



DIMENSIONS ORGANISATIONNELLES DU SERVICE D'ACCEUIL DES URGENCES ET INSATISFACTION DES PATIENTS AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE POINT-G DE BAMAKO : CAUSES, DEFIS ET PERSPECTIVES

Dr. Sidi Mamadou DIALLO¹ Dr. Tiowga SAKHO², Dr. Boubacar Sekou KEITA³, Dr. Djirbil DANFAGA

UNIVERSITE DES SCIENCES SOCIALES ET DE GESTION DE BAMAKO/USSGB

Abstract: Les dimensions organisationnelles du service des urgences constituent des enjeux majeurs pour le bon fonctionnement du service. Une bonne organisation du service des urgences ne se limite pas seulement à la simple compensation financière du travail accompli. Afin d'analyser l'influence de ce facteur sur l'insatisfaction des patients, cette étude a été menée au CHUP-G. L'objectif de cette étude était d'étudier les dimensions organisationnelles du service des urgences et l'insatisfaction des patients au CHUP-G de Bamako.

Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique de type transversal avec une approche mixte. Le positionnement épistémologique de ce papier est positiviste avec une démarche hypothético-déductive. L'étude a impliqué 255 patients pour l'analyse quantitative et 10 patients pour la qualité. Les résultats ont montré que tous les aspects des dimensions organisationnelles du service des urgences étudiés (les temps d'attente, organisation du service) ont une influence sur l'insatisfaction des patients du CHUP-G. L'insatisfaction des patients était élevée, car 58,9 % des enquêtés estimaient que leur insatisfaction dans le service des urgences était élevée. Toutefois, 41,1 % des enquêtés estimaient que les dimensions organisationnelles exercent un faible impact sur leur insatisfaction. L'analyse statistique révèle que tous les aspects des dimensions organisationnelles étudiés (les temps d'attente, l'organisation générale du service, la coordination interservices, la disponibilité et l'effectif du personnel, la qualité du traitement en termes de respect et dignité, la compréhension des étapes de prise en charge, la clarté de la démarche administrative, la communication entre soignants et soignés, la disponibilité du matériel de soins ainsi que l'hygiène des locaux) ont une influence significative sur l'insatisfaction des patients ($p < 0,05$).

Keywords: Dimension organisationnelle ; Service d'accueil ; Insatisfaction des patients;

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.17357033>

1 Introduction

À l'échelle mondiale, les services d'urgence hospitaliers sont aujourd'hui confrontés à une pression croissante, souvent disproportionnée par rapport aux ressources humaines, techniques et financières disponibles, ce qui entraîne un affaiblissement sensible de la qualité perçue des soins (World Health Organization, 2022). Ainsi, en Europe, bien que des avancées technologiques et organisationnelles notables aient été enregistrées, plusieurs études révèlent un niveau préoccupant d'insatisfaction chez les patients, notamment en raison des délais d'attente prolongés, de l'encombrement des structures et d'un déficit de communication entre soignants et usagers (Morley et al., 2018).

Parallèlement, en Afrique, cette problématique revêt une acuité encore plus marquée. En effet, les systèmes de santé y sont confrontés à des difficultés structurelles majeures, telles que le sous-financement chronique, l'insuffisance de personnel qualifié et l'accès inégal aux soins, ce qui affecte profondément le fonctionnement des services d'urgence (Ousmane et al., 2021). Le Mali, à l'instar de plusieurs pays de la sous-région, n'est pas épargné. En particulier, le Centre Hospitalier et Universitaire de Point-G (CHUP-G) de Bamako, principal établissement de référence du pays, fait régulièrement l'objet de plaintes formulées par les usagers, lesquelles portent sur la qualité de l'accueil, la lenteur de la prise en charge ainsi que l'insuffisance des moyens techniques disponibles (Adjahoui, 2023).

Bien que le système de santé maliens ait enregistré certains progrès au cours de la dernière décennie, il reste néanmoins confronté à des défis persistants en matière de qualité des soins, de gestion des urgences et de satisfaction des usagers. Dans ce paysage, le CHUP-G occupe une position stratégique. Il reçoit quotidiennement un flux important de patients, en particulier dans son service des urgences, véritable carrefour des soins aigus. Cette pression constante, combinée à une organisation parfois défaillante, engendre un climat d'insatisfaction croissante parmi les patients.

Par ailleurs, Bamako, capitale économique et principale agglomération urbaine du pays, concentre une population dense et hétérogène dont les attentes en matière de soins d'urgence sont particulièrement élevées. Le CHUP-G, en tant qu'hôpital de troisième niveau, se doit donc de répondre efficacement à cette demande. Or, de nombreuses critiques récurrentes émanent des usagers, pointant un accueil impersonnel, des temps d'attente excessifs, un déficit de communication entre patients et personnel, ainsi que des conditions matérielles parfois précaires.

Selon une enquête du ministère de la Santé menée en 2022, plus de 43 % des patients ayant fréquenté le service des urgences du CHUP-G se sont déclarés insatisfaits de la prise en charge reçue. Ce constat, alarmant dans un contexte où la qualité des soins constitue un indicateur clé de performance hospitalière, interroge la pertinence et l'efficacité des politiques actuelles en matière d'organisation des urgences. De surcroît, une étude qualitative conduite par Hounkpatin et al. (2021) a mis en évidence l'impact du manque de personnel qualifié, notamment aux heures de forte affluence, sur la surcharge de travail et la diminution de l'attention portée aux patients.

Enfin, les données préliminaires indiquent que les facteurs d'insatisfaction sont multiples. Ils relèvent de dimensions structurelles (infrastructures vétustes, équipements obsolètes), humaines (relation soignant-soigné), organisationnelles (délais d'attente, désorientation des patients) et financières (paiements préalables, coûts

indirects). Cette complexité appelle une analyse transversale, systémique et rigoureuse. Ce papier se donne donc pour ambition non seulement d'identifier les causes de l'insatisfaction, mais aussi de proposer des solutions concrètes, adaptées au contexte local, et susceptibles d'améliorer durablement la qualité des soins d'urgence au CHUP-G.

