa culture mais aussi reconnaître ses difficultés et ses souffrances. Il faut alors prendre en compte sa complexité comme le souligne W. Hesbeen *« le respect est un terme dont la compréhension débouche, régulièrement, sur des malentendus et donc sur une pratique bien aléatoire. C'est la réflexion sur l'humain, le travail de considération que l'on a pour lui qui ouvre la voie à la capacité de le respecter. Néanmoins, autant la considération procède d'une attitude, d'une disposition de l'esprit qui concerne l'humain en général et qui se traduit en fin de compte par une forme de croyance en l'humain, c'est-à-dire en tout humain, et ce quelles que soient ses caractéristiques et sans pouvoir opérer de tris, autant le respect ne peut se conjuguer au pluriel car il concerne,*

chaque fois, un humain particulier dans le concret de sa situation. C'est ainsi que le respect est bien plus difficile qu'il n'y paraît ; il ne procède pas d'un état, d'une capacité acquise et dont l'on pourrait se prévaloir une fois pour toutes. Le respect requiert un travail qui nous met à l'épreuve lors de chaque rencontre et qui consiste à ne pas réduire cet autre à la spontanéité des sentiments que l'on ressent à son contact » (2012 :11). Parfois l'état du patient ne plaide pas en faveur du soignant qui doit plus céder dans le cadre de la relation.

D'ailleurs il y'a l'extrait de ce soignant qui le souligne :

« D'abord il doit y avoir le respect mutuel. En plus de ça dès fois c'est vrai que c'est difficile (...) ce n'est pas évident pour les soignants de maintenir parfois le même rythme surtout si tes heures de travail sont surchargées. Mais quand même quoi que l'on dise je pense que s'il y'a une bonne relation et un bon accueil le patient même peut s'en aller sans ordonnance. (...) Moi vraiment j'aurai aimé qu'il y'ait un suivi psychologique pour les soignants. Les gens pensent que les soignants n'en ont pas besoin mais on n'en a besoin même si c'est une fois dans l'année au moins. Les gens ont besoins d'un suivi psychologique. Dès fois même tu as envie d'aider une personne mais tu vois que les moyens dont tu disposes ne sont pas suffisant. Finalement cela t'énerve. Ça te met hors de toi. Quand même on doit avoir de bonnes relations parce que si on est là c'est pour les malades. Si non on n'a pas notre raison d'être. Voilà ! Ce sont eux notre raison d'être ».

« Je pense que cette relation doit être une relation entretenue qui à mon avis est fondamentale pour assurer un suivi de qualité. Parce que quand la relation soignant-soigné n'est pas des meilleures il ne peut pas avoir un échange fructueux entre eux. Donc il faut travailler cette relation de part et d'autre. Que le soignant puisse donner toutes les conditions d'une bonne relation et que le malade aussi puisse au moins assurer de son côté une bonne observance et un bon respect des directives du soignant ».

La communication :

Le partage d'information dans la relation de soins est indispensable car il aiderait le soignant à savoir la décision adéquate à prendre et au soigné d'avoir une idée par rapport à l'origine de son mal. Ici l'enjeu est de pouvoir faire passer l'ensemble des éclaircissements nécessaires en rapport avec le bon déroulement des soins dans le service et/ou la structure. Son importance se trouve même dans la remarque de M. Zaffran « *savoir ce qui nous arrive est essentiel, pour de nombreuses raisons. D'abord, parce que notre imagination est sans limite et que nous avons tendance à sur expliquer tout ce qui nous arrive. Cette tendance naturelle à l'interprétation peut entraîner très loin, mais surtout vers la peur. Lorsqu'il nous arrive quelque chose, la plupart d'entre nous*

pensent d'abord au pire. C'est un mécanisme de survie : surestimer la gravité d'un événement bénin est moins lourd de conséquences que sous-estimer celle d'un événement menaçant » (2012, p53-54).

Donc le fait de mettre en place un débat permet une meilleure appréhension des soins. Ce dernier constitue dans certaines situations un facteur souvent vu comme problématique car il représente une source de stress et de frustration pour le patient quand il éprouve des difficultés pour assimiler les explications médicales. C. Vandembulcke le décrit même « *la prise en compte des sentiments, l'attention portée à la communication verbale et non verbale, tout ceci devient alors primordial pour la personne et, est pour le personnel, souvent instinctif et réalisé selon sa propre sensibilité, son expérience, ses connaissances* » (1999 : 11). Il est donc nécessaire pour le soignant de s'assurer tout le temps que son message a été compris.

Ces lignes qui suivent nous en disent d'avantages :

« La relation soignant-soigné est une relation qui doit être sincère. Moi les gens viennent dans mon bureau pour me dire que major je voudrais m'entretenir avec vous, mon patient on lui fait des analyses, des traitements alors que je ne comprends rien. Je leur fais savoir qu'ils ont le droit de se poser des questions. Dès fois les infirmiers viennent me dire que major ce malade n'a pas acheté ses médicaments je leur fais savoir que c'est à cause de la manière dont ils agissent que les malades n'achètent pas leurs médicaments. Sortir de l'argent c'est difficile surtout par ces temps qui courent. Lorsque vous lui donnez l'ordonnance et que vous remarquez 30minutes voir une heure de temps après ils n'achètent pas les médicaments vous devez repasser pour lui demander ce qui se passe alors vous appelez les accompagnants en leur demandant ce qui se passe. Ils vont vous expliquer que l'argent n'est pas encore disponible, on n'a pas encore d'argent ou bien on est à sec. Comme ça vous allez comprendre parce que si vous lui donnez l'ordonnance et après vous partez ils vont se dire que ces gens ne font que prescrire. Mais si vous lui expliquez que ce médicament on doit l'administrer au patient et que si vous ne l'achetez pas son traitement risque d'être retardé, il risque d'y avoir des complications parce que les gens ne sont pas fous. Quand vous leur parlez de manière sincère alors ils vous écoutent moi c'est ce que je dis toujours à mes agents. Cela ne fait que renforcer les relations et l'accompagnant va se dire que franchement le gars-là il essaie de comprendre mon malade c'est pourquoi il insiste à ce que je trouve ce médicament certainement il voit la nécessité. Il sent que vous vous occupez de son patient et c'est cela qu'ils attendent de nous. Que nous leur expliquions ce qui se passe et eux aussi en dehors de ça qu'ils aient le courage d'acheter les médicaments, payer les analyses etc. ».

« Mais il faut qu'ils (les malades) nous comprennent et que les accompagnants aussi nous comprennent. Dès fois tu appelles un accompagnant tu l'expliques (...). Je me rappelle quand j'étais à Kandé, il y'avait une dame qui était venue pour accoucher. Elle avait une vessie pleine alors j'ai demandé à la sonder nous tous nous savons que tu pousses sur une vessie pleine dans ce cas il y'aura une rupture. J'ai voulu sondé la dame elle a catégoriquement refusé. Je lui dis que je ne peux pas lui faire pousser sur une vessie pleine. Elle a refusé alors j'ai appelé la maman et je lui ai dit que celle-là je dois la sonder mais elle refuse et je ne peux pas la faire pousser sur une vessie pleine parce que sinon elle va avoir des problèmes et on va dire que c'est de ma faute. Puis que c'est comme ça ce n'est pas grave donc maintenant allé à silence (le centre de santé). Tu sais ce que la maman a fait elle a dit à son fils que moi je les ai chassés comme des chiens de l'hôpital. Heureusement le gars c'est un quelqu'un qui est calme. Il est venu et m'a trouvé. Il m'a salué et m'a dit que je l'excuse comme il ne savait pas mais en me voyant (elle est voilée) qu'il ne pense pas que je suis une personne qui ferait ce genre de truc. Je lui ai alors dit quel genre de trucs ? Il m'a alors expliqué. (Rire) Après je me suis marrer je lui dis que tu m'excuse comme c'est ta maman je ne dois pas te dire cela mais ce qu'elle t'a dit elle l'a inventé. Après je lui ai expliqué la situation et il a compris. J'ai dit pourtant j'ai appelé ta maman pour qu'elle discute avec la femme et qu'elle accepte comme elle était réticente. C'est pour cela que je lui avais alors dit d'aller à silence moi je ne peux pas la prendre en charge dans ces conditions. Je suis seule ici et je n'ai même pas de matrone. Je ne peux pas. Mais malheureusement ce que j'ai dit à la maman elle ne l'a pas raconté. Elle a raconté ce qui l'arrange parce que pour eux quand ils viennent dans une structure obligatoirement tu dois les prendre en charge là-bas. Dès que tu parles de référence tu crées des problèmes. C'est compliqué et ils n'acceptent pas. Rares sont les personnes qui comprennent cela. Il faut qu'on continue à communiquer malheureusement. Il faut qu'on continue à communiquer. Toujours communiquer ! ».

6-1-2 Selon les soignés

6-1-2-1 L'accueil

Tableau XXI : description des effectifs selon l'accueil dans le processus de soins (soigné), Néma, Silence et La Paix

Accueil dans le processus de soins								
Poste de santé Néma	Nb	Pourcentage	Centre de santé de Ziguinchor	Nb	Pourcentage	Hôpital de la Paix	Nb	Pourcentage
Pas important	0	0,0%	Pas important	1	1,0%	Pas important	6	7,8%
Important	75	83,3%	Important	60	60,6%	Important	34	44,2%
Assez important	9	10,0%	Assez important	7	7,1%	Assez important	12	15,6%
Très important	6	6,7%	Très important	31	31,3%	Très important	25	32,5%
Total	90	100,0%	Total	99	100,0%	Total	77	100,0%

Source : Alioune Diagne, Mai-Novembre 2022

L'observation de ce tableau nous a permis de dégager les points suivants : 83,3% des soignés interrogés du poste de santé de Néma trouvent que l'accueil est important dans le processus de soins, 60,6% pour ceux du centre de santé et 44,2% en ce qui concerne l'hôpital de la Paix.

Toutefois lorsque nous avons cherché à comprendre ce qui a poussé les soignés de ces différentes structures alors nous avons obtenus globalement les réponses identiques car allant dans le même sens. Ainsi dans leur ensemble, les enquêtés ont souligné que l'accueil est la base des soins. Également le fait qu'il permet de mettre la personne à l'aise est fréquemment ressorti. Certainement c'est pour nous faire savoir que le cas contraire les mettrait sûrement dans une situation d'inconfort pour la suite des événements ce qui ne serait pas une bonne chose pour les deux protagonistes. Par la suite de temps en temps aussi la notion de mettre la personne en confiance est souligné. C'est aussi compréhensible dans la mesure où d'emblée si la personne est mise à l'aise alors le processus de mis en confiance serait forcément enclenché. Il convient de remarquer que ça doit être de cette situation que d'autres ont noté la capacité de rassurer et d'aider, permettre de bien s'exprimer etc.

