

## Prise en charge des patients aux urgences médicales du CHU de Treichville: analyse situationnelle. *Medical Emergency: Analysis Of Patient Management In Treichville*

N'GUESSAN K<sup>1</sup>, ATTOH TOURÉ H<sup>1</sup>, DOUBA A<sup>1</sup>, TRAORE Y<sup>1</sup>, AKA N<sup>2</sup>, EKRA KD<sup>1</sup>

1- Institut National d'Hygiène Publique

2- Direction de la coordination du Programme Elargi de Vaccination

**Adresses :** N'Guessan K : *nguesskonan@yahoo.fr*; Attoh Touré H : *harveyattohtoure@yahoo.fr*; Douba A: *alfreddouba@gmail.com*; Traore Y : *traore\_youl@yahoo.fr*; Aka N : *akanicaise@yahoo.fr*; Ekra KD : *kdanielekra@yahoo.fr*.

**Correspondant :** Attoh Touré Harvey  
06 BP 2371 Abidjan 06  
*harveyattohtoure@yahoo.fr*

### RÉSUMÉ

**Introduction.** Les hôpitaux publics ne parviennent pas toujours à assurer de façon satisfaisante la prise en charge des cas d'urgence. L'objectif général de ce travail était d'analyser la prise en charge des patients admis aux urgences médicales au CHU de Treichville.

**Méthode.** Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive qui s'est déroulée de Juillet à Octobre 2010 aux urgences médicales. Ont été inclus toutes les personnes qui se sont présentées aux urgences médicales. Le recueil des données a concerné les processus organisationnels et les résultats en termes de satisfaction des usagers. Le test du khi2 et/ou le test de Fisher ont été utilisés pour l'analyse statistique.

**Résultats.** Au total 95 patients ont été sélectionnés. Le délai d'admission était court, inférieur à 15 minutes dans 45,3% des cas. Le délai moyen était de 28 minutes, avec des extrêmes allant de 06 à 110 minutes. Le retard à la prise en charge des patients était lié à l'indisponibilité du médecin (56,8%) et à l'absence de table d'examen (26,3%). Le manque de place était incriminé dans 13,7% des cas. Le délai moyen entre l'admission et le contact avec un médecin était de 24 minutes. Lorsque les parents parvenaient à honorer les ordonnances médicales et les bilans para cliniques, ils bénéficiaient des premiers soins en moins de 15 minutes ( $p < 0,05$ ). Hormis, l'attitude des médecins, les usagers étaient globalement satisfaits.

**Conclusion.** La satisfaction des usagers était bonne dans notre étude mais des efforts restent à faire concernant l'indisponibilité des médecins, leur attitude et le coût élevés des prestations.

**Mots-clés :** Qualité, Prise en charge, Patients, Urgences médicales

### ABSTRACT

**Introduction.** Public hospitals sometimes fail to adequately ensure the management of emergencies. The general objective of this work was to analyze care for patients admitted to medical emergencies at Treichville Emergencies Unit.

**Method.** This was a cross-sectional study descriptive and analytical referred held from July to October 2010 in the medical emergencies of CHU Treichville. The study population consisted of all persons who presented to medical emergencies during the study period. Data collection on care concerned the organizational processes and the results in terms of user satisfaction. We used Chi square and/or Fisher test for statistical analysis.

**Results.** In total 95 patients were selected. We noted a short period of admission, less than 15 minutes in 45.3% of cases. The average delay was 28 minutes, the minimum time of 06 minutes and the maximum time of 110 minutes. The delay in the care of emergency patients was related to physician unavailability in 56.8% of cases and lack of examination table in 26.3% of cases. Lack of space was implicated in 13.7% of cases. The mean time between admission and contact with physician was 24 minutes. When parents were able to honor prescriptions and clinical exams, they received first aid within 15 minutes ( $p < 0.05$ ). Apart from the attitude of the doctors, users were generally satisfied with their relationship with the medical staff and the condition of the premises.

**Conclusion.** User satisfaction was good in our study but work remains to be done concerning the unavailability of doctors, their attitude and the high cost of benefits.

**Keywords:** Quality, Medical care, Patient, Medical Emergencies

## INTRODUCTION

L'urgence médicale se définit comme un besoin de soins immédiat et inopiné. Elle se caractérise par la mise en jeu du pronostic vital et/ou fonctionnel nécessitant l'intervention immédiate d'un médecin formé à la prise en charge des urgences<sup>1</sup>. Le service d'urgence au sein d'un centre hospitalier est le lieu d'accueil par excellence de tous les clients qui se présentent à l'hôpital pour une consultation ou une hospitalisation et dont la prise en charge n'a pas été programmée. L'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers doit faire face non seulement aux clients dirigés sur avis, mais aussi à ceux qui se présentent spontanément. Il doit dans la mesure du possible apporter une réponse rapide et satisfaisante à leur préoccupation. « La satisfaction est un jugement de valeur, une opinion, un avis qui résulte de la confrontation entre le service perçu et le service attendu »<sup>2</sup>. Pour Mégiverne, en 1992<sup>3</sup>, la satisfaction se définit comme le degré de congruence entre les attentes des clients relatives aux soins et aux services désirés et sa perception concernant la qualité du service réellement offert.

