

**UNIVERSITE ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR (UASZ)**  
**UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DES**  
**SCIENCES DE LA SANTE (UFR-2S)**



**ANNÉE : 2022**

**N° 57**

**EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS PAR LES**  
**PATIENTS ET LES PRATICIENS :**  
**CAS DU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE**  
**ZIGUINCHOR**

**THÈSE**

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'ÉTAT EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
**Le 25 /11 /2022**

Par

**BLAGUE Haoua Sylviane épouse ROBNDOH**

Née le 30 décembre 1993 à Ndjamenà (TCHAD)

---

Membres du jury

Président	M. Noël Magloire MANGA	Professeur Titulaire
Membres	M. Ansoumana DIATTA	Professeur Titulaire
	M. Mohamed Maniboliot SOUMAH	Professeur Assimilé
Directeur de thèse	M. Mohamed Maniboliot SOUMAH	Professeur Assimilé
Co-directrice	Mme Diama SAKHO	Médecin légiste

**REPUBLIQUE DU SENEGAL**  
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR,  
DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION



**UNIVERSITE ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR (UASZ)**  
**UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE**  
**DES SCIENCES DE LA SANTE (UFR-2S)**



**DIRECTION ET ADMINISTRATION**

Directeur	M. Noël Magloire MANGA
Vice-directeur	M. Ansoumana DIATTA
Chef département de biologie et explorations fonctionnelles	M. Assane NDIAYE
Chef département de chirurgie et spécialités chirurgicales	M. Boubacar FALL
Chef département de médecine et spécialités médicales	M. Yaya KANE
Cheffe des services administratifs	Mme Aïo Marie Anne Béty MANGA

**Ziguinchor, Le**

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT UFR SCIENCES  
DE LA SANTE - UNIVERSITE ASSANE SECK DE  
ZIGUINCHOR**

**ANNEES UNIVERSITAIRES 2012-2021**

**PROFESSEURS TITULAIRES**

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
M. Alassane	DIATTA	Biochimie
M. Ansoumana	DIATTA	Pneumologie
Mme Evelyne Siga	DIOME	ORL
M. Boubacar	FALL	Urologie
M. Noël Magloire	MANGA	Maladies Infectieuses
M. Assane	NDIAYE	Anatomie

**PROFESSEURS ASSIMILES**

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
M. Cheikh	DIOUF	Chirurgie pédiatrique
♦M. Serigne Modou	Kane GUEYE	Gynécologie-Obstétrique
M. Yaya	KANE	Néphrologie
M. Issa	WONE	Santé Publique

## MAÎTRES DE CONFERENCES TITULAIRES

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
♦ M. Denis	BARBOZA	Anesthésie-Réanimation
M. Simon Joël	MANGA	Cardiologie
M. Lamine	THIAM	Pédiatrie

## MAÎTRES DE CONFERENCES ASSIMILES

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
M. Mouhamadou	AIDARA	Imagerie Médicale
Mme Mame Ngoné	COLY	Hématologie Biologique
M. Kalilou	DIALLO	Maladies infectieuses
M. Abdoulaye	DIOP	Neurochirurgie
M. Abdoulaye	DIOP	Parasitologie-Mycologie
M. Ibrahima	DIOUF	Physiologie
M. Adama	KOUNDOUL	Psychiatrie
M. Habibou	SARR	Bactériologie virologie
M. Fabrice	SENGHOR	Anatomie pathologique
♦ M. Oumar	SOW	Chirurgie générale
Mme Mame Aïssé	THIOUBOU	Hépto-Gastro-entérologie

**I. LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT VACATAIRE  
UNIVERSITAIRE  
ANNEES UNIVERSITAIRES 2012-2021**

**PROFESSEURS TITULAIRES**

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
<sup>1</sup> M. Abdoulaye	BA	Physiologie
<sup>1</sup> M. Codé	BA	Neurochirurgie
<sup>1</sup> M. Serigne Abdou	BA	Cardiologie
<sup>1</sup> M. Serigne Moussa	BADIANE	Biophysique
<sup>(7)</sup> M. Serge	BAKOU	Biologie cellulaire
<sup>2</sup> M. Chérif	BALDE	Chimie
† <sup>1</sup> M. Fallou	CISSE	Physiologie
<sup>1</sup> M. Moussa Fafa	CISSE	Bactériologie-Virologie
<sup>1</sup> M. Saïdou	DIALLO	Rhumatologie
<sup>2</sup> M. Alassane	DIEDHIOU	Mathématiques
<sup>1</sup> M. Tandakha Ndiaye	DIEYE	Immunologie
<sup>1</sup> M. Saliou	DIOP	Hématologie
<sup>1</sup> M. Seydou Nourou	DIOP	Médecine interne
<sup>3</sup> Mme Sylvie Audrey	DIOP	Maladies Infectieuses
<sup>1</sup> M. Boucar	DIOUF	Néphrologie
<sup>2</sup> M. Kobor	DIOUMA	Physique
<sup>1</sup> M. Mamadou	FALL	Toxicologie
<sup>1</sup> M. Babacar	FAYE	Parasitologie- Mycologie
<sup>1</sup> M. Papa Lamine	FAYE	Psychiatrie
<sup>2</sup> M. Abdoulaye	GASSAMA	Chimie

<sup>3</sup> M. Adama	KANE	Cardiologie
<sup>1</sup> M. Assane	KANE	Dermatologie- Vénérologie
<sup>1</sup> M. Modou Oumy	KANE	Physiologie
<sup>3</sup> M. Ibrahima	KONATE	Chirurgie générale
<sup>4</sup> M. Anatole	LALEYE	Histo-Embryologie et Biologie cellulaire
<sup>1</sup> M. Abdoulaye	LEYE	Endocrinologie
<sup>1</sup> M. Mamadou	MBODJ	Biophysique
<sup>1</sup> M. Abdoulaye	NDIAYE	Anatomie
<sup>1</sup> M. Fatou Samba	DIOGO NDIAYE	Hématologie clinique
<sup>1</sup> M. Mady	NDIAYE	Biologie cellulaire
<sup>1</sup> M. Mor	NDIAYE	Médecine du Travail
<sup>1</sup> M. Moustapha	NDIAYE	Neurologie Médicale
<sup>1</sup> M. Souhaïbou	NDONGO	Rhumatologie
<sup>1</sup> Mme Maïmouna	NDOUR	Médecine Interne
<sup>1</sup> M. Oumar	NDOYE	Biophysique
<sup>1</sup> M. Abdoulaye	POUYE	Médecine interne
<sup>1</sup> M. André Daniel	SANE	Orthopédie-Traumatologie
<sup>1</sup> Mme Anna	SARR	Médecine interne
<sup>1</sup> M. Moussa	SEYDI	Maladies infectieuses
<sup>1</sup> M. Guata Yoro	SY	Pharmacologie
<sup>1</sup> M. Roger Clément Kouly	TINE	Parasitologie-Mycologie
<sup>5</sup> M. Amadou	TOURE	Histo-Embryologie

## PROFESSEURS ASSIMILES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
<sup>7</sup> M. Serge	BAKOU	Biologie cellulaire
<sup>1</sup> Mme Marie Louis	BASSENE	Hépto-Gastro-Entérologie
<sup>1</sup> M. Mamadou	COUME	Gériatrie-Gérontologie
<sup>1</sup> M. William	DIATTA	Botanique
<sup>1</sup> M. Chérif Mouhamed M.	DIAL	Anatomie pathologique
<sup>1</sup> M. Rokhaya NDIAYE	DIALLO	Génétique
<sup>1</sup> Mme Marie Joseph	DIEME	Anatomie pathologique
<sup>1</sup> M. Pape Adama	DIENG	Chirurgie cardio-vasculaire
<sup>1</sup> M. Papa Saloum	DIOP	Chirurgie Générale
<sup>8</sup> Mme Pauline	DIOUSSE	Dermatologie-Vénérologie
<sup>1</sup> M. Amadou Lamine	FALL	Pédiatrie
<sup>1</sup> Mme Seynabou	FALL	Hématologie clinique
<sup>1</sup> M. Abdou Magib	GAYE	Anatomie pathologique
<sup>3</sup> M. Philippe	MANYACKA	Anatomie
<sup>8</sup> Mme Arame	MBENGUE	Physiologie
<sup>1</sup> M. Mady	NDIAYE	Biologie cellulaire
<sup>1</sup> M. Mohamed	SOUMAH	Médecine Légale
<sup>1</sup> M. Ibou	THIAM	Anatomie pathologique

## MAÎTRES DE CONFERENCES TITULAIRES

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
<sup>1</sup> M. Serigne Moussa	BADIANE	Biophysique
<sup>2</sup> M. Magatte	CAMARA	Chimie
<sup>2</sup> Mme Mame Kouna DIAW	DABO	Anglais
<sup>1</sup> M. Mouhamed	DAFFE	Ortho-Traumatologie
<sup>2</sup> M. Abel	DIATTA	Informatique
<sup>1</sup> Mme Armandine E. R.	DIATTA	Médecine du Travail
<sup>1</sup> M. Demba	DIEDHIOU	Maladies infectieuses
<sup>1</sup> M. Amadou	DIOP	Bactériologie-Virologie
<sup>2</sup> M. Babacar	DIOP	Anglais
<sup>1</sup> M. Jean Pascal Demba	DIOP	Génétique
<sup>1</sup> M. Lamine	DIOP	Bactériologie-Virologie
<sup>1</sup> M. Doudou	DIOUF	Oncologie
<sup>1</sup> Mme Absa LAM	FAYE	Toxicologie
<sup>1</sup> M. Atoumane	FAYE	Médecine Interne
<sup>2</sup> Mme Fatoumata	HANNE	Socio-Anthropologie médicale
<sup>1</sup> M. Aly Mbara	KA	Ophtalmologie
<sup>2</sup> M. Clément	MANGA	Mathématiques
<sup>2</sup> M. Mbaye Diagne	MBAYE	Chimie
<sup>6</sup> M. Amadou	NDIADE	Histologie-Embryologie
<sup>2</sup> M. Lat Grand	NDIAYE	Physique
<sup>2</sup> M. Moustapha	NDIAYE	Informatique



<sup>2</sup> M. Abdoulaye	NDIOUCK	Epistémologie médicale
<sup>1</sup> Mme Sokhna	SECK	Psychologie
<sup>1</sup> M. Doudou	SOW	Parasitologie-Mycologie
<sup>1</sup> Mme Awa NDIAYE	SY	Pharmacologie
<sup>2</sup> M. Moustapha	THIAM	Physique
<sup>2</sup> M. Modou	TINE	Physique
<sup>1</sup> M. Aminata	TOURE	Toxicologie

### MAÎTRES DE CONFERENCES ASSIMILES

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
<sup>1</sup> Mme Fatimata	BA	Physiologie
† <sup>1</sup> M. El H Amadou L	BATHILY	Biophysique
† <sup>1</sup> M. Jean pierre	DIAGNE	Ophthalmologie
<sup>3</sup> M. Amadou Cambel	DIENG	Management
<sup>1</sup> Mme Awa NDIAYE	SY	Pharmacologie

## II. ENSEIGNANTS VACATAIRES

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
Mme Mame Kouna DiAW	DABO	Anglais
M. Demba	DIAGNE	Secourisme
M. Malick	FAYE	Soins infirmiers
M. Karim	GUARBA	Anatomie
M. Abdoulaye	KEITA	Secourisme
M. Abbé Michel	MENDY	Santé publique
†M. Jacques	SENGHOR	Anatomie

### † In Memoriam

- (1) UCAD : Université Cheikh Anta Diop Dakar
- (2) UASZ : Université Assane SECK Ziguinchor
- (3) UGB : Université Gaston Berger Saint-Louis
- (4) BENIN
- (5) MALI
- (6) UADB : Université Amadou Diop Bambey
- (7) EISMV
- (8) UT : Université de Thiès

# **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

## DEDICACES

**Ésaïe, 12:4** - Et vous direz en ce jour-là: Louez l'Éternel, invoquez son nom, Publiez ses œuvres parmi les peuples, Rappelez la grandeur de son Nom!

**Ésaïe, 12:5** - Célébrez l'Éternel, car il a fait des choses magnifiques: Qu'elles soient connues par toute la terre!

**Ésaïe, 12:6** - Pousse des cris de joie et d'allégresse, habitant de Sion! Car il est grand au milieu de toi, le Saint d'Israël.

**A toi Maman Jeannette Yaham NDOUBAKODE alias « Kéte ledji k bo »,**  
mon roc, le pilier de la famille.

J'aurais aimé que tu sois là pour admirer l'accomplissement de ton œuvre, mais Dieu en a décidé autrement.

Reçois de là-haut, toute ma reconnaissance et je te dédie ce travail.

**A toi Papa, Mr BLAGUE Adoum Laurent, alias « homonyme de mon aîné ».**

Merci pour ta présence dans ma vie, merci pour tout papa ; je t'en suis reconnaissante.

Je te dédie ce travail en gage de reconnaissance pour tous tes efforts. Encore merci.

**A toi mon grand frère BLAGUE Ali Serge alias « Ngone kété »,** merci pour ton soutien tant physique, moral, spirituel et financier. Je te dédie ce travail en signe de gratitude. Soit richement béni.

**A toi ma grande sœur Amina MAÏRO alias « Ngone kété »,** merci pour ta présence dans ma vie. Je te dédie ce travail, sois bénie abondamment.

**A toi ma grande sœur chérie GOTOUMTI Viviane alias « Pitou »,** tu étais comme une seconde mère pour moi. J'aurais aimé que tu vois par toi-même le travail accompli, mais de là-haut je te dédie ce travail.

**A mon petit frère et faux jumeau Adoum Yannick,** merci pour ta présence dans ma vie sois béni et je te dédie ce travail.

**A mes neveux Timbaye Ronald, Serge, Caleb, Gedeons, Loïc, Ketura et Liam Faouzi...** Recevez à travers ce travail ma gratitude.

**A toi mon roi et très cher époux Dr Boukar Leonard ROBNDOH** alias « Bouksyl », merci pour ton amour, ta clémence et tes encouragements quand le moral était bas.

Tu étais là au début de ce parcours et voilà nous en sommes à la fin du chapitre, sans toi je n'y serais pas parvenue. Reçois mes sincères reconnaissances car c'est le début d'un avenir meilleur.

**A toi mon jeune prince Ariel Laurent ROBNDOH** alias « Papichou », tu es le don du ciel, la grâce de l'Eternel. Merci pour ta présence dans ma vie. Grandis-en âge et en sagesse dans l'amour et la joie de nous tes parents.

**A toi maman Cécile** alias « Ngone ngar » et **1<sup>ere</sup> dame de petit gars**, tu n'es plus une belle mère pour moi mais plutôt une mère. Merci pour tous tes efforts consentis et pour ta présence dans ma vie, je te dédie ce travail. Sois bénie.

**A toi tonton Vincent OUAGADIO** alias « jumeau de mon aîné » et **ton épouse Fati**, merci pour tous. Je vous dédie ce travail.

**A mon grand Elihu TOMPTE** et **ma grande Mantar Syntyche**, merci pour vos encouragements et soutiens. Seul Dieu vous les rendra au centuple.

**A mon oncle KITAGOTO « Chico »** et **son épouse Nini**, je vous dis un grand merci et vous dédie ce travail.

**A mes tantes, Noëlie, Sylvie, Haoua, Carine Mouinon**, je vous dis merci et vous dédie ce travail.

**A mon Pasteur Israël** et **son épouse Aïda**, merci d'avoir toujours été là pour nous. Dieu vous bénisse richement.

**A mon groupe de louange de l'Eglise Evangélique de Tiléne**, recevez en signe de gratitude ce travail. Merci pour ces moments de qualités passés ensemble.

**A ma petite sœur et meilleure amie Ronel Esther alias « Bastos »,** merci pour ce parcours cheminé ensemble ; compagnon de galère sois bénie et je te dédie ce travail.

**A toi Cynthia KANDA,** merci pour ton dévouement et ta gentillesse ; sois bénie.

**A mes amis de galère de stage et de révisions, Ibrahima SENE, Cherif DIALLO, Abdou BOMOU, Mamadou BALDE, Mairam ANNE, Siré SONKO et Kadidiatou KANE,** le combat était rude mais nous y sommes parvenus ensemble.

**A toute la 3<sup>e</sup> promotion de l'UFR SANTE de l'UASZ,** ma promotion, je vous dis merci et bon vent à chacun de vous.

**A mes sœurs de la résidence, Aicha DIATTA, Fati FALL, Gloria OLODO, Mina, Nicole DIATTA, Auréole KODIA, Esperance WAYA, Fanta SANE,** merci pour votre présence dans ma vie. Je vous dédie ce travail.

**A ma tata et mère de la résidence Abiana SENGHOR,** merci pour ta rigueur et ton soutien sans faille. Je te dédie ce travail.

**A mes compatriotes,** merci.

# **A NOS MAITRES ET JUGES**



**À notre Maître et président de jury Monsieur le Professeur Noël Magloire  
MANGA,**

**Professeur,**

En présidant ce jury, vous nous faites un grand honneur.

Malgré vos multiples occupations, vous nous avez réservé une place dans votre emploi du temps pour juger ce travail.

Votre rigueur scientifique et votre modestie font de vous un maître exemplaire.

La spontanéité avec laquelle vous aviez accepté de juger ce travail témoigne de votre attachement dans la formation des étudiants.

Cher Maître c'est un réel plaisir de vous retrouver au moment où nous terminons cette formation de Médecine.

Que ce travail soit pour vous un témoignage de notre profonde gratitude et respect.

**À notre Maître et membre du jury Monsieur le Professeur Ansoumana  
DIATTA**

**Professeur,**

Nous avons eu la chance et le privilège de profiter de vos enseignements et de vos conseils dès nos premiers pas dans cette Faculté.

Nous avons pu, au cours de notre formation, apprécier vos qualités humaines et vos compétences scientifiques.

Vous êtes pour nous un père dans la médecine.

Votre rigueur et amour pour le travail bien fait méritent admirations.

Veillez trouver dans cette étude l'expression de notre estime et de notre considération.

**À notre Maître, Directeur de Thèse et membre du jury Monsieur  
le Professeur Mohamed Maniboliot SOUMAH**

**Professeur,**

Vous nous avez fait l'honneur de diriger cette thèse et d'être membre de son jury. Nous avons apprécié vos conseils.

Votre rigueur scientifique et vos qualités pédagogiques nous ont aidés tout au long de notre parcours mais aussi lors de la réalisation de ce travail.

Votre approche pédagogique nous a permis d'apprécier la médecine légale non pas comme celle réservée aux autopsies, mais nous a montré la rigueur que nous devrions avoir en tout temps dans ce métier complexe et passionnant.

Nous vous prions de voir dans cette thèse, l'expression de notre estime et de notre reconnaissance éternelle.

Puisse Dieu vous accorder une longue vie.

**A NOTRE CODIRECTRICE DE THESE, Madame Diama SAKHO**

**Docteur,**

Nous sommes sensibles à la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de codiriger ce travail.

Vous êtes une enseignante soucieuse de la formation de ses étudiant(e)s et vous demeurez pour nous un exemple à suivre pour vos qualités scientifiques et humaines.

Nous avons eu le privilège d'apprendre également à vos côtés sur le lieu de stage.

Désolé pour ces appels et messages parfois tardifs. Vous avez toujours su trouver les mots pour nous encourager ; puisse Dieu vous bénir richement et vous ouvrir la porte du professorat.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre profond respect

**« Par délibération, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation »**

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

**AEPf** : Appropriate Evaluation Protocole (Protocole d'évaluation de la pertinence)

**ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

**ANDEM** : Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale

**ANSD** : Agence Nationale de la Statique et de la Démographie

**ASP** : Agent de Sécurité de Proximité

**BFES** : Banque Française d'Evaluation en Santé

**CCF** : Chirurgie Cervico Faciale

**CFE** : Consensus Formalisé d'Expert

**CHIR** : Chirurgie

**CHRZ** : Centre Hospitalier Régional de Ziguinchor

**CISS** : Collectif inter associatif sur la Santé

**CRAO** : Centre de Réadaptation et d'Appareillage Orthopédique

**DERM** : Dermatologie

**EPS** : Etablissement Public de Santé

**GYNECO** : Gynécologie

**h** : heure

**HAS** : Haute Autorité de la Santé

**HUG** : Hôpitaux Universitaires de Genève

**IDE** : Infirmier Diplômé d'Etat

**ISO** : Organisation internationale de normalisation

**Kms** : Kilomètres

**m<sup>2</sup>** : Mètre carré

**MED**: Médecine

**MSAS** : Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

**NEURO** : Neurologie

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**OPHT** : Ophtalmologie

**ORL** : Oto Rhino Laryngologie

**ORL CCF** : Oto Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico Faciale

**ORTHO** : Orthopédie

**PAQ** : Programme d'Assurance Qualité

**PSA** : Antigène spécifique de la prostate

**PVVIH** : Personne vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine

**RMZ** : Région Médicale de Ziguinchor

**RPC** : Recommandation de la Pratique Clinique

**SAU** : Service d'Accueil des Urgences

**UFR** : Unité de Formation et de Recherche

**%** : Pourcentage

## LISTE DES FIGURES

Figure 1: Schéma adapté du site web des HUG, section « qualité », <a href="http://www.hug-ge.ch/qualite">http://www.hug-ge.ch/qualite</a> , et de Staines A, "Panorama de la qualité des soins de santé. Mise en œuvre, évaluation et pilotage" (Lausanne, septembre 2014) [71].	6
Figure 2: Répartition des patients selon leur statut matrimonial	37
Figure 3: Répartition des patients par tranche l'âge	38
Figure 4: Répartition des patients selon leur profession	38
Figure 5: Répartition des patients en fonction de leur secteur d'activité	39
Figure 6: Répartition des patients selon leur appréciation globale de l'admission	40
Figure 7: Répartition des patients selon leur appréciation globale des soins quotidiens à l'hôpital.	41
Figure 8: Répartition des patients selon leur appréciation globale de l'information reçue	42
Figure 9: Répartition des patients selon leur appréciation générale des infirmiers	43
Figure 10: Répartition des patients selon leur appréciation des médecins	44
Figure 11: Répartition des patients selon leur appréciation des autres personnels.	45
Figure 12: Répartition des patients selon leur appréciation globale du séjour à l'hôpital	46
Figure 13: Répartition des patients selon la possibilité de recommander la structure ou le service à un proche	47
Figure 14: Les améliorations nécessaires exprimées par les patients	47
Figure 15: Répartition des praticiens par service	49
Figure 16: Répartition des praticiens selon leur appréciation de la qualité de la prestation de service	50



Figure 17: Répartition des praticiens selon leur appréciation de l'interactivité entre professionnels.....	51
Figure 18: Répartition des praticiens selon leur appréciation de l'interactivité avec les patients.....	51
Figure 19: Répartition des praticiens selon leur appréciation de la régularité de la prestation du service.....	52
Figure 20: Répartition des praticiens selon leur appréciation de l'organisation pour le traitement et les moyens thérapeutiques disponibles.....	52
Figure 21: Répartition des praticiens selon leur appréciation des méthodes et/ou protocoles codifiés.....	53
Figure 22: Répartition des praticiens selon leur appréciation de la qualité des outils et matériels mis à disposition .....	54
Figure 23: Répartition des praticiens selon leur appréciation de la disponibilité des outils et matériels mis à disposition.....	55
Figure 24: Répartition des praticiens selon leur appréciation de la motivation du personnel (le salaire) .....	56
Figure 25: Répartition des praticiens selon leur appréciation de la promotion et du plan de carrière .....	56
Figure 26: Répartition des praticiens selon leur appréciation des avantages (indemnités et primes de travail).....	57
Figure 27: Répartition des praticiens selon leur appréciation du climat et cadre de travail.....	57
Figure 28: Répartition des praticiens selon leur appréciation de l'attitude des patients concernant la prise en charge.....	58
Figure 29: Répartition des praticiens selon leur appréciation des informations données aux patients.....	59



## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Orientation sur les méthodes utilisables dans le cadre de l'évaluation de la qualité des soins.....	15
Tableau II: Cartographie des structures sanitaires de la région médicale de Ziguinchor en 2020 .....	15
Tableau III: Répartition des patients par service .....	39
Tableau IV: Appréciation de l'admission par les patients dans les différents services .....	40
Tableau V: Appréciation des soins quotidiens par les patients par service .....	41
Tableau VI: Appréciation de l'information reçue par les patients par service ...	42
Tableau VII: Appréciation des infirmiers (ères) par patients par service .....	43
Tableau VIII: Appréciation des médecins par les patients par service .....	44
Tableau IX: Appréciation des autres personnels par service .....	45
Tableau X: Appréciation du séjour à l'hôpital par service .....	46
Tableau XI: répartition des praticiens par services .....	48
Tableau XII: répartition des praticiens selon leur profession .....	49
Tableau XIII: Appréciation de la qualité de la prestation de service par les praticiens au niveau des différents services .....	50
Tableau XIV: Appréciation de l'organisation pour le traitement et les moyens thérapeutiques disponibles par service .....	53
Tableau XV: Appréciation de la qualité des outils et matériels mis à disposition par service.....	54
Tableau XVI: Appréciation de la disponibilité des outils et matériels mis à disposition par service .....	55
Tableau XVII: Appréciation de l'attitude des patients concernant la prise en charge par service.....	58

## SOMMAIRE :

DEDICACES ET REMERCIEMENTS.....	I
A NOS MAITRES ET JUGES .....	VI
LISTE DES ABREVIATIONS.....	X
LISTE DES FIGURES.....	XII
LISTE DES TABLEAUX.....	XIV
SOMMAIRE : .....	XV
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE .....	4
I. GENERALITES .....	4
I.1. L'évaluation médicale .....	4
I.2. L'évaluation de la qualité des soins .....	5
I.2.1. L'évaluation de la qualité .....	5
I.2.2. La qualité des soins.....	5
II. RAPPEL HISTORIQUE SUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS .....	6
III. LES METHODES, TECHNIQUES ET INSTRUMENTS D'ÉVALUATION DE LA QUALITE DE SOINS [62].....	7
III.1. Les méthodes d'évaluation de la qualité des soins :.....	7
III.1.1. Les méthodes de type « revue de dossiers par des pairs ».....	7
III.1.2. La revue de pertinence de soins .....	7
III.1.2.1. AEPf des admissions.....	8
III.1.2.2. AEPf des journées d'hospitalisation .....	8
III.1.3. Les revues de mortalité – morbidité .....	8
III.1.4. Les méthodes spécifiques de la gestion des risques .....	9
III.2. Les techniques d'évaluation.....	9
III.2.1. Les techniques comparatives à un référentiel .....	9

III.2.1.1. L'audit clinique.....	9
III.2.1.2. L'audit clinique ciblé .....	10
III.2.2. Les techniques de synthèses de l'information .....	10
III.2.2.1. Les conférences de consensus.....	10
III.2.2.2. Les recommandations de pratiques cliniques (RPC).....	11
III.2.2.3. Le consensus formalisé d'expert (CFE) .....	11
III.3. Les instruments d'évaluation .....	11
III.3.1. L'approche par problème .....	11
III.3.2. L'approche par processus .....	12
III.3.2.1. Les méthodes d'analyse et d'amélioration d'un processus : les programmes d'assurance qualité (PAQ).....	13
III.3.2.2. Le chemin clinique.....	13
IV. LE CHOIX ET L'UTILISATION DES METHODES .....	13
V. LA REGION DE ZIGUINCHOR ET SA CARTE SANITAIRE.....	15
VI. HISTORIQUE, ETAT DES LIEUX ET ORGANISATION DU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE ZIGUINCHOR. ....	16
VI.1. Rappels historiques de l'Hôpital Régional de Ziguinchor .....	16
VI.2. Situation géographique .....	17
VI.3. Etat des lieux et organisation des services.....	17
VI.3. 1. Les services administratifs.....	17
VI.3. 2. Les services techniques .....	18
VI.3. 3. Les services médico-chirurgicaux .....	18
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE .....	33
I. MATERIELS ET METHODE .....	33
I. 1. Cadre de l'étude .....	33
I. 2. Type et période d'étude .....	34
I. 3. Population d'étude .....	34
I. 4. Echantillonnage .....	34

I. 5. Recueil et collecte des variables.....	35
I. 6. Déroulement de l'étude.....	36
I. 7. Considérations éthiques .....	36
I. 8. Analyse statistique .....	36
II. RESULTATS .....	37
II.1. Les résultats de l'enquête des patients .....	37
II.1. 1. Les données sociodémographiques .....	37
II.1. 2. Les données de l'évaluation par les patients .....	39
II.2. Résultats de l'enquête des praticiens.....	48
II.2.1 Les données sociodémographiques .....	48
II.2. 2. Les données de l'évaluation par les praticiens.....	49
III. DISCUSSION .....	60
III. 1. Limites.....	60
III. 2. A propos de nos résultats .....	61
III. 2.1. A propos des résultats globaux pour les patients.....	61
III. 2.1.1. Données socio démographiques.....	61
III. 2.1.2. Données relatives à la prise en charge .....	62
III. 2.2. A propos des praticiens .....	69
III. 2.2.1. Données socio démographiques.....	69
III. 2.2.2. Données relatives à l'appréciation de l'offre de soins.....	70
CONCLUSION .....	74
RECOMMANDATIONS.....	76
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	78
ANNEXE : .....	95

# **INTRODUCTION**

## **INTRODUCTION**

L'évaluation de la qualité des soins est un ensemble de méthodes pour aider les professionnels à faire des choix à tous les niveaux des soins qu'il s'agisse de la décision diagnostique ou thérapeutique au lit du malade, ou à la décision d'investissement dans le cadre d'une politique hospitalière. [70]

La démarche d'évaluation de la qualité de soins permet de garantir à chaque patient de bénéficier des soins conformes à l'état actuel des connaissances médicales pour sa pleine satisfaction. Elle prend en compte la réduction maximale du risque iatrogène au mieux des connaissances médicales actuelles et l'analyse coût/efficacité des procédures diagnostiques et thérapeutiques. [3 ; 105]

La mesure de la qualité des soins est nécessaire pour améliorer l'offre de soins. Cette mesure a pour but d'évaluer la qualité des soins à un moment donné et de suivre son évolution notamment en fonction des politiques pour son amélioration par les prestataires de soins et tout autre organisme ou personne impliquée dans la qualité des soins.