Mais avec les données obtenues lors des entretiens d'autres informations sont ressorties :

Réception et réconfort :

L'image de marque de la structure et du personnel est mise à rude épreuve dès l'arrivée de la personne malade. D'ailleurs même c'est en ce moment qu'il commence à observer et à noter les faits et gestes de ceux qui vont être à son chevet. Il devient alors nécessaire pour le soignant de montrer sa présence dès le début de l'interaction. L'importance de tout cela se trouve dans la remarque de C. Rougerie et P. Coupiat « pour la personne accueillie, les repères identitaires

sont aussi importants ; ils consistent à situer l'usager dans l'interrelation, qui est en train de se créer, pour lui laisser prendre place, et qu'il puisse investir cette place. La finalité de cette étape n'est pas de donner des repères, mais de sécuriser, ce qui est perçu comme menaçant pour l'usager, vient des relations, plus que des locaux » (2017 :3). En même temps il y a lieu de rappeler en plus que le soignant exerce avec sa personnalité, ses valeurs, son éducation et son vécu. Donc il y'a de fortes chances que ces différents caractères aient des effets sur le déroulement de la relation qu'ils soient positifs ou négatifs. Toutefois pour ces deux auteurs il convient de ne pas oublier que « les besoins d'une personne vont être influencés par la perception qu'elle a d'elle-même, de l'environnement humain et matériel et de l'événement qu'elle vit. Sauf en cas de suppléance extrême, les soignants ne peuvent pas identifier, reconnaître, évaluer les besoins d'un usager en dehors de sa présence » (2017 :4).

Par ailleurs il y a ces différents soignés l'affirment :

« Le soignant doit bien le recevoir, le rassurer, lui conseiller et lui montrer que cela peut arriver à tout le monde. C'est ce que je peux dire d'un patient qui est venu voir un docteur. Il faut le rassurer et ne pas lui crier dessus parce qu'il y'a certains de ses docteurs en les voyant ils peuvent te crier dessus jusqu'à ce que tu sois plus troublé et que tu aies plus de problèmes. Nous en avons constaté ces genres de situations ou bien te dépasser de gauche à droite, te négliger et prendre du temps avant de te recevoir. Tout ça existe » (Soigné, Néma).

« Ce que je comprends de l'accueil est que lorsque le malade arrive celui qui est de garde doit venir le recevoir, lui demander ce qui ne va pas, le rassurer et discuter sereinement avec lui et à la longue il va même se demander s'il est réellement malade. Lorsqu'une personne est malade et que vous discutez convenablement avec lui, même s'il est inquiet en essayant de savoir ce qui lui arrive, en gesticulant avec le visage on peut lui arracher un sourire. Tout ça fait partie de l'accueil donc à chaque fois tu le fais, les patients lorsqu'ils retourneront chez eux alors ils diront que celui ou celle sur qui ils sont tombés est très gentil. Il a ton temps et fait tout avec toi comme par exemple si je prends l'exemple de Coly. Mach Allah ! Je touche du bois il parle avec bien avec toi » (Soigné, Néma).

« C'est être bien reçu par celui qui va te consulter et de discuter calmement avec lui, rire avec lui (...) » (Soigné, Silence).

« L'accueil c'est recevoir une personne, de bien parler avec lui sans problème et à la fin qu'il soit heureux » (Soigné, Silence).

« L'accueil, c'est recevoir quelqu'un qui a besoin de ton toi en lui mettant dans les meilleures conditions pour qu'il soit soulagé à sa demande » (Soigné, Silence).

« *L'accueil ne peut signifier autre que le fait de rassurer la personne qui se présente à toi. Cela doit commencer par celui qui le reçoit avant qu'il ne voit le soignant. Je crois que l'accueil ne peut pas être autre chose que ça.* » (Soigné, Silence).

Orientation :

La structure sanitaire est caractérisée par la rencontre d'un environnement social et culturel dont la perception peut présenter des variations d'un individu à un autre. Il devient alors important dans ce cadre de diligenter un système d'orientation adapté aux utilisateurs pour leur permettre de se repérer en fonction de leurs besoins spécifiques. M. Formarier note sa nécessité « *l'objectif de cette étape est de donner des repères spatiaux, temporeux, identitaires, afin que la personne maîtrise son environnement, et ne vive plus une situation d'insécurité, inhérente à tout changement* » (2003 :19).

Aussi il convient de rappeler que l'importance d'un tel système se justifie par le fait que l'entrée d'un malade constitue une épreuve pouvant être profondément bouleversant marquée par, d'une part son inquiétude et ses appréhensions par rapport à l'issue de son séjour. Trouverai-je la guérison ? Comment me traitera-t-on ? D'autre part il abandonne son milieu, sa famille ses amis aussi pénètre dans un milieu inconnu tout ceci explique le désarroi moral. En plus de cette situation le patient qui se présente dans une structure peut se trouver dans la même situation que celui décrit par J. P. Olivier de Sardan et Y. Jaffré « *immédiatement, on le remarque par son air dépaysé. Il va vers d'autres patients, généralement ceux qui sont issus apparemment de la même condition sociale que lui (il se base principalement sur les caractéristiques vestimentaires, ou l'appartenance ethnique des autres clients, après les avoir entendus) pour avoir des informations quant à la procédure à suivre* » (2003 :25). C'est source additionnelle de stress en plus de celle déjà existante. D'ailleurs C. Rougerie et P. Coupiat expliquent à ce niveau de l'« *adaptation de la personne à sa situation et à son environnement (...)* cette étape représente la finalité de l'accueil. Celui-ci est achevé, lorsque la personne est adaptée, c'est-à-dire qu'elle réagit positivement au stress, se sent à l'aise dans un réseau de significations et qu'elle est en harmonie avec son environnement » (2017 :4). Donc s'il trouve en venant une organisation à ce niveau alors il verrait sa prise en charge s'effectuer au plus vite avec une perte de temps limité en posant des questions de gauche pour se familiariser avec cet espace qui ne lui ait pas habituel.

Ainsi ces extraits issus des entretiens avec les malades le font ressortir :

« *Selon moi, c'est aider à orienter gentiment une personne sans se fâcher jusqu'à ce qu'elle soit contente de toi* » (Soigné, Néma).

« Pour moi l'accueil c'est d'aider quelqu'un en parlant doucement avec lui et de bien l'orienter à trouver ce dont il est venu chercher. Comme moi ici, je suis bien accueilli par la sage-femme et qui m'a bien expliqué les règles et fonctionnements de la maternité dès mon premier jours surtout les rendez-vous à ne pas manquer » (Soigné, Silence).

« L'accueil c'est aider quelqu'un qui est venu avec sa demande sans rien comprendre de la structure et que tu dois bien orienter sans crier sur lui dessus » (Soigné, Silence).

« C'est le fait de recevoir les gens et bien les orienté sans avoir moins de problème avec eux. Car, ils ne connaissent pas le milieu dans lequel ils viennent pour se faire soigner. Et une bonne parole, ça soigne aussi » (Soigné, Silence).

« L'accueil n'est rien d'autre que d'aider à orienter une personne en fonction de sa demande » (Soigné, Silence)

« L'accueil c'est aider quelqu'un qui est venu avec sa demande sans rien comprendre de la structure et que tu dois bien l'orienter sans crier sur lui dessus » (Soigné, Silence).

Disponibilité et courtoisie :

En arrivant dans un établissement de santé le soigné aimerait devenir la préoccupation majeure des soignants. C'est parce qu'il connaît le plus le vécu de son mal qu'il voudrait être pris prioritairement en charge au détriment des autres. Donc la disponibilité qu'offrent particulièrement les soignants aux patients devient important surtout qu'elle s'inscrit dans le registre du prendre soin. Il s'agit d'une intention volontaire, une réponse, à un moment donné, aux attentes des patients. Toutefois il y'a C. Vandebulcke qui rapporte que ce caractère est propre à l'individu «il est vrai que l'accueil du patient requiert de la disponibilité, de la patience, du temps et que dans l'ordre des priorités, celui-ci n'est pas considéré comme une urgence. L'accueil du patient est un acte qui dépend de chacun, selon son expérience, sa sensibilité (...) » (1999 :6).

Ces les lignes qui suivent nous expose ce qu'en pensent les enquêtés :

« C'est être disponible à recevoir une personne qui est dans le besoin et dont tu dois l'aider à le satisfaire sans qu'il ait une déception de ta part. » (Soigné, Néma).

« C'est rencontré quelqu'un, parler avec lui sans lui gronder pour répondre à ses préoccupations enfin » (Soigné, Néma).

« Selon moi, l'accueil est une phase très importante pour le début de toute chose. Il n'est rien d'autre que la manière dont une personne reçoit son prochain sans lui manquer de respect et lui donne toute sa gratitude » (Soigné, Néma).

« Selon moi c'est une façon de mettre la personne à l'aise de lui faire comprendre qu'elle va

être bien traitée » (Soigné, Néma).

« C'est être généreux envers quelqu'un qui a besoin de toi. C'est aussi, être disponible, souriant, et accessible pour quelqu'un » (Soigné, Silence).

« Selon moi, l'accueil c'est accepté d'être au service de quelqu'un qui n'a pas d'autres choix que vous. Il faut que les personnels de soins soient accessibles pour les malades et aussi les mettre dans les bonnes conditions » (Soigné, Silence).

« L'accueil c'est aidé quelqu'un sans ne se fâcher ni lui gronder jusqu'à ce qu'il soit content ». (Soigné, La Paix).

« C'est accueillir quelqu'un avec de la gentillesse et discuter avec lui dans le calme afin qu'il soit satisfait de sa venue vers toi » (Soigné, La Paix).

« C'est être à la disposition d'une personne qui est dans un besoin sans se fâcher contre lui et être gentille » (Soigné, La Paix).

« C'est être disponible à recevoir une personne qui a besoin de toi sans lui manquer de respect » (Soigné, La Paix).