Questions de Recherche

Dans quelle mesure les dimensions organisationnelles du service des urgences influencent-elles l'insatisfaction des patients au CHUP-G de Bamako ?

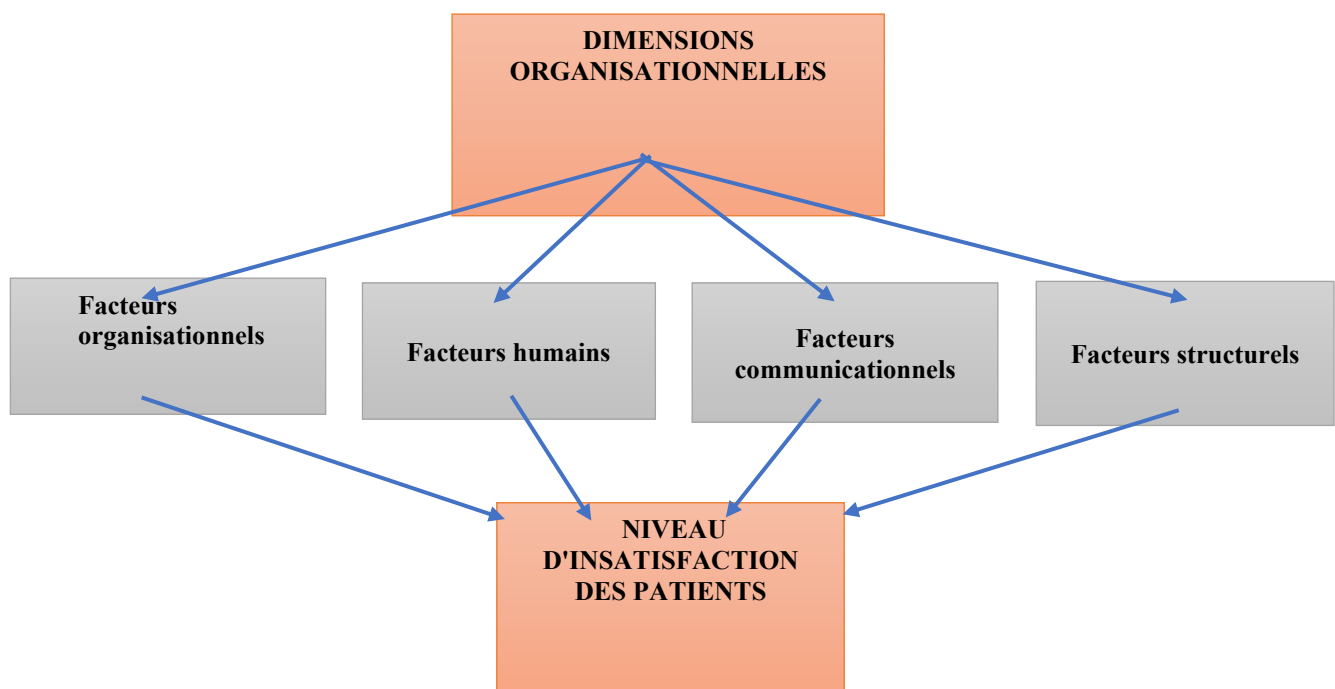
Objectif de Recherche : Etudier les dimensions organisationnelles du service des urgences et l'insatisfaction des patients au CHUP-G de Bamako.

2 Cadre conceptuel

Selon Miles, Saldaña, J. (2014), est une représentation structurée des concepts clés retenus pour une recherche, ainsi que des relations présumées entre ces concepts. Il sert de guide pour l'analyse et l'interprétation des données, en offrant une grille de lecture théorique du phénomène étudié.

Ce cadre sert donc à orienter la réflexion, à structurer l'analyse et à relier les données empiriques à la théorie. Il ne s'agit pas seulement d'un schéma visuel, mais d'un outil d'intelligibilité qui aide le chercheur à comprendre comment et pourquoi les variables de son étude interagissent.

Figure 1 : Schéma du cadre conceptuel



Source : auteur

Ce modèle conceptuel s'appuie sur les constats récurrents dans les systèmes de santé ouest-africains où 62.97% des insatisfactions proviennent de l'interaction entre ces facteurs. Les études bennoises et maliennes soulignent

particulièrement le rôle médiateur de la communication dans l'impact des autres variables sur la satisfaction globale.

Ce cadre met en évidence quatre grandes catégories de facteurs indépendants, inter reliées, susceptibles d'influencer directement la variable dépendante, à savoir l'insatisfaction des patients.

2.1 Définition des concepts opérationnels

2.1.1 Insatisfaction des patients

Selon Oliver, R. L. (1980), l'insatisfaction des patients correspond à une réponse cognitive et émotionnelle négative résultant d'un écart entre les attentes initiales du patient et sa perception réelle de la qualité des soins reçus.

Selon cette perspective, l'insatisfaction ne naît pas uniquement d'une défaillance technique dans la prestation de soins, mais surtout d'une dis confirmation des attentes du patient. Elle est influencée par des facteurs tels que le comportement du personnel, le temps d'attente, l'état des infrastructures, la communication, ou encore le coût des soins. L'insatisfaction constitue un indicateur majeur de la qualité perçue et peut affecter l'adhésion aux traitements, la réputation de l'établissement et la confiance dans le système de santé.

Autrement dit, le niveau d'insatisfaction se mesure à travers l'intensité du mécontentement exprimé ou ressenti par le patient lorsque les soins ou services délivrés ne répondent pas à ses attentes en termes de qualité, de disponibilité, de communication ou de traitement humain.

Dans le cadre de cette étude, l'insatisfaction des patients est définie comme le degré de mécontentement exprimé ou ressenti par un patient ayant reçu des soins dans le service des urgences du CHUP-G, en lien avec un ou plusieurs aspects de sa prise en charge.

Elle est évaluée à travers un ensemble d'indicateurs mesurables, notamment :

- Le temps d'attente avant la prise en charge ;
- La qualité de l'accueil et des interactions avec le personnel ;
- La disponibilité des équipements et des médicaments ;
- La clarté des informations reçues sur l'état de santé et les soins ;
- Le niveau de confiance dans les soins reçus ;
- La propreté et le confort du cadre hospitalier.