L'évaluation de la qualité de soins offerts est un indicateur valide de l'efficacité d'un système de santé. Le concept est de plus en plus utilisé dans la planification sanitaire. Cependant, les pays en voie de développement tardent à intégrer ces principes. [70 ; 102].

D'une part, elle permet aux patients de donner leur satisfaction sur la prestation reçue mais également de pouvoir contribuer à une meilleure connaissance de leur besoin, afin que les prestataires proposent une offre adaptée.

D'autre part, elle permet aux praticiens d'avoir également une appréciation sur la qualité de leur prestation et de pouvoir dégager des perspectives à améliorer ou pérenniser.

Ce travail avait pour objectif général d'évaluer la qualité de soins aussi bien par les patients que par les praticiens au niveau du Centre Hospitalier Régional de Ziguinchor.

Les objectifs spécifiques étaient :

- De déterminer les éléments à améliorer dans les soins dispensés aux patients au Centre Hospitalier Régional (CHR) de Ziguinchor,
- De déterminer les points à améliorer dans les soins dispensés aux patients au CHR de Ziguinchor,
- De déterminer les points à améliorer sur le plan du personnel,
- Enfin de proposer des solutions pour l'amélioration des soins dispensés aux patients dans la structure.

Dans ce travail, nous allons après l'introduction, abordée dans premier temps dans les généralités les notions relatives à l'évaluation de la qualité de soins ainsi que quelques données de la littérature abordant cet aspect.

Dans un deuxième temps déroulé la méthodologie, les résultats, la discussion, puis la conclusion avant de formuler quelques recommandations.

## **PREMIERE PARTIE**

### **I. GENERALITES**

Le concept "évaluation" peut être défini comme une technique dont l'objectif est de porter un jugement de valeur en se basant sur des critères et des normes prédéterminés. [4]

L'OMS définit l'évaluation comme un "*processus systématique et scientifique visant à apprécier la mesure dans laquelle une activité ou une série d'activités a permis d'atteindre des objectifs prédéterminés. Ce processus implique la mesure de l'adéquation, de l'efficacité et du rendement des services de santé. Il aide à redistribuer les priorités et les ressources en fonction de l'évolution des besoins*".

#### **I.1. L'évaluation médicale**

L'évaluation médicale est souvent considérée par les praticiens comme un contrôle des établissements par la tutelle qui veut statuer sur une dysfonction. Elle est souvent associée, dans l'esprit de ses praticiens, à la notion de sanction.

Ce préjugé explique l'opposition des professionnels de la santé à cette technique de la gestion des soins.

Le mot évaluation est défini par le terme estimation, il a pour synonymes :

- expertise.
- approximation.
- détermination.
- appréciation.

Des expressions permettent surtout un jugement qualitatif sans mesure quantitative précise.

Elles suggèrent une valorisation des pratiques professionnelles et des praticiens.

L'évaluation médicale, qui n'est qu'un aspect de l'évaluation d'une structure de santé, comporte plusieurs champs d'application ou domaines.



Ces champs de l'évaluation se subdivisent en deux groupes distincts en théorie, mais

Interdépendants dans la pratique quotidienne.

## **I.2. L'évaluation de la qualité des soins**

Il s'agit d'une analyse de la qualité d'un acte de soins, et de ses conséquences en termes de résultats et de satisfaction des patients.

Ce jugement de valeur est possible grâce à une comparaison de l'activité de soins à des normes ("standards") de bonnes pratiques. Elle nécessite au préalable une définition de la valeur à mesurer. [4].

### **I.2.1. L'évaluation de la qualité**

C'est un ensemble de méthodes pour aider les professionnels à faire des choix à tous les niveaux des soins qu'il s'agisse de la décision diagnostique ou thérapeutique au lit du malade, ou à la décision d'investissement dans le cadre d'une politique hospitalière.

#### **Avantage :**

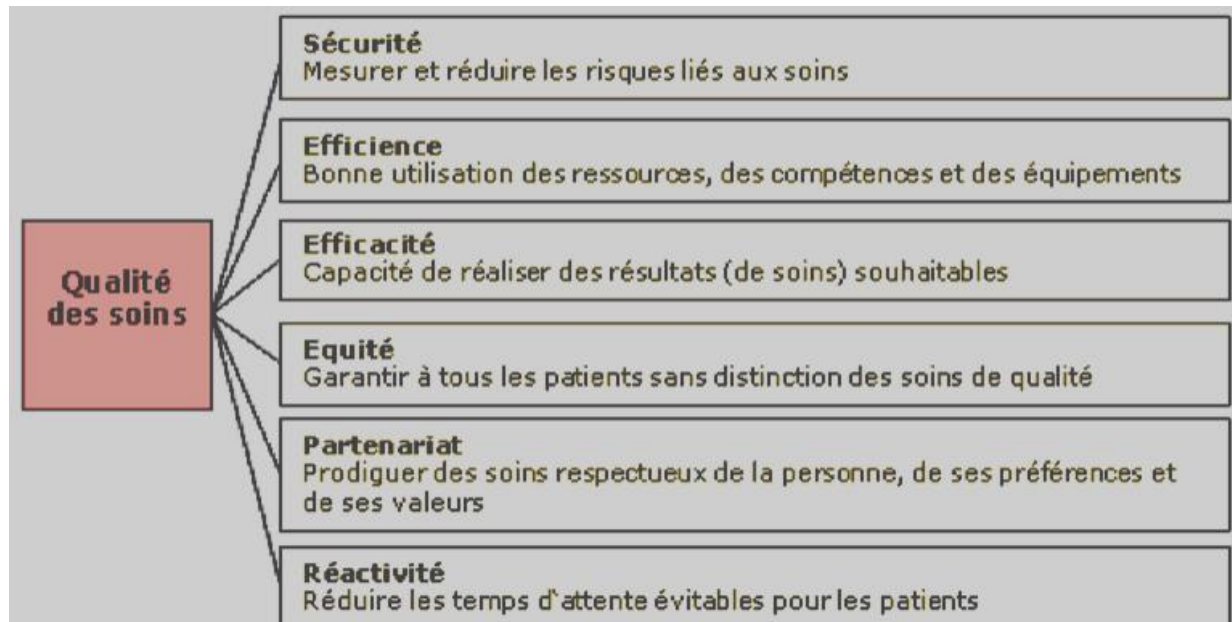
- face aux différents enjeux médicaux, l'évaluation est la réponse la plus appropriée.
- face à l'évolution technologique, à la pression des consommateurs, à l'évolution socio-économique, l'évaluation est une aide à la décision.

### **[70]. I.2.2. La qualité des soins**

La qualité des soins est la capacité de répondre aux besoins implicites et explicites des patients, selon les connaissances professionnelles du moment et en fonction des ressources disponibles. Elle inclut la sécurité des patients dans le sens de la gestion et de la prévention des événements indésirables liés à leur prise en charge.

La qualité des soins est donc un concept multidimensionnel, requérant des critères de jugement multiples : qualité des contacts humains, qualité du «

parcours » du patient dans un établissement, qualité du raisonnement médical devant un examen diagnostique. Elle peut être représentée par le schéma ci-dessous :



**Figure 1: Schéma adapté du site web des HUG, section « qualité », <http://www.hug-ge.ch/qualite>, et de Staines A, "Panorama de la qualité des soins de santé. Mise en œuvre, évaluation et pilotage" (Lausanne, septembre 2014) [71].**

## **II. RAPPEL HISTORIQUE SUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES SOINS**

Dans quelques pays développés, les recherches sur la qualité des soins ont été initiées il y a quelques décennies.

C'est le cas, aux États-Unis avec la naissance des comités d'évaluation nationale, depuis les années 1960. [51 ; 69]

Le Canada a mis en place une politique nationale et régionale depuis 1979 avec le comité canadien d'accréditation et d'évaluation [36].

En France, c'est seulement au début des années 1980 que fut créée l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM), qui fut

relayée en avril 1996 par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), transformée plus tard (2005) en Haute Autorité de Santé, qui collecte les données en rapport avec la satisfaction des patients dans tout le pays et publie les résultats le 04 novembre de chaque année. [3 ; 58]

En Afrique francophone, quelques pays disposent des données d'évaluation sur les programmes élargis de vaccinations.

Celles relatives en particulier dans le milieu hospitalier, sont beaucoup plus rares, alors que l'hôpital consomme une grande partie du budget national [6].

### **III. LES METHODES, TECHNIQUES ET INSTRUMENTS D'EVALUATION DE LA QUALITE DE SOINS [62]**

#### **III.1. Les méthodes d'évaluation de la qualité des soins :**

##### **III.1.1. Les méthodes de type « revue de dossiers par des pairs »**

Elles reposent sur le jugement des évaluateurs, les critères de jugement n'étant pas formulés explicitement.

##### **III.1.2. La revue de pertinence de soins**

Il s'agit d'une méthode permettant d'évaluer l'adéquation des soins aux besoins du patient. Elle s'applique à un programme de soins, peut porter sur l'indication, l'initiation et la poursuite de soins.

Cette méthode a été plus particulièrement développée dans le cadre de l'hospitalisation pour vérifier la pertinence des admissions ou des journées d'hospitalisation dans un établissement de santé. Elle est dérivée d'un outil, *l'Appropriateness Evaluation Protocole (AEP)* qui pourrait être traduit en français par Protocole d'Evaluation de la Pertinence (AEPf : AEP France).

La pertinence est évaluée par une méthode d'audit à partir d'une grille de critères spécifiques. La particularité de cet audit est que l'évaluation pour

chaque patient s'arrête dès que la séquence de soins est considérée pertinente. L'analyse ne se poursuit que si elle ne l'est pas

### **III.1.2.1. AEPf des admissions**

Elle comprend 16 critères divisés en deux parties : 10 critères liés à l'état de sévérité clinique du patient, 6 critères liés à la délivrance des soins. L'admission est jugée pertinente si l'un des critères de la grille AEPf est présent.

### **III.1.2.2. AEPf des journées d'hospitalisation**

Cet outil AEPf comporte deux parties : une grille de critères explicites et une série de questions. Lors de l'évaluation des journées d'hospitalisation, la réponse « OUI » à l'un des critères explicites de la grille indique que la journée est techniquement pertinente, autrement dit, elle est expliquée soit par la fourniture de prescription médicale de haut niveau technique, soit par l'état clinique du patient. Cette grille comprend 24 critères divisés en 3 parties : 10 items se réfèrent aux soins médicaux, 6 aux soins infirmiers, 8 items à l'état clinique du patient.

### **III.1.3. Les revues de mortalité – morbidité**

Elles sont très employées en milieu Anglo –saxon, alors qu'en France elles sont pour l'instant encore peu développées

Il ne s'agit en aucun cas d'un jugement de valeur sur les incidents survenus, et l'objectif est d'identifier et d'analyser les événements graves ayant eu ce type de conséquences.

Elles peuvent être mises en place dans un service, un département ou un établissement.

L'objectif est d'identifier les événements évitables, de mettre en place des solutions pour éviter qu'ils se reproduisent. Elles se font dans le cadre de réunions spécialement dédiées au cours desquelles le médecin ayant analysé le

dossier le présente. Celui-ci est discuté par l'équipe. Le groupe recherche alors, en cas d'évènement évitable, les actions à mettre en place pour que celui-ci ne se reproduise pas.

L'intérêt de la méthode est de :

- assurer un retour d'expérience essentielle et de tirer les enseignements des erreurs et situations particulières ;
- assurer la transparence et la cohésion de l'équipe ;
- améliorer la sécurité des soins.

Une organisation précise est nécessaire, de façon à éviter les mises en causes individuelles.

#### III.1.4. Les méthodes spécifiques de la gestion des risques

Elle vise à fiabiliser les systèmes reposant sur l'analyse des processus. De nombreuses méthodes sont disponibles.

La plus connue est l'analyse des modes de défaillances, de leurs effets et de leurs criticités.

### **III.2. Les techniques d'évaluation**

#### **III.2.1. Les techniques comparatives à un référentiel**

L'objectif de ces techniques est de comparer la pratique réelle au référentiel, celui-ci étant établi à partir de recommandations professionnelles, de consensus d'experts ou de la réglementation.

Ces méthodes nécessitent un référentiel existant ou sa confection. **III.2.1.1. L'audit clinique**

C'est la méthode la plus utilisée parmi les méthodes de comparaison dans le domaine de la santé. Elle a été développée par l'ANDEM avec comme objectif d'implanter l'évaluation de la qualité en France.

Il s'agit d'une méthode centrée sur les pratiques de soins qui permet de les évaluer, à la fois en tant que pratiques professionnelles ou organisationnelles.

Son champ est très large et touche l'ensemble des domaines médicaux et paramédicaux.

La méthode permet d'évaluer, un service, un groupe de service, un établissement, un médecin, une pathologie, un acte de soins, une prise en charge. Elle nécessite simplement l'élaboration du référentiel.

L'audit clinique est peu adapté à l'analyse d'une organisation et nécessite parfois d'avoir recours à des outils complémentaires pour conduire la phase d'amélioration.

#### **III.2.1.2. L'audit clinique ciblé**

Il s'agit d'une méthode d'audit simplifiée. Cette méthode permet à l'aide d'un nombre limité de critères de conduire une démarche d'amélioration des pratiques dans des délais brefs. Elle porte souvent sur une seule partie d'un thème clinique qui a été évalué par ailleurs.

L'audit clinique ciblé est beaucoup plus facile à réaliser et amener à des résultats rapides. Il est souple et nécessite peu de moyens.

#### **III.2.2. Les techniques de synthèses de l'information**

Ces techniques comprennent : les conférences de consensus, les recommandations de la pratique clinique (RPC) et le consensus formalisé d'experts (CFE).

##### **III.2.2.1. Les conférences de consensus**

La méthode « conférence de consensus » trouve sa place quand :

- Le thème à traiter est limité et peut se décliner en 4 à 6 questions précises. Il est alors possible que le jury puisse, dans un délai très limité, rédiger les conclusions ;
- Le thème à traiter donne lieu à controverse avec débat public sur les divergences et prises de position de la communauté professionnelle.

Les conférences de consensus sont compliquées à organiser et coûteuses. Elles nécessitent de disposer d'un promoteur qui va assurer le financement et confier la responsabilité de la conférence au comité d'organisation, après en avoir choisi le thème.

La principale difficulté des conférences de consensus repose sur leur actualisation car le promoteur doit faire évoquer les recommandations en fonction de l'actualisation des données de la science.

#### **III.2.2.2. Les recommandations de pratiques cliniques (RPC)**

Les recommandations médicales et professionnelles sont définies dans le domaine de la santé, comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». Par opposition aux conférences de consensus, la méthode RPC trouve sa place quand :

- Le thème à traiter est vaste et se décline en de nombreuses questions et sous-questions ;
- Le travail consiste à faire une synthèse des données multiples et dispersées et qui n'ont pas à résoudre une controverse.

#### **III.2.2.3. Le consensus formalisé d'expert (CFE)**

La méthode CFE répond, par sa formalisation, à la nécessité d'objectiver l'obtention des accords professionnels, de rendre compte avec transparence du processus qui a guidé leur élaboration. Le CFE s'applique à des domaines où la littérature est faible et permet de produire des recommandations rapidement.

### **III.3. Les instruments d'évaluation**

#### **III.3.1. L'approche par problème**

L'objectif de ces techniques est d'analyser un problème ou un dysfonctionnement afin d'éviter sa réapparition.

## **Méthode de résolution de problèmes**

Il s'agit là encore d'une technique issue de l'industrie, développée dans un premier temps au Japon. Elle repose sur une suite logique d'étapes concernant à lister les problèmes, puis à choisir un problème prioritaire pour l'établissement, identifier les causes, déterminer le poids de chaque cause, retenir les causes essentielles, choisir la solution et mettre en place la correction.

Pour l'analyse du problème, de nombreux outils sont disponibles, et l'on peut faire référence au document de l'ANAES.

Le choix de l'outil utilisé sera fonction de l'expérience des personnes impliquées, du temps et des moyens disponibles.

Les exemples de résolution de problèmes sont multiples. Dans un domaine relativement simple concernant l'accueil des patients, un établissement a mis en place une résolution des problèmes pour améliorer la qualité de la prise en charge. L'identification des causes d'attentes à l'arrivée des patients dans le service de soins a permis de sélectionner trois causes principales : le départ tardif du patient précédent, la mauvaise planification des entrées, le départ simultané des patients entraînant les difficultés de préparation des chambres.

L'attente des patients qui était de l'ordre de 30 minutes a été diminuée de 80 % après la mise en place des actions correctrices.

### **III.3.2. L'approche par processus**

Celle-ci est au centre de la démarche d'amélioration de la qualité. Cette approche permet d'identifier et de comprendre les problèmes de qualité de manière directe. Elle permet de travailler sur des prises en charge en étudiant le circuit du patient ou sur des processus transversaux (circuit du médicament, transfusion sanguine).

L'étape initiale nécessite cependant la description du processus souvent à l'aide d'un logigramme.



### **III.3.2.1. Les méthodes d'analyse et d'amélioration d'un processus : les programmes d'assurance qualité (PAQ)**

Ces méthodes de programmes d'amélioration de la qualité sont une approche globale d'une prise en charge permettant d'en améliorer les différentes étapes et notamment tout ce qui touche au caractère transversal des organisations. Elles sont plutôt développées dans des établissements qui ont déjà l'habitude de ces techniques et qui ont déjà utilisé d'autres actions d'évaluation plus simples.

### **III.3.2.2. Le chemin clinique**

Le chemin clinique reprend toutes les étapes de la démarche d'analyse et d'amélioration du processus. Son champ est celui d'une prise en charge d'un patient spécifique ; il est très utilisé en Amérique du Nord.

Il favorise la continuité de la délivrance des soins de qualité, la coordination et la communication entre les acteurs, la rationalisation de soins et la gestion des risques.

On identifie quatre composantes au chemin clinique : le calendrier, les catégories de soins ou activités et leurs interventions, les résultats attendus, l'enregistrement des écarts. Cette étape d'analyse est importante car il est nécessaire d'identifier le besoin d'un réajustement, de l'analyser, pour délivrer au patient les soins appropriés à son état. Il s'agit cependant d'une méthode plus longue et plus complexe à mettre en place que les audits cliniques.

## **IV. LE CHOIX ET L'UTILISATION DES METHODES**

Il s'agit bien sûr d'adapter la méthode la plus appropriée à la question posée. En termes d'évaluation de la qualité des soins, les questions posées peuvent être multiples : élaborer un référentiel utile pour les professionnels de santé, résoudre une difficulté en cas d'hésitation de la littérature, obtenir un état des pratiques professionnelles dans une situation donnée, résoudre un

dysfonctionnement, comparer une pratique par rapport à une référence, améliorer la prise en charge d'une pathologie.

**Le tableau I**, qui ne se veut pas exhaustif, reprend de façon synthétique quelques problématiques posées dans le cadre de l'évaluation de la qualité des soins, ainsi que les techniques qui peuvent être utilisées.

L'identification du type d'approche permet d'orienter le choix de la méthode pour initier le projet d'amélioration de la qualité.

Les ressources humaines ou financières sont bien sûr très différentes selon que l'on réalise un audit clinique sur 50 dossiers ou que l'on met en place une conférence de consensus en cas d'hétérogénéité de la littérature. Le choix du sujet influence le choix de la méthode.

L'HAS ou une société savante aura plus de facilités pour réaliser une conférence de consensus.

Un établissement de soins utilisera les données existantes pour bâtir des critères d'évaluation des pratiques professionnelles. Il est très important de ne pas perdre du temps à recréer des informations existantes. C'est la raison pour laquelle l'HAS a mis en place une Banque Française d'Evaluation en Santé (BFES) reprenant l'ensemble des recommandations de pratique clinique de langue française et anglaise. Une banque d'évaluation des pratiques sera également rapidement mise en place pour permettre d'avoir accès à ces référentiels.

## Tableau I: Orientation sur les méthodes utilisables dans le cadre de l'évaluation de la qualité des soins

Tableau I.  
Orientation sur les méthodes utilisables dans le cadre de l'évaluation de la qualité des soins.

Objectifs	Approches	Méthodes Utilisables
- Fournir des références de pratiques aux professionnels de santé - Fournir des guides pour le choix des critères de l'évaluation des pratiques	- Approche par synthèse de l'information existante - État des pratiques des professionnels	- Conférence de consensus - Recommandation de Pratique Clinique - Consensus formalisé d'experts
- Réaliser le bilan d'une pratique au regard de l'état de l'art	- Approche par comparaison à un référentiel	- Audit clinique - Audit clinique ciblé - Revue de pertinence - Enquête de pratique
- Optimiser ou améliorer une prise en charge ou un processus donné - Maîtriser les risques d'un secteur ou d'une activité	- Approche par processus	- Analyse de processus - Chemin clinique - AMDEC (1)
- Traiter un dysfonctionnement - Analyser et traiter des événements indésirables	- Approche par problèmes	- Méthode de résolution de problème - Analyse des processus - Revue de mortalité-morbidité - Méthodes d'analyse des causes
- Surveiller un phénomène important et agir en fonction du résultat	- Approche par indicateur	- Mise en place et analyse d'indicateurs - Maîtrise statistique des processus de santé
- Implanter une démarche d'évaluation et mesurer son efficacité	- Recherche évaluative	- Méthodes spécifiques

(1) Analyse des Modes de défaillance, de leurs Effets et de leur Criticité.

## V. LA REGION DE ZIGUINCHOR ET SA CARTE SANITAIRE

### Tableau II: Cartographie des structures sanitaires de la région médicale de Ziguinchor en 2020

CARTOGRAPHIE DES STRUCTURES SANITAIRES 2020							
DISTRICTS	NOMBRE DE COMMUNES	POPULATION S	HOPITAUX	CENTRES DE SANTE	POSTES DE SANTE	CASES DE SANTE	CASES DE SANTE FONCTIONNELS
Ziguinchor	6	309 206	2	1	36	7	7
Bignona	9	163 680	0	1	38	63	58
Diouloulou	4	99 963	0	1	21	23	19
Thionck Essyl	6	50 909	0	1	15	6	6
Oussouye	5	60 194	0	1	15	16	10
<b>Total RMZ</b>	<b>30</b>	<b>683 952</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>125</b>	<b>115</b>	<b>100</b>

## **VI. HISTORIQUE, ETAT DES LIEUX ET ORGANISATION DU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE ZIGUINCHOR.**

### **VI.1. Rappels historiques de l'Hôpital Régional de Ziguinchor**

Le Centre Hospitalier Régional de Ziguinchor a été construit en 1970 sur financement du FAC. Il était à l'origine une antenne chirurgicale qui avait été créée lors de la guerre de libération de la Guinée Bissau ; ce qui explique sa proximité avec l'aéroport.

Il a été érigé en EPS de niveau II en 1998 avec la réforme hospitalière.

Le bâtiment en étage qui constituait l'antenne chirurgicale a été complété en 1983 par la construction d'une maternité, de services spécialisés (urgence, radiologie, banque de sang, ophtalmologie, stomatologie) et de bâtiments annexes (cuisine, buanderie, morgue...).

En 1988, est venu s'ajouter un service de gynéco- obstétrique. Depuis lors, beaucoup d'autres services ont vu le jour agrandissant ainsi l'offre de soins. Il s'agit notamment des services de (du), (d') :

- Centre Anti Diabétique
- Pédiatrie
- Cardiologie
- ORL
- Dermatologie
- Réanimation
- Unité d'hémodialyse
- Neurologie
- Neurochirurgie
- Pharmacie hospitalière

De nouveaux bâtiments ont été construits pour abriter certains de ces services :

- Réanimation
- SAU

- Centre antidiabétique
- Imagerie médicale
- Pédiatrie
- Unité d'hémodialyse

Les autres services comme la neurologie, la cardiologie, l'ORL, la dermatologie, la neurochirurgie, la médecine interne n'ont pas de locaux à proprement parler pour les abriter.