« Selon moi, l'accueil ce n'est rien d'autre que d'être à la disponibilité de quelqu'un qui cherche chose dont vous êtes le seul à lui aider à lui trouver ». (Soigné, La Paix).

Attention et compréhension

C. Vandembulcke décrit ce qui attend le malade qui arrive dans une structure sanitaire *« Il va devoir découvrir un nouveau milieu, établir une communication avec des inconnus (e se plier aux règles de l'Institution (heure des repas, des visites...), être dépendant, souffrir, demander, s'intégrer... Il sait que cet événement le fait sortir de son cadre de vie habituel, que c'est une étape, une rupture, une histoire qu'il va vivre, plus ou moins partager, et qui va le transformer, être une expérience de vie »* (1999 : 11). Susciter l'expression des difficultés à ce niveau constitue un élément important de la prise en charge. Il revient dans ce cadre de pouvoir apprivoiser les émotions surtout que le soignant est appelé à être aux chevet de quelqu'un étant dans le besoin. Il est alors nécessaire de montrer à cet interlocuteur que son état de santé nous préoccupe sincèrement ce qui participerait à la réduction de son angoisse et de son stress. D'ailleurs à ce niveau il y'a A. Zielinski citant Tronto qui note que *« l'attention est la première étape du processus du care, « le premier aspect moral du soin » : « Si nous ne sommes pas attentifs aux besoins de l'autre, il nous est impossible d'y répondre »* (2010 : 635). Cependant ce phénomène présenterait des variations situationnelles voir même personnelles comme le souligne A. Zielinski *« l'attention pourrait alors être le fruit d'une résolution morale : je peux décider de faire attention aux plus vulnérables. Mais elle peut également être le résultat d'une*

transformation progressive, et s'enraciner dans le sujet comme une tendance acquise » (2010 :636).

Aussi il convient de remarquer ces notes qui en parlent :

« Il faut de la compréhension parce que le patient qui se présente n'est pas dans son assiette donc celui qui doit le soigner doit prendre en compte tout cela. Il faut parler sereinement avec lui et il te dira dans ce cas tout ce que tu dois savoir sur lui. Mais parfois on constate que lorsqu'un malade arrive on lui parle avec des mots blessants. C'est ce que je pense discuter convenablement avec le malade » (Soigné, Silence).

« Selon moi, l'accueil c'est aider quelqu'un à résoudre ses problèmes de santé. Quand tu viens à l'hôpital c'est parce que, tu es malade sinon tu ne vas pas venir là-bas. Pour cela, les médecins doivent bien traiter les usagers lors de leur visite à l'hôpital. Aussi, être ouvert et bien s'occuper d'eux. Mais souvent c'est le contraire les malades souffrent de ça dans les hôpitaux. Il faut nous aider pour ça mon fils. Moi personnellement, je sais que les meilleurs soins se trouvent à l'hôpital régional ou la paix mais, quand tu parles là-bas, c'est autre chose on te fait traîner jusqu'à ce que tu en as marre » (Soigné, Néma).

« Le patient lorsqu'il arrive il doit retenir l'attention des soignants parce qu'en venant j'ai demandé à une femme alors elle m'a montré le guichet mais une fois sur place on me fait savoir qu'ils n'ont pas de monnaie. J'ai été obligé de sortir pour me retrouver par la suite au niveau de la station-service. Malheureusement en revenant d'autres personnes sont entrées devant moi. C'est un peu compliqué. Je suis là depuis 11h 00. Je ne souhaite pas revenir ici » (Soigné, Silence).

« C'est d'être à l'attente et compréhensif d'une personne sans faille en l'aidant à ce qu'elle soit satisfaite » (Soigné, La Paix).

« C'est être attentif et généreux face à quelqu'un qui est dans le besoin et dont tu es la seule personne à pouvoir l'aider » (Soigné, La Paix).

Ecoute :

Le soigné espère avoir en face un interlocuteur qui pourrait apporter des réponses à ses différentes interrogations. Donc il a beaucoup d'informations à partager et en même temps il espère en recevoir par rapport à son état ce qui peut se faire qu'à travers une écoute. Il y'a même J.P. Pierron qui vient souligner ce facteur pouvant améliorer cette interaction *« la réponse médicale n'est pas, quoi qu'il en soit, l'apport d'un renseignement mais l'écoute bienveillante en vue d'un soin. Cette écoute et cette réponse trouvent, dans la délicate valorisation du »*

consentement éclairé », une façon de préserver la dignité du patient. Éclairer le consentement n'est pas concevoir le patient comme un concurrent mais l'associer activement comme sujet à la conduite de son traitement » (2007 :47). Aussi pour qu'on puisse être à ce niveau il faut, qu'un climat permettant au patient d'exposer ses plaintes afin qu'il se sente écouté, se mette en place. C. Vandembulcke le résume d'ailleurs « outre l'importance de sa tenue, de son langage, des locaux, de l'ambiance, de sa disponibilité, le personnel soignant doit être à l'écoute de toute interrogation, pour éviter que le doute, l'incertitude engendrent ou augmentent des sentiments plus forts et difficilement « récupérables » que sont le stress, la peur, l'anxiété, l'angoisse, l'insécurité » (1999 : 12). Dans tous les cas un soigné bien écouté pense certainement être compris.

Nous notons ces lignes suivantes qui essaient de l'expliquer :

« C'est aider quelqu'un qui a besoin de toi et qu'on doit mettre dans des conditions favorables pour qu'il explique enfin son problème. C'est ça pour moi l'accueil » (Soigné, Néma).

« Il faut bien discuter avec le patient et voir comment faire pour lui permettre de recouvrer la santé pour que la prochaine fois même s'il ne s'agit pas de lui qu'il pourrait vous ramener un autre patient. Je peux dire que cette structure fait partie des meilleurs, les soins ne sont pas chers et ils prennent très bien en charge les patients. Aussi il faut dire qu'ils ne sont pas insolents » (Soigné, Néma).

« C'est d'être à l'écoute et au service de quelqu'un sans se fatiguer jusqu'à ce que vous lui donniez de la satisfaction » (Soigné, La Paix).

« L'accueil c'est mettre quelqu'un à l'abri de ses préoccupations à travers la façon de lui parler, de le voir. Quand tu reçois quelqu'un tu dois lui ouvrir toutes les portes surtout à l'hôpital que personne ne souhaite y venir. C'est l'accueil qui nous donne un peu la confiance en vers les personnels soignants » (Soigné, La Paix).

« Selon moi, l'accueil c'est aider quelqu'un à être satisfait en lui accordant le temps de lui écouter, et surtout être ouverte pour le rassurer » (Soigné, La Paix).

6-1-2-2 La relation soignant-soigné

Tableau XXII : description des effectifs selon la relation soignant-soigné (soigné), Néma, Silence et La Paix

Relation soignant-soigné								
Poste de santé Néma	Nb	Pourcentage	Centre de santé Ziguinchor	Nb	Pourcentage	Hôpital de la Paix	Nb	Pourcentage
Une relation d'échange	4	4,4%	Une relation d'échange	13	13,1%	Une relation d'échange	14	18,2%
Une relation d'aide	23	25,6%	Une relation d'aide	31	31,3%	Une relation d'aide	28	36,4%
Une relation de soutien	22	24,4%	Une relation de soutien	10	10,1%	Une relation de soutien	16	20,8%
Une relation d'assistance	41	45,6%	Une relation d'assistance	45	45,5%	Une relation d'assistance	19	24,7%
Autre	0	0,0%	Autre	0	0,0%	Autre	0	0,0%
Total	90	100,0%	Total	99	100,0%	Total	77	100,0%

Source : Alioune Diagne, Mai-Novembre 2022

L'étude de ce tableau nous montre que 45,6% des soignés enquêtés au poste de santé de Néma associe la relation soignant-soigné à une relation d'assistance, 45,5% pour le centre de santé par contre pour 36,6% de ceux de l'hôpital de la Paix il s'agit d'une relation d'aide.

Toutefois avec les autres informations obtenues lors des entretiens nous avons pu ressortir d'autres éléments :

Civilité :

Le regard, le toucher, le ton de la voix, le gestuel, les mots utilisés et les types de réponses apportés constituent autant d'éléments que le soigné s'attend à avoir dans le cadre de son interaction avec les soignants. Ils ont un rôle important pour détendre l'atmosphère et favoriser une bonne collaboration. Nous pouvons dire que ce genre de relation s'inscrit dans la recherche d'un échange convivial, agréable. Par ailleurs M. Formarier le décrit « dans le cadre d'une relation soignant-patient, la relation de civilité comprend des obligations sociales pour le soignant : gentillesse, courtoisie, politesse, netteté, repères identitaires (présentation de l'interlocuteur) » (2007 :37). Également elle constitue une bonne entrée en matière pour la suite des événements.

Il y'a dans ce cas ces passages issus qui le soulignent :

« Un bon consensus et surtout le respect réciproque » (Soigné, Néma).

« La relation entre celui qui soigne et le malade doit toujours être bonne et amicale par ce que, ça permet au malade de se sentir à l'aise pour expliquer sa maladie » (Soigné, Néma).

« La relation entre soignant et soigné doit se présenter dans un cadre amical, de bonté et de générosité car le soigné en a besoin de la part du soignant pour lui faire confiance lors du traitement en lui expliquant mieux son problème » (Soigné, Silence).

« La relation entre personnel de santé et usager doit être toujours bonne. Car, ça permet au patient de dire ces problèmes sans retenu ni complexe. Cette relation doit être une relation de fraternité car, sans le patient on ne parlera pas de médecin, infirmier ni moins de docteur » (Soigné, Silence).

« Un personnel soignant doit être toujours accessible pour les malades. Mais, ce qui passe actuellement dans les hôpitaux avec les médecins est déplorable. Tu leurs demandes, ils te répondent comme si ta demande leurs offense. Il faut qu'ils revoient ça. Une relation entre ne doit être pareil. Ça doit être des échanges amicaux courtois » (Soigné, Silence).

« Dans le calme et la sincérité, de tolérance mais surtout de la compréhension et de l'encouragement de la part des deux protagonistes ». (Soigné, Silence).

« La relation doit se passer dans la bonne humeur, que le malade aussi sache que le soignant est dans son rôle et que tu dois lui respecter » (Soigné, Silence).

« Il faut le respect. C'est ce qui est prioritaire parce que je ne peux venir pour me faire soigner et que je récolte de l'amertume ou bien de la colère. Vous ne connaissez pas ce dont souffre la personne et tu lui fais plus mal pouvant le conduire vers la mort. Il faut que le respect soit entre vous deux » (Soigné, Silence).