2.1.2 La qualité perçue des soins

D'après Donabedian, A. (2003), la qualité perçue des soins est l'évaluation subjective que fait un patient des services de santé reçus, sur la base de ses attentes, de son expérience et de ses perceptions, et non seulement sur des critères techniques ou médicaux.

Elle repose donc sur des dimensions relationnelles (communication, empathie), organisationnelles (délai, coordination), structurelles (infrastructure, propreté), mais aussi sur le ressenti émotionnel du patient tout au long de son parcours. Cette perception joue un rôle central dans le niveau de satisfaction ou d'insatisfaction exprimé par les usagers des services de santé.

2.1.3 Les urgences hospitalières

« Les urgences hospitalières sont des structures médicales spécialisées chargées d'accueillir, de prendre en charge et d'orienter sans délai les patients présentant des pathologies aiguës, potentiellement graves ou mettant en jeu le pronostic vital, nécessitant une évaluation et une intervention immédiate. » Selon Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2008)

Elles constituent un maillon essentiel du système de santé en assurant une prise en charge rapide et prioritaire des situations critiques. Leur fonctionnement est marqué par l'imprévisibilité des cas, la nécessité de triage et la pression constante sur les ressources humaines et matérielles.

2.1.4 Facteurs structurels, organisationnels, humains et communicationnels

- **Les facteurs organisationnels**

Ils renvoient au mode de gestion du service des urgences : temps d'attente, coordination des soins, efficacité du triage, clarté du parcours patient. Une organisation défaillante peut générer de la frustration, de l'angoisse ou une perte de confiance envers le système.

- **Les facteurs humains**

Ce sont les comportements et attitudes du personnel de santé : accueil, respect, disponibilité, empathie, compétence perçue. Le capital humain joue un rôle crucial dans l'expérience patient, notamment dans des situations d'urgence où la vulnérabilité est accrue.

- **Les facteurs de communication**

Ils concernent la manière dont l'information circule entre les soignants et les patients : clarté des explications, écoute, réponses aux préoccupations, langage utilisé.

- **Les facteurs structurels**

Ils englobent les conditions physiques et matérielles du service : disponibilité des équipements médicaux, qualité des infrastructures, hygiène des locaux, confort et accessibilité. Une déficience à ce niveau peut induire un sentiment de négligence ou d'insécurité chez le patient.

Les défis opérationnels (dans le contexte hospitalier)

Les défis opérationnels dans les établissements de santé d'après WHO (2010), désignent l'ensemble des contraintes pratiques liées à l'organisation, à la gestion des ressources humaines et matérielles, aux procédures de prise en charge, ainsi qu'à la coordination des soins, qui peuvent compromettre la qualité des services rendus aux patients.

Dans le cadre du service des urgences du CHUP-G de Bamako, les défis opérationnels incluent :

- La surcharge des patients, entraînant des délais d'attente prolongés ;
- Le manque de coordination interservices, source d'erreurs ou de retards dans la prise en charge ;
- L'insuffisance des équipements et consommables médicaux de première urgence ;
- La gestion déficiente du personnel : sous-effectif, stress, manque de formation continue ;

- L'absence de protocoles standardisés ou leur non-respect ;
- Et les ruptures de communication entre soignants et patients.

Ces défis affectent directement la qualité perçue des soins par les patients et sont souvent cités comme principales causes d'insatisfaction, en particulier dans les services d'urgence à forte pression.

Les perspectives d'amélioration (en lien avec les services d'urgence hospitaliers)

« Les perspectives d'amélioration désignent l'ensemble des stratégies, réformes et actions envisageables à court, moyen ou long terme, visant à corriger les insuffisances identifiées dans l'offre de soins, à renforcer la qualité des services et à rehausser la satisfaction des patients. » : Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988)

Dans le cadre du CHUP-G, les perspectives d'amélioration touchent plusieurs dimensions clés :

- Organisationnelle : amélioration du triage, digitalisation des admissions, révision des protocoles de soins.
- Structurelle : réhabilitation des infrastructures, augmentation de la capacité d'accueil.
- Humaine : recrutement et formation continue du personnel, meilleure gestion des horaires et des charges de travail.
- Communicationnelle : renforcement de la communication entre soignants et patients, instauration de dispositifs d'écoute des usagers.
- Institutionnelle : adoption de politiques hospitalières centrées sur le patient et implication du ministère de la Santé dans un appui budgétaire et réglementaire.

Ces leviers constituent autant d'options concrètes pour réduire l'insatisfaction des patients, restaurer la confiance et garantir un service d'urgence plus efficace, plus humain et mieux adapté aux réalités du Mali.

2.2 Revue de littérature

Dans le cadre de cette recherche, nous avons consulté divers ouvrages et publications scientifiques en lien avec notre sujet d'étude.

L'analyse des causes de l'insatisfaction des patients dans les services d'urgences hospitaliers fait l'objet de plusieurs travaux en Afrique subsaharienne, où les défis sont souvent similaires. Une étude empirique réalisée par Dembélé et al. (2023) au Centre Hospitalo-Universitaire Mère-Enfant le Luxembourg de Bamako met en lumière les facteurs déterminants de la satisfaction des usagers du service des urgences. Il en ressort que le temps d'attente, l'accueil, la disponibilité des médicaments, le coût des soins et l'exiguïté des locaux sont les éléments les plus fréquemment associés à l'insatisfaction.

Ces résultats rejoignent ceux de Traoré (2019) au Burkina Faso, qui souligne le rôle central des variables organisationnelles dans la perception de la qualité des soins d'urgence, notamment à travers la rapidité du triage et la fluidité du circuit patient. De même, une étude conduite par Kouadio et al. (2021) en Côte d'Ivoire sur les urgences du CHU de Yopougon a révélé que la communication déficiente entre le personnel soignant et les patients aggravait significativement le niveau d'insatisfaction, surtout chez les usagers les plus vulnérables ou stressés.