## **VI.2. Situation géographique**

Le Centre Hospitalier Régional est implanté dans la commune de Ziguinchor qui tient lieu de capitale régionale.

Situé au Sud de la ville, il s'étend sur une longueur de 500 m et une largeur de 200 m, soit une superficie de 100 000 m<sup>2</sup> (10 hectares).

Distant de 454 kms de Dakar, le Centre Hospitalier Régional de Ziguinchor est un hôpital de référence pour les autres structures de la région mais également des régions de Kolda et Sédhiou ainsi que des pays limitrophes notamment la Gambie, la Guinée-Bissau et la Guinée Conakry.

## **VI.3. Etat des lieux et organisation des services**

Le Centre Hospitalier Régional de Ziguinchor est divisé en trois grandes parties :

- les services administratifs ;
- les services médico-chirurgicaux ;
- les services techniques.

### **VI.3. 1. Les services administratifs**

Ils comprennent :

- la Direction et son secrétariat ;
- le Service administratif et financier ;
- le Service des soins infirmiers ;
- la Cellule de Contrôle de Gestion ;

- le Service Social ;
- l'Agence Comptable.

### **VI.3. 2. Les services techniques**

Il s'agit des services de la maintenance hospitalière de l'hygiène et de la sécurité.

#### ***- Le service de la maintenance***

C'était une division du service administratif et financier et depuis l'affectation en 2014 dans la structure d'un ingénieur biomédical, il a été érigé en service. A la réaffectation de ce dernier le service fonctionne avec trois techniciens en maintenance dont le chef et le surveillant de service. On y trouve également des ouvriers en maçonnerie, plomberie, froid-climatisation et électricité, et un technicien en maintenance informatique. Le service est chargé de la maintenance préventive et curative. Il tarde à matérialiser son plan de maintenance.

#### ***- Le service de l'hygiène et de la sécurité***

Il est dirigé par un agent d'hygiène et compte trois autres agents dont le chef de la division gestion des déchets biomédicaux. Il s'occupe de l'hygiène et supervise la sécurité assurée par les ASP. Le brancardage y est rattaché ainsi que la morgue.

La morgue dispose sur le plan des ressources humaines d'un contractuel qui fait office de préposé et de deux manœuvres qui sont des stagiaires. Les toilettes ne sont pas fonctionnelles, il n'y a ni bureau, ni salle d'autopsie, ni salle d'exposition pour la levée de corps.

Le service déplore le manque d'effectif et de moyens matériels pour la bonne gestion de l'hygiène hospitalière.

### **VI.3. 3. Les services médico-chirurgicaux**

Les unités de consultations externes en médecine et spécialités médicales, chirurgie et spécialités chirurgicales, et le service d'odonto-stomatologie, ont

été créés en 1992 permettant de prendre en charge en ambulatoire la population locale, la population des régions et des pays limitrophes. Ces consultations se déroulent de 8h 00 à 15h 00, et sur rendez-vous pour certains services (ORL, Neurologie, Cardiologie, Chirurgie viscérale, urologie, neurochirurgie, gynécologie). Ces consultations sont effectuées par des médecins et chirurgiens généralistes et spécialistes qui sont en général seuls dans leur spécialité.

- **Le Service d'Accueil des Urgences (SAU)**



**Etat des lieux**

Le service d'accueil des urgences ne répond ni aux normes architecturales, ni aux normes en matière d'équipements et de ressources humaines. Ce fait impacte négativement sur la rapidité et la qualité de la prise en charge des urgences.

Le service dispose :

***Sur le plan architectural :***

- une salle d'hospitalisation de courte durée,
- une salle d'observation,
- une salle septique,
- une salle d'accueil et d'orientation,
- une salle de garde pour les infirmiers,
- une salle de garde pour les médecins avec deux toilettes,
- un bureau de consultation,
- deux toilettes pour le personnel paramédical,
- deux toilettes pour les malades.

***Sur le plan équipement :***

- 15 lits dont 5 lits de consultation et 10 lits d'hospitalisation,
- 1 brancard,
- 3 fauteuils roulants,

- 2 appareils épurateur de l'air,
- 3 chariots,
- 1 pousse-seringue,
- 1 aspirateur,
- 1 électrocardiogramme,
- 1 défibrillateur,
- 1 tensiomètre électronique,
- 1 glucomètre,
- 8 bouches d'oxygène,
- 4 manomètres,
- 1 pèse- personne adulte.

***Sur le plan des ressources humaines :***

- 4 médecins généralistes, dont 1 en formation urgentiste, qui sont tous contractuels de l'hôpital,
- 5 infirmiers diplômés d'état (IDE),
- 7 assistants infirmiers,
- 5 aides infirmiers,
- 3 Filles de salle,
- 1 secrétaire.

Le personnel paramédical compte 2 agents de l'Etat, 2 contractuels de l'hôpital et 17 stagiaires et prestataires de service.

➤ **Organisation et fonctionnement du service**

Il est dirigé par 01 médecin appuyé par le surveillant de service. Le SAU est ouvert tous les jours de la semaine, 24 heures sur 24. Le service est ainsi organisé Les jours ouvrables de 08h à 16h, 4 médecins accompagnés d'une équipe de 3 paramédicaux dont 1 infirmier et 2 aides font le travail.



- Pour la garde de 16h à 08h, 2 médecins en formation (7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> années de médecine), accompagnés d'une équipe de 3 paramédicaux assurent la continuité du service.
- Les équipes paramédicales roulent toutes les 8 heures.
- **Le Service de Dermatologie vénérologie**



### **Etat des lieux**

Le service de Dermatologie-Vénérologie fait partie des derniers services créés en fin 2013. Il dispose :

#### ***Sur le plan architectural :***

- une salle de consultation servant de bureau du chef de service,
- une salle de soins,
- une salle des infirmiers,
- un bureau servant au counseling et à l'éducation thérapeutique,
- le couloir du bâtiment qui abrite le service sert de salle d'attente.

#### ***Sur le plan équipement :***

- 2 boites de petite chirurgie sans pince porte-aiguille,
- 1 bistouri électrique,
- 3 tables de consultation,
- 1 Pèse-personne adulte,
- 2 tensiomètres électroniques,
- 1 toise,
- 2 plateaux pour les pansements,
- Mobiliers de bureau.

#### ***Sur le plan ressources humaines :***

- un Médecin,
- deux infirmières diplômées d'état (IDE) dont la surveillante de service,
- une assistante infirmière.

➤ **Organisation et fonctionnement du service**

Le service est dirigé par un Médecin aidé par une IDE surveillante de service. L'offre de service se limite à la consultation, aux soins en externe et à la prise en charge des PVVIH. Les malades qui nécessitent une hospitalisation sont orientés vers les autres services et structures de la région.

• **Le service d'Ophthalmologie**

➤ **Etat des lieux**

Le service dispose :

***Sur le plan architectural :***

- un hall d'attente qui abrite le secrétariat,
- une Salle de consultation,
- une salle de prise d'acuité visuelle,
- un bloc opératoire avec une salle d'anesthésie et une salle de petite chirurgie,
- le bureau du médecin,
- le bureau du surveillant de service.

***Sur le plan équipement :***

- 2 lampes à fente
- 1 microscope opératoire
- 2 mallettes de verres d'essai
- 1 ophtalmoscope

***Sur le plan ressources humaines :***

- un ophtalmologiste,
- un technicien supérieur en ophtalmologie,
- une aide infirmière,
- une secrétaire.

➤ **Organisation et fonctionnement du service**

Les consultations se font tous les matins de 7h 30 à 13 heures et les interventions chirurgicales au bloc opératoire se font tous les jours sauf le

vendredi. En dehors des heures de consultations, les urgences ophtalmologiques sont reçues au SAU et le médecin de garde a la latitude d'appeler l'ophtalmologiste qui vient intervenir en cas de besoin.

- **Le service de Chirurgie viscérale**



- **Etat des lieux, organisation et fonctionnement du service**

Le service est composé de plusieurs spécialités :



- ❖ La chirurgie pédiatrique (viscérale et orthopédique) ;



- ❖ La chirurgie générale ;



- ❖ L'urologie pédiatrique et adulte.

Ce service à une capacité totale de 31 lits d'hospitalisation au rez-de-chaussée du bâtiment à étage Il est doté d'une salle de soins et d'une salle d'explorations.

Les consultations se font à l'étage.

Les activités sont subdivisées en trois groupes :

- la consultation (lundi et mercredi),
- la chirurgie en programme réglé (mardi et jeudi),
- la chirurgie d'urgence (tous les jours), l'hospitalisation.



- ❖ deux chirurgiens pédiatre et viscérale,



- ❖ un chirurgien urologue,



- ❖ un infirmier diplômé d'état surveillante de service,



- ❖ deux infirmiers diplômés d'état,



- ❖ six assistants infirmiers,



- ❖ trois infirmiers brevetés,

Trois secrétaires dont une est détachée de l'université Assane Seck.

- **Le service de neurologie**



- **Etat des lieux**

***Sur le plan architectural :***

Le bureau de consultation est situé au sein du bâtiment administratif, alors que l'hospitalisation se fait au niveau du bâtiment à étage avec une salle disposant de 6 lits et une salle de garde pour les infirmiers, partagées avec la neurochirurgie.

***Sur le plan équipement :***



- ❖ 3 Tensiomètre



- ❖ 1 Glucomètre



- ❖ 5 Thermomètre

***Sur le plan ressources humaines :***



- ❖ un médecin neurologue agent de la fonction publique,



- ❖ deux infirmiers d'état contractuel de l'hôpital,



- ❖ deux infirmiers brevetés contractuel de l'hôpital,



- ❖ quatre filles de salle stagiaires,



- ❖ un secrétaire stagiaire commune pour 3 services (neurologie, neurochirurgie et ORL).



- **Organisation et fonctionnement du service**

Le service est dirigé par un médecin neurologue et appuyé par le surveillant de service. Les équipes de personnel paramédical sont composées de 02 agents le jour de 8h à 16h et d'un agent qui assure seul la garde de 16h à 8h.

Il y'a trois jours de consultation par semaine.

- **Le service d'Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale**

- **ORL/CCF**



- **État des lieux**

***Sur le plan architectural***

Le service d'ORL-CCF est doté de :

- ❖ une petite salle de consultation servant de bureau du chef de service située dans le bâtiment à étage,
- ❖ une salle servant de bureau du surveillant de service située dans le bâtiment administratif,
- ❖ une salle de soins,
- ❖ une salle pour les explorations fonctionnelles auditives,
- ❖ un secrétariat partagé avec la neurologie et la neurochirurgie,
- ❖ deux salles d'hospitalisation avec une capacité de 9 lits.

### ***Sur le plan équipement***

Le service dispose de :

- ❖ 5 boîtes d'instruments (03 pour amygdalectomie, 02 pour la chirurgie cervicale),
- ❖ 1 boîte de rhinologie, une boîte d'endoscopie, une boîte de laryngoscopie en suspension,
- ❖ 2 boîtes, deux lampes de CLAR et un microscope de consultation, un audiomètre, une boîte pour les pansements, un ordinateur et une imprimante,

### ***Sur le plan ressources humaines :***

- ❖ un médecin spécialiste en ORL-CCF,
- ❖ une IDE agent de la fonction publique, surveillante de service,
- ❖ une assistante infirmière contractuelle de l'hôpital,
- ❖ deux IDE qui sont des stagiaires.



### **Organisation et fonctionnement du service**

Le service est dirigé par un médecin contractuel du MSAS spécialiste en ORL-CCF aidé par le surveillant de service.

Les consultations se déroulent les mardis et jeudis, la chirurgie est pratiquée les lundis et vendredis, les mercredis ont lieu la programmation pour le bloc, les contrôles des malades opérés et les explorations.

Les gardes sont effectuées par les deux infirmières stagiaires.

- **Le service de Gynécologie –Obstétrique**



- **Etat des lieux**

Le service de gynécologie obstétrique comporte :

***Sur le plan architectural :***

Il dispose de deux (2) bâtiments qui abritent :



- ❖ 2 bureaux pour les gynécologues qui servent de salle de consultation,



- ❖ 1 salle d'accouchement avec 3 compartiments,



- ❖ 1 bloc opératoire non fonctionnel,



- ❖ 1 salle de garde,



- ❖ 1 Toilette pour le personnel,



- ❖ 2 toilettes visiteurs,



- ❖ 1 grande salle d'hospitalisation de 10 lits,



- ❖ 4 salles d'hospitalisation de 4 lits chacune,



- ❖ 3 cabines de 2 lits chacune,



- ❖ 1 salle d'explorations,

***Sur le plan des équipements :***



- ❖ 32 lits d'hospitalisation,



- ❖ 3 tables de consultation,



- ❖ 2 tables d'accouchement,



- ❖ 5 boîtes d'accouchement,



- ❖ 1 table chauffante (artisanale),



- ❖ 1 poupinel,



- ❖ 1 lampe scialytique mobile,



- ❖ 1 colposcope,



- ❖ 1 appareil de cryothérapie,



- ❖ des instruments d'extraction : forceps, ventouse, spatules.

### *Sur le plan ressources humaines :*

- ❖ deux gynécologues,
- ❖ quatorze sages-femmes dont 9 agents de la fonction publique, 2 contractuelles du MSAS et 3 de l'hôpital,
- ❖ un infirmier d'état agent de la fonction publique,
- ❖ six assistants infirmiers dont 3 contractuels de l'hôpital et 3 stagiaires,
- ❖ neuf matrones toutes contractuelles de l'hôpital,
- ❖ deux stagiaires sages-femmes,
- ❖ trois techniciennes de surface dont 1 stagiaire.



### **Organisation et fonctionnement du service**

Il est dirigé par un médecin gynécologue qui est appuyé par un autre médecin gynécologue, tous deux agents de la fonction publique. Il y a quatorze sage-femmes qui assurent le fonctionnement des différents secteurs à savoir la consultation externe, la salle d'accouchement, l'hospitalisation et les soins post-partum.

Les consultations prénatales, post natales et les soins post-partum se déroulent tous les jours ouvrables par les sage-femmes. La consultation spécialisée se fait sur rendez-vous et se déroule les lundis et mercredis. Les mardis et jeudis sont réservés au programme opératoire. Les urgences sont assurées 24h/24.

Les gardes à la salle d'accouchement sont assurées par 4 équipes de 2 sage-femmes et d'une matrone qui roulent de 8h à 18h et de 18h à 8h. Les gardes en hospitalisation sont assurées par 4 équipes composées d'un infirmier ou d'un assistant infirmier et d'une matrone.

Les deux gynécologues assurent les astreintes.

- **Le Service de médecine**

Il comprend un service d'hospitalisation et une consultation externe.

## ❖ **Le service d'hospitalisation**

### ➤ **Etat des lieux**

#### ***Sur le plan architectural :***

Le service dispose de :

- ❖ 2 grandes salles d'hospitalisation avec toilettes ayant chacune une capacité de 6 lits,
- ❖ 3 cabines ayant des toilettes individuelles,
- ❖ 1 salle de garde,
- ❖ 1 bureau du surveillant de service,
- ❖ 1 salle de stérilisation qui sert de salle de staff,

#### ***Sur le plan équipement :***

- ❖ 15 lits d'hospitalisation dont 6 défectueux,
- ❖ 2 lits dans la salle de garde des infirmiers,
- ❖ 1 mobilier de bureau dans le bureau du surveillant de service et 1 armoire,
- ❖ 1 stérilisateur en panne,
- ❖ 1 pèse-personne,
- ❖ 1 table qui sert de stockage du matériel de soins,
- ❖ 2 charriots de soins,
- ❖ 1 tensiomètre électronique.

#### ***Sur le plan ressources humaines :***

- ❖ deux médecins (1 à la retraite et 1 contractuel de l'hôpital),
- ❖ un infirmier d'état, agent de la fonction publique,
- ❖ un assistant infirmier, agent de la fonction publique,
- ❖ trois assistants infirmiers brevetés, contractuels de l'hôpital,
- ❖ quatre assistants infirmiers, stagiaires.



## ➤ **Organisation et fonctionnement du service**

Les médecins assurent les visites en hospitalisation les lundis, mercredis et vendredis. Il n'y a ni de gardes ni d'astreintes pour les médecins.

Le personnel paramédical est organisé en équipes, 4 personnes le jour de 8h à 14h, 1 personne de 14h à 18 heures, et 2 personnes pour la garde de 18h à 8h.

## ❖ **Les Consultations externes**

Les activités de consultations sont effectuées au niveau du centre antidiabétique. Il n'y a ni personnel paramédical, ni surveillant de service. Un seul médecin, qui est appuyé de temps à autres par des étudiants en médecine en stage rural.

## ➤ **Etat des lieux**

Le centre antidiabétique est un service récent inauguré le 06 Aout 2001. Son objectif premier était de servir d'antenne régionale pour la prise en charge du Diabète. Cependant il est utilisé aussi comme service de consultation générale et de suivi des PVVIH. Il dispose sur :

### ***Sur le plan architectural :***

- ❖ 3 bureaux de consultation (1 pour les diabétiques et 2 pour la consultation externe),
- ❖ 1 salle de pansement,
- ❖ 1 salle de conseil régime et glycémie,
- ❖ 1 bureau de surveillant de service,
- ❖ 1 réfectoire,
- ❖ 1 salle de counseling pour les PVVIH,
- ❖ 1 couloir sert de salle d'attente pour les malades,
- ❖ 2 toilettes non fonctionnelles pour le personnel,
- ❖ 1 toilette pour les patients.

### ***Sur le plan équipement :***

- ❖ 3 tables de consultation,
- ❖ 5 tables de bureau avec fauteuils ministre défectueux,
- ❖ 3 pèse-personnes,
- ❖ 2 ordinateurs,
- ❖ 1 imprimante,
- ❖ 1 écran de projection pour la réalisation des counselings pour les diabétiques,
- ❖ 2 toises,
- ❖ Des bancs au niveau de la salle d'attente,
- ❖ 4 armoires de rangements.

### ***Sur le plan des ressources humaines :***

- ❖ un médecin responsable l'unité, chef de service de la médecine,
- ❖ un infirmier diplômé d'état surveillant de service agent de la fonction publique,
- ❖ deux assistants infirmiers stagiaires.

### **➤ Organisation et fonctionnement du service**

Les activités se déroulent tous les jours de 8 à 16h et regroupent :

- ❖ consultation des malades diabétiques et des PVVIH les mardis et jeudis,
- ❖ pansements tous les jours,
- ❖ counseling les mardis et jeudis.
- ❖ réalisation de la glycémie capillaire tous les jours ouvrables.

### **• Le service d'orthopédie**

### **➤ Etat des lieux**

### ***Sur le plan architectural :***

Le service est composé de 3 divisions :

❖ ***L'orthopédie et la traumatologie*** avec :

- une unité d'hospitalisation qui comporte 3 salles de 12 lits,
- une consultation externe avec 2 bureaux, un situé au bâtiment administratif, l'autre au rez-de-chaussée du bâtiment à étage,
- une salle au bloc opératoire.

Le service dispose en termes de locaux, de 2 bureaux pour les deux médecins, 1 bureau pour le surveillant de service, 1 salle de garde, 1 salle pour les soins infirmiers et les plâtres. Les bureaux de consultation et les salles d'hospitalisation sont disparates.

- ***La division de kinésithérapie et rééducation fonctionnelle*** qui comprend une grande salle pour le massage et la rééducation,
- un bureau pour le chef de division,
- une salle pour le personnel.

❖ ***La division centre de réadaptation et d'appareillage orthopédique (CRAO)*** qui comprend :

- deux salles pour les travaux,
- un bureau pour le chef de division,
- une salle pour le personnel,
- un box pour les mesures,
- un grand couloir transformé en salle d'attente pour les 2 divisions.

***Sur le plan ressources humaines :***

*Pour l'Orthopédie traumatologie :*

- deux chirurgiens orthopédistes,
- deux infirmiers d'Etat dont le surveillant de service.
- trois assistants infirmiers,
- deux aides infirmiers,
- deux stagiaires,
- un secrétaire.

Pour la kinésithérapie :

- deux techniciens supérieurs en kinésithérapie, agents de la fonction publique, l'un faisant fonction de chef de division,
- un aide, contractuel de l'hôpital,
- une secrétaire, stagiaire.
  
- un technicien supérieur en appareillage orthopédique, chef de division,
- deux assistants dont un cordonnier.

Le service est dirigé par un chirurgien orthopédiste traumatologue, contractuel du MSAS, secondé par un adjoint, contractuel de l'hôpital et aidé par un surveillant, IDE, agent de la fonction publique.

➤ **Organisation et fonctionnement du service**

Les consultations se déroulent les mardis et jeudis.

Le programme opératoire est déroulé les lundis et mercredis.

Les vendredis sont programmés pour les rendez-vous des malades opérés et les petites chirurgies.

Les interventions chirurgicales d'urgence se font 7 jours sur 7 et les visites des malades se font chaque matin avec l'équipe de garde, les étudiants stagiaires et les infirmiers stagiaires.

Des cours pratiques et des micro-cours sont organisés à l'intention des étudiants de l'UFR santé dans les salles et au bloc.

## **DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE**

### **I. MATERIELS ET METHODE I. 1.**

#### **Cadre de l'étude**

Le Centre Hospitalier Régional de Ziguinchor est un établissement public de santé de niveau II. Il est construit en 1970 du temps de la guerre de libération de la Guinée Bissau pour servir d'antenne chirurgicale aux blessés de guerre. C'est un hôpital de référence qui prend en charge les malades de Ziguinchor mais également ceux venant des régions de Kolda, Sédhiou et des pays limitrophes comme la Gambie, la Guinée Conakry et la Guinée Bissau.

L'hôpital a une capacité d'accueil de 147 lits répartis dans quatorze (14) services (Médecine, Chirurgie Générale, orthopédie-traumatologie, Gynécologie-Obstétrique, Pédiatrie, Service d'Accueil des Urgences, Réanimation, ORL, Neurologie, neurochirurgie, dermatologie, cardiologie, hémodialyse, odontostomatologie).

Le personnel socio-sanitaire est composé d'agents fonctionnaires de l'Etat, d'agents contractuels du ministère de la Santé, d'agents contractuels de la structure. Cette structure hospitalière s'appuie sur un effectif de 278 agents de santé.

Le corps médical est ainsi composé :

- ❖ un pédiatre ;
- ❖ un cardiologue ;
- ❖ un médecin urgentiste ;
- ❖ un dermatologue ;
- ❖ deux orthopédistes ;
- ❖ un urologue ;
- ❖ trois chirurgiens pédiatriques ;

- ❖ un chirurgien-dentiste ;
- ❖ un ophtalmologue ;
- ❖ deux gynécologues ;
- ❖ un neurochirurgien ;
- ❖ deux neurologues
- ❖ un pharmacien.

## **I. 2. Type et période d'étude**

Il s'agit d'une étude prospective transversale, mono centrique réalisée au niveau de l'Hôpital Régional de Ziguinchor du 1<sup>er</sup> juillet au 30 Octobre 2019.

## **I. 3. Population d'étude**

La population d'étude est constituée par les patients pris en charge dans les services et les praticiens qui travaillent au sein de l'Hôpital Régional de Ziguinchor durant la période de l'étude.

## **I. 4. Echantillonnage**

### **Critères d'inclusion**

Ont été inclus :

#### ❖ **Les patients :**

suivis en consultation, en soins externes ou en hospitalisation

- ✓ qui avaient la capacité de consentement,
- ✓ qui avaient accepté de répondre au questionnaire ;

#### ❖ **Les professionnels de santé :**

- ✓ qui étaient en service,
- ✓ qui avaient accepté de répondre au questionnaire.

## **Critères de non-inclusion**

N'ont pas été inclus

- ❖ **Les patients :**
  - ✓ qui refusaient le consentement,
  - ✓ qui ne pouvaient pas répondre au questionnaire ;
- ❖ **Les professionnels de santé :**
  - ✓ qui étaient absents
  - ✓ qui refusaient le consentement.

## **Critères d'exclusion**

Ont été exclus les personnes âgées de moins de 18 ans.

Tous les personnels de santé et les patients des services qui n'ont pas participé à l'enquête.

## **I. 5. Recueil et collecte des variables**

Les données étaient recueillies grâce à un questionnaire préétabli et standardisé.

### **Etaient collectées :**

Les données sociodémographiques des patients (âge, sexe, profession, statut matrimonial,...) ;

Pour les patients, les items évalués étaient : les renseignements concernant l'admission, les renseignements concernant les soins quotidiens à l'hôpital, concernant l'information, les données relatives au personnel de soins (les infirmiers (ères), les médecins, les autres personnels), les données relatives au séjour, à la sortie de l'hôpital, les recommandations et suggestions.

Les données sociodémographiques des praticiens (âge, sexe, profession, statut matrimonial,...) ;

Pour les praticiens, les items évalués étaient : la collaboration entre les praticiens, les relations avec les patients, la régularité de la prestation du service,

l'organisation pour le traitement et les moyens thérapeutiques disponibles, la disponibilité de méthodes et/ou protocoles codifiés, la qualité des outils et matériels mis à disposition, et la motivation du personnel.

### **I. 6. Déroulement de l'étude**

Après avoir effectué les formalités administratives, des visites au niveau des différents services ont été effectuées, les jours ouvrables, en fonction des plannings de consultation. L'échantillonnage était aléatoire simple. L'entretien avec les malades hospitalisés se faisait après la visite médicale. Le consentement verbal libre et éclairé était recueilli pour chaque participant.

Les données ont été recueillies, par un entretien individuel réalisé en langue française ou locale, et colligées sur une fiche d'enquête (Annexe) permettant de recenser les différentes informations et appréciations des patients ainsi que celles des praticiens.

### **I. 7. Considérations éthiques**

L'administration et la commission médicale d'établissement ont été informées de l'étude, les autorisations des chefs de service ont été obtenues.

Le consentement verbal libre et éclairé a été recueilli pour chaque participant.

Cette étude ne comportait pas de risque pour les participants. L'anonymat a été requis et préservé tout au long du processus. La confidentialité des données a été assurée tout au long de l'étude.

### **I. 8. Analyse statistique**

Les données recueillies étaient saisies et analysées sur le logiciel Epi info version 7.2.3.0

Les tests statistiques utilisés sont : la moyenne, le pourcentage, test Chi2 et le test de Student.