« La relation entre patient et soignant doit être bonne. Car, si l'un énervé sur l'autre sera très difficile que le soin soit bien conçu. Parce que, si le personnel soignant se comporte autrement envers le malade ça peut jouer sur la relation de confiance du malade vis à vis du soignant » (Soigné, La Paix).

Echange :

Le « donnant-donnant » semble être aussi au cœur de la relation. En effet le malade à cause du vécu connaît plus l'emplacement de son mal de même que ses caractéristiques. Il est donc dans l'obligation de se donner les moyens d'apporter des explications nécessaires afin de faciliter leurs prises en charge tandis que le soignant s'engage à apporter son savoir comme contribution. A ce niveau nous avons M. Zaffran qui le souligne même « la relation de soin repose sur un double engagement. C'est d'abord un contrat de services : le soignant délivre des soins, le patient le rétribue. Le second engagement est moral. Lorsqu'un patient fait appel à un soignant, lui dévoile ses sentiments, l'autorise à agir sur son corps et le fait entrer dans sa vie et dans son intimité, il l'honore de sa confiance. En retour, le soignant doit remplir les obligations que

lui imposent sa profession et ses valeurs : se plier aux règles déontologiques, éthiques et légales de sa profession et être absolument loyal avec le patient » (2012 :58).

Toutefois il convient de noter que ces différents extraits le notent même :

« La relation doit être bonne parce que le docteur c'est le patient qui doit lui permettre un accès facile comme c'est lui qui doit te traiter. En venant il faut discuter avec lui en exposant ton problème. Il y'a certaines personnes lorsqu'ils viennent en consultation on les comprend pas mais personne ne peut payer un docteur. On doit le respecter car notre étant de santé dépend de lui s'il plaît au bon dieu. Ce genre de personne on ne peut pas le payer » (Soigné, Néma).

« Il doit partir de la négociation du soignant. Lorsque le malade arrive il est dans un autre état. Il faut alors négocier avec lui en tenant un discours rassurant qui le soulage mais pas stressant. Le malade a besoin de ça. Mais s'il se présente à toi et que tu as le visage fermé ou bien lui parlé en haussant le ton. Comme par exemple en posant une question ou bien qu'il tarde à te répondre tu lui lances des questions du genre, pourquoi tu n'ouvres pas bouche et parler. Tu ne peux pas comprendre on te parle n'importe comment. Si le malade vient et tu dois l'accueillir normalement et discuter convenablement avec lui parce que chacun a son problème qui l'amène à toi. Il faut aussi lui conseiller par rapport à son traitement, ce qu'il doit faire et comment il doit s'en prendre avec sa maladie. Il y'a également lieu de l'aider par rapport aux prises des médicaments, ce qu'il y'a de meilleures pour lui. Cela permet de le rassurer » (Soigné, Néma).

« La relation entre soignant et soigné doit être bonne pour que l'un puisse expliquer sa maladie et que l'autre puisse faire son travail correctement. Parce que, si le médecin n'a pas suffisamment d'informations sur la maladie, ça sera difficile pour lui de faire son travail et le malade aussi a besoin de l'aide du médecin pour expliquer sa maladie » (Soigné, Silence).

« Dans de bonne condition de dialogue et partage d'idées pour avoir une bonne suite de traitement » (Soigné, La Paix).

Compassion :

Ressentir ce que ressent notre interlocuteur, être à sa place de cet individu qui fait face à nous, et réagir avec tact et délicatesse devant son stress, son anxiété et sa peur sont des capacités permettant d'avoir un certain avantage sur la prise en charge. C'est certainement pour cette raison que M. Zaffran note que *« Soigner, c'est se mettre au diapason de l'autre »* (2012 :38). Il y'a lieu de rappeler que cela pousse la personne à ne pas être indifférent devant n'importe quelle situation qui se présenterait à elle mais également d'être avenant par rapport aux

interventions qui seraient mises en place. Gros le décrit même « *la compassion désigne une réaction vitale face à la souffrance d'un autre être vivant, qui peut être mon semblable, mais aussi bien tout être sensible comme un animal. Il s'agit d'une réaction tout à fait première et immédiate, qui prend ses racines dans une sensibilité presque charnelle : la souffrance de l'autre provoque en moi une réaction presque physique* » (F. Gros 2007 :18).

D'ailleurs ces lignes suivantes en parlent :

« *La relation doit être fusionnelle. Comme par exemple celui qui vient se soigner lorsqu'il se présente tu lui demandes ce qui lui fait mal tout en continuant de le conseiller sur certains points pour qu'il soit plus prudent. Il faut bien discuter avec lui* » (Soigné, Néma).

« *En tant que soignant je dois être en mesure de discuter avec le patient, le soulager jusqu'à ce qu'il oublie sa maladie. La douleur qu'il éprouve en ce moment si nous parlons ensemble que cela soit diminué à 30%. Après ça va être facile de le soigner. S'il rentre à la maison au moins avant d'arriver à destination il sentira un mieux à cause de la manière dont vous avez eu à l'accueillir. C'est comme quelqu'un qu'on doit opérer (...). J'avais eu à subir une opération à la clinique Casa house mais lorsqu'on m'a perfusé un produit pour que je puisse dormir un gars s'était mis à côté de moi pour me demander le nombre de femmes que j'avais. Je lui avais alors répondu qu'il essayait seulement de m'amadouer et que cela n'allait pas marcher sur moi car il s'attendait à ce que je m'endorme. Cependant je ne me suis même pas rendu à quel moment cela a fini par arriver. C'est seulement une fois qu'on m'avait amené au niveau de la salle d'hospitalisation que je suis revenu à moi-même que j'ai fini par ouvrir les yeux. Au moins cette personne en essayant de discuter avec moi pour me redonner le sourire m'a permis d'oublier un peu l'opération. Ce genre de comportement me droit au cœur* » (Soigné, Néma).

« *(..) Le soignant dans le cadre de son travail doit développer de la compassion. L'épreuve de la maladie est très difficile donc celui qui soigne doit développer une différence vis-à-vis du malade. Si le patient trouve de la satisfaction auprès de vous alors il ne va pas fréquenter une autre structure que la tienne* » (Soigné, Néma).

6-1-3 Selon les acteurs institutionnels et responsables de structure

6-1-3-1 L'accueil

Associé au traitement :

La prise en charge débute dès la réception du soigné dans la structure sanitaire. L'ensemble des décisions et actes qui seraient alors entamé à partir de ce moment pourrait influencer directement ou indirectement l'état de santé de la personne malade. Même C. Vandebulcke l'explique « *l'accueil est un soin à part entière qui a toute son importance et doit conserver sa place et son contenu, et ceci, malgré la charge de travail, l'action que l'on doit interrompre ou*

que l'on a prévue. Le temps d'attente du patient, le temps consacré à l'accueil, ne doit pas être source de mécontentement, mais de participation à l'activité du service qui reçoit le patient, parce qu'il a été informé de la situation » (1999 : 12). Certainement il pourrait dans ce cadre avoir un impact dans le devenir psychologique de même somatique du soigné.

Le CDS de Néma et le CDS de silence abordent dans ce sens :

« Selon moi l'accueil représente 50% de ce qu'on peut apporter au malade puis que quelqu'un qui arrive si elle est mal accueillie, très mal accueilli je pense qu'on l'enfoncé et son mal va s'approfondir, s'empirer d'avantage. Cependant si la personne est très bien accueillie et qu'il est orienté vers celui qui doit le prendre en charge et qu'il est très bien pris en charge en partie je pense que nous avons réglé un grand problème. Du coup le malade à la sortie du poste de santé va se sentir soulager, sentir son mal à moitié et avec les médicaments issus de la prescription qu'on lui aurait fait alors le patient pourrait guérir ».

« L'accueil c'est lorsque le malade vient (...) tu sais tout se trouve dans la tête. Quand le malade arrive la manière dont on le reçoit peut l'influencer sur son état. S'il constate que la façon dont on l'a reçu ne l'a pas plu, qu'il est resté longtemps sans qu'on s'occupe de lui, qu'il ne sait même pas le service auquel il doit se rendre tout ça peut contribuer à aggraver l'état du malade. Mais par contre lorsqu'il vient (...) pour le cas de l'hôpital silence en entrant il y'a des ASP qui sont au niveau de la porte d'entrée qui vont lui demander ou est-ce que vous aimeriez aller que cela soit la maternité, la pédiatrie, le PTA, Tri, cabinet dentaire etc. Ils les indiquent là où ils doivent aller. Ce qui fait déjà que le patient sait qu'on s'occupe bien de lui. Par contre en entrant dans la structure on se met à demander de gauche à droite le service auquel on doit aller cela constitue une chose qui peut aggraver son cas. Nous avons pensé à ça raison pour laquelle nous avons laissé des ASP au niveau de la porte d'entrée pour orienter les patients ».

Élément subjectif :

Il convient de noter que la satisfaction des soignés constitue un concept multidimensionnel qui est généralement conditionné par les attentes vis-à-vis des soins à recevoir. A ce niveau M. Zaffran souligne qu'« aider un parfait étranger est très aléatoire : on sait parfois ce qu'on risque, et rien ne dit que l'étranger nous rendra la pareille ou, pire, ne profitera pas indûment et n'abusera pas de notre aide » (2012:42). Devant ce genre de situation, l'état de santé du soigné va être évalué d'une part par le professionnel et d'autre part par le bénéficiaire, ce qui peut amener des écarts. De ce fait les perceptions auraient des variations d'un individu à un autre. Il devient alors difficile de l'appréhender surtout que le vécu personnel prend généralement une place importante.

D'ailleurs c'est le directeur de l'hôpital de la Paix qui le souligne :

« L'accueil c'est difficile de se juger soi-même. Je crois que la personne accueillie est plus habilitée à donner son impression par rapport à ce point. En ce qui nous concerne nous avons pensé mettre un agent préposé pour le gérer et en redynamisant le service orientation-accueil pour qu'il soit fonctionnel et que les agents reçoivent une formation allant dans ce sens. Toutefois il y'a lieu de rappeler que l'accueil est l'affaire de tout le monde raison pour laquelle nous comptons avec l'aide de partenaires déroulé un grand programme de formation pour toucher l'ensemble du personnel ».