Ces recherches permettent de structurer l'analyse autour de quatre grands axes explicatifs, en cohérence avec les variables indépendantes de notre étude :

- Les variables structurelles : L'exiguïté des locaux, l'insuffisance des lits, et le manque de matériel médical (cf. CNHU-HKM et CHU de Bamako) constituent des freins majeurs à une prise en charge optimale.
- Les variables procédurales : Le délai d'attente prolongé avant le premier contact avec un professionnel de santé, l'absence de coordination et le manque de protocoles efficaces (Dembélé et al., 2023) affectent la satisfaction.
- Les variables humaines : La surcharge de travail du personnel, le déficit en effectifs qualifiés et le manque d'écoute ou d'empathie perçus par les patients impactent négativement leur expérience, comme souligné par Kouadio et al. (2021).
- Les variables communicationnelles : Le défaut d'explications claires, l'absence d'information sur les soins ou les délais, et le manque de dialogue contribuent à une incompréhension du fonctionnement hospitalier, générant anxiété et frustration.

Ainsi, ces études régionales, bien que menées dans des contextes légèrement différents, renforcent la pertinence du choix du CHUP-G comme terrain d'étude, en raison de similitudes structurelles et systémiques. Elles justifient également le recours à un modèle d'analyse centré sur les causes pluridimensionnelles de l'insatisfaction des patients.

3 Méthodologie de Recherche

L'épistémologie, en tant que réflexion critique sur la production des connaissances, permet d'analyser la posture adoptée dans une recherche scientifique. Pour ce mémoire sur : Dimensions organisationnelles du service d'accueil des urgences et insatisfaction des patients au Centre Hospitalier Universitaire de Point- G. de Bamako : causes, défis et perspectives, nous avons identifié l'ancrage épistémologique qui guide la démarche scientifique adoptée.

Ce papier s'inscrit principalement dans une épistémologie empirico-réaliste avec une ouverture vers une épistémologie compréhensive.

- L'empirisme réaliste (ou positivisme modéré) :

L'étude repose sur l'observation de faits objectifs et mesurables à travers des enquêtes et des analyses statistiques (ex. : taux d'insatisfaction, délais d'attente, qualité perçue des soins). L'objectif est d'étudier les dimensions organisationnelles du service des urgences et l'insatisfaction des patients au CHUP-G de Bamako, en s'appuyant sur des données quantifiables et des méthodes rigoureuses, ce qui s'apparente à une posture positiviste.

- L'épistémologie compréhensive (ou interprétativisme) :

Cependant, la simple étude des phénomènes ne suffit pas pour comprendre pleinement les ressentis des patients. Une analyse qualitative est donc intégrée pour interpréter les perceptions des patients. Cette approche s'appuie sur des méthodes comme les entretiens semi-directifs et l'observation des pratiques hospitalières afin de saisir les expériences subjectives et les représentations sociales liées aux soins d'urgence.

Ce papier se situe ainsi à la croisée de deux grands paradigmes scientifiques :

- Le paradigme positiviste : en cherchant à objectiver l'insatisfaction des patients par des

mesures et des statistiques, dans une logique de causalité.

- Le paradigme constructiviste/interprétatif : en reconnaissant que la perception de la qualité des soins et des délais d'attente est une construction sociale influencée par divers facteurs culturels, organisationnels et personnels.

L'articulation entre ces deux approches est justifiée par la nature du sujet étudié. En effet :

- Les aspects quantitatifs (positivisme empirique) permettent d'identifier des tendances générales et d'établir des corrélations entre les délais d'attente, la qualité perçue des soins et le niveau d'insatisfaction.

- Les aspects qualitatifs (compréhension interprétative) permettent de comprendre comment les patients perçoivent et vivent la prise en charge aux urgences, ce qui enrichit l'analyse des facteurs d'insatisfaction. Ce positionnement épistémologique a des implications méthodologiques directes :

- Utilisation d'une méthodologie mixte : combinaison d'une approche quantitative (questionnaires, statistiques) et qualitative (entretiens).
- Recours à l'analyse thématique et statistique : croisement des données chiffrées avec des verbatim et des témoignages pour une meilleure interprétation des résultats.
- Approche critique et réflexive : prise en compte des limites des méthodes utilisées et des biais possibles dans l'interprétation des résultats.

Le positionnement épistémologique de ce mémoire permet une analyse à la fois objective et nuancée de l'insatisfaction des patients aux urgences. Cette posture hybride garantit une compréhension plus complète du phénomène étudié en alliant rigueur scientifique et prise en compte des perceptions subjectives.

Dans le cadre de cette étude, l'échantillonnage retenu est probabiliste, afin de garantir une représentativité optimale des patients admis au service des urgences du CHUP-Gde Bamako. Deux techniques probabilistes complémentaires ont été mobilisées : l'échantillonnage systématique et le tirage aléatoire simple.

Dans un premier temps, une sélection aléatoire systématique a été opérée à partir d'une liste exhaustive des patients éligibles, établie à l'aide des registres d'admission du service des urgences pour le mois de référence. Cette méthode repose sur le calcul d'un pas de sondage ($k = N/n$), où N représente la population totale (soit 757 patients admis en avril 2025), et n la taille de l'échantillon calculée (par exemple, 255 patients).

Un tirage aléatoire initial entre 1 et le pas de sondage a permis d'identifier la première unité statistique. Ensuite, le pas de sondage a été appliqué de manière systématique pour sélectionner les unités suivantes jusqu'à atteindre la taille souhaitée.

En parallèle, dans le cas des entretiens semi-directifs qualitatifs, un tirage aléatoire simple a été effectué à l'aide d'un générateur de nombres aléatoires pour constituer un sous-échantillon d'individus à interroger, selon les critères d'inclusion préalablement définis. Cette procédure assure l'impartialité du choix des répondants tout en diversifiant les profils rencontrés.