## II. RESULTATS

### II.1. Les résultats de l'enquête des patients

#### II.1. 1. Les données sociodémographiques



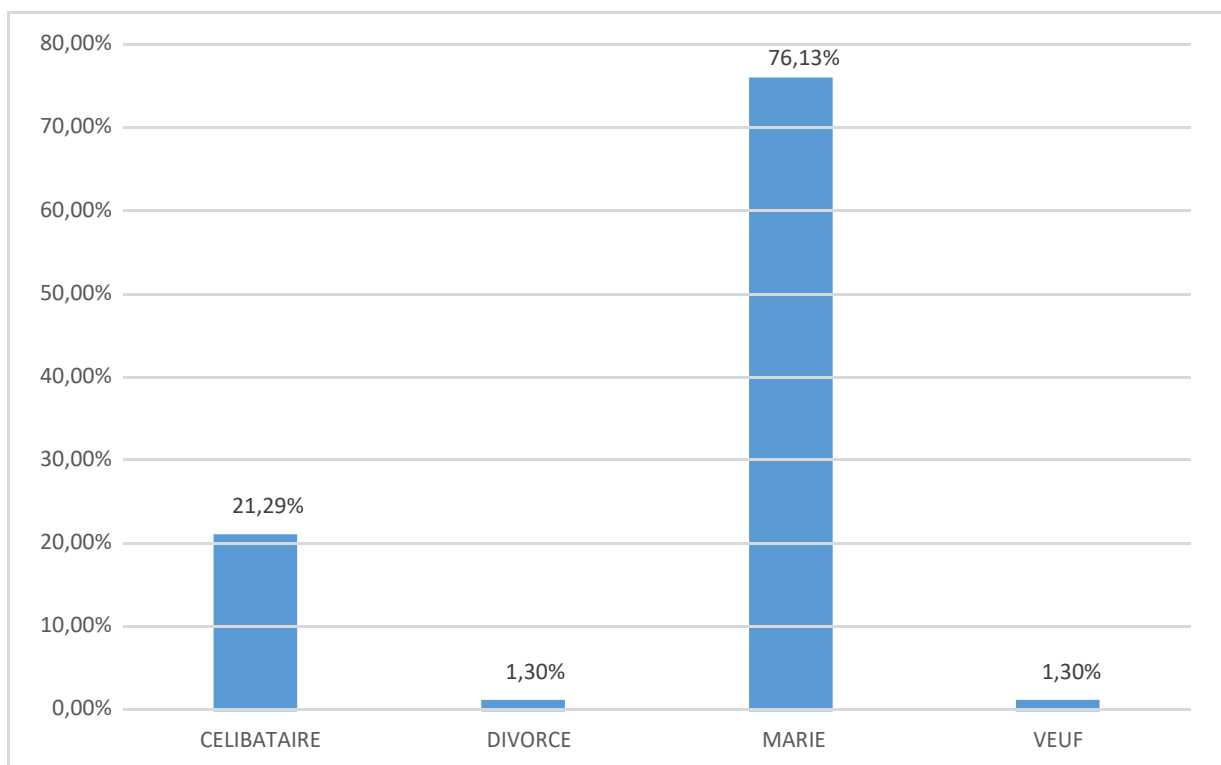
##### Le sexe

Le sex-ratio était de 1,31 en faveur des hommes.



##### La situation matrimoniale

Les patients mariés étaient majoritaires avec 76,13% des cas. Les veufs et divorcés représentaient respectivement 1,30% des cas (**Figure 2**).

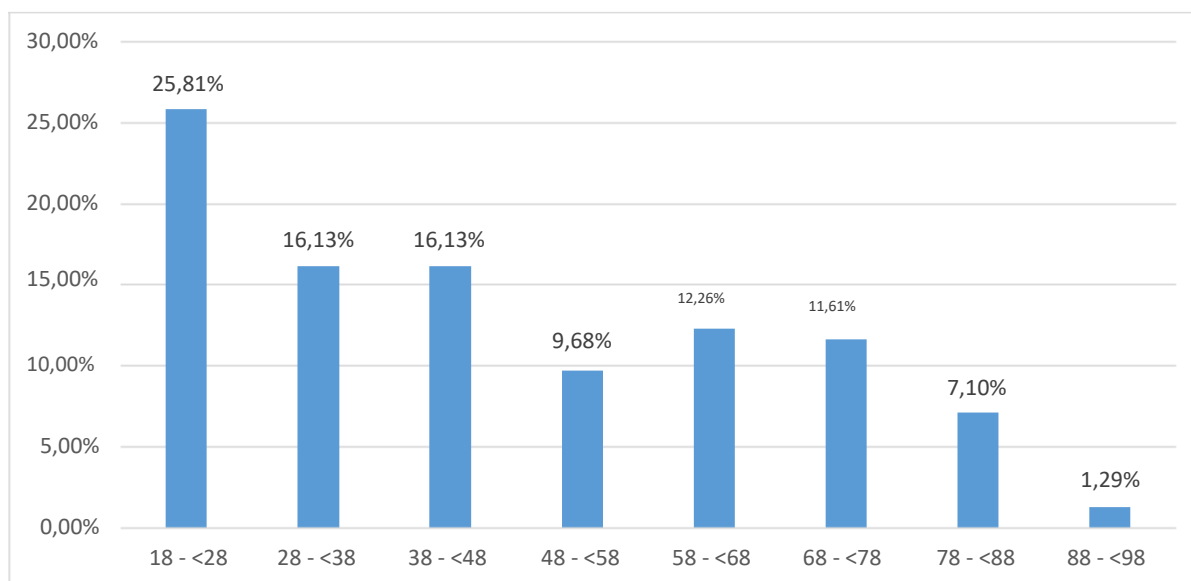


**Figure 2: Répartition des patients selon leur statut matrimonial**



##### L'âge

L'âge était réparti par tranche de 10, de 18 à 98 ans. La moyenne d'âge des patients était de 45,76 ans avec des extrêmes de 18 et 89 ans. Les jeunes étaient les plus représentés, les moins de 50 ans représentaient plus de 58% des cas et les moins de 40 ans plus de 40% des cas. La tranche d'âge la plus représentative était celle de 18 à 28 ans avec 25,81% de l'effectif. (**Fig. 3**).

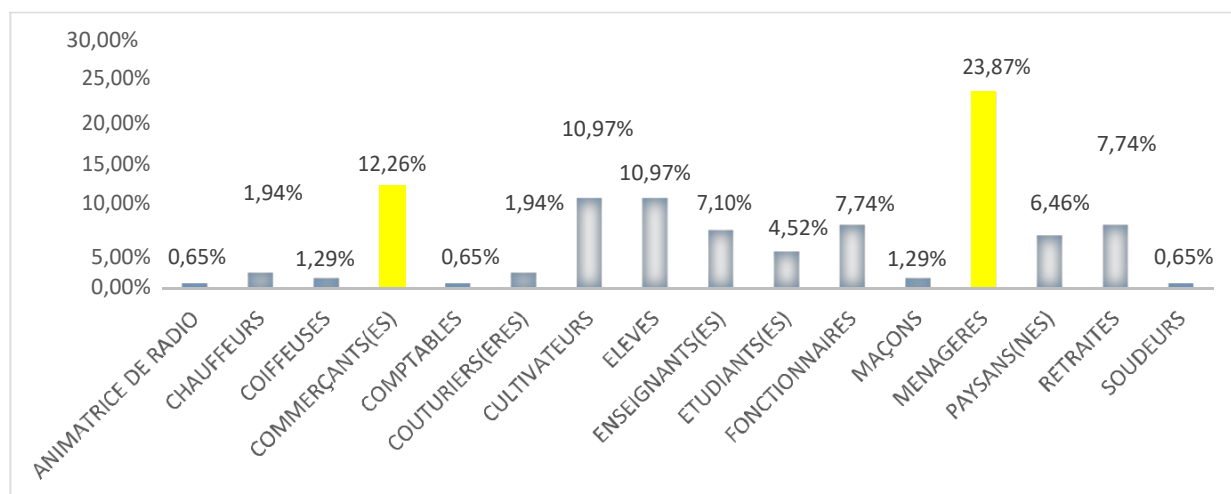


**Figure 3: Répartition des patients par tranche l'âge**



### La profession

Les professions majoritaires étaient les ménagères et commerçants (es) dans respectivement 23,87% et 12,26% des cas. (Fig. 4)

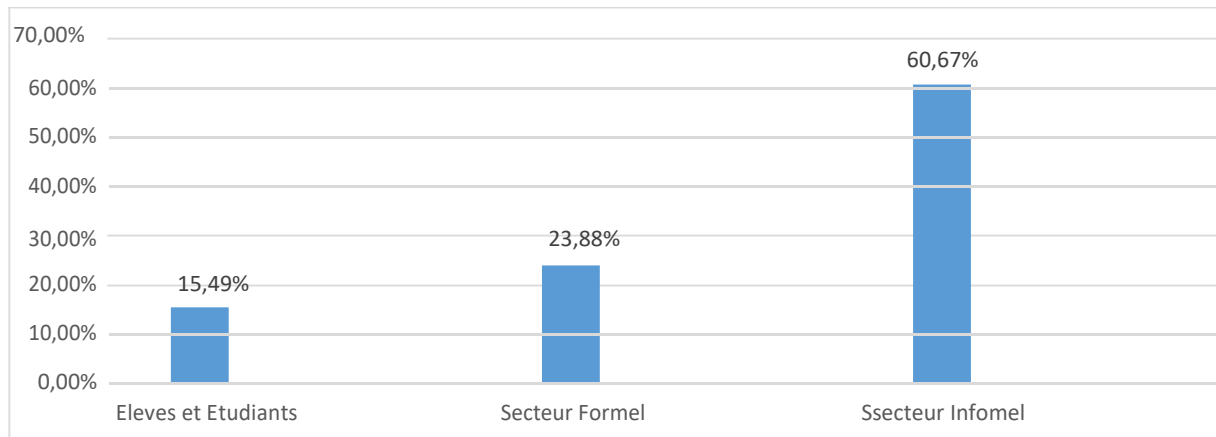


**Figure 4: Répartition des patients selon leur profession**



### Le secteur d'activité

Les patients travaillant dans le secteur informel étaient majoritaires avec 60,67% des cas dont 23,87% de ménagères ; 12,26% de commerçants (es) et 10,97% de cultivateurs (Fig. 5).



**Figure 5: Répartition des patients en fonction de leur secteur d'activité II.1. 2. Les données de l'évaluation par les patients**

❖ **Répartition des patients par service**

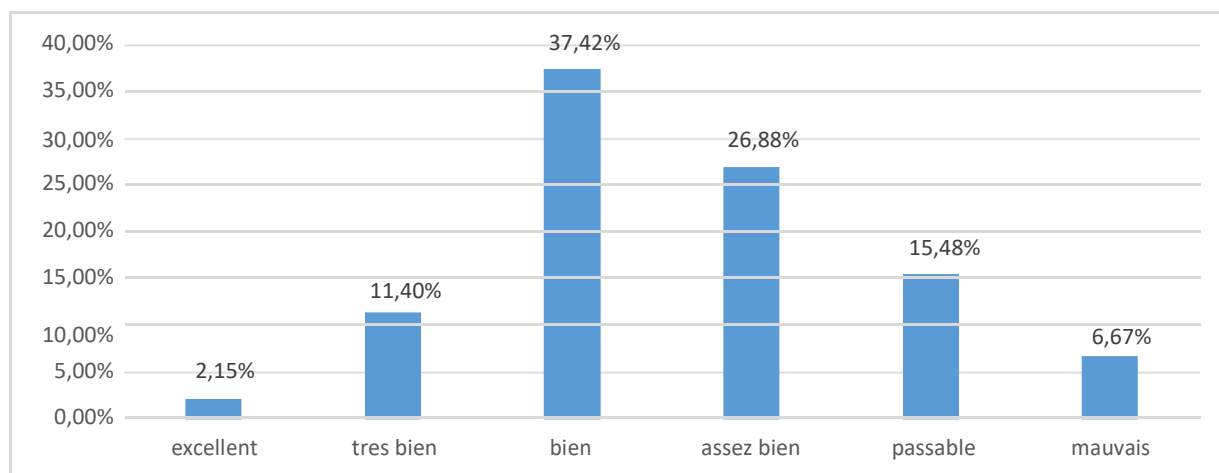
Les patients qui avaient répondu au questionnaire sont au nombre de 155 répartis comme suit dans le **Tableau III**.

**Tableau III: Répartition des patients par service**

SERVICE	Fréquence	Pourcentage (%)
<b>CHIR</b>	21	13,55
<b>DERM</b>	16	10,32
<b>GYN</b>	17	10,97
<b>MED</b>	17	10,97
<b>NEURO</b>	15	9,68
<b>OPHT</b>	18	11,61
<b>ORL</b>	16	10,32
<b>ORTHO</b>	18	11,61
<b>SAU</b>	17	10,97
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100%</b>

❖ **A propos de l'admission**

L'admission était jugée de façon globale « bien » par 37,42%, « excellente » par 2,15% et « mauvaise » par 6,67% des patients (**Fig. 6**). On notait des écarts de cette appréciation selon les services représentés dans le tableau IV.



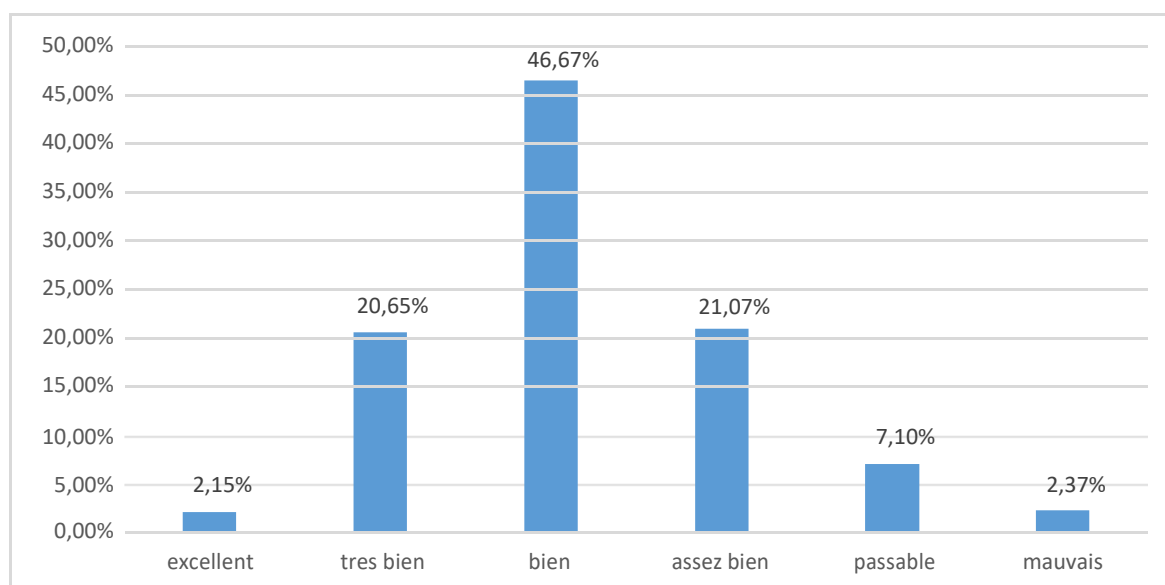
**Figure 6: Répartition des patients selon leur appréciation globale de l'admission**

**Tableau IV: Appréciation de l'admission par les patients dans les différents services**

ITEMS	SERVICES								
	CHIR (%)	DERM (%)	GYN (%)	MED (%)	NEURO (%)	OPHT (%)	ORL (%)	ORTHO (%)	SAU (%)
EXCELLENT	7,93	4,16	0	0	0	0	0	0	5,88
TRES BIEN	36,51	6,25	0	0	22,22	7,41	12,50	7,41	5,88
BIEN	30,16	35,42	37,25	33,33	53,34	27,78	52,08	29,63	43,14
ASSEZ-BIEN	15,87	33,33	35,29	37,26	17,78	42,59	25,00	25,93	9,80
PASSABLE	6,35	12,50	17,65	19,61	6,67	16,67	10,42	29,63	19,61
MAUVAIS	3,17	8,33	9,80	9,80	0	5,56	0	7,41	15,69

❖ **A propos des soins quotidiens à l'hôpital**

Les soins quotidiens à l'hôpital étaient jugés globalement « bien » par 46,67 % des patients et « mauvais » par 2,37 % des patients (**Figure 7**), avec des différences en fonction des services représentées dans le **tableau V**.



**Figure 7: Répartition des patients selon leur appréciation globale des soins quotidiens à l'hôpital.**

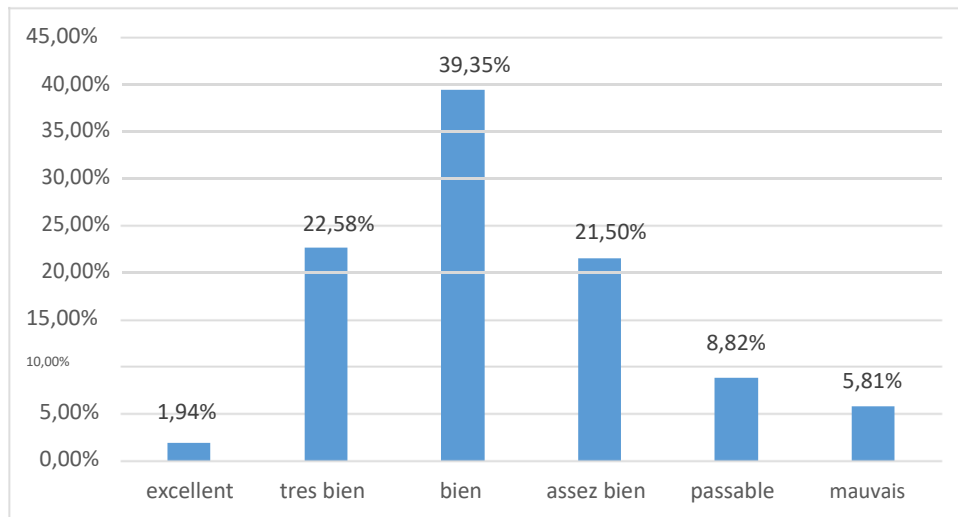
**Tableau V: Appréciation des soins quotidiens par les patients par service**

### SERVICES

ITEMS	CHIR (%)	DERM (%)	GYN (%)	MED (%)	NEURO (%)	OPHT (%)	ORL (%)	ORTHO (%)	SAU (%)
EXCELLENT	7,94	4,16	0	0	0	3,70	0	0	1,96
TRES BIEN	58,73	10,42	0	0	26,67	11,11	45,83	11,11	15,69
BIEN	28,57	68,75	37,25	52,94	62,22	68,52	35,42	27,78	45,10
ASSEZ-BIEN	4,76	14,58	39,22	39,22	11,11	16,67	18,75	33,33	13,73
PASSABLE	0	2,08	23,53	5,88	0	0	0	20,3	11,7
MAUVAIS	0	0	0	1,96	0	0	0	7,41	11,76

### ❖ Concernant l'information des patients

A propos l'information, elle était jugée par les patients, en général « bien » dans 39,35 % des cas et « mauvaise » dans 5,81 % des cas (**Fig. 8**). Les appréciations différaient d'un service à l'autre, représentées dans le **tableau VI**.



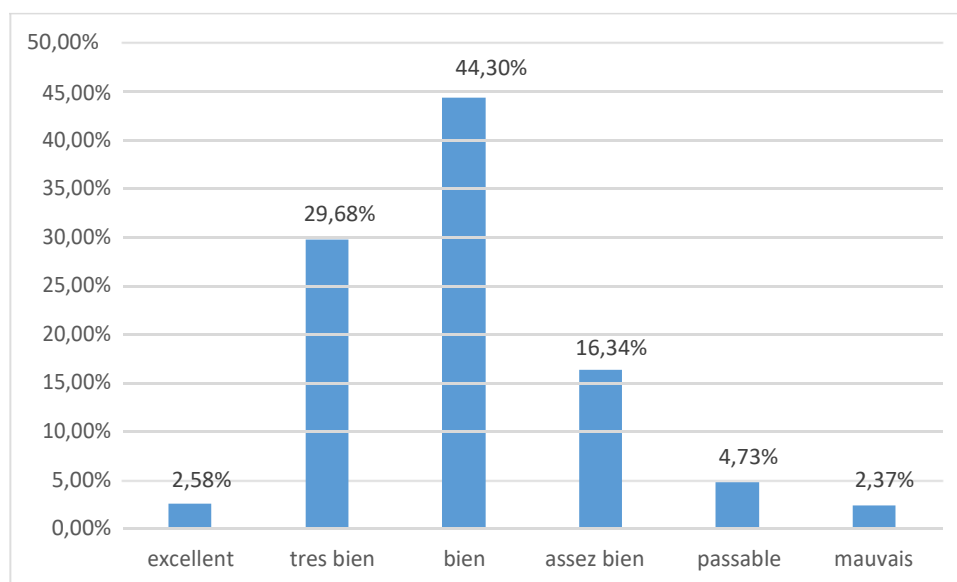
**Figure 8: Répartition des patients selon leur appréciation globale de l'information reçue**

**Tableau VI: Appréciation de l'information reçue par les patients par service**

SERVICES									
ITEMS	CHIR (%)	DERM (%)	GYN (%)	MED (%)	NEURO (%)	OPHT (%)	ORL (%)	ORTHO (%)	SAU (%)
EXCELLENT	4,76	4,16	0	0	0	3,70	0	0	3,92
TRES BIEN	38,10	20,83	5,88	0	40	25,92	43,75	11,11	17,64
BIEN	38,10	60,42	27,45	62,75	46,67	51,85	25,00	24,07	19,60
ASSEZ-BIEN	12,70	10,42	37,25	21,57	13,33	16,67	31,25	40,74	9,80
PASSABLE	6,35	2,08	17,65	11,76	0	1,85	0	12,96	25,49
MAUVAIS	0	2,08	11,76	3,92	0	0	0	11,11	23,53

## ❖ A propos du personnel de soins : les infirmiers (ères)

L'appréciation du personnel de soins, plus précisément des infirmiers (ères) était jugée généralement « bien » par 44,30% des patients et « mauvaise » par 2,37% des patients (**Fig. 9**). Les appréciations des infirmières au niveau de chaque service sont représentées dans le tableau VII.



**Figure 9: Répartition des patients selon leur appréciation générale des infirmiers**

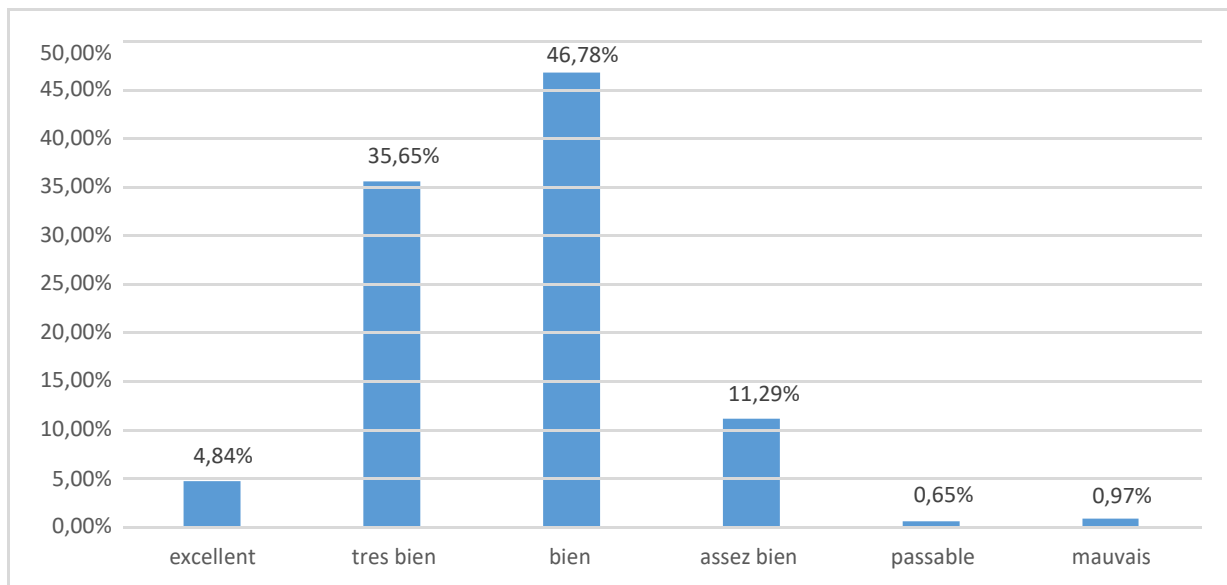
**Tableau VII: Appréciation des infirmiers (ères) par patients par service**

### SERVICES

ITEMS	CHIR (%)	DERM (%)	GYN (%)	MED (%)	NEURO (%)	OPHT (%)	ORL (%)	ORTHO (%)	SAU (%)
EXCELLENT	3,70	8,33	0	0	2,22	3,70	0	0	5,88
TRES BIEN	31,48	29,17	11,76	1,96	46,67	31,48	60,42	11,11	19,61
BIEN	59,26	50	33,33	70,59	48,89	59,26	31,25	31,48	43,14
ASSEZ-BIEN	6,33	12,50	31,37	21,57	2,22	5,55	8,33	35,18	23,53
PASSABLE	0	0	15,69	3,92	0	0	0	16,67	8,82
MAUVAIS	0	0	7,84	1,96	0	0	0	5,56	5,88

## ❖ A propos du personnel médical

L'appréciation du personnel médical était jugée dans l'ensemble « bien » par 46,78 % des patients et « mauvaise » par 0,97 % des patients. **Fig. 10.** Les variations de cette appréciation en fonction des services sont matérialisées dans le **tableau VIII.**



**Figure 10: Répartition des patients selon leur appréciation des médecins**

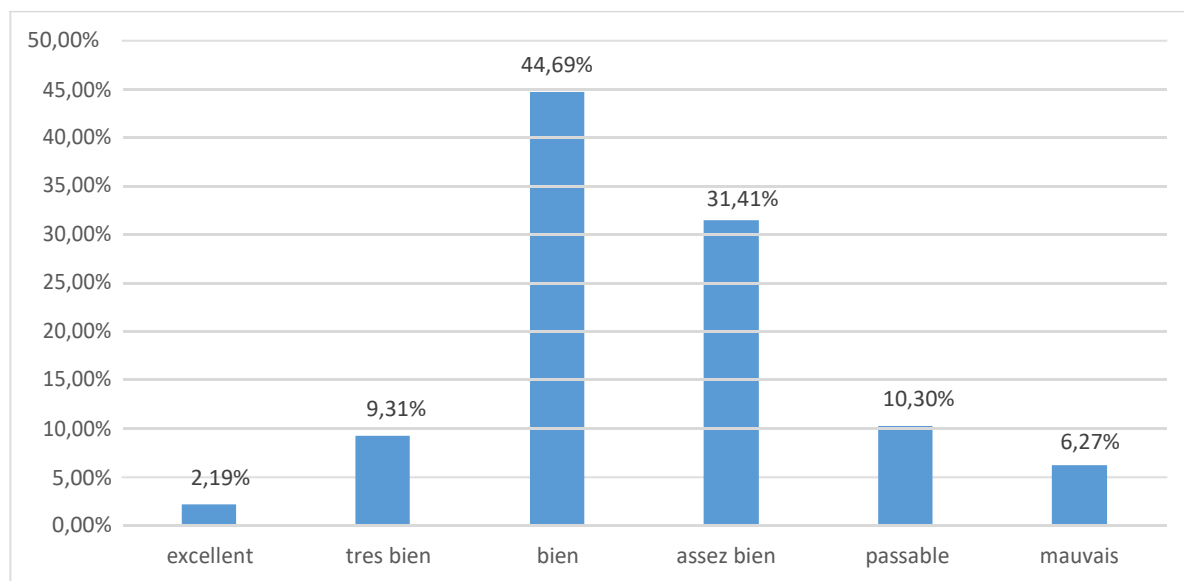
**Tableau VIII: Appréciation des médecins par les patients par service**

ITEMS	SERVICES									
	CHIR (%)	DERM (%)	GYN (%)	MED (%)	NEURO (%)	OPHT (%)	ORL (%)	ORTHO (%)	SAU (%)	
EXCELLENT	14,29	7,81	0	0	8,33	4,17	3,12	0	4,41	
TRES BIEN	58,33	29,69	16,18	10,29	50	44,45	65,63	13,89	30,88	
BIEN	25	59,38	44,12	79,41	41,67	51,39	29,69	47,22	47,06	
ASSEZ-BIEN	2,38	3,12	39,71	10,29	0	0	1,56	37,50	5,88	
PASSABLE	0	0	0	0	0	0	0	1,39	3,92	
MAUVAIS	0	0	0	0	0	0	0	0	8,82	



❖ **A propos du personnel de soins : les autres personnels (les femmes de ménage et les vigiles)**

L'appréciation des autres personnels de soins, dans l'ensemble était jugée « bien » par 44,69% des patients et « mauvaise » par 6,27 % des patients (Fig. 11). L'appréciation des autres personnels par service est représentée sur le tableau IX.