6-1-3-2 La relation soignant-soigné

Bienveillance :

Le soigné s'attend à ce que le soignant soit indulgent, gentil, l'aimable, avenant, tolérant, soucieux envers lui et de manière désintéressée. En effet le vécu de la maladie avec son corollaire qu'est l'anxiété favorise certains comportements qui parfois s'avèrent incompréhensibles dans l'ordre normal des choses. Cependant il requiert des prédispositions individuelles. En effet il s'agit d'une attitude positive qui rassure et renforce la collaboration en instaurant un climat de confiance. Donc il devient nécessaire de l'entretenir voir même de l'améliorer au fil du temps surtout avec les expériences interactionnelles issues des différentes rencontres.

Il y a ce passage du CDS de Néma qui le note :

« Ça doit être une relation cordiale. Lorsqu'un soignant reçoit un soigné ou une soignée la relation doit être pas une relation amicale mais une relation cordiale parce que l'infirmier ou l'agent de santé communautaire doit être de très bon humeur et du coup même si vous ne passerez pas tout votre temps à sourire mais je pense qu'essayer de créer en tout cas une conversation au point de rassurer le malade ou la malade. Déjà cela peut aider en grande partie parce que soigner quelqu'un c'est le rassurer parce que si la personne n'est pas rassurée vous avez beau à faire mais psychologiquement elle peut traîner la maladie. Mais dès lors que vous rassurez l'individu (...) vous l'interroger pour pouvoir diagnostiquer à fond sa maladie. Ainsi le malade pourra se libérer et vous expliquer tout ce qui est en rapport avec sa maladie. C'est pour cela que je dis que cette relation doit être cordiale mais pas d'amicale puis que (rires) vous ne pouvez pas être des amis mais au moins tu peux même parfois chahuter avec un malade ou une malade plaisanter avec lui. Tout cela concoure à le rassurer ou la rassurer du moins ».

Confiance :

Avoir foi en quelqu'un plus particulièrement au soignant est un aspect important dans la relation de soins dans la mesure où il faciliterait une bonne observance des directives. Cela suppose l'acceptation de la démarche clinique pour permettre à ce même soignant de travailler. Toutefois il y'a lieu de noter que l'instauration de ce climat ne se décrète pas et dépend des dispositions de celui qui s'apprête à aider celui qui est venu solliciter son aide. Néanmoins parfois la situation pourrait imposer à ce qu'il soit spontané. Dans tous les cas cela doit se dérouler dans les deux sens pour ne pas biaiser la relation et avoir un impact sur les objectifs de départ de la part. Cette situation provient d'un sentiment de sécurité qui convainc le soigné qu'il peut s'en remettre au soignant pour la satisfaction de ses besoins. Ainsi son avantage est remarqué par C. Vandembulcke « *la confiance permet d'établir une communication sincère, d'être en accord avec la personne que l'on a en face de soi. Elle est la démonstration de l'acceptation du soin, de la reconnaissance, de la compétence professionnelle. Il me semble que chaque soignant cherche à établir ce lien particulier avec chaque patient, ce qui permet de travailler en collaboration dans un climat de sérénité et de respect* » (1999 : 13).

Il y'a ces deux enquêtés, CDS de Silence et le Directeur de l'hôpital de la Paix qui en parlent : « *Vous savez tout doit se baser sur la confiance comme les techniciens aiment le dire. J'ai vu quelque part qu'un patient qui vient voir un agent de santé d'habitude les injections qu'on lui fasse le médecin en préparant le médicament a fait semblant et n'y a rien mis mais comme le patient a confiance en lui et que le médecin avait seulement mis de l'eau et il lui a fait l'injection mais dans la tête du patient on lui fait le traitement qu'il devait prendre. C'est parce qu'il a confiance au médecin. Donc la base de la relation entre le médecin et le soignant c'est la confiance si tu lui fais confiance déjà beaucoup de chose vont diminuer chez le malade* ».

« *La relation doit être basée sur la confiance. Le soignant doit faire beaucoup d'efforts. Il y'a ce qu'on appelle la préparation psychologique comme apprise lors de la formation parce que le malade tout ce qu'on est appelé à faire pour lui nous devons le préparer pour qu'il soit à l'aise. Aussi nous devons prendre en compte ses préoccupations. Je pense qu'il doit y avoir de l'empathie parce que l'agent de santé doit se mettre à la place de la personne malade. Dans tous les cas c'est au soignant d'aller vers le soigné pour gagner sa confiance qui est très importante dans le cadre de leur relation* ».

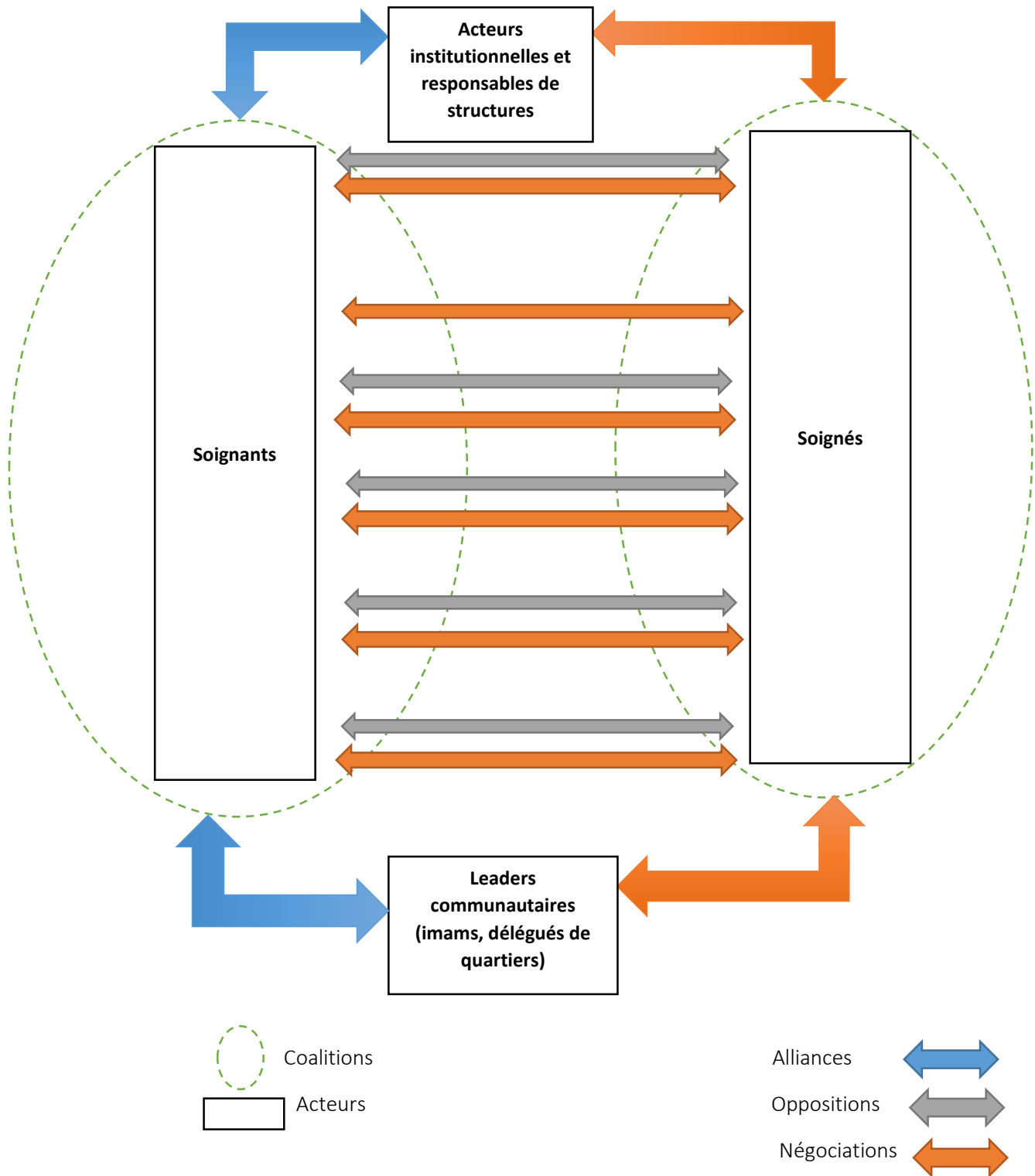
6-2 Analyse stratégique des acteurs

Tableau XXIII : analyse stratégique des acteurs

SAC Acteurs	Caractéristique	Enjeu	Atout	Handicap	Stratégie
Acteurs institutionnels et responsables de structure	Gestionnaire de structure dont le pouvoir découle d'un cadre législatif bien codifié.	Veiller à la mission de service public.	Possibilité d'influencer sur l'organisation et le fonctionnement de la structure	Connaître la perception des soignés par rapport à l'accueil et la relation soignant-soigné la structure.	Tenir des réunions périodiques pour évaluation et recherche de solution face aux problèmes.
Leaders communautaires (imams, délégués de quartiers etc.)	Régulateur social au niveau local reconnu de tous.	Renforcement de la crédibilité et la notoriété auprès de la population.	Proche de la population, peut servir d'intermédiaire crédible en ce qui concerne les pleines de questions notamment la santé.	Hétérogénéité des problèmes soumis en plus des activités connexes.	Séances de rencontres avec les acteurs institutionnels et responsables de structures pour des échanges sur les problèmes et capacité de mobilisation de la population.
Soignants	Intervenants dans le processus de soins que ça soit direct ou bien indirect et en plus reconnu comme tel.	Réponse aux attentes des soignés suite à la mobilisation des connaissances et compétences.	Capacité de mobilisation des connaissances et compétences en vue de répondre aux besoins spécifiques des soignés	Connaître la perception des soignés par rapport à l'accueil et la relation soignant-soigné de la structure.	Travailler en équipe mais aussi collaboration entre service et/ou structure.
Soignés	Individu qui a cause de l'altération de son état de santé se trouve obligé de livrer à un autre son corps en vue d'une issue heureuse.	Satisfaction des besoins personnels en matière de santé.	Liberté de choix de service et/ou de structure en fonction de la réputation ainsi que de la réponse donnée aux attentes.	Appréhender l'accueil de la structure de même que les interactions avec les soignants.	Plaintes auprès des responsables de structures et/ou services ainsi qu'aux représentants communautaires.