La méthode Non Probabiliste

La méthode d'échantillonnage non probabiliste repose sur une sélection intentionnelle des participants, ce qui signifie que tous les membres de la population cible n'ont pas une probabilité égale d'être inclus dans l'étude. Dans ce cadre, l'échantillonnage par quotas a été retenu. Cette technique consiste à diviser la population en plusieurs sous-groupes homogènes (ou strates) en fonction de certaines caractéristiques (âge, sexe, fonction, etc.), puis à sélectionner un nombre prédéfini de participants dans chaque catégorie. Cette approche permet d'assurer une diversité de points de vue, notamment dans la composante qualitative de l'étude, tout en respectant un équilibre représentatif des profils recherchés.

Technique d'échantillonnage : Calcul de la taille de l'échantillon

Pour déterminer la taille de l'échantillon dans cette étude à la fois quantitative et qualitative, deux approches ont été utilisées selon la méthode de collecte des données.

Composante quantitative : questionnaires adressés aux patients

Le nombre total de patients admis au service des urgences du CHUP-G de Cotonou au cours du mois d'avril 2025 étant de 757, la taille de l'échantillon a été déterminée en utilisant la formule de William G. Cochran :

Où

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{E^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

- n = taille de l'échantillon
- N = taille de la population (757)
- Un niveau de confiance de 95 % ($Z = 1,96$),
- Une marge d'erreur de 5 % ($E = 0,05$),
- Et une proportion estimée de 50 % ($p = 0,5$), ce dernier étant utilisé par prudence en l'absence de donnée précise sur la distribution des réponses.

La formule devient :

$$n = \frac{(757) \times (1,96)^2 \times (0,5) \times (1-0,5)}{(0,05)^2 \times (757-1) + (1,96)^2 \times (0,5) \times (1-0,5)}$$

- $Z^2 = (1,96)^2 \approx 3,8416$
- $E^2 = (0,05)^2 = 0,0025$
- $N = 757$
- $p = 0,5$

Calculer n :

$$n = \frac{727,02}{2,85} = 255,05$$

Nous avons une taille d'échantillon de 255,05 patients.

Par conséquent, la taille de l'échantillon pour les questionnaires a été arrondie à 255 patients. L'échantillonnage a été réalisé de manière probabiliste systématique à partir de la liste des patients éligibles inscrits dans les registres d'admission du service des urgences, en respectant un pas de sondage ($k = N/n$).

- Composante qualitative : entretiens semi-directifs

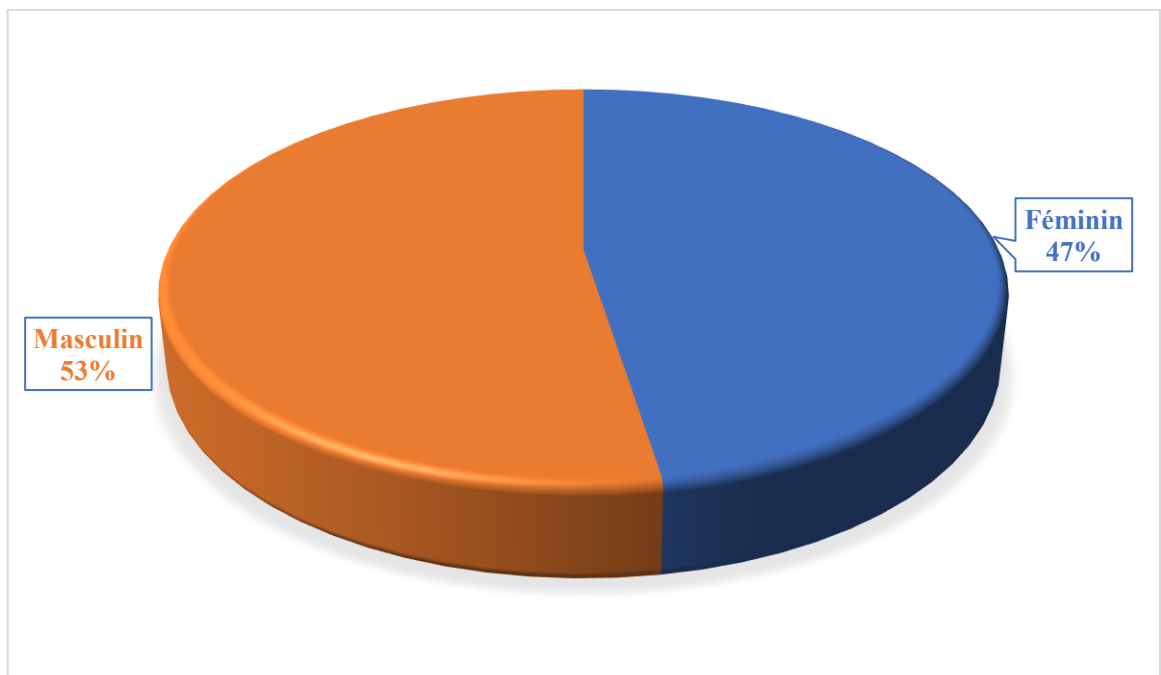
Pour les entretiens qualitatifs menés auprès des patients et du personnel soignant, une méthode non probabiliste par quotas a été utilisée. Cette méthode permet de garantir la diversité des profils interrogés (âge, sexe, statut professionnel, durée de séjour, etc.) sans viser la représentativité statistique. Le nombre de participants à interroger par cette méthode est déterminé en fonction du principe de saturation théorique, estimé à 10 participants (patients), selon les ressources disponibles et la redondance des informations recueillies.

4. Présentation des Résultats

Les résultats de données quantitatives ont été recueillis après avoir soumis des questionnaires aux patients. Ces données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 21.0, concernant les tableaux et les graphiques ont été élaborés avec logiciel Excel 2016.