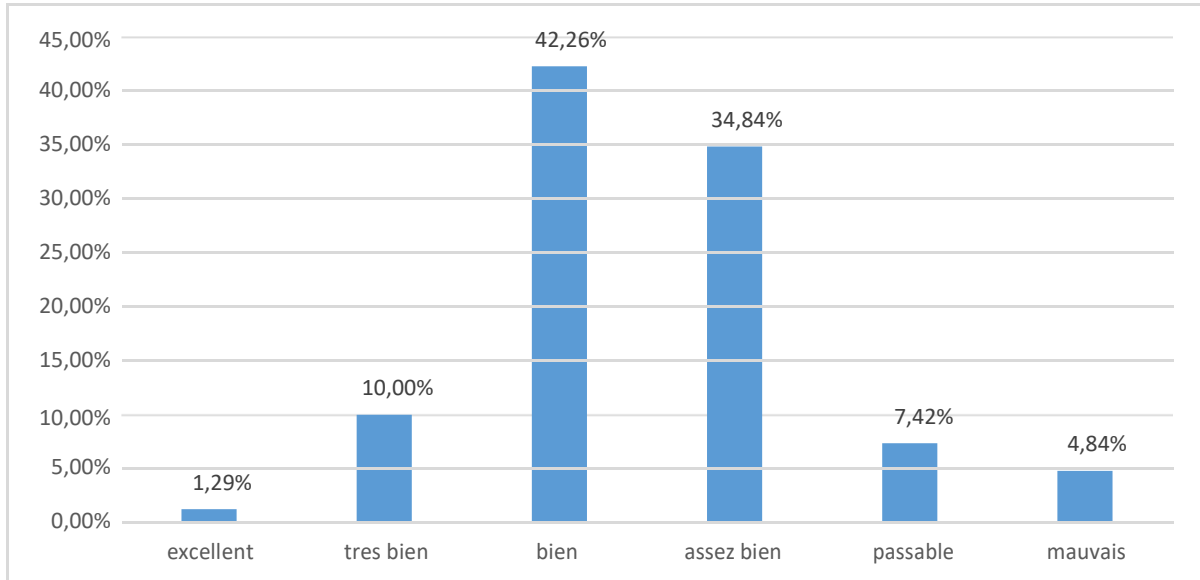
**Figure 11: Répartition des patients selon leur appréciation des autres personnels.**

**Tableau IX: Appréciation des autres personnels par service**

ITEMS	SERVICES								
	CHIR (%)	DERM (%)	GYN (%)	MED (%)	NEURO (%)	OPHT (%)	ORL (%)	ORTHO (%)	SAU (%)
EXCELLENT	3,17	2,08	0	0	0	0	0	0	3,92
TRES BIEN	18,44	6,25	1,96	1,96	23,89	18,52	15,63	3,70	3,92
BIEN	31,50	41,67	42,16	75,82	63,33	48,15	71,88	22,22	33,33
ASSEZ-BIEN	28,69	34,72	55,88	0	4,45	20,37	12,50	62,96	37,25
PASSABLE	9,89	13,19	00,00	11,11	8,33	12,96	0	0	7,83
MAUVAIS	8,30	2,08	00,00	11,11	0	0	0	11,11	13,72

## ❖ A propos du séjour à l'hôpital

Le séjour à l'hôpital était jugé globalement « bien » par 42,26% des patients et « mauvais » par 4,84 % des patients (**Fig. 12**). Les variations de l'appréciation de cet item sont représentées dans le **tableau X**.



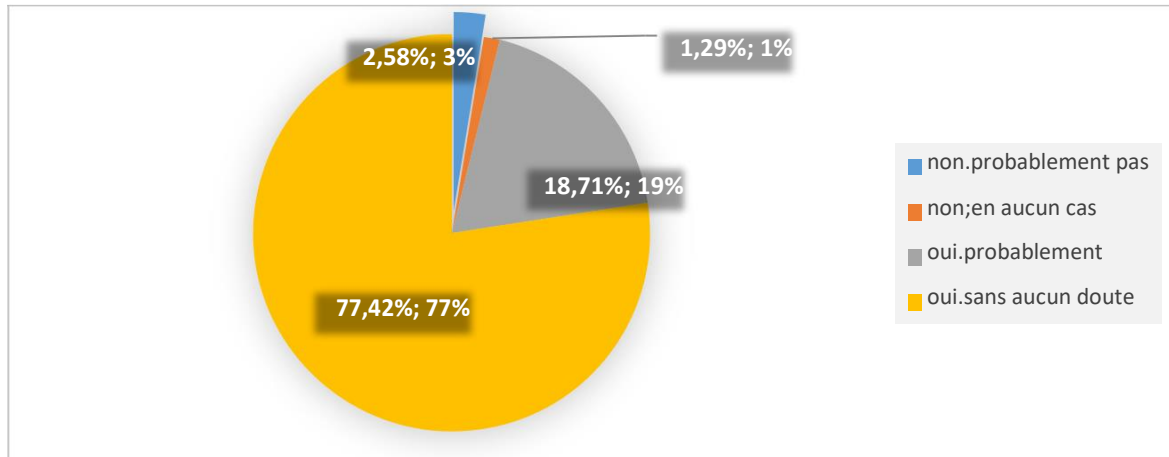
**Figure 12: Répartition des patients selon leur appréciation globale du séjour à l'hôpital**

**Tableau X: Appréciation du séjour à l'hôpital par service**

SERVICES									
ITEMS	CHIR (%)	DERM (%)	GYN (%)	MED (%)	NEURO (%)	OPHT (%)	ORL (%)	ORTHO (%)	SAU (%)
EXCELLENT	4,75	0	0	0	0	0	0	0	0
TRES BIEN	42,86	3,12	0	0	10	2,78	0	0	23,53
BIEN	30,96	31,25	23,53	58,83	70	41,67	68,75	22,23	41,18
ASSEZ-BIEN	2,38	25,00	76,47	35,29	20	55,56	31,25	47,23	23,53
PASSABLE	2,38	31,25	0	2,94	0	0	0	25,00	5,88
MAUVAIS	16,67	9,38	0	2,94	0	0	0	5,55	5,88

### ❖ **Recommanderiez-vous l'hôpital ou le service ?**

La majorité des patients soit 77,42 % répondaient « oui, sans aucun doute » concernant la possibilité de recommander le service ou la structure à un proche (Fig. 13).



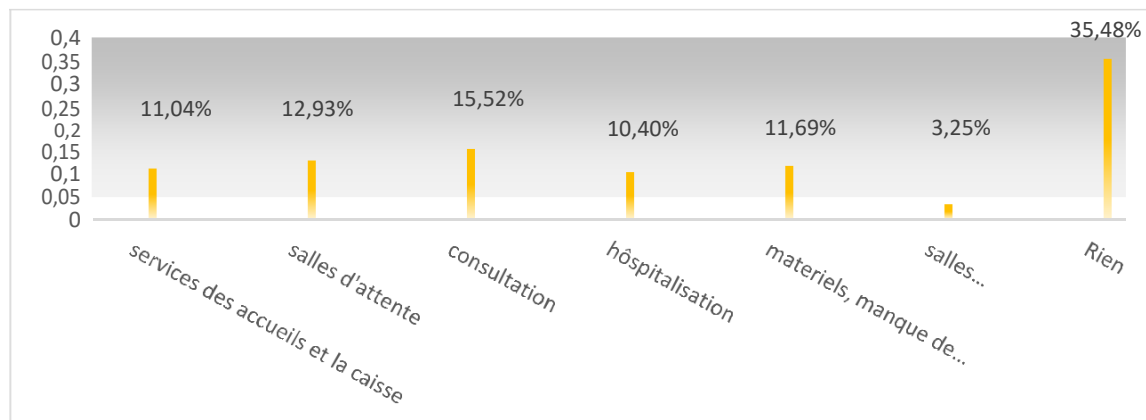
**Figure 13: Répartition des patients selon la possibilité de recommander la structure ou le service à un proche**

### ❖ **Le souhait de revenir ou pas dans le service ou hôpital**

La majorité des patients souhaitait revenir (96,13%) dans le service en cas de nécessité. En revanche 3,90% ne souhaitaient pas revenir.

### ❖ **Améliorations nécessaires**

Les améliorations souhaitées concernaient les consultations et la salle d'attente avec respectivement 15,52% et 12,93 % des avis recueillis (Fig. 14).



**Figure 14: Les améliorations nécessaires exprimées par les patients**

## II.2. Résultats de l'enquête des praticiens

Les praticiens qui avaient répondu au questionnaire étaient au nombre de 23, répartis comme suit dans le **tableau XI**.

**Tableau XI: répartition des praticiens par services**

SERVICE	Nombre de praticiens
CHIR	2
DERM	2
GYN	2
MED	1
NEURO	2
OPHT	1
ORL	2
ORTHO	5
SAU	6
Total	23

### II.2.1 Les données sociodémographiques

#### ❖ L'âge

La moyenne était de 37,47 ans avec des extrêmes de 25 et 54 ans. Les moins de 35 ans représentaient 39,13% des praticiens et 60,87% étaient âgés de 35 ans ou plus.

#### ❖ Le sexe

Le sex-ratio était de 0,44 en faveur des hommes.

#### ❖ La situation matrimoniale

On retrouvait une prédominance des mariés (e) avec 73,91% des cas. Les célibataires étaient à 26,09%. Il n'y avait ni divorcés (e) ni veufs(es).

#### ❖ La profession

Parmi les professionnels on retrouvait les infirmiers (ères) dans 47,82% (N=11) des cas contre 30,44% (N=7) de médecins.

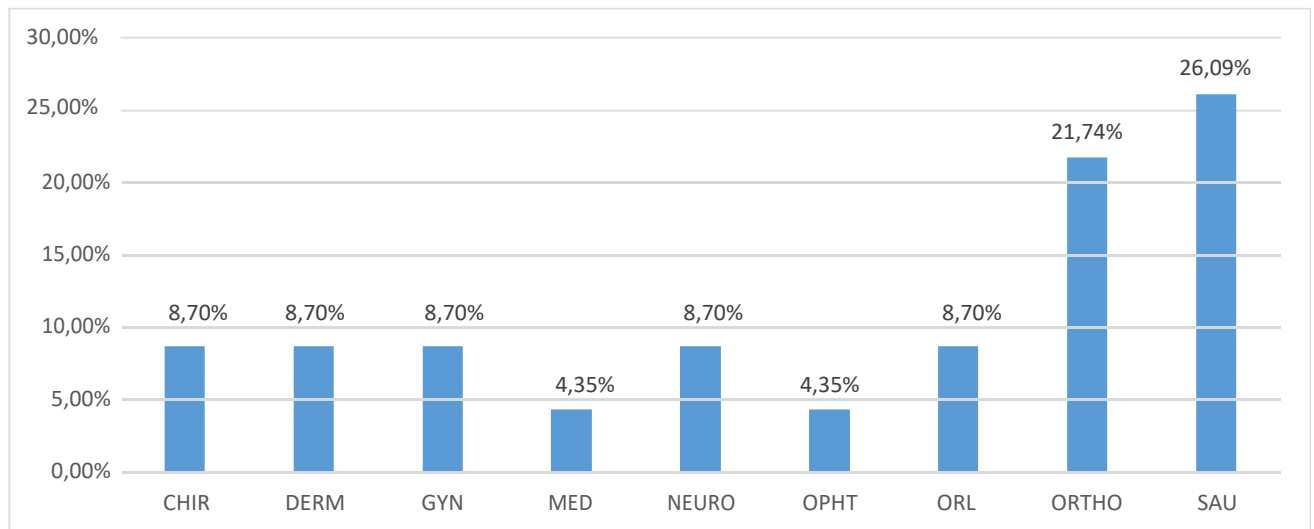
**Tableau XII: répartition des praticiens selon leur profession**

Profession	Nombre de praticiens	%
Aides-soignants	3	13,04
Infirmiers	11	47,82
Médecins	7	30,44
Sages-femmes d'état	2	8,70

## II.2. 2. Les données de l'évaluation par les praticiens

### ❖ Répartition des praticiens par service

Les praticiens des services du SAU et d'orthopédie constituaient la majorité des participants à notre étude avec respectivement 26,09% et 21,74% des cas (Fig.15)

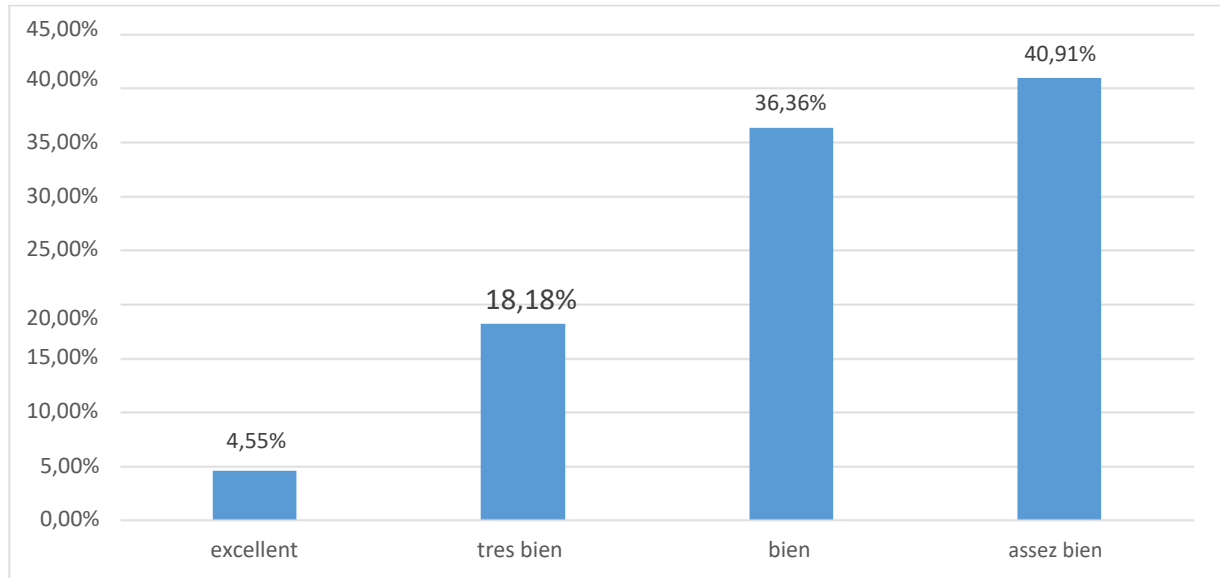


**Figure 15: Répartition des praticiens par service**



### A propos de la qualité de la prestation du service

Les praticiens jugeaient dans sa globalité « assez bien » la qualité de la prestation du service dans 40,91 % des cas et « excellent » dans 4,55% des cas. (Fig.16), avec des différences en fonction des services (tableau XIII).



**Figure 16: Répartition des praticiens selon leur appréciation de la qualité de la prestation de service**

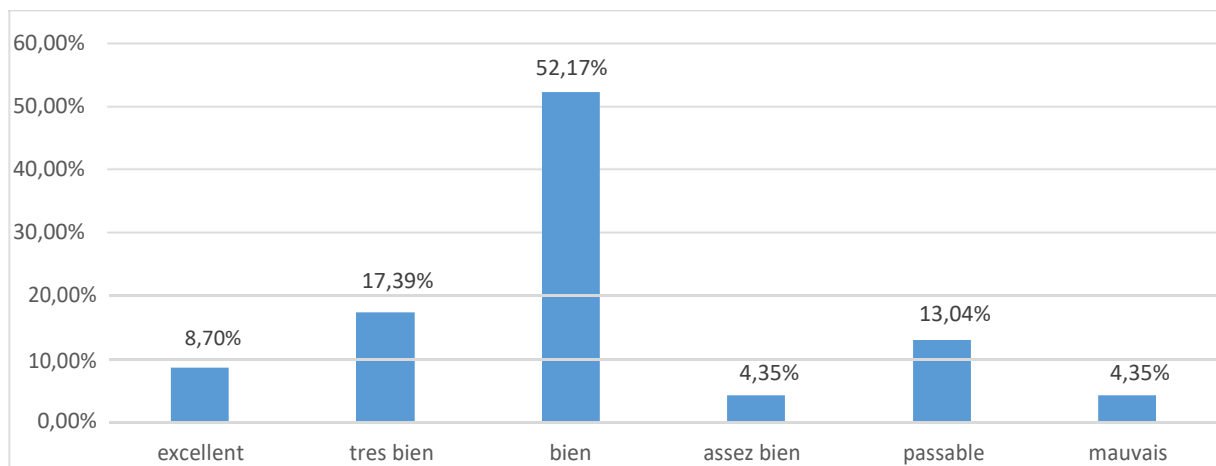
**Tableau XIII: Appréciation de la qualité de la prestation de service par les praticiens au niveau des différents services**

ITEMS	SERVICES								
	CHIR (%)	DERM (%)	GYN (%)	MED (%)	NEURO (%)	OPHT (%)	ORL (%)	ORTHO (%)	SAU (%)
EXCELLENT	0	50	0	0	0	0	0	0	0
TRES BIEN	0	0	0	0	50	0	0	0	50
BIEN	100	0	0	100	50	0	50	80	0
ASSEZ-BIEN	0	50	100	0	0	100	50	20	50

### ❖ A propos de l'interactivité entre les praticiens

L'interactivité est considérée comme une positive relation de confiance entre praticiens, entre soignés et soignants ; l'attitude adoptée les uns vis-à-vis des autres dans la convivialité et le respect.

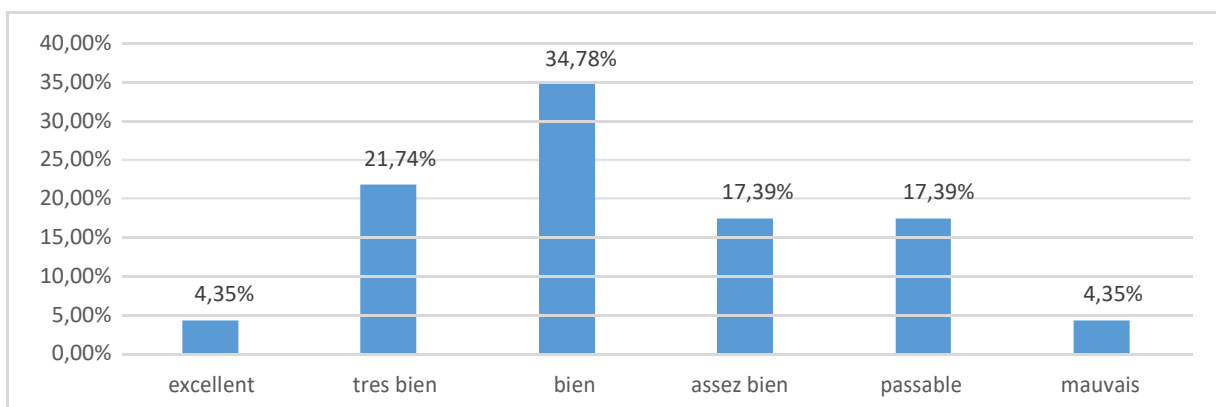
L'interactivité entre les praticiens était jugée « bien » par 52,17 % d'entre eux.  
**(Fig. 17)**



**Figure 17: Répartition des praticiens selon leur appréciation de l'interactivité entre professionnels**

### ❖ A propos de l'interactivité avec les patients

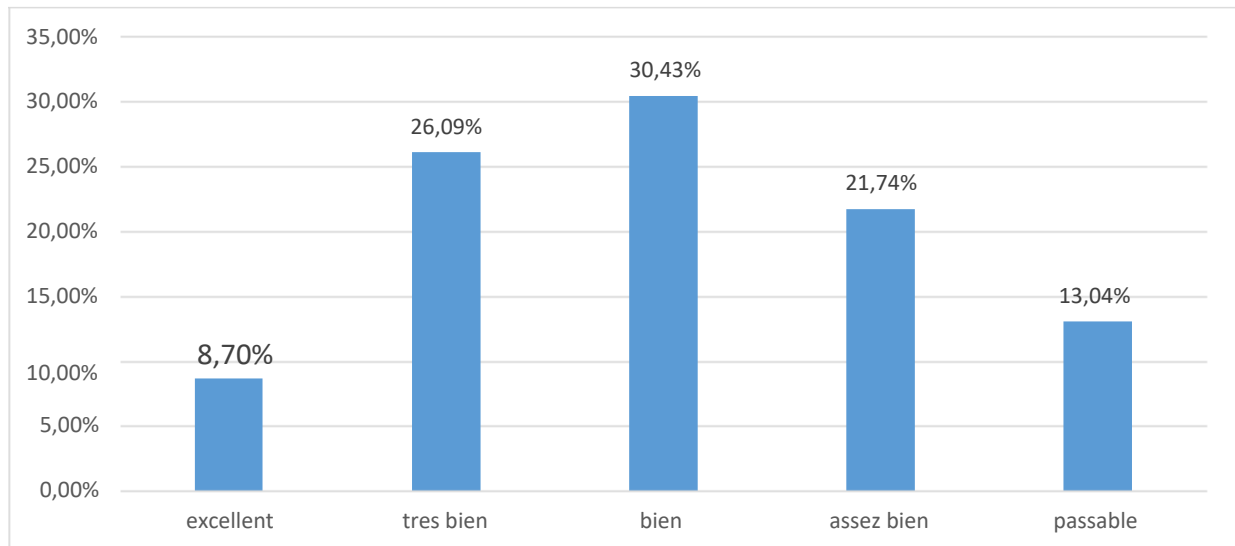
L'interactivité avec les patients était jugée « bien » par 34,78 % des praticiens.  
**(Fig. 18)**



**Figure 18: Répartition des praticiens selon leur appréciation de l'interactivité avec les patients**

### ❖ A propos de la régularité de la prestation du service

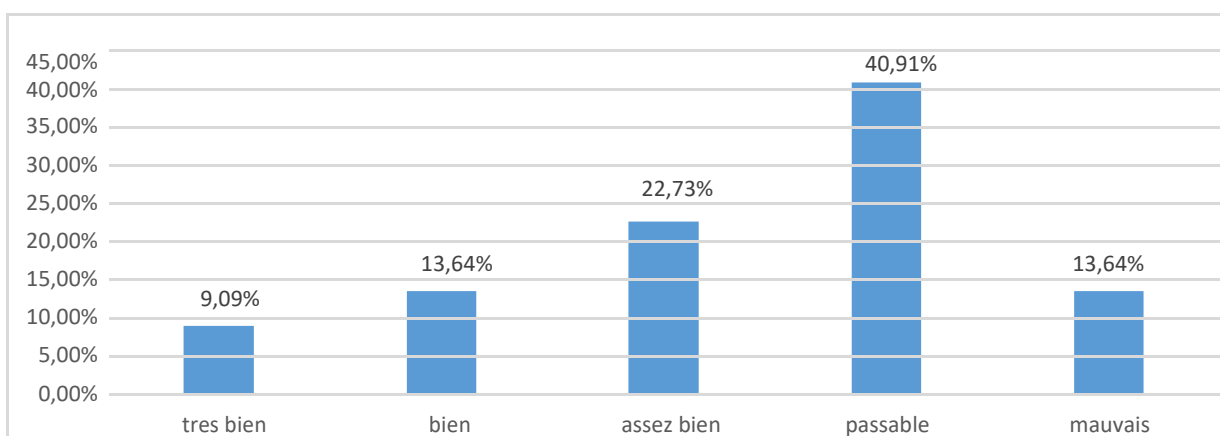
La régularité de la prestation du service était jugée par les praticiens « bien » et « très bien » dans respectivement 30,43% et 26,09% des cas. (Fig. 19)



**Figure 19: Répartition des praticiens selon leur appréciation de la régularité de la prestation du service**

### ❖ A propos de l'organisation pour le traitement et les moyens thérapeutiques disponibles

L'organisation pour le traitement et les moyens thérapeutiques disponibles était dans l'ensemble jugée passable par 40,91 % des praticiens. (Fig. 20). On notait des différences dans cette appréciation selon le service (tableau XIV).



**Figure 20: Répartition des praticiens selon leur appréciation de l'organisation pour le traitement et les moyens thérapeutiques disponibles**



**Tableau XIV: Appréciation de l'organisation pour le traitement et les moyens thérapeutiques disponibles par service**

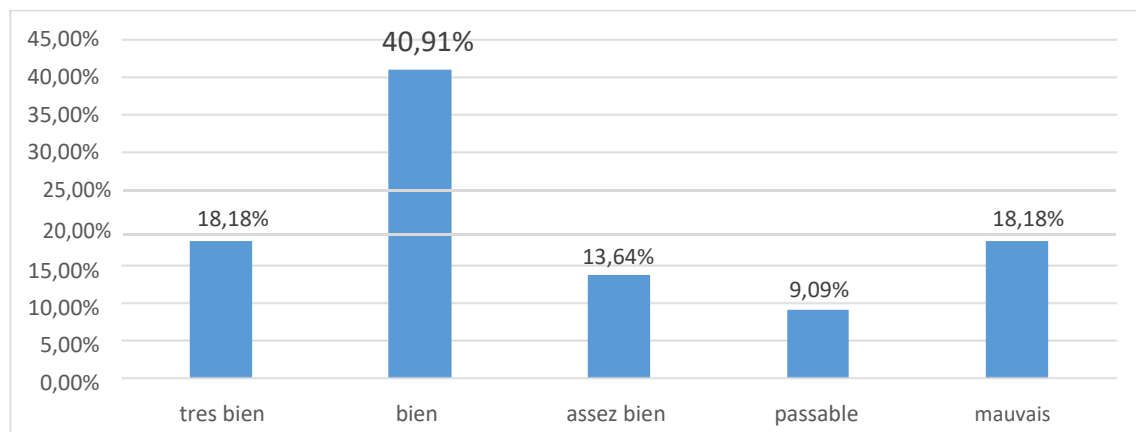
ITEMS	SERVICES								
	CHIR (%)	DERM (%)	GYN (%)	MED (%)	NEURO (%)	OPHT (%)	ORL (%)	ORTHO (%)	SAU (%)
TRES BIEN	0	50	0	0	0	0	0	0	16,67
BIEN	50	0	0	0	0	0	50	0	16,67
ASSEZ-BIEN	0	0	0	100	50	0	0	40	16,67
PASSABLE	50	50	100	0	50	0	50	40	33,33
MAUVAIS	0	0	0	0	0	100	0	20	16,67

❖ **A propos de l'existence des méthodes et / ou protocoles codifiés**

La majorité des praticiens assuraient l'existence de méthodes et / ou protocoles codifiés dans 81,82 % des cas contre 18,18 %.