Source : Alioune Diagne, Mai-Novembre 2022

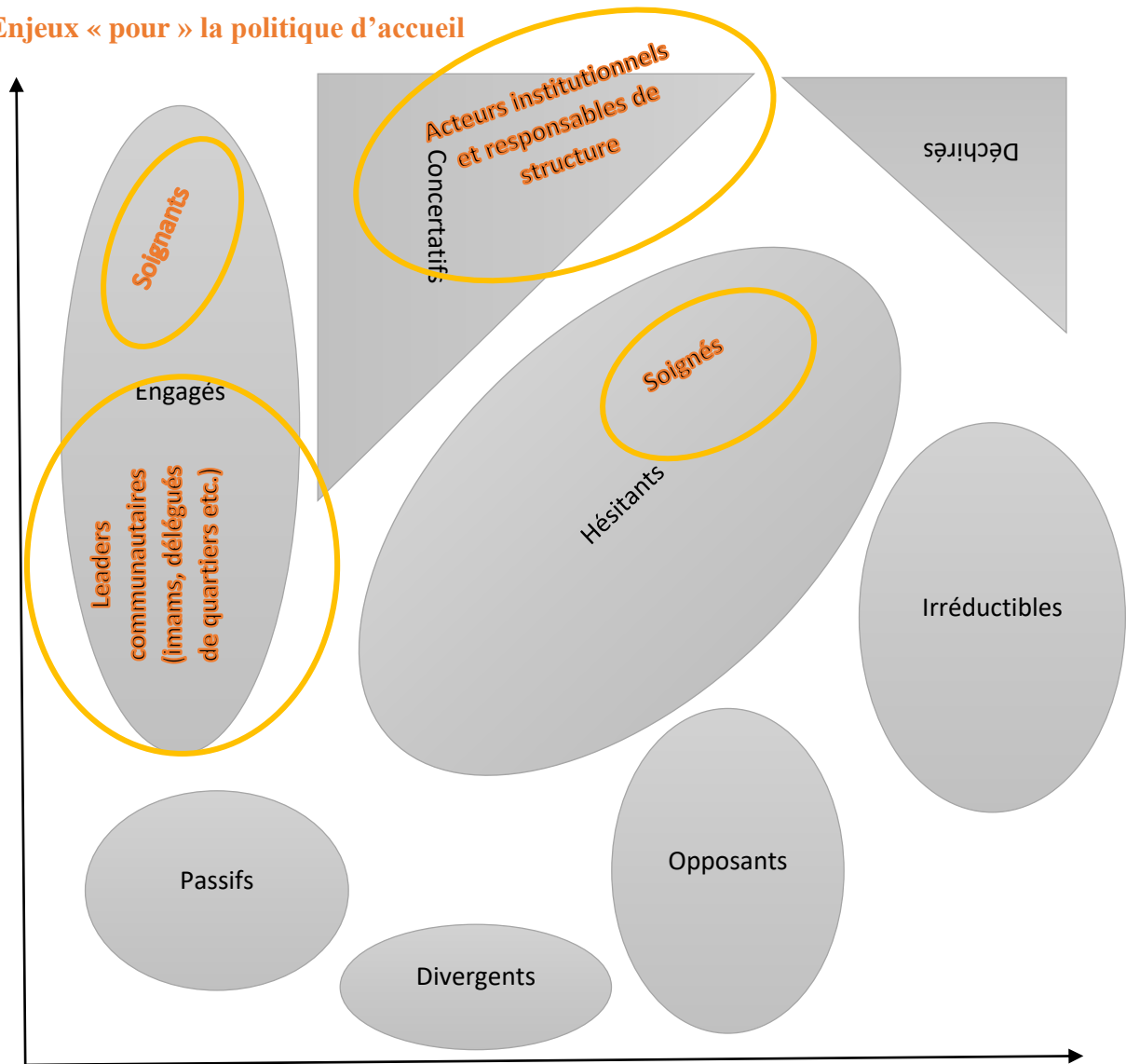
Figure 6 : systèmes d'action concrète



Source : extrait « Méthode pour une sociologie de l'entreprise » - Renaud Sainsaulieu et Françoise Pioter, Presse de Sciences Po.

Figure 7 : diagramme de synthèse

Enjeux « pour » la politique d'accueil



Enjeux « contre » la politique d'accueil

Source : extrait « Méthode pour une sociologie de l'entreprise » - Renaud Sainsaulieu et Françoise Pieter, Presse de Sciences Po.

Il convient de rappeler que le poste de santé de même que le centre de santé et l'hôpital sont des établissements de service publics avec des missions diverses. En même temps il existe une différence dans l'approche car plus on avance dans la pyramide il y'a de moins en moins l'association de la population dans la résolution des problèmes. Cette participation est plus notée qu'au niveau du poste de santé et du centre de santé avec le comité de santé et les relais communautaires. L'hôpital quant à elle est une entité à part entière doté d'une autonomie administrative et financière. Elle est aussi le lieu des soins spécialisés.

Les populations utilisent ces différentes structures pour diverses raisons. L'accueil est le premier phénomène qui se passe dès le contact avec le milieu de soins. Aussi les acteurs institutionnels et responsables de structures de même que les soignés sont tous conscients de son importance dans le processus de soins. Il occupe une place prépondérante surtout avec le débat qu'il suscite de plus en plus dans l'espace publique. Toutefois lorsque nous avons cherché à comprendre les politiques de gestions mises en place au niveau de ces différentes structures, nous avons constatons la place qu'il y occupe est minime. Nous pouvons même dire qu'il est quasiment absent.

Ainsi le CDS de Néma nous parle du relèvement salarial du personnel communautaire, de dépenses en fonction des moyens du poste et des tensions financières liées à la couverture maladie universelle (CMU) avec les récurrents retards de remboursements. La gestion financière et personnelle semble être sa préoccupation majeure.

Pour ce qui est de son collègue du centre de santé il nous a listé les différents chantiers que son équipe a eu à faire avec l'aide de la fondation SONATEL et du conseil départemental de Ziguinchor notamment l'acquisition d'une chaise dentaire et la construction d'un bloc opératoire, d'un centre de conseil adolescent et d'une unité de chimiothérapie.

Quant au directeur de l'hôpital de la Paix il nous a exposé son projet de réalisation d'un service qu'il nomme hôpital du jour, qui sera un peu isolé ou il y'aura un ensemble de batterie nécessaire à la prise en charge du soigné. Aussi il a insisté sur la présence d'universitaires avec surtout une dizaine d'agrégué. Seulement il a noté qu'il compte encore réorganiser le service accueil-orientation. Toutefois il n'a pas donné les échéances de même que les modalités de financement.

Pourtant il y'a lieu de rappeler qu'ils ont respectivement des expériences professionnelles de 11, 12 et 6 ans. Nous ne dirions pas qu'ils n'ont pas été confrontés à des problèmes interactionnels. Normalement une politique d'accueil devrait être mise en place surtout que

c'est un phénomène qui est d'actualité et que le CDS de Néma et du centre de santé ont eu à relever ces genres de problème au niveau de la maternité pour les deux et la pédiatrie pour silence seulement. Une remarque du gynécologue de silence met en avant un problème qui serait plus organisationnel que technique. Donc il reviendrait à dire qu'il y'a quelque chose à faire à ce niveau si la volonté de faire bouger les choses dans ce cadre existe réellement.

C'est pour cette raison que nous les avons mis dans le groupe des concertatifs comme certains rôles qu'ils devraient jouer sont phagocytés par la gestion financière et technique. Ils sont plus préoccupés par ces deux points qu'autre chose. Le déficit du renforcement de la formation du personnel sur l'accueil de même qu'une réorganisation du service orientation avec une bonne redistribution des tâches constituent des problèmes qui doivent être pris en compte parce qu'ils sont également très importants dans le cadre du processus de soins.

Aussi pour les soignants comme c'est leurs structures dans lesquelles ils travaillent et qui se trouvent être parfois indexé, qu'ils sont dans la plupart des cas jetés en pâture devant l'opinion publique alors ils vont se joindre pour essayer de changer cette situation par une remise en cause individuelle voir même collective. Ce qui pourrait être le point de départ d'un engagement commun dans le cadre de bien faire. Cependant un besoin d'accompagnement est ressorti à leur niveau, à savoir le besoin d'un renforcement de la formation académique pour ceux qui ont eu à le faire ou pas et surtout pour les jeunes prestataires. En plus de ça il est ressorti la nécessité d'un suivi psychologique périodique des soignants en vue d'une prise en charge préventive du problème.

Parallèlement nous avons les leaders communautaires (imams, délégués de quartiers etc.) qui pourraient être logés également dans la catégorie des engagés parce que non seulement ils pourraient être directement concernés car étant aussi des usagers à part entiers mais aussi servir d'interface entre la population et les acteurs institutionnels et responsables de structure d'une part et les soignants d'autre part. Certainement c'est pour cette raison qu'ils sont souvent évoqués pour faire partie intégrante d'une équipe externe dans le cadre de la mise en œuvre d'un éventuel processus d'évaluation de la satisfaction des soignés. Nous imaginons que les gens font allusion à eux parce qu'ils jugent qu'ils seraient impartiaux voir même intransigeant dans le traitement des problèmes qu'on serait amené à leur présenter.

Néanmoins, en ce qui concerne les soignés vers lesquels les retombés du projet seraient destinés, ils se retrouvent au niveau des hésitants dans la mesure où ils ne sont pas encore sur si les interventions choisi allaient être ponctuelle ou définitive. D'ailleurs certains parmi les soignés lors du déroulement des questionnaires ont avancé être indécis pour ce qui est de la

pertinence en se demandant si cela va changer quelque chose ou bien s'il y'aurait une continuité. C'est la raison pour laquelle qu'ils demeurent perplexes bien vrai qu'ils ne doutent pas de l'importance d'une telle chose qui pourrait améliorer la prise en charge.

CONCLUSION

Au final ce mémoire a essayé d'aborder les effets de l'accueil sur la relation soignant-soigné dans la commune de Ziguinchor. Notre hypothèse est que l'accueil facteur déterminant de la relation entre l'agent de santé et la personne malade par le dispositif d'accueil de même que la manière d'accueillir des prestataires de soins de même que les expériences et perceptions présentent des variations en fonction du niveau dans lequel on se trouve.