- Caractéristiques socio- démographiques des patients

1. Sexe des répondants

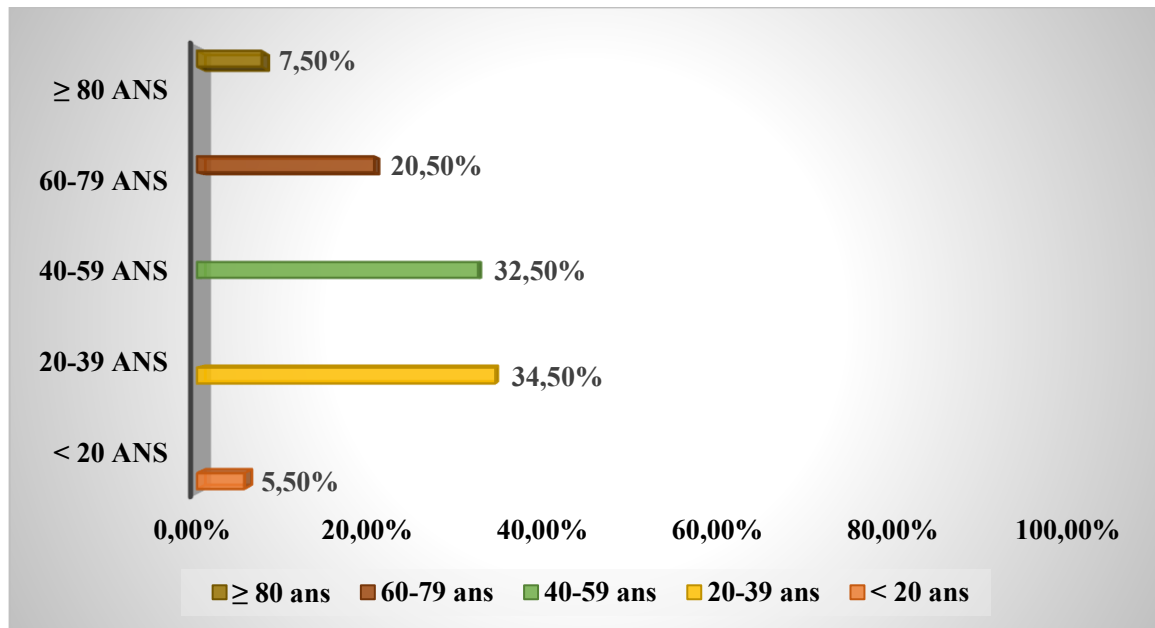


Sources : Enquêtes de terrain

Figure 2: Répartition des patients selon le sexe

53 % des répondants sont des hommes, contre 47% de femmes.

2. Âge des répondants



Sources : Enquêtes de terrain

Figure 3: Répartition des patients selon l'âge

Les résultats montrent que la majorité des répondants (34,5 %) sont âgés de 20 à 39 ans, suivis de 32,5 % dans la tranche de 40-59 ans.

3. Niveau instruction

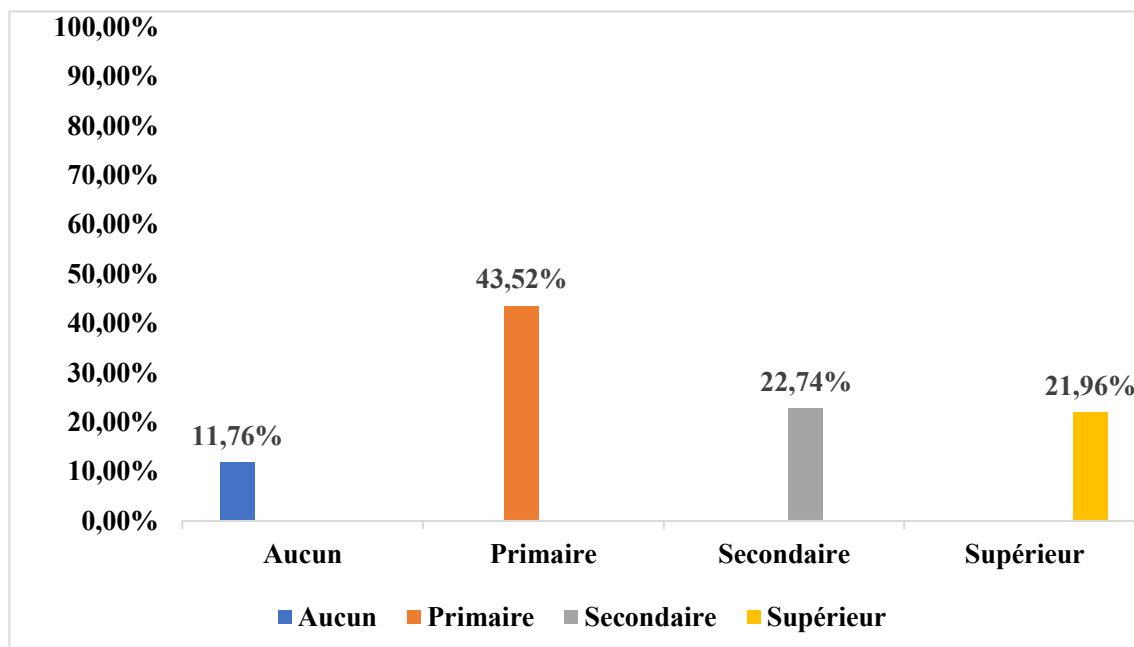
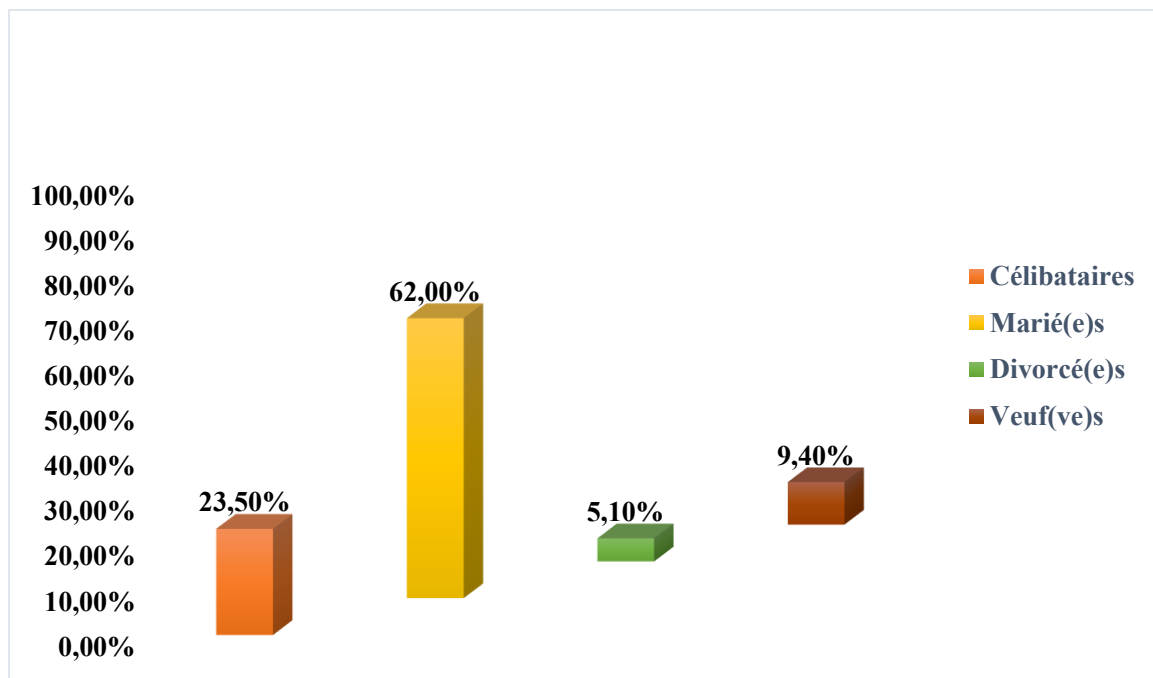