❖ **Appréciation des méthodes et / ou protocoles codifiés**

Les méthodes et / ou protocoles codifiés étaient jugés bien par 40,91 % des praticiens. (Fig. 21).

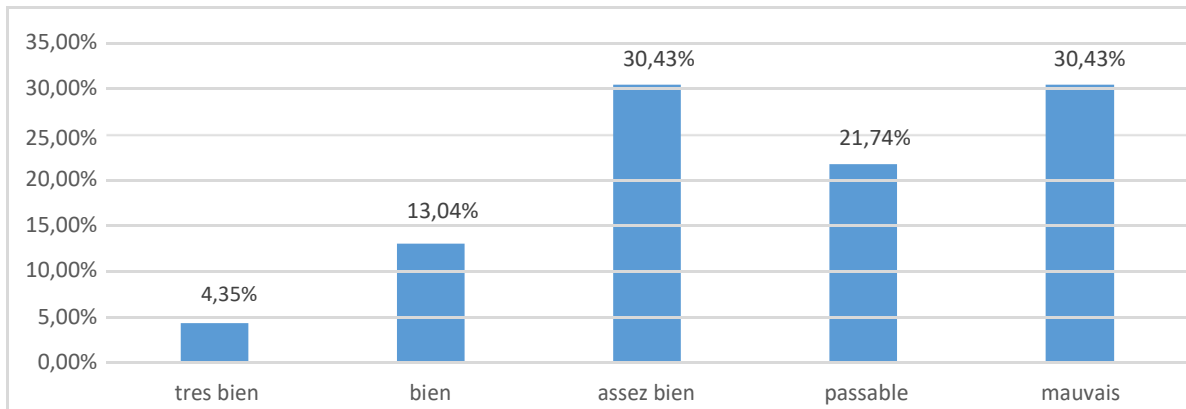


**Figure 21: Répartition des praticiens selon leur appréciation des méthodes et/ou protocoles codifiés**



### A propos de la qualité des outils et matériels mis à disposition

La qualité des outils et matériels mis à disposition était généralement jugée « mauvaise » et « assez bien » chacun par 30,43 % des praticiens, « très bien » par 4,35 %. (Fig. 22). Cette appréciation différait d'un service à un autre (tableau XV)



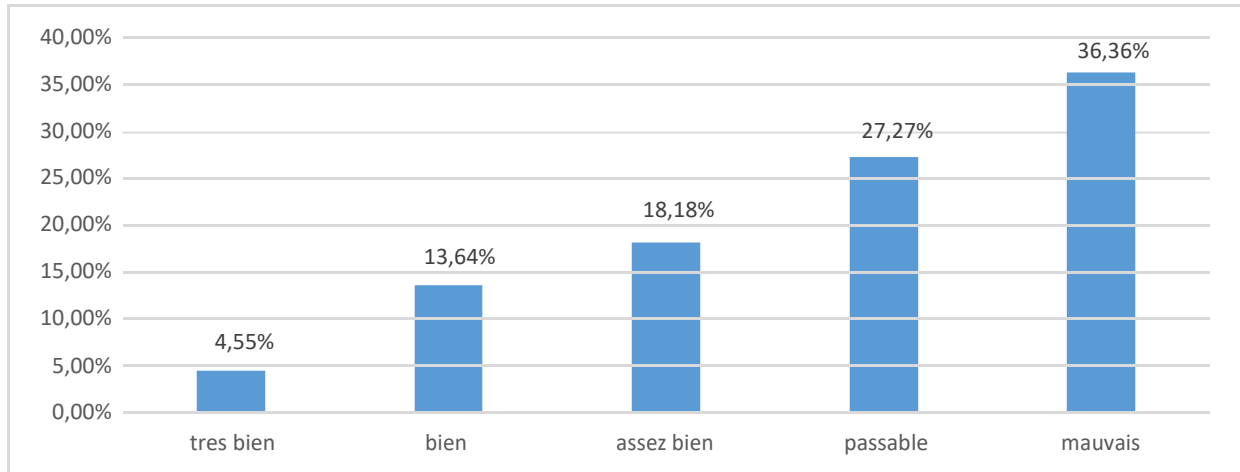
**Figure 22: Répartition des praticiens selon leur appréciation de la qualité des outils et matériels mis à disposition**

**Tableau XV: Appréciation de la qualité des outils et matériels mis à disposition par service**

ITEMS	SERVICES								
	CHIR (%)	DERM (%)	GYN (%)	MED (%)	NEURO (%)	OPHT (%)	ORL (%)	ORTHO (%)	SAU (%)
TRES BIEN	0	0	0	0	0	0	0	0	16,67
BIEN	50	0	0	0	0	0	50	0	16,67
ASSEZ-BIEN	0	50	100	0	50	0	0	20	33,33
PASSABLE	50	50	0	0	0	0	0	20	33,33
MAUVAIS	0	0	0	100	50	100	50	60	0

❖ **A propos de la disponibilité des outils et matériels mis à disposition**

La disponibilité des outils et matériels mis à disposition a été jugée « mauvaise » par 36,36 % des praticiens. (Fig. 23) avec des écarts par service (tableau XVI)



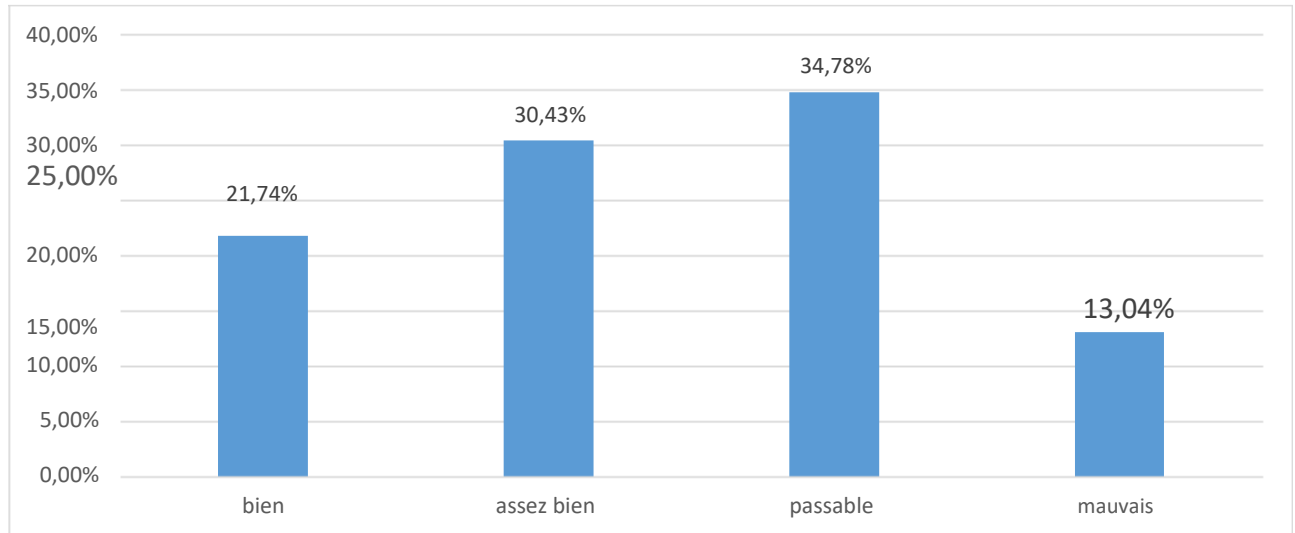
**Figure 23: Répartition des praticiens selon leur appréciation de la disponibilité des outils et matériels mis à disposition**

**Tableau XVI: Appréciation de la disponibilité des outils et matériels mis à disposition par service**

ITEMS	SERVICES								
	CHIR (%)	DERM (%)	GYN (%)	MED (%)	NEURO (%)	OPHT (%)	ORL (%)	ORTHO (%)	SAU (%)
<b>TRES BIEN</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	20
<b>BIEN</b>	50	0	0	0	0	0	0	0	40
<b>ASSEZ-BIEN</b>	0	50	0	0	0	0	50	20	20
<b>PASSABLE</b>	0	50	100	0	50	0	0	40	0
<b>MAUVAIS</b>	50	0	0	100	50	100	50	40	20

### ❖ A propos de la motivation du personnel (le salaire)

La motivation du personnel sur le plan salarial était jugée « passable » par 34,78 % des praticiens. **Fig. 24**



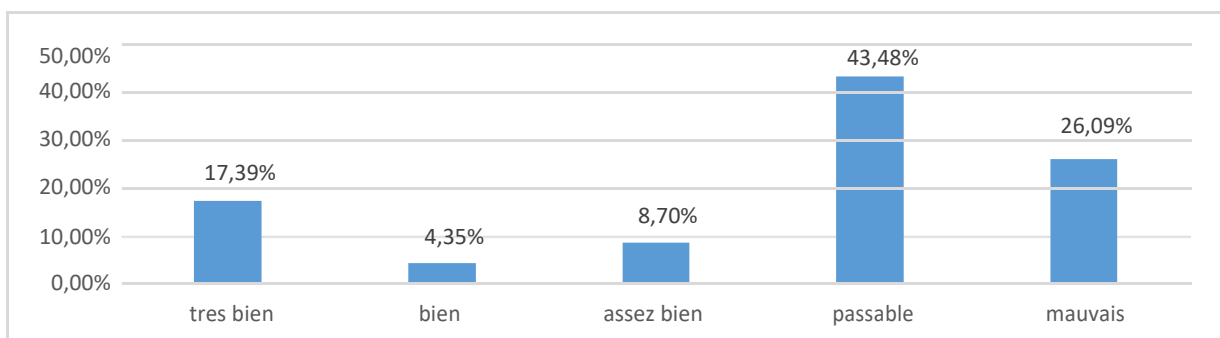
**Figure 24: Répartition des praticiens selon leur appréciation de la motivation du personnel (le salaire)**

### ❖ A propos de l'existence d'une promotion et un plan de carrière

A propos de l'existence d'une promotion et un plan de carrière, la majorité des praticiens (73,92%) signalait son existence contre 26,09 %.

### ❖ Appréciation de la promotion et plan de carrière

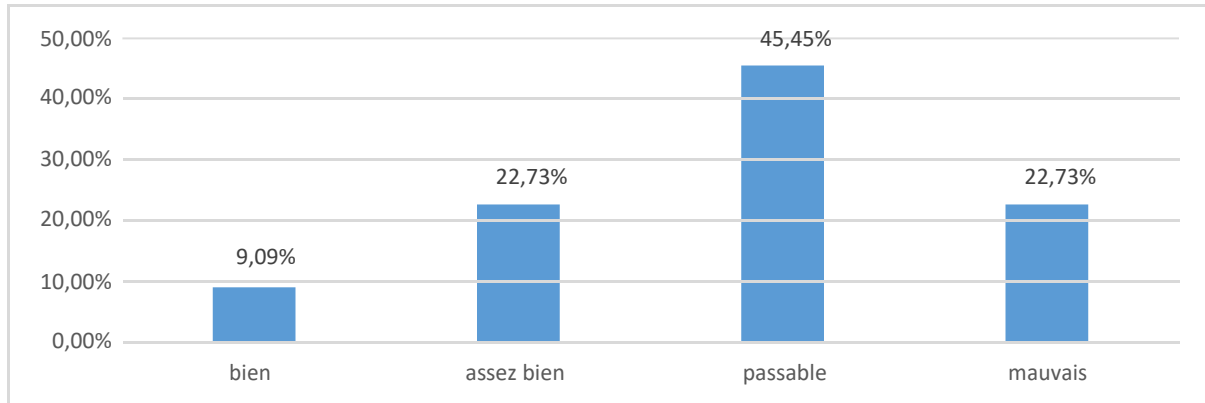
L'appréciation de la promotion et plan de carrière a été jugée « passable » et « mauvaise » par respectivement 43,48 % et 26,09 % des praticiens (**Figure 25**).



**Figure 25: Répartition des praticiens selon leur appréciation de la promotion et du plan de carrière**

❖ **A propos des avantages (indemnités et primes de travail)**

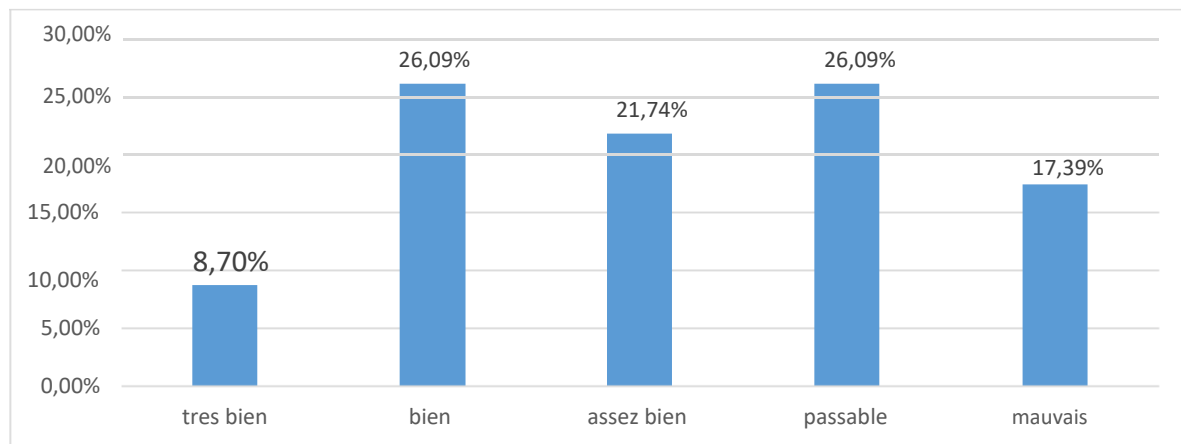
Les avantages étaient jugés « passable » par 45,45 % des praticiens, « mauvais » et « assez bien » par respectivement 22,73% des praticiens. (Fig.26)



**Figure 26: Répartition des praticiens selon leur appréciation des avantages (indemnités et primes de travail)**

❖ **A propos du climat et cadre de travail**

Le climat et cadre de travail était jugé par les praticiens « bien » et « passable » dans chaque cas à 26,09%. (Fig. 27)



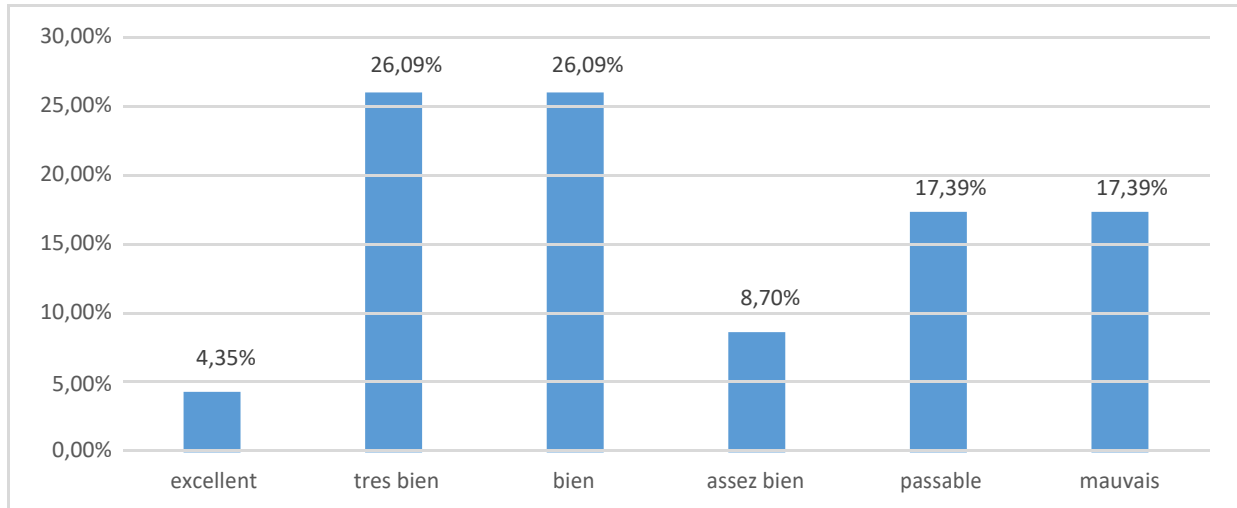
**Figure 27: Répartition des praticiens selon leur appréciation du climat et cadre de travail**



### A propos des patients : leur attitude face à la prise en charge

L'attitude des patients face à la prise en charge a été de manière globale jugée « très bien » et « bien » par 26,09 % des praticiens. **Fig. 28.**

Les appréciations par service sont représentées dans le **tableau XVII.**



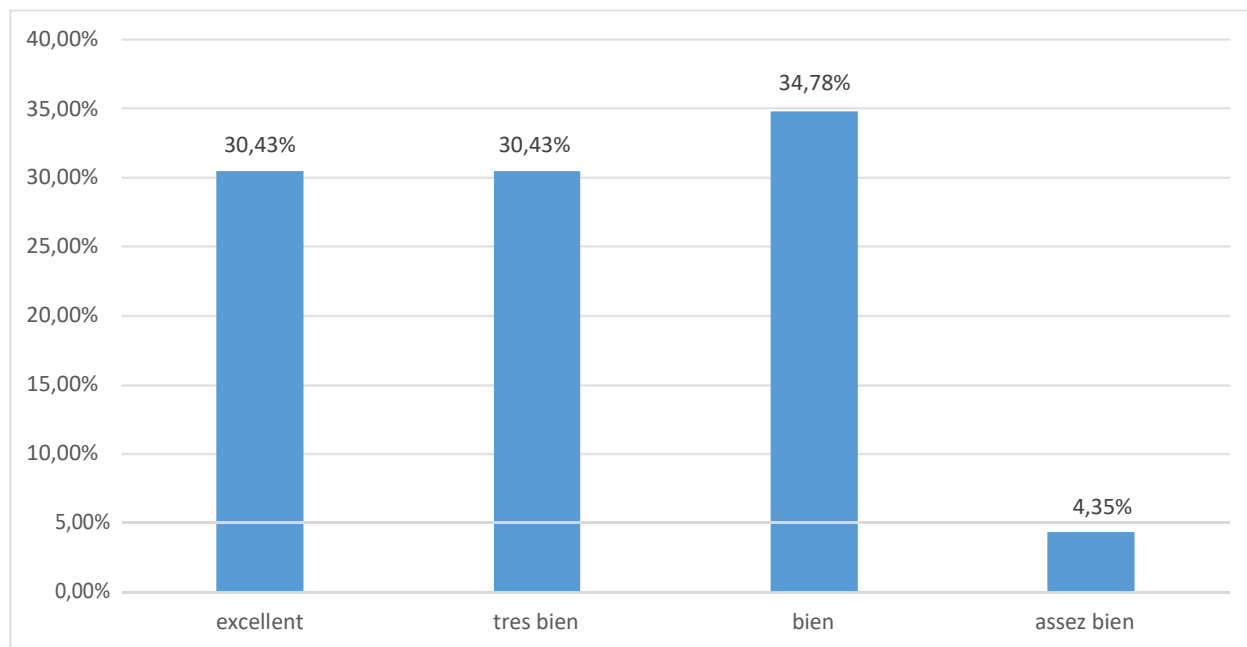
**Figure 28: Répartition des praticiens selon leur appréciation de l'attitude des patients concernant la prise en charge**

**Tableau XVII: Appréciation de l'attitude des patients concernant la prise en charge par service**

ITEMS	SERVICES								
	CHIR (%)	DERM (%)	GYN (%)	MED (%)	NEURO (%)	OPHT (%)	ORL (%)	ORTHO (%)	SAU (%)
<b>EXCELLENT</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	16,67
<b>TRES BIEN</b>	0	100	50	100	100	0	0	0	0
<b>BIEN</b>	50	0	0	0	0	100	0	20	50
<b>ASSEZ-BIEN</b>	50	0	50	0	0	0	0	0	0
<b>PASSABLE</b>	0	0	0	0	0	0	100	20	16,67
<b>MAUVAIS</b>	0	0	0	0	0	0	0	60	16,67

## ❖ A propos des informations données aux patients

Les informations données aux patients étaient jugées « bien » par 34,78 %, « excellent » et « très bien » par 30,43 % des praticiens. (**Fig. 29**)



**Figure 29: Répartition des praticiens selon leur appréciation des informations données aux patients**

### **III. DISCUSSION**

#### **III. 1. Limites**

Ce travail a permis d'évaluer la qualité de soins par les praticiens et les patients au niveau de l'Hôpital Régional de Ziguinchor.

La représentativité de l'échantillon pour les patients a été assurée par un tirage simple et aléatoire au niveau de chaque service. C'est ainsi que nous avons 155 réponses au questionnaire. Pour les praticiens le questionnaire a été proposé aux équipes du jour et nous n'avons eu que 23 répondants.

La collecte des données, par recueil des réponses des patients et des praticiens, avait lieu tous les jours ouvrables dans la salle d'attente ou les box de consultations au niveau de l'Hôpital Régional de Ziguinchor en fonction du service concerné.

Pour limiter le biais d'information, des étudiants enquêteurs autochtones servaient de personnel d'appui dans le recueil des informations auprès des patients en leur ayant préalablement expliqué le but de l'étude et proposé le consentement pour participer également à cette étude.

Au point de vue de la revue de la littérature, nous ne disposons pas d'assez de données sur l'évaluation de la qualité de soins, surtout concernant l'avis des praticiens.

Les quelques études faites sont soit parcellaires limitées à un service donné, soit à l'évaluation d'un aspect spécifique de la qualité de soin tel que la qualité de l'accueil des patients.

- l'indisponibilité de certains praticiens à participer à l'enquête,
- la limite entre l'appréciation de la qualité de soins faite par un patient venu juste en consultation et celui qui est hospitalisé,
- la réticence aussi bien des praticiens et des patients à participer spontanément à l'étude.



## **III. 2. A propos de nos résultats**

### **III. 2.1. A propos des résultats globaux pour les patients**

Dans notre travail, neuf (9) services avaient été colligés dont les plus représentatifs étaient les services de chirurgie viscérale (13,5%), d'ophtalmologie et d'orthopédie dans 11,5% des cas chacun. Ces différents services reçoivent plus de patients en termes de consultation et d'hospitalisation.

#### **III. 2.1.1. Données socio démographiques**

##### **➤ Concernant la répartition selon le sexe des patients**

Une prédominance du sexe masculin était retrouvée avec sex-ratio = 1,31. Cette prédominance masculine pourrait être expliquée par le fait que les hommes dans cet échantillonnage disposeraient de plus de ressources financières pour les soins hospitaliers. Ce résultat est superposable à celui de **Yameogo AR et al [103]** qui avaient retrouvé dans leur étude une nette prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,1 et à l'étude de **Revilla A. et al [89]** qui retrouvait également un sex-ratio en faveur des hommes avec 1,1.

En revanche, dans les études de **Diouf M. et al [31]** et **Yamba MK et al. [102]**, la prédominance féminine était plutôt retrouvée avec un sex-ratio de 0,92 et 0,85.

##### **➤ Concernant la répartition selon la situation matrimoniale des patients**

On notait une prédominance des mariés dans 76,13 % des cas, suivis des divorcés et veufs dans 1,30% des cas chacun. Ceci pourrait s'expliquer par la disponibilité d'un revenu financier chez les mariés.

Ces résultats sont similaires à ceux retrouvés par **Yamba MK et al [102]** avec dans leur cohorte 59 % de mariés.

➤ **Concernant l'âge des patients**

La moyenne d'âge dans notre étude était de 45,76 ans avec des extrêmes de 18 et 89 ans. La population de la tranche d'âge de 18 à 28 ans était prédominante avec 25,81 % des cas.

Cette distribution reflète celle de la population sénégalaise composée majoritairement de jeunes.

Ces données collent avec celles de **Yamba MK et al [102]** qui avaient retrouvé une tranche d'âge de 18 et 78 ans, avec une moyenne d'âge de 37,2 ans.

➤ **Concernant la profession des patients**

Les ménagères et commerçants (es) constituaient la majorité de notre population d'étude avec 23,84% et 12,26 % des cas.

Ce constat est le même que celui retrouvé dans l'enquête menée par l'ANSD dans le rapport final de septembre 2021. [2]

➤ **Concernant le secteur d'activité des patients**

Dans notre travail, le secteur informel constituait la majorité des cas pour les patients avec 60,67%.

Dans l'espace sous régional, le secteur tertiaire occupe le plus souvent une place importante dans l'économie.

En comparaison avec les autres secteurs, le secteur tertiaire a une part importante dans le produit intérieur brut du Sénégal. [2 ; 60].

### **III. 2.1.2. Données relatives à la prise en charge**

➤ **A propos de l'admission**

Dans notre travail, l'admission était jugée majoritairement « bien » par 37,42%, « excellente » par 2,15% et « mauvaise » par 6,67% des patients.

Cette appréciation prenait en compte la qualité de l'accueil et les orientations données aux patients.

**Revilla A. et al [89]**, dans leur étude portant sur une étude comparative de la satisfaction globale des patients aux urgences et celle des soignants, retrouvaient une majorité de réponse favorable de la part des patients.

Cette satisfaction prenait en compte entre autres : la politesse et l'amabilité du personnel, la compétence du personnel, la disponibilité du personnel, la qualité de l'accueil et la durée d'attente avant la prise en charge.

Au niveau du Sénégal de manière générale et de la région de Ziguinchor de manière particulière, une étude plus axée sur la qualité de l'accueil dans nos structures de soins permettrait d'avoir une situation exacte sur la qualité de la prestation donnée.

➤ **A propos des soins quotidiens**

L'appréciation des soins au quotidien était jugée « bien » par 46,67 % des patients et « mauvaise » par 2,37 % des patients.

**Nguessan EA. et al [68]**, en Côte d'Ivoire, avaient retrouvé une appréciation de soins avec un taux de satisfaction élevé concernant :

- la qualité de la réception au bureau d'accueil à 90,7%,
- la qualité de l'accueil du médecin à 97,3 %,
- la propreté et le confort du service à 98 % et 94,3 %,
- le respect de la dignité et de la confidentialité à 99,3 % et 98 %.

En France, **Queruel P. et al** dans leur travail portant sur la qualité de vie du patient brûlé, proposaient de pouvoir disposer d'une échelle validée en français sans se passer d'enquêtes ouvertes complémentaires pour une meilleure évaluation de la qualité de vie des patients. [83].