Il convient de noter par la suite que pour vérifier ces hypothèses, nous avons alors choisi comme cadre d'étude le poste de santé de Néma, le centre de santé de Ziguinchor et l'hôpital de la Paix. Ces différents établissements publics sont mis à la disposition de la population pour prendre les problèmes de santé en fonction des besoins. Ainsi l'exploration empirique s'est faite par le moyen d'entretiens de questionnaire et d'observation dans chacune de ces structures.

L'analyse des données du terrain montre que toutes nos trois hypothèses sont confirmées. En effet l'étude a montré que le dispositif d'accueil présent au niveau de ces différentes structures est non formalisé et délaissé à des individus qui n'ont pas été formé pour cela a une influence sur la relation soignant-soigné. Ils effectuent donc un double travail. Également il y'a lieu de noter que cela n'est pas aidé par un faible engagement des acteurs institutionnelles et responsable de structure dans la mise en œuvre d'un système d'évaluation de la satisfaction des soignés même si la prise de conscience allant dans ce sens est présente chez eux. En même temps aussi les soignants ont exprimé un besoin de renforcement de leur formation en matière d'accueil surtout à l'endroit de ceux qui viennent d'entamer leur carrière professionnelle, certainement à cause d'un manque d'expérience évoqué.

Toutefois la diversité des offres de services de même, que les acteurs qui interviennent dans ces établissements font que la manière d'accueillir présente des différences. En effet le poste de santé est plus proche de la population car intervenant au niveau communautaire tandis que le centre de santé et l'hôpital étant des structures de références dans certaines situations alors la prise en charge va forcément se présenter sous des formes un peu plus différentes. Aussi il faut noter que la quantité de travail effectué de même que les conditions dans lesquels on le fait constituent aussi des facteurs non négligeables. Prestataires comme utilisateurs des services de soins ont eu à ressortir chacun les attentes qu'ils ont par rapport à l'accueil et la relation soignant-soigné. C'est dans ce cadre qu'ils ont tous jugé nécessaire soignant comme soigné de la mise en place d'un mécanisme d'évaluation de la satisfaction pour que les choses s'améliorent dans le bon sens.

En même temps il y'a aussi à noter que les expériences et perceptions connaissent les mêmes péripéties évolutives en fonction du niveau dans lequel se trouve la personne venue solliciter des soins. Il devient difficile pour le soigné que pour le soignant d'appréhender l'accueil même si ce dernier a eu à bénéficier d'une formation sur ça. En effet certains paramètres d'ordre culturel ou bien social entre en jeu et que la recherche de la satisfaction des besoins de soins relègue parfois au second plan. Dans tous les cas le soignant est préoccupé par son envie de corriger les altérations organiques et psychiques tandis que le soigné dominé par l'angoisse et l'anxiété aimerait que les choses se déroulent au plus vite possible pour que l'espoir ne revienne de même que la quiétude. Il faut dire que les deux objectifs convergent dans ce sens. Seulement les avis peuvent diverger dans le déroulement des faits et être à l'origine de tensions.

L'étude nous a également permis de déceler que les soignés aimeraient que l'Etat joue son rôle régalien dans le contrôle du fonctionnement des structures sanitaires. Beaucoup pensent qu'il y'a un certain laissez-allé et les sanctions ne suivent pas par rapport à certaines situations. Dans certains cas même ils proposent à ce que des organisations autonomes comprenant plusieurs couches de la population soient représentées pour qu'il n'y ait pas de partialité. Donc cet exercice montre aux acteurs institutionnels et responsables de structures de la nécessité d'une organisation de l'accueil et surtout du renforcement de la formation des agents. Il convient de rappeler que la satisfaction des soignés commence à ce niveau comme il constitue le premier contact avec le système et il peut avoir un impact psychologique sur l'issue de la prise en charge

Pour finir, dans une perspective d'études plus exhaustives, il serait important de voir si la santé mentale des professionnels de santé dans la commune de Ziguinchor aurait un impact sur leurs comportements dans leurs lieux de travail et qui est tout le temps décrié de gauche à droite par la population quotidien. Il deviendrait intéressant dans la mesure elle permettrait de comprendre certaines choses et faciliter ultérieurement la prise de décision.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abric, J.-C. (1988). *Coopération, Compétition et représentations sociales*, Cousset. (Fribourg), Del Val.
- AFR/RC49, 1999
- AFR/RC67/11
- ANSD (2019), *Situation économique et social du Sénégal (SES)*, (2016). Dakar: ANSD
- ANSD (2020), *Situation économique et sociale du Sénégal (2017-2018)*. Dakar: ANSD
- Billon-Descarpentries, J. (2000). *Essai de théorisation des modèles explicatifs de l'éducation appliquée à la santé*. Spirale - Revue de recherches en éducation, 25(1), 17-30.
- Brugere, F. (2010) *Quelle société voulons-nous ? Le soin et le care*. La Vie des Idées Cahiers de l'ILSL, N°16, (2004)
- Camara E. M. S., (2010) *la charte du malade : interprétations croisées dans un service hospitalier au Sénégal*, Revue de sociologie, d'anthropologie et de psychologie.
- Castel P. (2005), *Le médecin, son patient et ses pairs : Une nouvelle approche de la relation thérapeutique*. Revue Française de Sociologie, vol 46 pp 443-467
- Charte des valeurs SIDIEF*, (2010)
- Charte du malade*, Sénégal, (2001)
- Chauvin S. (2010), *L'observation directe* Pp. 143-165 in Serge Paugam (ed.), *L'enquête sociologique*.
- Chillio, L. (1995). *Politiques et pratiques de la santé publique en Afrique. La fin des modèles ?*, *Santé Publique*, 1994, 6e année, n° 4. Bulletin de l'APAD,
- Code de déontologie médical*, Sénégal (1966)
- Constitution sénégalaise (2016)*
- Constitution de l'OMS, (1946)
- Comité d'experts de l'administration de la santé publique : Premier rapport [d'une réunion tenue à Genève du 3 au 7 décembre 1951]*. Organisation mondiale de la Santé.
- Cudicio C. (2000) *Règles D'Or De L'Accueil*, Éditions d'Organisation

- Crozier M. et Friedberg E. (1977) *L'Acteur et le système*, Éditions du Seuil
- Dabo E. (2015), *L'accueil définition enjeux et stratégie*, WordPress
- Déclaration d'Alma-Ata.*, (1978)
- Delassus, E. (2012). *L'éthique du care*. HAL open science
- Desclaux, A., & Sow, K. (2015). « *Humaniser* » les soins dans l'épidémie d'Ebola ? Les tensions dans la gestion du care et de la biosécurité dans le suivi des sujets contacts au Sénégal. *Anthropologie et Santé*
- Durkheim, E. (1898). *Représentations Individuelles Et Représentations Collectives*. *Revue de Métaphysique et de Morale*, 6(n/a), 273-302.
- Enquête rapide sur les effets de la COVID-19 au Sénégal : Une perspective genre* (2020), Sénégal
- Riley E. J. (2016), *Teranga and the art of hospitality: engendering the nation, politics, and religion in Dakar, Senegal*
- Évaluation du Système de Santé du Sénégal*, (2009) USAID et MSAS.
- Fall A. S., (2002) *Gestion et organisation des centres de santé en Afrique de l'ouest*, Novembre 2002 Cahier du GERIS: Série Recherche, no. 21
- Fassin, D., & Jaffré, Y. (1990). *Sociétés, développement et santé*. ELLIPSES/AUPELF
- Fillol, A. Gautier. L & Ridde. V. (2021). L'avènement de la couverture sanitaire universelle dans la gouvernance globale. *Revue internationale des études du développement*, 247(3), 139-145
- Fischer G N. (1999), *Le concept de relation en psychologie sociale*, *Recherche en soins infirmiers* N° 56 - Mars 1999 (p. 4-11)
- Foirry, J.-P. (2017). *L'Initiative de Bamako : Quels bénéfices pour les populations africaines ?* In J.-D. Rainhorn & M.-J. Burnier (Éds.), *La santé au risque du marché : Incertitudes à l'aube du XXIe siècle* (p. 53-69). Graduate Institute Publications.
- Forum Civil, S. S. de T. I., Fall, A. S., & Gueye, B. (2005). *Gouvernance et corruption dans le*

système de santé au Sénégal : Rapport final.

- Forest G., (2005) *Pourquoi les politiques de santé sont-elles si difficiles à mettre en œuvre? Quel doit être le rôle du pouvoir politique ? Comment obtenir l'adhésion des acteurs aux propositions de réforme ?* adsp n° 50 mars 2005
- Formarier, M. (2003). Approche du concept d'accueil, entre banalité et complexité. *RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS*, 75, 15-20.
- Formarier, M. (2007). *La relation de soin, concepts et finalités: Recherche en soins infirmiers*, N° 89(2), 33-42.
- Francou, L. (2015). Daniel CEFAÏ et Laurent PERREAU (dir.), Erving Goffman et l'ordre de l'interaction. *Revue européenne des sciences sociales. European Journal of Social Sciences*, 53-2, Art. 53-2.
- Gélinas, É., & Malla Samb, O. (2022). *L'impact d'une intervention d'humanisation des accouchements sur l'expérience de soins des femmes au Sénégal: Santé Publique*, Vol.3
- Gobbers D., *L'équité dans l'accès aux soins en Afrique de l'Ouest*, adsp n° 38 mars 2002P.
- Gros, F. (2007). *Le soin au cœur de l'éthique et l'éthique du soin: Recherche en soins infirmiers*, N° 89(2), 15-20.
- Guimelli, C. (1999). *Les représentations sociales* (Vol. 1-3453, p. 63-78). Presses Universitaires de France.
- Hermel L. (2010), *L'accueil client*. Afnor Éditions
- Hesbeen, W. (2015). *Pour une éthique du quotidien des soins: Cancer(s) et psy(s)*, n° 1(1), 173-177.
- Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J.-P. (1999). *La construction sociale des maladies : Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Presses universitaires de France.
- Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J.-P. (2003). *Une médecine inhospitalière : Les difficiles*

- relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. APAD
Éd. Karthala.
- Jacquemot P. (2020), *Les systèmes de santé en Afrique mis à l'épreuve*. POLICY CENTER
FOR THE NEW SOUTH
- Jusseume, A., Marquis, P., & Rossigneux-Meheust, M. (2015). *Le soin comme relation
sociale : Bilan historiographique et nouvelles perspectives*. Histoire, médecine et santé,
7, Art. 7.
- Klein, A. (2008). *La santé comme norme de soin*. Philosophia Scientiæ. Travaux d'histoire et
de philosophie des sciences, 12-29,
La santé communautaire, au cœur des actions de L'Initiative 5%
- Lebel J. (2003), *La Santé : Une Approche Éco systémique*. Centre de recherche et de
développement international
- Le Quéau. P et Olm. P, (1999) *La construction sociale de la perception de la santé*, Cahier de
recherche N°128
- Lézé, S. (2003). Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin, eds, Critique de la santé publique. Une
approche anthropologique. *L'Homme. Revue française d'anthropologie*, 165, Art. 165.
- Mercadier. C (2018), *Le soignant et son rapport au corps malade*. La Revue de Référence
Infirmière SOINS
MSAS, Stratégie Nationale de Financement de la Santé ; 2017
- Niang, C. I. (2008). *Santé, société et politique en Afrique*. Conseil pour le développement de la
recherche en sciences sociales en Afrique. (CODESRIA)
- Noël-Hureaux, E. (2006). « La compétence interactionnelle. » (Dans l'activité de soin):
Recherche en soins infirmiers, N° 87(4), 66-74.
- OMS , santé publique (1952)*
- Ouédraogo. D (2008), *La maladie et la manière d'être en Afrique noire*. Espace Éthique Région

Île-de-France

Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Afrique. (2012). *Systèmes de santé en Afrique : Perceptions et perspectives communautaires : rapport d'une étude multipays.*

OMS. Bureau régional de l'Afrique.