Figure 4: Répartition des patients selon leur niveau d'instruction

43,52 % des répondants ont un niveau d'étude primaire, près de 23 % ont un niveau secondaire ou supérieur.

4. Situation Matrimoniale

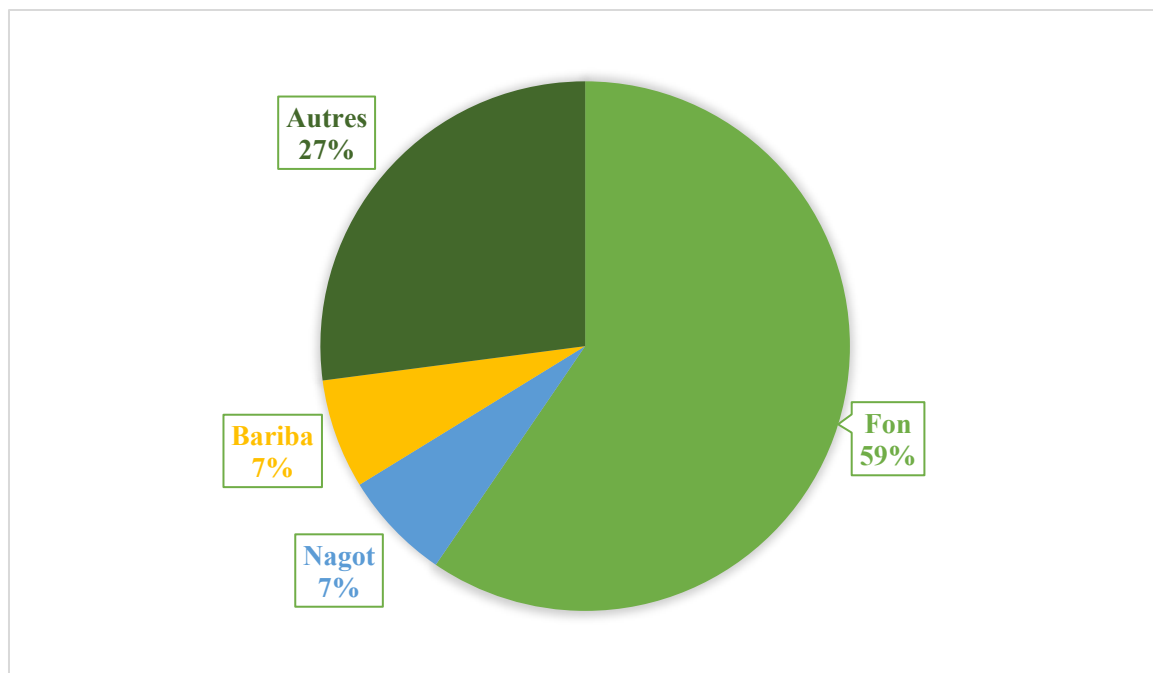


Sources : Enquêtes de terrain

Figure 5: Répartition des patients selon leur situation matrimoniale

La majeure partie des répondants sont mariés (62%), seulement les divorcés sont en minorité (5,10%)

5. Ethnie des répondants



Sources : Enquêtes de terrain

Figure 6: Répartition des patients selon leur ethnie

La plupart des répondants sont Fon (59%)

3.1.1. Facteurs organisationnels

1. Temps d'attente

Tableau 1: Répartition des patients en fonction du temps d'attente

	Fréquence	Pourcentage
Oui	116	45,5%
Non	139	54,5%
Total	255	100%

Sources : Enquêtes de terrain

L'analyse de ce tableau montre que **45,5 % des patients** ont répondu « Oui », tandis que **54,5 %** ont répondu « Non ». Cette répartition révèle une légère prédominance des réponses négatives. Elle suggère donc que la majorité des patients ne partagent pas l'opinion.

1. Organisation du service

Tableau 2: Répartition des patients en fonction de l'organisation du service

	Fréquence	Pourcentage
Oui	120	47,1%
Non	135	52,9%
Total	255	100%

Sources : Enquêtes de terrain

Parmi les 255 patients interrogés au service des urgences du CHUP-G de Bamako, 47,1 % ont déclaré une mauvaise organisation du service.

3. Coordination interservices

Tableau 3 : Répartition des patients en fonction de la Coordination interservices

	Fréquence	Pourcentage
Oui	64	25,1%
Non	191	74,9%
Total	255	100%

Sources : Enquêtes de terrain

Près de 75 % des patients déclarent une mauvaise coordination entre les services. Ce déficit organisationnel est l'un des déterminants majeurs de l'insatisfaction, car il ralentit les soins et crée de la confusion.