➤ **Concernant l'information des patients**

Elle a été jugée « bien » dans 39,35% des cas et « mauvaise » dans 5,81 % des cas par les patients.

**Ben-Abdelaziz A. et al [15]** retrouvaient une proportion de 78,6% de réponses jugées favorables par les patients concernant l'information donnée par les médecins.

Nous pensons qu'une culture d'évaluation de la qualité de soins gage d'un système de soins de qualité devrait être instaurée, voire exiger au niveau des établissements publics de santé.

L'accueil et l'information des patients doivent être continuellement évalués et adaptés à la demande des populations.

➤ **A propos du personnel de soins : les infirmiers**

L'appréciation a été jugée « bien » par 44,30 % des patients et « mauvaise » par 2,37 % des patients.

**Ben-Abdelaziz A. et al [15]** retrouvaient une appréciation de 73,9% favorable.

Les infirmiers constituent un élément important du dispositif de soins, par leur approche, leur savoir-faire, leur savoir-être, ils peuvent influencer positivement sur la poursuite de la prise en charge pour le patient.

Des ateliers de renforcements de capacités et surtout le retour d'information sur les études à trait à l'évaluation de la qualité de soins doivent être partagés avec ces acteurs ; ce qui permettra de renforcer les points positifs énumérés et de trouver ensemble des solutions pour remédier aux points négatifs.

L'infirmier (ère) est responsable de l'étape d'administration des médicaments, étape la plus sensible car les moyens de détection d'une erreur médicamenteuse sont les plus difficiles à mettre en œuvre. De plus, l'infirmier (ère) est fréquemment exposé (e) à l'interruption de tâche qui contribue à la survenue d'erreurs. [7]

Le sous-effectif en personnel infirmier corrélé à la charge de travail serait un facteur favorisant à la survenue de ces situations.

➤ **A propos du personnel de soins : les médecins**

Il a été jugé « bien » par 46,78 % des patients et « mauvais » par 0,97 % des patients.

**Nguessan EA. et al [68]**, en Côte d'Ivoire, avaient retrouvé une appréciation de soins avec un taux de satisfaction élevé concernant la consultation faite par le médecin à 86,3 %.

**Ben-Abdelaziz A. et al [15]**, retrouvaient une appréciation de 79,6% favorable.

Par la qualité de son accueil, de son savoir-faire, de son savoir être, l'attitude rassurante, le médecin constitue également un élément important dans le dispositif de la prise en charge du patient.

Il serait judicieux de procéder à une culture de la qualité de la prestation donnée au patient ; ce qui permet de s'améliorer et surtout de répondre plus spécifiquement aux attentes des patients.

➤ **A propos du personnel de soins : les autres personnels**

Il a été jugé « bien » par 44,69 % des patients et « mauvais » par 6,27 % des patients.

La propreté des locaux, la disponibilité des intrants à la prise en charge et autres sont autant d'éléments mis à la disposition du patient.

Cela part du préposé à la sécurité, au guichetier qui délivre le ticket, le service d'accueil et d'orientation, les services techniques et de la maintenance, le pharmacien hospitalier, aux brancardiers et ambulanciers.

Tout ce dispositif dispose d'un cahier de charge précis qui doit être continuellement évalué et adapté à la demande de soins.

Une session annuelle de partage avec ces différents acteurs permettrait également de trouver ensemble des solutions pour améliorer la qualité de l'offre de soins au niveau de la structure.

**Nguessan EA. et al [68]**, en Côte d'Ivoire, avaient retrouvé une appréciation de soins avec un taux de satisfaction élevé concernant la propreté et le confort du service à 98 % et 94,3 %.

➤ **A propos du séjour à l'hôpital**

Le séjour à l'hôpital a été jugé « bien » par 42,26 % des patients et « mauvais » par 4,84 % des patients.

Globalement, l'appréciation du séjour était satisfaisante.

Cependant, des efforts sont à faire pour aboutir à une culture de l'appréciation systématique par les patients de leur séjour à l'hôpital ; ce qui permet de manière objective de mesurer et améliorer la qualité des soins prodigués.

En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) et le Collectif inter associatif sur la santé (CISS) rappellent à tous les patients hospitalisés qu'ils peuvent donner leur avis sur la qualité des soins de l'hôpital où ils ont séjourné.

Depuis septembre 2015, chaque patient hospitalisé peut donner son avis sur son séjour à l'hôpital ou en clinique.

A ce jour, 50 000 patients ont déjà répondu au questionnaire de satisfaction en ligne. Mais la Haute Autorité de Santé (HAS) et le Collectif Inter Associatif Sur la Santé (CISS) aimeraient mobiliser plus largement les malades en leur demandant de ne pas oublier de répondre à l'invitation qui leur est faite systématiquement, deux semaines après leur sortie d'hôpital. [26].

➤ **Recommanderiez-vous l'hôpital ou le service**

Pour la majorité de nos patients soit 77,42 %, ils recommanderaient sans aucun doute le service et / ou la structure à un proche.

Cela découle probablement de la bonne appréciation donnée sur la prise en charge de manière générale.

**Ben-Abdelaziz A. et al [15]**, retrouvaient une répartition quasi similaire à propos des recommandations dans leur étude avec un taux de 70%.

➤ **Les raisons de revenir ou pas dans le service / Hôpital**

La majorité des patients jugeait nécessaire de revenir soit 96,13 % des cas.

Cette appréciation est superposable à celle découlant de la recommandation ou non de la structure ou de l'hôpital.

➤ **A propos des améliorations nécessaires**

Il s'agissait d'améliorer :

- le déroulement de la consultation dans 15,52 % des cas,
- la salle d'attente dans 12,93 % des cas,
- la qualité de matériels, le manque de personnels, les grèves dans 11,69 % des cas chacun,
- le service d'accueil et la caisse dans 11,04 % des cas,
- les conditions d'hospitalisation dans 10,40 % des cas,
- la salle d'attente, la caisse, la consultation combinée dans 3,25 % des cas chacun,

Selon **Ayav et Al**, « Il est couramment admis que les hôpitaux ne répondent pas aux priorités des pays d'Afrique, dont les politiques de santé doivent avoir pour axe stratégique majeur la promotion des soins de santé primaires. Ils sont en effet jugés peu efficaces et sont accusés de constituer des gouffres financiers qui limitent la conduite des programmes de santé prioritaires. Longtemps mis à l'écart des grands programmes de développement sanitaire, la plupart de ces établissements vivent depuis plusieurs décennies dans une situation de crise permanente et ne parviennent pas à offrir les services attendus. Les

conséquences de la situation parfois dramatique dans laquelle ils se trouvent remettent en cause non seulement l'efficacité des politiques actuelles de santé, mais aussi la survie à long terme des systèmes de santé en cours d'édification. Or, ce constat n'est pas le fruit d'une fatalité, mais le résultat de l'inadéquation des hôpitaux publics aux réalités du monde d'aujourd'hui : conçus comme des administrations, ils dispensent des prestations en dehors de toute préoccupation managériale. Une vision novatrice des systèmes de soins fait des hôpitaux des éléments clés des réseaux d'établissements de soins et préconise de les inscrire dans une réforme en profondeur des systèmes de santé, qui considère tout soin comme un « service » en termes économiques et sa disponibilité comme le fruit d'une activité de production. L'approche « entrepreneuriale » qui en résulte doit être complétée par le respect de leurs missions de service public qui nécessite l'octroi des subventions pour proposer des tarifs accessibles à la grande majorité de la population, la mise en place de mécanismes de solidarité pour assurer la solvabilité des usagers, y compris les plus démunis, et le développement des capacités d'évaluation.

Le modèle de financement des soins en France était jusqu'à présent basé sur la quantité de soins produite. Ce modèle favorise peu la prévention, la coordination des soins et la priorisation de la qualité de vie. La réforme du mode de financement au parcours a pour objectif d'inciter les professionnels de la santé, au sens large, à travailler collectivement, dans une approche centrée sur le patient. La néphrologie est la première spécialité médicale concernée par la réforme, et la prise en charge du sujet atteint d'une maladie rénale chronique au stade IV ou V de l'insuffisance rénale chronique fait désormais l'objet d'un financement au forfait annuel ». [5]

Nous pouvons envisager des évaluations spécifiques à chaque service et notre contexte permettant aux patients d'apprécier la qualité de l'offre de soins et ainsi améliorer l'offre de soins mise à disposition des populations. L'Etat et ses



partenaires pourraient ainsi se baser sur les données d'appréciations de qualité de l'offre de soins pour financer et /ou appuyer certains programmes de santé.

### **III. 2.2. A propos des praticiens**

#### **III. 2.2.1. Données socio démographiques**

##### ➤ **Concernant la répartition selon le sexe des praticiens**

Dans notre travail, le sex-ratio était de 0,44 en faveur des hommes en ce qui concerne les praticiens.

Le manque de politique d'accompagnement dans la formation spécialisée pour les femmes pourrait en partie expliquer cette prédominance masculine.

##### ➤ **A propos de la répartition des praticiens selon l'âge**

L'âge moyen de nos praticiens était de 37,47 ans avec des extrêmes de 25 et 54 ans.

Cela montre une population de praticien relativement jeune. Ce qui colle avec les données de l'agence nationale de la statistique et de la démographie du Sénégal qui retrouve une population relativement jeune en majorité. [2].

##### ➤ **A propos de la répartition des praticiens selon le statut matrimonial**

La majorité des praticiens était marié avec 73,91 % des cas.

##### ➤ **Répartition des praticiens par service**

Le service des urgences (SAU) et d'orthopédie avaient les grandes proportions de praticiens avec 26,09 % et 21,74 % des cas.

Cela peut s'expliquer par le fait qu'ils soient les services les plus prisés du fait des tableaux cliniques des patients reçus.

##### ➤ **Répartition des praticiens dans le service en fonction de leur profession**

À la vue de la répartition en fonction de leur profession dans les différents services, nous constatons que cet effectif est en dessous du taux permettant une optimisation du travail mais aussi des résultats.

### **III. 2.2.2. Données relatives à l'appréciation de l'offre de soins**



#### **A propos de la qualité de la prestation du service**

Elle a été jugée bien par 40,91 % des praticiens et excellente par 4,55% des praticiens.

De manière globale, la qualité de la prestation du service est jugée satisfaisante par les prestataires ; ce qui est un gage de confiance mais aussi de sérénité pour eux.

Une évaluation plus objective de manière régulière permettrait de maintenir voire améliorer la qualité de la prestation.

**Le Pogam MA. et al [57]**, dans leur travail portant sur l'évaluation des pratiques professionnelles en urologie à partir du dossier médical informatisé avait permis d'établir quelques indicateurs de pratiques (taux de PSA total et volume prostatique indiquant la biopsie, âge des patients pris en charge, nombre de fragments prélevés), et la comparaison d'indicateurs de performance entre urologues (proportion de biopsies positives).

De pareilles directives pourraient être faites dans nos structures pour améliorer la qualité de la prestation des soins en tenant compte de la spécificité de chaque service et/ou spécialité.



#### **A propos de l'interactivité entre praticiens**

Elle a été jugée satisfaisante par la majorité des praticiens.

Une bonne interactivité entre personnel permet de potentialiser les résultats en réduisant également la marge d'erreur.



#### **A propos de l'interactivité avec les patients**

Elle a été jugée globalement satisfaisante par les praticiens.

Une bonne interactivité entre praticien et patient permet entre autres de réduire la crainte, la peur du patient, et de le rassurer en s'assurant qu'il adhère à l'attitude thérapeutique.

L'attitude du médecin africain a toujours été celle du médecin paternaliste d'autrefois, autoritaire et dirigiste. Grâce à l'accès aux multimédias, le profil du patient noir africain face à la médecine moderne a quelque peu évolué. Le silence mystique et légitime du guérisseur traditionnel est de moins en moins accepté dans nos hôpitaux. [55].

➤ **A propos de la régularité de la prestation de service**

Elle a été jugée bien et très bien dans respectivement 30,43 et 26,09 % des praticiens.

➤ **A propos de l'organisation pour le traitement et moyens thérapeutiques disponibles**

Elle a été jugée passable par 40,91 % des praticiens.

➤ **A propos de l'existence des méthodes et / ou protocoles codifiés et son appréciation**

Bien que jugées existantes dans 81,82 % des cas, ces méthodes étaient « bien » appréciées par seulement 40,91 % des praticiens.

➤ **A propos de la qualité des outils et matériels mis à disposition**

La qualité des outils était jugée « mauvaise » et « assez bien » à 30,43% dans chaque cas contre 4,35 % « très bien ».

Cette appréciation négative pourrait s'expliquer par le manque de processus de renouvellement des stocks et produits, la vétusté par manque de renouvellement du matériel.

➤ **A propos de la disponibilité des outils et matériels mise à disposition**

Cette appréciation a été jugée mauvaise par 36,36 % des praticiens.

Ce résultat est superposable à celle de la qualité des outils et matériels mises à disposition.



**A propos de la motivation du personnel (le salaire)**

Elle a été jugée « passable » par 34,78 % des praticiens.

De manière globale, le personnel semble satisfait sur le plan salarial.



**A propos de l'existence d'une promotion et un plan de carrière**

La majorité des praticiens soit 73,92 % signalaient son existence.

L'existence d'une promotion et d'un plan de carrière pourrait impulser un travail de qualité. Il faudrait corrélérer l'atteinte des objectifs fixés par une évaluation de la qualité et aussi de la performance de manière assez objective.

L'appréciation de la promotion et du plan de carrière jugée « passable » et « mauvaise » respectivement à 43,48 % et 26,09 %.

Il s'agit notamment d'évaluer le potentiel du praticien, de prendre également en compte son avis dans le cadre de la démarche qualité ou processus décisionnel, expliquer l'importance d'avoir la culture de la qualité dans la dispensation de l'offre de soin.



**A propos des avantages (indemnités et prime de travail)**

Il a été jugé passable par 45,45 % des praticiens.

Un audit des attentes et aspirations des praticiens permettrait de redresser la courbe et rendre optimale ainsi la dévotion au travail.



**A propos du climat de travail**

Il a été jugé globalement satisfaisant par les praticiens.



**A propos de l'attitude des patients face à leur prise en charge**

De façon globale, elle a été jugée satisfaisante.

Des études régulières et une mise en place de méthodes d'audit de manière systématique telle que proposée par la Haute Autorité de Santé en France, permettraient d'avoir des données plus objectives. [26].

➤ **A propos de l'information donnée aux patients**

L'appréciation de la qualité de l'information donnée aux patients a été jugée globalement satisfaisante par les praticiens.

Le patient quel que soit son niveau social, d'instruction a le droit d'avoir l'information sur sa prise en charge ; ceci allant des éléments d'investigations paracliniques à la prise en charge thérapeutique.

## CONCLUSION

Dans un monde avec d'énormes défis sanitaires, sécuritaires et économiques, le choix d'une structure de soins se fait parfois pour certains patients sur la base de critères qualité qui ne sont pas toujours objectifs.

Pour les praticiens et les décideurs cette évaluation permet d'ergonomiser le travail et d'hierarchiser les priorités ainsi que les ressources (financières, matérielles, humaines) allouées.

L'évaluation de la qualité de soins offerts est un indicateur valide de l'efficacité d'un système de santé. Le concept est de plus en plus utilisé dans la planification sanitaire. Cependant, les pays en voie de développement tardent à intégrer ces principes.

C'est ainsi que notre travail avait pour objectif général d'évaluer la qualité de soins aussi bien par les praticiens que par les patients au niveau du Centre Hospitalier Régional de Ziguinchor.

L'enquête a été faite auprès de 9 services sur les 14 que compte l'hôpital.

Cet hôpital dispose d'une capacité d'accueil de 147 lits répartis dans 14 services d'un personnel soignant au nombre de 278 personnes avec 17 médecins spécialistes.

A partir d'un questionnaire destiné à chacun des acteurs de l'enquête (praticiens et patients), les données ont été colligées puis analysées.

Quelques points forts ont été notés aussi bien pour les avis des patients que ceux des praticiens entre autres.

L'admission a été jugée « Bien » dans 37,42% des cas. L'appréciation des soins quotidiens à l'hôpital était « Bien » dans 46,67 %.

Le séjour à l'hôpital a été jugé en majorité satisfaisant. Cependant le souhait d'amélioration des consultations et de salle d'attente était fait par les patients

La motivation du personnel sur le plan salarial a été jugée passable par 34,78 % des praticiens. Cette appréciation est la même pour ce qui est des avantages, du climat et du cadre du travail.

Des améliorations sont à faire dans le domaine de l'organisation des offres de soins, la qualité des locaux, la disponibilité des ressources tant sur le plan logistique qu'humain pour garantir une nette amélioration des offres de soins aux populations.

La création d'une cellule interne chargée de l'assurance qualité permettrait la vulgarisation de la pratique de l'auto-évaluation des activités et offres de soins de la structure.

Au niveau étatique, il est souhaitable que toutes les structures assujetties au ministère de la santé et de l'action sociale puissent appliquer la culture de l'assurance qualité en réalisant de manière permanente des enquêtes d'auto-évaluations sur les offres de soins. Ce qui permettra à terme de disposer de données assez objectives dans l'appréciation des structures en termes de la qualité de l'offre de soins.

Ce travail parcellaire nous a permis de faire un état de lieu au niveau de l'Hôpital Régional de Ziguinchor malgré un faible taux de participation aussi bien des praticiens que des patients.

D'autres travaux pouvant inclure tous les services de ladite structure ou multicentrique permettraient d'élargir l'appréciation de la qualité de soins fournis par nos structures de soins.

La perpétuelle quête d'amélioration et la transparence dans les informations données sont les gages d'un système de santé qui se veut compétitif et au diapason de l'évolution de la science en tenant compte du climat socioéconomique des populations.

## **RECOMMANDATIONS**

A l'issu de ce travail, il nous parait opportun de formuler quelques recommandations :



### **A l'endroit des autorités sanitaires et décideurs**

- Instaurer la culture de la qualité des soins par la réalisation des auto-évaluations sur la prestation du service au niveau de chaque service et hôpital de manière annuelle.
- Mettre en place une politique qualité dans les hôpitaux et exiger que chaque structure mette à disposition du ministère de la santé et de l'action sociale les résultats des enquêtes annuelles.
- Encourager les structures qui s'efforcent à produire régulièrement un résultat d'auto-évaluation par des financements et offres de formations pour des renforcements de capacités du personnel.
- Créer une cellule interne d'assurance qualité au sein de chaque structure sanitaire qui sera chargée de veiller à la qualité de l'offre de soins dispensés.
- Créer un registre national des structures de santé avec un synopsis du résultat de leur auto-évaluation. Document qui pourrait être mis à la disposition de la population pour leur permettre de faire un choix objectif et rationnel de l'offre de soins mise à disposition.
- Mettre en place dans chaque structure sanitaire des boites à idées ou suggestions qui devront être régulièrement consultées par la cellule interne d'assurance qualité de la structure sanitaire.
- Mettre en place une autorité nationale chargée d'évaluer avec des experts la qualité de l'offre de soins dans chaque structure sanitaire ou une certification ISO. Ceci à l'instar de ce qui se fait au niveau de



l'enseignement supérieur avec l'Autorité Nationale d'Assurance Qualité dans l'enseignement supérieur au Sénégal.



#### **A l'endroit du personnel soignant**

- Accepter et participer régulièrement aux auto-évaluations sur la qualité de l'offre de soins organisées par la structure sanitaire.
- Être des acteurs centraux qui pourront veiller à la qualité de l'offre de soins mise à disposition par la structure sanitaire et les autorités sanitaires.
- S'évertuer à plus informer, sensibiliser et expliquer les gestes, actes et autres soins proposés aux patients.



#### **A l'endroit des populations**

- Réclamer des évaluations au niveau des structures de soins.
- Accepter de participer également aux évaluations organisées par la structure de santé afin de donner son ressenti ou autres avis pouvant permettre d'améliorer l'offre de soins mise à disposition.
- Pouvoir choisir librement une offre de soins sur la base des éléments d'enquête préalablement réalisés par les structures sanitaires.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Adaskou M, Houmam I, Onbouh H.** Les déterminants de la performance productive des centres hospitaliers publics au Maroc. *Revue Internationale du chercheur.* 2021 ; 2 (1) : 51-71.
  
2. **Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie.** Enquête harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages (EHCVM) au Sénégal. Rapport final. September 2021.
  
3. **Al-Abri R, Al-Balushi A.** Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman Medical journal.* 2014 ; 29 (1) :3-7.
  
4. **Audit interne et contrôle de la qualité :** Méthodologie de l'évaluation de la qualité des soins. Laboratoire de la Qualité des Soins ANDRS Université de Constantine Algérie. 2021 ; 26p.  
[http://www.ressma.com/Documentation/BIBLIO/PRESTATIONS/Methodo\\_Eval\\_Qualite.pdf](http://www.ressma.com/Documentation/BIBLIO/PRESTATIONS/Methodo_Eval_Qualite.pdf)
  
5. **Ayav C, Couchoud C, Sautenet B, Lobbedez T, Sens F, Moranne O.** Le recueil en routine de données de santé perçue à l'ère du paiement à la qualité : préconisations de la Commission épidémiologie et sante publique de la SFNDT. *Nephrol ther.* 2020 ; 16 (7) : 401-407.
  
6. **Balique H.** Les hôpitaux publics en Afrique francophone : *Med Trop.* 2004 ; 64 (6) : 545-551.

**7. Balland C, Rhamen K, Lore- Ancillon A.** L'infirmière dédiée aux interruptions de tâches, un maillon essentiel. *Ballons cadre*. 2019 ; 28 (116) : 14-17.

**8. Bal G, Sandra D, Sellier E, François P.** Intérêt des revues de mortalité et de morbidité pour la formation des médecins et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins : revue de la littérature. *Presse Med*. 2010 ; 39(2): 161–168.

**9. Baldy-Moulinier M, Gelisse P, Crespel A.** Quelle organisation de soins pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients avec une épilepsie partielle :  
Pharmaco-résistante ? *Rev Neurol. (Paris)* 2004 ; 160 (supplément 1) : 338-344.

**10. Barbotte E, Aubas P.** L'automatisation du retour d'information : un moyen efficace d'améliorer l'exhaustivité des comptes rendus d'hospitalisation ? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2010 ; 58 (Supplément 1) : 27.

**11. Bauchetet C, Préaubert-Sicaud C, Ceccaldi J, Farsi F, Donadey FL, Jaulmes**

**D.** Recommandations pour la mise en place de staffs pluriprofessionnels (SPP) dans les services de soins. *Bull Cancer*. 2020 ; 107 (2) : 254–261.

**12. Baumann M, Chauvel L, Baumann C, Odero A, Paccoud I, Le Bihan E, Baumann-Croisier P.** Orienter les soins vers le patient partenaire : Un livre blanc pour la grande région. Liège, INTERREG APPS. 2020 ; 33p.

**13. Behr M, Le Borgne P, Baicrya F, Lavoignet CE, Berard L, Tuzin N et al.** Crise nationale des urgences : le résultat d'un déséquilibre croissant entre offre et demande de soins ? *La Revue de médecine interne*. 2020 ; 41 (issu 10) : 684–692.

**14. Belmin J.** Escarres acquises à l'hôpital : une pathologie évitable et un indicateur de qualité des soins. *Presse Med.* 2006; 35(5): 745-746.

**15. Ben-Abdelaziz A, Zemni I, Melki S, Lahmar R, Khelil M, Nourira S, et al.** La satisfaction des patients hospitalisés aux services chirurgicaux d'un hôpital général:

Etude de cas du CHU Sahloul de Sousse (Tunisie). *La Tunisie médicale* 2020 ; 98 (10) : 664-673.

**16. Benraiss A, Fawzi EM.** Réformes du « New Public Management » & Épuisement Professionnel dans l'Administration Publique Marocaine : Cas des Professionnels des soins. *Revue Internationale du Chercheur.* 2020 ; 1 (4) : 615-642.

**17. Bensoussan L, Collado H, Delanian N, Yaghdjian G et al.** Enseignement, qualité des soins, champs de compétence en MPR : Evaluation des dossiers médicaux et de la satisfaction des patients d'hospitalisation de jour d'évaluation en court séjour en médecine physique et de réadaptation. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine.* 2009 ; 52S (supplément 1) : e84.

**18. Bouchard G.** La participation du patient dans la vie hospitalière. Mémoire Master en Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain. 2020, 90p.

**19. Boulkedid R, Alberti C.** Système de contrôle de qualité des soins dans un département de gynécologie obstétrique, basé sur la méthodologie CUSUM. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique.* 2010 ; 58 (Supplement 1) : S23.

**20. Breack-Touzet K.** Séjour à l'hôpital (Satisfaction des patients hospitalisés : donnez votre avis). Hospihub Online. 2016

<https://www.hospihub.com/actualites/a-ce-jour-50-000-patients-ont-donne-leur-avis-sur-leur-sejour-a-l-hopital> consulté le 10 janvier 2021

**21. Chahouati W.** La Qualité dans les hôpitaux publics marocains : Enjeux et pistes d'amélioration. International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics. 2021 ; 2 (Issue 2) :214-235.

**22. Charnay P, Boisson D.** La satisfaction des patients de la cohorte Esparr comme critère d'évaluation de la qualité des soins. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2010 ; 58 (Supplement 1) : S30.

**23. Chouaid C, Hejblum G, Guidet B, Valleron AJ.** De l'évaluation de la qualité des soins à la performance des soins. Elsevier Masson: [www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com) September 2006; vol 23 (sup 4): 87-98.

**24. Chukmaitov A, Harless DW, Bazzoli GJ, Muhlestein DB.** Preventable Hospital Admissions and 30-Day All-Cause Readmissions: Does Hospital: Participation in Accountable Care Organizations Improve Quality of Care? American Journal of Medical Quality. 2019; 34 (1):14-22.

**25. Copnell B, Hagger V, Wilson S, Evans Susan M, Sprivulis Peter C, Cameron**

**P.** Measuring the quality of hospital care: an inventory of indicators. Internal Medicine

Journal. 2009 ; 39 (6) : 352–360.

**26. Cordonnier C.** Séjour à l'hôpital : donnez votre avis ! Disponible sur : Séjour à l'hôpital : donnez votre avis ! - Top Santé (topsante.com) Mise en ligne le 14 avril 2016 à 15h20.

**27. Corneua H, Schlecht BD, Benama S, Kouadiob H, Pierrec B, Grassina J.** Impact financier de l'intégration des défibrillateurs implantables dans les GHS. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. 2013 ; 48 (issue 2) :103-107.

**28. De Gaillande L, Briese JP, Anchetti F, Fortini A, Chiaramonti MF et al.** Utilisation d'outils de la démarche qualité pour structurer un projet visant à améliorer l'évaluation et la prise en charge de la douleur des patients atteints de cancer dans un hôpital local à partir d'une réflexion sur l'application du plan cancer. *Douleurs : Évaluation-Diagnostic-Traitement* 2006 ; 7(5) : 233-249.

**29. Després C et Lombrail P.** « Pourquoi refuser de délivrer des soins ? Les logiques du refus à l'encontre des bénéficiaires d'une complémentaire santé publique » :« Santé, inégalités et discriminations ». 2020 ; n° 35-36 : 21-35.