Plan De Développement Communal (PDC) de Ziguinchor, (2018).

Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), (2019-2028)

Programme de Développement de la Carte Sanitaire (PDCS), (2019-2023).

PROMOTION DE LA SANTE - *Charte d'OTTAWA.* (1986).

Plan Stratégique National de Santé Communautaire (PSNSC), (2014-2018).

Pierron, J.-P. (2007). *Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins.* Sciences Sociales et Santé, 25(2), 43-66.

Rapport Audit du Genre MSAS, version (2015)

Rapport sur la santé dans le monde (2000) : Pour un système de santé plus performant.
Organisation mondiale de la Santé.

Réforme hospitalière, Sénégal (1998)

Rougerie. C et Coupiat P. (2017), *L'accueil à l'interface du social et de la santé : Un analyseur des implications professionnelles,* Communication lors du congrès de l'ATHS,

Sabourin, P. (2008). L'analyse de contenu. *Recherche Sociale. De La problématique à La collecte De données,* 415-444.

Sarradon-Eck. A, (2010) *La rencontre médecin-patient est aussi le lieu d'une médiation du lien social,* HAL open science

Sardan J. P. O de Sardan et Ridde V. (2019), Les spécificités des politiques publiques et des systèmes de santé en Afrique sahélienne.

Simar, C., & Jourdan, D. (2012). *L'éducation à la santé, entre discipline scolaire et approche transversale : Analyse de la tâche représentée des enseignants dans les systèmes*

- éducatifs français et irlandais. Spirale - Revue de recherches en éducation*, 50(1), 125-137.
- Syed, S., Syed, S., & Bhardwaj, K. (2020). *The role of the bio-psycho-social model in public health*. *The Journal of Medical Research*, 6, 252-254.
- Traub-Merz R. et Öhm M., (2021) *ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ, Une demande clé de La main-d'œuvre informelle en Afrique : résultats d'enquêtes nationales représentatives en Afrique subsaharienne, FRIEDRICH EBERT STIFTUNG*
- Tizio, S., & Flori, Y.-A. (1997). *L'initiative de Bamako : Santé pour tous ou maladie pour chacun ?* *Revue Tiers Monde*, 38(152), 837-858.
- Vandenbulcke, C. (1999). *L'accueil : L'hospitalité à l'hôpital - concept et évaluation*. *Recherche en soins infirmiers*, 57(2), 4-37.
- Vigneras B., (2014) *Puissance et faiblesse des soignants : mythe ou réalité*, Mars 2014, Résumé mémoire D.U d'éthique médicale et de la pratique de soins, année 2010-2011
- Yangni-Angaté, A. (2004). *La revalorisation de la médecine traditionnelle africaine en Côte d'Ivoire*. CEDA.
- Zaffran, M. (2014). *Le patient et le médecin*. Presses de l'Université de Montréal.
- Zilienski A. (2010), *L'éthique du care, une nouvelle façon de prendre soin*, *Revue Études*.

Table des matières

DEDICACES	i
REMERCIEMENTS	ii
SIGLES ET ACRONYMES	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES GRAPHIQUES	vi
LISTE DES FIGURES.....	vii
SOMMAIRE	viii
RESUME.....	x
INTRODUCTION.....	1
PARTIE 1 : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE.....	4
CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL.....	4
1.1 Revue critique de la littérature	4
1.1.1 Du concept de santé au processus de soins	4
1.1.2 Système et politiques de santé.....	9
1.1.3 L'accueil dans la relation de soin.....	13
1.2 Problématique.....	18
1.3 Objectif général	28
1.4 Objectifs spécifiques	28
1.5 Hypothèse principale.....	28
1.6 Hypothèses secondaires.....	28
1.7 Justification du sujet.....	28
1.8 Cadre conceptuel.....	29
1.8.1 Le Soignant	29
1.8.2 Le Soigné.....	30
1.8.3 L'accueil.....	30
1.8.4 Le dispositif d'accueil	32
1.8.5 La relation soignant-soigné	33
1.9 Modèle d'analyse	36
CHAPITRE 2 : CADRE METHODOLOGIQUE.....	39
2.1 Cadre général de l'étude.....	39
2.1.1 Cadre institutionnel	39
2.1.2 Cadre physique d'étude : présentation de la commune de Ziguinchor	40
2.1.3 Démarcation et situation géographique du cadre spécifique de l'étude.....	42
2-2 Démarche	43

2.2.1 Echantillonnage	43
2.2.2 Type de recherche	45
2.3 Technique de recherche.....	45
2.3.1 Ciblage	45
2.3.2 Méthodes et techniques de recherche	46
2.3.2.1. La recherche documentaire	46
2.3.2.2 La collecte des données empiriques	47
2.3.2.2.1 L'entretien	47
2.3.2.2.2 L'observation directe.....	48
2.3.2.2.3 Enquête par le questionnaire	49
2-4 Technique d'analyse	50
2-5 Difficultés rencontrées	51
2-6 Limites de l'étude	51
PARTIE 2 : ETUDE DE L'ORGANISATION ET DU FONCTIONNEMENT DU POSTE DE SANTE DE NEMA, LE CENTRE DE SANTE SILENCE ET L'HOPITAL DE LA PAIX	53
CHAPITRE 3 : PRESENTATION DU POSTE DE SANTE DE NEMA, LE CENTRE DE SANTE DE ZIGUINCHOR ET DE L'HOPITAL DE LA PAIX.....	53
3-1 Le poste de santé de Néma.....	53
3-1-1 Présentation	53
3-1-2 Organisation.....	54
3-1-3 Offres de service	55
3-2 Le centre de santé Silence.....	55
3-2-1 Présentation	55
3-2-2 Organisation.....	56
3-2-3 Offres de service	57
3-3 L'Hôpital de la paix	57
3-3-1 Présentation	57
3-3-2 Organisation.....	59
3-3-3 Offres de service	60
CHAPITRE 4 : LES FACTEURS MOTIVANTS POUR DEVENIR UN PERSONNEL DE SANTE ET FAIRE LE CHOIX D'UNE STRUCTURE SANITAIRE	61
4-1 Les caractéristiques de la population d'étude	61
4-2 Les sources de motivation soignant	71
4-2-1 Motivation initiale	71
4-2-2 Motivation actuelle	72

4-3 Expériences des soignés vis-à-vis de l'accueil et de la relation soignant-soigné dans les structures	74
4-4 Les attentes des soignés par rapport à l'accueil et la relation soignant-soigné.....	78
4-5 Les raisons du choix de la structure	81
PARTIE 3 : ANALYSE DES DONNEES TRAITANT LES EFFETS DE L'ACCUEIL SUR LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE	85
CHAPITRE 5 : LES ELEMENTS DETERMINANTS DE L'ACCUEIL ET DE LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE	85
5-1 Les connaissances et compétences du soignant sur l'accueil	85
5-1-1 Formation sur l'accueil	85
5-1-2 Appréciation de la formation	86
5-1-3 Renforcement de la formation initiale	88
5-1-4 Charte du malade	90
5-1-4-1 Connaissance de la charte.....	90
5-1-4-2 Appropriation de la charte du malade	91
5-1-5 Appréciation de l'accueil dans la structure.....	93
5-1-5-1 Pour les soignants.....	93
5-1-5-2 Pour les soignés	95
5-1-5-3 Pour les acteurs institutionnels et responsables structure.....	97
5-2 Dispositif d'accueil	97
5-2-1 Orientation-accueil	97
5-2-1-1 Pour les soignants.....	97
5-2-1-2 Pour les soignés	99
5-2-1-3 Pour les acteurs institutionnels et responsables de structures	100
5-2-2 Propreté de la structure	103
5-3 Temps d'attente.....	105
5-4 Les connaissances et compétences du soignant sur la relation soignant-soigné.....	108
5-5 Mécanisme d'évaluation de la satisfaction des soignés	111
5-5-1 Pertinence de la mise en œuvre du mécanisme	111
5-5-1-1 Pour les soignés	111
5-5-1-2 Pour les acteurs institutionnels et responsables de structure	113
5-5-2 Conditions de mise en œuvre du mécanisme	113
5-5-2-1 Pour les soignés	113
5-5-2-2 Pour les acteurs institutionnels et responsables de structure.....	115
CHAPITRE 6 : REPRESENTATIONS DE L'ACCUEIL ET DE LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE ET ANALYSE STRATEGIQUE DES ACTEURS.....	117

6-1 Représentations de l'accueil et de la relation soignant-soigné	117
6-1-1 Selon les soignants.....	117
6-1-1-1 L'accueil.....	117
6-1-1-2 La relation soignant-soigné	119
6-1-2 Selon les soignés.....	124
6-1-2-1 L'accueil.....	124
6-1-2-2 La relation soignant-soigné	131
6-1-3 Selon les acteurs institutionnels et responsables de structure.....	134
6-1-3-1 L'accueil.....	134
6-1-3-2 La relation soignant-soigné	136
6-2 Analyse stratégique des acteurs	138
CONCLUSION	144
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	146
Table des matières	152