Tableau 4: Influence de la perception du temps d'attente sur le niveau de satisfaction des patients

Temps d'attente	Satisfaction globale				Total	
	Satisfait		Insatisfait			
Oui	67	57,76%	49	42,24%	116	45,49%
Non	38	27,34%	101	72,66%	139	54,51%
Total	105	41,17%	150	58,82%	255	100%

L'analyse croisée entre le *temps d'attente* et la *satisfaction globale* des patients révèle une association statistiquement significative. Les données montrent que parmi les patients ayant attendu un temps jugé acceptable, 57,76 % (67/116) se déclarent satisfaits, contre seulement 27,34 % (38/139) chez ceux ayant attendu un temps jugé non acceptable. À l'inverse, l'insatisfaction est nettement plus élevée chez les patients ayant connu un temps d'attente prolongé (72,66 %) comparativement à ceux ayant eu un délai court (42,24 %). Le test du Chi-deux donne une valeur $\chi^2 = 23,45$ (ddl = 1), avec une p-value < 0,001, indiquant que la relation observée entre le temps d'attente et la satisfaction globale n'est pas due au hasard mais reflète une corrélation réelle dans la population étudiée.

Le degré de liberté (ddl = 1) confirme qu'il s'agit d'un tableau à deux modalités pour chaque variable, ce qui renforce la robustesse du test.

Influence de l'organisation du service sur le niveau de satisfaction des patients

Tableau 5: Influence de l'organisation du service sur le niveau de satisfaction des patients

L'organisation du service	Satisfaction globale				Total	
	Satisfait		Insatisfait			
Oui	28	23,33%	92	76,67%	120	47,06%
Non	77	57,03%	58	42,96%	135	52,94%
Total	105	40,18%	150	59,81%	255	100%

L'analyse du lien entre la perception de l'organisation du service et la satisfaction globale des patients montre une association statistiquement significative ($\text{Khi}^2(1) = 28,42$; $p < 0,001$). La proportion d'insatisfaction est

nettement plus élevée chez les patients jugeant l'organisation du service comme inadéquate (76,67 %) par rapport à ceux estimant qu'elle est satisfaisante (42,96 %). Cette différence n'est pas due au hasard, comme le confirme la très faible p-value.

4 Conclusion

En définitive, la présente recherche a permis de mettre en évidence que les dimensions organisationnelles du service d'accueil des urgences exercent une influence déterminante sur l'expérience des patients et constituent un facteur central de leur insatisfaction au CHUP-G de Bamako. L'objectif initial, qui visait à analyser ces dimensions organisationnelles et leur lien avec l'insatisfaction des usagers, a été pleinement atteint à travers l'identification des principaux déterminants, l'évaluation du niveau de mécontentement et la mise en évidence des relations significatives entre les variables étudiées. Les résultats obtenus révèlent que les dimensions organisationnelles les plus marquantes concernent la coordination interservices, la disponibilité et l'effectif du personnel, la qualité du traitement mesurée en termes de respect et de dignité, la compréhension des étapes de prise en charge, la clarté des démarches administratives, la communication soignant-soigné, la disponibilité du matériel médical ainsi que l'hygiène des locaux. Bien que ces facteurs aient été globalement perçus comme influençant négativement la qualité de la prise en charge, il ressort que l'insatisfaction demeure particulièrement marquée à l'égard du temps d'attente, de l'organisation générale du service et du déficit de ressources matérielles et humaines. En ce sens, plus de la moitié des patients interrogés ont déclaré une insatisfaction notable, confirmant la place centrale des défaillances organisationnelles dans la perception de la qualité des soins. Face à ce constat, des réformes profondes s'imposent. Il apparaît nécessaire de promouvoir une approche systémique de la gestion du service des urgences, intégrant à la fois le renforcement de la coordination interservices, l'accroissement des effectifs à travers des recrutements adaptés, la participation du personnel soignant à des programmes de formation continue, ainsi que l'amélioration des dispositifs logistiques et matériels. De telles mesures contribueraient à instaurer une plus grande équité, à renforcer la transparence et à restaurer la confiance des usagers envers l'institution hospitalière. Ainsi, cette étude souligne que les dimensions organisationnelles représentent un levier stratégique incontournable pour améliorer la satisfaction des patients et, au-delà, pour rehausser la qualité globale des soins au CHUP-G. Toutefois, il convient de rappeler que cette recherche présente certaines limites, notamment liées à la spécificité de l'échantillon étudié, concentré sur une population donnée, ce qui limite la généralisation des résultats. Il serait dès lors pertinent de répliquer l'étude sur un échantillon plus large et diversifié, afin d'enrichir la compréhension de ces dynamiques organisationnelles. En perspective, des investigations futures pourraient approfondir l'analyse comparative avec d'autres structures sanitaires nationales et internationales, de manière à dégager des pistes innovantes et adaptées au contexte beninois. Ce faisant, elles contribueraient non seulement à améliorer la qualité des services d'urgence, mais également à renforcer la gouvernance hospitalière dans une logique de gestion axée sur les résultats et la satisfaction des usagers.

REFERENCES

1. AfSEM (2019). *Rapport annuel sur les urgences hospitalières en Afrique subsaharienne*. Société Africaine de Médecine d'Urgence.
2. Council of Europe. (2018). *Charte européenne des droits des patients*. Strasbourg: Conseil de l'Europe.
3. European Observatory on Health Systems and Policies. (2020). *Health system performance assessment: Europe series*. OMS/Observatoire Européen.
4. Konaté, M., Tchibozo, M., & Aholou, Y. (2023). Insatisfaction des usagers aux urgences : cas du CNHU-HKM de Cotonou. *Revue Béninoise de Santé Publique*, 12(3), 45-60.
5. Morley, C., Unwin, M., Peterson, G. M., Stankovich, J., & Kinsman, L. (2018). Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLoS One*, 13(8), e0203316. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203316>
6. Ousmane, A., Diarra, Y., & Kouyaté, B. (2021). Health systems challenges in sub-Saharan emergency care: A systematic analysis. *African Journal of Emergency Medicine*, 11(1), 12–18. <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2020.10.005>
7. World Health Organization. (2022). *Emergency care systems for universal health coverage: Ensuring timely care for the acutely ill and injured*. Geneva: WHO.