**30. Diebolt V, Azancot I.** « Intelligence artificielle » : quels services, quelles applications, quels résultats et quelle valorisation aujourd'hui en recherche clinique ? Quel impact sur la qualité des soins ? Quelles recommandations ? *Ateliers de Giens 2018/Recherche clinique*. 2019 ; 74 (issue 1) :141-154.

**31. Diouf M, Cissé D, Lo CMM, Faye DG, Traoré R.** Evaluation de la satisfaction des patients admis en service d'odontologie à Dakar. *Revue Pratiques et Organisation des Soins*. 2010 ; 41 (3) : 225 - 230.

**32. Drouvot V, May-Michelangeli L, Salomon V.** Indicateurs en qualité et sécurité des soins. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2010 ; 58S (supplément 1) : S27–S37.

**33. Fortin G.** Élaboration et évaluation d'une stratégie d'application des connaissances pour les professionnels de la santé sur la détermination des objectifs de soins avec les personnes malades. Thèse, Doctorat en service social, Laval Université. 2020, n°48,239p.

**34. Fourar YO.** Adhésion de l'entreprise algérienne à la stratégie participative pour l'amélioration des conditions de travail. Thèse, Hygiène & Sécurité Industrielle : Hygiène, Sécurité et Santé au Travail, université Chahid Mostefa Ben Boulaid, 2021,124p.

<http://eprints.univ-batna2.dz>

**35. Garcia LJ et Bachiller P.** Dissecting hospital quality: Antecedents of clinical and perceived quality in hospitals. *International journal of health planning and management*. 2010; 26 (issu 3): 264–281.

**36. Garga H, Ongolo ZP.** Améliorer l'accueil et la prise en charge des urgences dans les hôpitaux nationaux et régionaux au Cameroun. Note d'Information Stratégique basée sur les Données Probantes, *Network (EVIPNet)* ; 2013. 23 p. [www.who.int/evidence/sure/FRPBAccessSAU](http://www.who.int/evidence/sure/FRPBAccessSAU) (pdf consulté le 13 octobre 2017).

**37. Glèlè-Ahanhanzo Y, Ouendo EM.** Qualité des dossiers patients dans les services d'urgence : Enjeu pour la qualité des soins, Bénin. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2016 ; 64 (Supplement 4) : Page S241.

**38. Gomez P, Le Minous AE.** L'influence du format de l'étiquetage sur l'utilisation et la compréhension de l'information nutritionnelle : résultats d'une expérimentation menée en restauration collective (The influence of labeling format on use and understanding of nutrition information : Results of an experiment in workplace restaurants). *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2012 ; 60 (Issue 1) : 9-18.

**39. Grammatico-Guillon L, Rusch E.** Étude des séjours pour pneumopathie à *Streptococcus pneumoniae* entre 2004 et 2008 en région. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2012 ; 60 (Issue 1) : 1-8.

**40. Grimaldi. A.** Faut-il financer la qualité des soins et adopter le « pay for performance » (P4P) des anglo-saxons ? : *Médecine des maladies Métaboliques*. 2018 ; 12 (issu 3) : 291-294.

**41. Guindo A, Diallo I.** Les enjeux éthiques des gestes techniques et amélioration de la qualité des soins dans un service de pédiatrie au Mali. *Revue de L'ACAREF*. 2020 ; 2 (5) : 10-31.

**42. Guy-Coicharda C, Allouch L, Weinstein R, Masanes MJ, Rostaing-Rigattieri S.** Mise en place dans un CHU d'un audit clinique sur la qualité de la prise en charge de la douleur provoquée par les soins. Elsevier Masson : *Douleurs*. 2015 ; vol 16, N°4 : 190-198.

**43. Hennequin V, Duval C, Grimonprez C.** Plan régional d'amélioration de la qualité : démarche de soin diététique au sein des établissements de santé du Réseau des comités de liaison alimentation nutrition Champagne-Ardenne. *Nutrition Clinique et Métabolisme*. 2012 ; 26 (Iss. 3) : 128–134.



**44. Heroual N, Houti L.** Approche de mise en place d'une démarche d'évaluation de la qualité des soins dans un hôpital spécialisé en oncologie dans l'Ouest Algérien, Oran, Algérie. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2016 ; 64 (Supplement 4) : S241-S242.

**45. Houzé-Cerfon CH, Boet S, Marhar F, Michèle SJ, Geeraerts T.** L'éducation interprofessionnelle des équipes de soins critiques par la simulation : concept, mise en œuvre et évaluation. *Presse Médicale*. 2019 ; 48 (issues 7-8, part 1) : 780-787.

**46. Hurtubise R, Roy L, Trudel L, Rose MC, Pearson A.** Guide des bonnes pratiques en itinérance : Répondre aux besoins et orienter dans les services. CREMIS, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. 2020 ; 20p.

**47. Isingizwe A.** "En quoi l'implémentation d'un EMR améliore-t-il la qualité de la prise en charge des AVC : le cas de l'itinéraire de soins aux CUSL.". Mémoire Master en sciences de la santé publique, UCLouvain. 2020, 78p.  
<http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:28043>

**48. Jack-Brian W, Chetty-Veerappa K, Anthony D, Greenwald-Jeffrey L, Sanchez-Gail M, Johnson-Anna E, et al.** A Reengineered Hospital Discharge Program to Decrease Rehospitalization Improving Patient Care. *Ann Intern Med*. 2009; 150 (3): 178-187.

**49. Kennedy-Gregory D, Tevis-Sarah E, Kent C.** Is there a relationship between patient satisfaction and favorable outcomes? *Ann Surg*. 2014 ; 260 (4) : 592-600.

**50. Konaté A.** Evaluation de la qualité des soins d'accouchement au centre de santé communautaire de Daoudabougou (cscm-asacoda) : Bamako. Thèse méd. Université de Bamako, 2008, 82p.

<http://www.keneya.net/fmpos/theses/2008/pdf/08M534.pdf>

**51. Koulidiati JL, Souares A.** Quality of care and effective coverage of child health services in rural Burkina Faso. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2016 ; 64 (Supplement 4) : Page S242.

**52. Kurschat C.** Crise sanitaire 2020 : entre sens et résilience organisationnelle, le cœur d'une équipe de soins. Revue Projectics/Proyética/Projectique 2020/Hors-Série/pages 11-32.

**53. Lansac J, Crenn-hebert C, Rivière O, Vendittelli F.** Quels indicateurs choisir pour évaluer la qualité des soins en maternité ? Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2013 ; 41 (6) : 343–345.

**54. Larramendy-Magnin S, Moret L.** Perception de la sécurité des soins par les médecins généralistes : une évaluation en Pays-de-la-Loire, France. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2016 ; 64 (Supplement 4) : Page S242.

**55. Lasmé-Guillao BE, Amorrissani-Folquet AM.** Information médicale : évaluation de la communication médecin/patient dans un service de pédiatrie à Abidjan. Société de l'anesthésie réanimation de l'Afrique francophone 2013 ; 18 (2). <http://web-saraf.net>

**56. Le Divenah A, Segouin C, Martinez F, Bréchat PH.** Repères pour une qualité globale des soins par la certification et l'évaluation des pratiques

professionnelles : une réforme sous haute tension. Presse Med. 2009 ; 38 (Issue 4): 516–518.

**57. Le Pogam MA, Perrin P, Paparel P, Touzet S, Colin C.** Évaluation des pratiques professionnelles en urologie à partir du Dossier médical informatisé de spécialité : surveillance d'indicateurs de qualité des biopsies prostatiques par maîtrise statistique des processus. Revue d'épidémiologie et de santé publique 2008 ; 56 (issue 1) : 27-28.

**58. Lopez A, Rémy PL.** Mesure de la satisfaction des usagers des établissements des soins, rapport de l'inspection générale des affaires sociales. Rapport n°RM2007-045P, République de France.  
<https://www.robertholcman.net>

**59. Marchand MC, Laurent C, Lofgren K.** L'IHAB... pour la qualité des soins en maternité. Archives de Pédiatrie 2010 ; 17 (issue 6): 804-805.

**60. Marché des titres publique. LE BLO.** Disponible sur : Sénégal, la 2ème plus grande économie de la zone UEMOA ([marchedestitrespublics.com](http://marchedestitrespublics.com))

**61. Marty. J.** Qualité et sécurité des soins : une évolution ou une révolution culturelle. Editorial / Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. 2009 ; 28 (5) : 429–430.

**62. Matillon Y, Durieux P.** L'évaluation médicale. Du concept à la pratique. Masson Ed Paris, Médecine Science Publication. 2000 ; 180p.

**63. Mbeva JBK, Nzanzu M, Nyavanda LK, Ngbape OB et Kasereka G.**  
Fonds d'achat des services de santé : une expérience de renforcement de

l'accessibilité aux soins et un pas vers l'assurance santé au Nord Kivu. *Revue Scientifique*. 2020 ; 1 (3) : 1-15.

64. **Mennetrier V, Talmud J.** Baromètre trimestriel de la satisfaction du patient. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2010 ; 58 (Supplement 1) : S33-S34.

65. **Midoun N, Abdelaziz Z.** Mesure de la satisfaction des patients hospitalisés dans un établissement hospitalier universitaire, vis-à-vis de la qualité des soins, de la restauration et de la relation avec le personnel. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2016 ; 64 (Supplement 4) : Page S243.

**66. Ministère de la Santé et de l'action sociale du Sénégal.**

Source : Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS) 2019-2028.

67. **Ngantcha M, Le-Pogam MA, Calmus S, Grenier C, Evrard I, Lamarche-Vadel A et al.** Hospital quality measures: are process indicators associated with hospital standardized mortality ratios in French acute care hospitals? *BMC Health Services Research*. 2017 ; 17 (1) : 578.

68. **N'guessan EA, Koffi NB.** **Appréciation** de la qualité des soins par les clients vus en consultation de Médecine de l'Hôpital Militaire d'Abidjan. Thèse med. Université Felix Houphouet Boigny, 2006,

<https://inveniov1.uvci.edu.ci/collection/UNIVERSITE%20FELIX%20HOUPHOUET-BOIGNY?ln=en>

69. **Nyandwe J, Mapatano MA, Lussamba PS, Kandala NB, Kayembe PK.** Measuring patients' perception on the quality of care in the Democratic

Republic of Congo using a modified service quality scale (SERVQUAL). Archi sci. 2017 ; 1 (2):1-5

**70. OMS. Qualité des soins : définition.**

<http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/>

**71. Observatoire Valaisan de la Santé. Qu'est-ce que la qualité des soins ?**

<https://www.ovs.ch/fr/entete-de-page/1-ovs/evaluation-de-la-qualite-des-soins/qu-est-ce-que-la-qualite-des-soins/>

**72. Paluku-Katswere J, Siri-Kabika D, Hounsou-Nounagnon R, Muhindo-Valimungighe M, Kambasu-Talimula De Maison.** Problématique du retard de prise en charge des urgences chirurgicales abdominales non traumatiques au centre hospitalier Bethesda ; Cotonou, Benin. Revue Médicale des Grands Lacs. 2020 ; 11 (1) : 1-5.

**73. Patel Tammy L, Bouchal Raffin S, Laing Catherine M, Hubbard S.**

Diminuer le recours au service des urgences pour les patients externes présentant des symptômes aigus de cancer : revue intégrative sur l'émergence des centres de soins d'urgence en cancérologie. Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie. Winter 2021 ; 31(1) :3-5.

**74. Patrice F, Sellier E, Pouzol P, Bal G, Labarère J.** La Revue de mortalité et morbidité : une méthode d'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins. Transfusion Clinique et Biologique 2011 ; 18 (1) : 43-48.

**75. Patrice F, Boyer L, Weil G.** Implantation d'une démarche qualité dans les services médicaux d'un hôpital universitaire : facteurs d'accélération et de frein. Revue d'épidémiologie et de Sante Publique. 2008 ; 56 (issue 4) : S189-S195.

**76. Pascal T.** Pourquoi et comment évaluer la qualité des soins chirurgicaux en oncologie thoracique ? Rev Mal Respir. 2006 ; 23 (issue 4, supplement 1) : 7-9.

**77. Perrier-Cornet E, Benzengli H.** Comment améliorer le suivi des prescriptions d'antivitamine k en hôpital de gériatrie ? Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien 2012 ; 47 (4) : 281-282.

**78. Ploin D, Maisonneuve H, Matillon Y, Touzet S.** Table ronde : des réunions d'experts au terrain. Recommandations, consensus, qualité des soins : de quoi parle-t-on ? Archives de pédiatrie. 2004; 11 (issue 6) : 703–705.

**79. Poznańska A, Goryński P, Seroka W, Stokwizewski J, Radomski P, Wojtyniak B.** Nationwide general hospital morbidity study as a source of data about polish population health. Przegl epidemiol. 2019 ; 73(1): 69-80.

**80. Prudent D.** Les services de soins et médicotechniques. Soins cadres. 2017 ; 26 (101) :37-38.

**81. Pugin J.** Le service de soins intensifs (réanimation) adultes à Genève, Suisse. Anesthésie & réanimation. 2020 ; 6 (issue 2) : 182-187.

**82. Queruel P, Arnaudo L.** La qualité de vie du patient brûlé, entre soins contraignants et séquelles. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine. 2014 ; 57 (supplement 1) : e220.

**83. Queruel P, Chauvineau V, Le Coz P, Arnaudo L.** Éthique et rééducation du patient brûlé : jusqu'où respecter le principe d'autonomie ? Annals of physical and rehabilitation medicine. 2014; 57 (supplement 1): e221.

**84. Ramanah R, Dumont A, Schepens F, Traore M, Gaye A, Schaal JP, et al.** Satisfaction des soins obstétricaux: élaboration et validation d'une échelle de mesure de la qualité des soins. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2014 ; 42 (issues 7-8) : 477-482.

**85. Ratsimbazafy V.** Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins qui vont être mis à disposition du public. *Actualités pharmaceutiques hospitalières*. 2010 ; 6 (issue 21) : 55-56.

**86. Razafitseheno H.R, Andrianary P, Ranaivoniarivo G.** Nouveau management public pour améliorer la qualité dans le milieu hospitalier. Cas du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana. *International Journal of Progressive Sciences and Technologies*. 2021 ; 27 (2) : 360-371.

**87. Région médicale de Ziguinchor.**

Source : rapport annuel 2020.

**88. Réminiac-Houssais MS.** Évaluation des compétences non-techniques des infirmières de bloc opératoire dans un environnement d'apprentissage virtuel et collaboratif. *Psychologie, Université Rennes 2*, 2020, 320p. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02933512>

**89. Revilla A, Taboulet P, Raffort N, Plaisance P.** La satisfaction des patients ambulatoires aux urgences est-elle comparable à celle des soignants ? *Journal Européen des Urgences*. 2007 ; 20 (issue 1) : 315.

**90. Ridet D.** « La fabrique des inégalités aux urgences. Entre contraintes organisationnelles et pratiques discriminantes chez les infirmières d'accueil et

d'orientation (IAO) ». Revue de sciences sociales. 2020 ; Volume (35-36), p. 109-121.

**91. Ryan-Andrew M, Krinsky S, Maurer Kristin A, Dimick JB.** Changes in Hospital Quality Associated with Hospital Value-Based Purchasing. N Engl J Med. 2017 ; 376 (24) : 2358-2366.

**92. Samake MN.** Evaluation de la qualité des soins dans le centre de santé communautaire de boukassoumbougou II. Thèse méd. Université de Bamako, 2009, 75p.

<http://www.keneya.net>

**93. Sardina B, Bailly MF, Dabras T, Marsaud JP, Azalbert C, Boyadzhiev S, et al.** Attentes et besoins en soins palliatifs : enquête auprès des soignants d'un hôpital gériatrique. Médecine palliative : soins de support-accompagnement-éthique 2017 ; 16 (issue 4) : 224-233.

**94. Schlessier JC.** La gestion par processus : outil pour le manager hospitalier. Cas d'un projet de regroupement hospitalier. Projectics/Proyética/Projectique 2020/Hors-Série/p33-60.

**95. Shamian J.** Qualité des soins, qualité de vie : quelle place pour l'expertise dans la pratique infirmière ? Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière. 2015 ; 1 (3) : 135-139.

**96. Shubeck SP, Jyothi RT, Dimick JB, Hari N.** Hospital Quality, Patient Risk, and Medicare Expenditures for Cancer Surgery. ACS JOURNAL. 2017 ; Tom 124 (4) : 826-832.



- 97. Tagne-Foka GA, Nguingna-Djomo RF, Bimeme-Bengono I, Ananga-Onana A.** Appréciation de la performance hospitalière des hôpitaux publics au Cameroun. *Journal of Academic Finance* 2020 ; 11 (2) : 331-344.
- 98. Vallet G, Perrin A, Keller C, Fieschi M.** Accès du public aux informations sur les prestations et la qualité des soins dans les établissements publics de santé. Enquête auprès de 44 décideurs de CHU. *Presse Med.* 2006 ; 35 (issue 3, part 1) : 388-392.
- 99. Vallet C, Tersen I, Beaussier H.** Évaluation d'un programme d'éducation thérapeutique chez les patients hypertendus hospitalisés pour un accident vasculaire cérébral. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien* 2012 ; 47 (4) : 288.
- 100. Vergnenègre. A.** Les outils de l'évaluation des soins. *Rev Mal Respir.* 2006; 2 (issue 1, supplement 1): 3S47-3S60.
- 101. Wilcke C, Sergent S.** Coordination du parcours de soins, la place du pharmacien. *Actualités pharmaceutiques* 2019 ; 58 (issue 591) : 20-23.
- 102. Yamba M, Ntumba K, Sumaili EK.** Evaluation de la qualité des soins aux Cliniques Universitaires de Kinshasa : étude de satisfaction des patients hospitalisés. *Ann. Afr. Med.* 2018 ; 11 (3) : e2926-e2935.
- 103. Yameogo AR, Millogo GR C, Palm AF, Bamouni J, Mandi GD, Kologo JK et al.** Évaluation de la satisfaction des patients dans le service de cardiologie du CHU Yalgado Ouédraogo. *Pan African Medical Journal.* 2017 ; 28 (267) : 1-8.

**104. Zabalia M.** Effets de maltraitements sur l'expression de la douleur chez des adolescents atteints de déficience intellectuelle légère et moyenne. *Douleur : Evaluation – Diagnostic – Traitement*. 2006 ; 7 (supplément 1) : 82.

**105. Zeynep O, Com-Ruelle L.** Qualité des soins en France, comment la mesurer pour bien améliorer ? *Journal d'économie médicale*. 2008 ; 26 (6-7)6 : 371 – 385.

**ANNEXE :**

**Fiche d'enquête**

**EVALUATION DE LA QUALITE DE SOINS PAR LES PATIENTS ET  
PRATICIENS DU SERVICE DE ..... DE L'HOPITAL .....**

**FICHE D'ENQUETE**

\*\*\*\*\*

***Pour les patients***

\*\*\*\*\*

**I. IDENTIFICATION ET DONNEES SOCIO DEMOGRAPHIQUE :**

**FICHE No .....**

**Nom :.....**

**Prénoms :.....**

**Age :.....(en année)**

**Sexe : M.....**

**/ F.....**

**Situation matrimoniale : .....**

**Profession :.....**

Nous aimerions savoir ce que vous avez pensé de certains aspects de votre récent séjour à l'hôpital. Vous pouvez répondre par: **excellent, très bien, bien, assez bien, passable ou mauvais.**

Nous vous prions de **ne cocher qu'une seule case par question.**

## II. A PROPOS DE L'ADMISSION

<b>ITEMS</b>	<b>EXCELLENT</b>	<b>TRES BIEN</b>	<b>BIEN</b>	<b>Assez bien</b>	<b>Passable</b>	<b>Mauvais</b>
<b>1. Efficacité de la procédure d'admission : La simplicité des formalités, du temps de la prise en charge</b>						
<b>2. Prise en considération de vos besoins individuels par les personnels qui vous ont accueilli(e): La manière de répondre à vos besoins et désirs personnels</b>						
<b>3. Délais entre l'arriver et la prise en charge</b>						

### **III. A PROPOS DE VOS SOINS QUOTIDIENS A L'HOPITAL**

<b>ITEMS</b>	<b>Excellent</b>	<b>Très bien</b>	<b>Bien</b>	<b>Assez bien</b>	<b>Passable</b>	<b>Mauvais</b>
<b>4. Prise en considération de vos besoins : attitude du personnel à répondre à vos besoins</b>						
<b>5. Coordination des soins : la collaboration entre toutes les personnes qui se sont occupées de vous</b>						
<b>6. Votre satisfaction par rapport aux méthodes et la réussite du traitement</b>						

#### IV. CONCERNANT L'INFORMATION

<b>ITEMS</b>	<b>EXCEL LENT</b>	<b>TRES BIEN</b>	<b>BIE N</b>	<b>Assez bien</b>	<b>Passabl e</b>	<b>Mauvais</b>
<b>7. Faciliter à obtenir des renseignements</b>						
<b>8. Explication : Les infirmiers(ères) et les autres membres du personnel vous ont-ils/elles bien expliqué les examens et traitement, et indiqué ce qui vous attendait ?</b>						
<b>9. Explication et information à la famille</b>						

**V. A PROPOS DU PERSONNEL DE SOINS : LES INFIRMERS(ERES)**

<b>ITEMS</b>	<b>EXCELLENT</b>	<b>TRES BIEN</b>	<b>BIEN</b>	<b>Assez bien</b>	<b>PASSABLE</b>	<b>MAUVAIS</b>
<b>10. Compétence : Savoir-faire pour donner les médicaments et les soins en général</b>						
<b>11. Attention accordée</b>						
<b>12. Réponses et explication des soins/actes</b>						

**VI. A PROPOS DU PERSONNEL DE SOINS : LES MEDECINS**

<b>ITEMS</b>	<b>EXCELLENT</b>	<b>TRES BIEN</b>	<b>BIEN</b>	<b>Assez bien</b>	<b>PASSABLE</b>	<b>MAUVAIS</b>
<b>13. Attention accordée par les médecins à votre état : fréquence des visites, explications données</b>						

<b>14. Sollicitude des médecins : courtoisie et respect à votre égard</b>						
<b>15. Compétence des médecins : aptitude à poser un diagnostic, à vous examiner et capacité à vous soigner</b>						
<b>16. Information données par les médecins</b>						

**VII. A PROPOS DU PERSONNEL DE SOINS : LES AUTRES PERSONNELS**

<b>ITEMS</b>	<b>EXCELLENT</b>	<b>TRES BIEN</b>	<b>BIEN</b>	<b>Assez bien</b>	<b>PASSABLE</b>	<b>MAUVAIS</b>
<b>17. Personnel de nettoyage : la qualité du travail et l'attitude votre égard</b>						



<b>18. La restauration (hôtellerie) :</b>  <b>Autres :</b>						
<b>19. La sécurité</b>						

**VIII. A PROPOS DE VOTRE SEJOUR**

<b>ITEMS</b>	<b>EXCELLENT</b>	<b>TRES BIEN</b>	<b>BIEN</b>	<b>Assez bien</b>	<b>PASSABLE</b>	<b>MAUVAIS</b>
<b>20. La tranquillité : l'atmosphère était –elle calme et reposante</b>						
<b>21. L'aspect du bâtiment hospitalier</b>						

**IX. DEPART DE L'HOPITAL**

<b>ITEMS</b>				
<p><b>22. Information données à la sortie : vous a – t – on dit de manière claire et complète ce que vous devez faire et à quoi vous attendre après votre sortie ?</b></p>	<p>Oui :.....</p> <p>Non : .....</p>			
<p><b>23. Pendant votre séjour à l'hôpital, s'est-il passé quelque chose qui vous a surpris(e) : Si oui veuillez l'indiquer : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></b></p>				
<p><b>24. Si oui expliquez</b></p>				
<p><b>RECOMMANDATIONS ET SUGGESTIONS</b></p>				
<p><b>ITEMS</b></p>	<p><b>Oui, sans aucun doute</b></p>	<p><b>Oui, probablement</b></p>	<p><b>Non, probablement pas</b></p>	<p><b>Non, en aucun cas</b></p>
<p><b>25.</b></p>				

<p><b>Recommanderiez-vous notre hôpital (service) à votre famille et à vos amis s'ils devraient être a l'hôpital ?</b></p>				
<p><b>26. Quelles seraient vos raisons de revenir ou de ne pas revenir dans notre hôpital ?</b></p>				
<p><b>27. Amélioration nécessaire : Nous vous prions de nous indiquer ce que l'hôpital pourrait faire pour améliorer</b></p>				

<p><b>la qualité des soins et des services et pour mieux répondre à vos besoins</b></p>	
---	--

**MERCI DE VOTRE COLLABORATION**

**EVALUATION DE LA QUALITE DE SOINS PAR LES PATIENTS ET PRATICIENS DU SERVICE DE ..... DE L'HOPITAL .....**

**FICHE D'ENQUETE**

\*\*\*\*\*

*Pour les PRATICIENS*

\*\*\*\*\*

**I. IDENTIFICATION ET DONNEES SOCIO DEMOGRAPHIQUE :**

FICHE No .....

Nom : .....

Prénoms : .....

Age : .....(en année)

Sexe : M.....

/ F.....

Situation matrimonial : .....

TITRE /

FONCTION : .....

Nombre d'année d'exercice de la fonction : .....

.....

Type de soins / actes :

.....

.....

Acte ou soins le plus réalisé : .....

.....

Nous aimerions savoir ce que vous avez pensé de certains aspects de votre récent séjour à l'hôpital. Vous pouvez répondre par: **excellent, très bien, bien, assez bien, passable ou mauvais.**

Nous vous prions de **ne cocher qu'une seule case par question.**

Items évalués	Excellent	Très bien	Bien	Assez bien	Passable	Mauvais
<b>1. Qualité de la prestation du service</b>						
<b>2. Interactivité entre les praticiens</b>						
<b>3. Interactivité avec les patients</b>						
<b>4. Régularité de la prestation du service</b>						
<b>5. L'organisation pour le traitement et les moyens thérapeutiques disponibles sont :</b>						
<b>6. Existe – t –il des méthodes et/ou protocoles codifiés ?</b>	Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/>					
<b>7. Qualité des outils et matériels mise à disposition : consommables, matériels de</b>						

soins,...						
<b>8. Disponibilité des outils et matériels mise à dispositions</b>						
<b>Motivation du personnel</b>						
<b>9. Salaire</b>						
<b>10. Promotion et plan de carrière</b>	Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/>					
<b>11. Avantage</b>						
<b>12. Climat et cadre du travail</b>						
<b>A PROPOS DES PATIENTS</b>						
<b>13. En général leur attitude facilite la prise en charge</b>	Oui, toujours	Oui, parfois	Non, pas toujours		Pas du tout	
<b>INFORMATION DES PATIENTS</b>						
<b>14. Prenez-vous toujours la peine d'expliquer la conduite a tenir / l'acte a réalisé au patient ?</b>	Oui, toujours	Oui, parfois	Non, pas toujours		Pas du tout	

**MERCI DE VOTRE COLLABORATION**