Il est de plus en plus question de la qualité des soins dans les établissements sanitaires publics dans toutes leurs composantes en général et les urgences en particulier. La qualité de la prise en charge dans les services d'urgence se heurte à quelques difficultés<sup>4</sup>. En effet, les hôpitaux publics ne parviennent pas à assurer de façon satisfaisante la prise en charge des cas d'urgence. La qualité des services est insuffisante, l'accueil souvent inadéquat, les malades qui ne sont pas recommandés ont souvent du mal à être pris correctement en charge, les produits pharmaceutiques et autres consommables essentiels ne sont pas disponibles et doivent souvent être achetés dans des officines de pharmacies<sup>5</sup>. D'où la nécessité d'évaluer les soins administrés aux patients, afin d'apprécier le travail accompli et par la même occasion apprécier les opinions des clients sur les soins qui leur sont administrés. Il n'existe pas de définition universellement acceptée de la qualité des soins. Ainsi, la qualité des soins est une appréciation globale, équivalente d'excellence, de conformité aux attentes ou de satisfaction du client<sup>6</sup>.

A Abidjan, au CHU de Treichville, les urgences médicales et la consultation constituent un service (médecine interne) où il y a eu en 2007, 7143 consultations soit 18,4 % de l'ensemble des consultations. Nous nous sommes interrogés

sur la perception des bénéficiaires et/ou de leurs parents vis-à-vis des prestations qui leur sont offertes. La présente étude vise à contribuer à l'amélioration de la qualité des soins dans nos hôpitaux.

L'objectif général était d'analyser la prise en charge des patients admis aux urgences médicales du CHU de Treichville. Nos objectifs spécifiques s'articulaient autour de trois points essentiels :

- Décrire les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des patients aux urgences médicales.
- Décrire la perception qu'ont les patients ou leurs parents vis-à-vis des prestations offertes aux urgences médicales du CHU de Treichville.
- Identifier les facteurs qui influencent la satisfaction des patients.

## MÉTHODE

### Type d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive et analytique qui s'est déroulée du 12 Juillet au 11 Octobre 2010.

### Cadre de l'étude

L'étude a eu pour cadre, les urgences médicales du CHU de Treichville qui est un Etablissement Public National à caractère administratif et commercial situé au niveau tertiaire de la pyramide sanitaire. Ce centre constitue l'un des trois CHU que compte la ville d'Abidjan. Il couvre en matière de santé toute la zone Sud d'Abidjan.

### Site de l'étude

Il s'agissait des Urgences médicales du CHU de Treichville dont l'effectif était de six médecins et huit infirmiers. On comptait aussi un Interne des Hôpitaux, une Surveillante d'Unités de Soins, un coordonnateur, des Aides- Soignants et Garçons de salle. En plus de la salle d'observation et de quatre salles d'hospitalisation, les urgences sont dotées d'une pharmacie, d'un poste de radiologie et d'un laboratoire. Le processus de prise en charge des Urgences médicales est le suivant :

- L'accueil et installation du patient par le garçon de salle sur le lit d'examen
- La prise des constantes soit par les aides-soignants soit par les étudiants stagiaires
- L'examen clinique et demande d'examen para cliniques en vue d'établir

éventuellement le diagnostic par le médecin.

- La mise en route du traitement par l'infirmier sous la supervision du médecin traitant.
- Le recouvrement des coûts par l'agent sous forme d'un ticket que celui-ci remet aux parents. Les parents se rendent au bureau des entrées pour s'acquitter des frais d'admission et de séjour.
- Les visites journalières des patients par le personnel médical (8h, 13h, 19h).
- Au-delà de 24 à 72 heures :
  - \* soit le patient est hospitalisé dans un autre service
  - \* soit transféré dans un autre hôpital
  - \* soit libéré si l'évolution clinique est favorable

Quelque fois, les patients restent plus long-temps dans le service soit par manque de place dans le service d'accueil comme la réanimation ou par manque de moyens financiers compte tenu de la caution exigée avant l'admission dans ledit service.

### Population d'étude

La population d'étude a été constituée par toutes les personnes qui se sont présentées aux urgences médicales dans le but de bénéficier des soins que nécessitait leur état de santé ainsi que les accompagnants des patients non autonomes (dans le coma). Il s'agissait d'une étude exhaustive qui a concerné tous les patients reçus aux urgences médicales pendant notre période d'étude et qui ont accepté de se soumettre à notre questionnaire. Au total 95 patients ont été sélectionnés.

Critères d'inclusion : ont été inclus dans notre étude, tout individu ayant séjourné aux urgences médicales pour une mise en observation ou pour une hospitalisation.

Critères de non inclusion : toutes les personnes décédées moins de trente minutes après leur arrivée ou reçues pour une consultation et dont l'état n'était pas considéré comme une urgence.

### Recueil des données

Le recueil des données sur la qualité des soins s'est basé sur le Modèle de Donabedian<sup>7</sup>. Cet auteur distingue trois aspects des soins : les structures, les processus et les résultats. Nous avons choisi de travailler sur deux aspects clés des services d'accueil des urgences :

- Le processus organisationnel, notamment l'organisation de la prise en charge aux urgences.
- Les résultats en terme de satisfaction des patients.

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire anonyme à partir d'une interview en face à face effectuée par trois médecins du service. Nous avons interrogé les patients ou leurs parents à l'entrée, après le début des premiers soins et à la fin de leur séjour aux urgences. Les variables liées à la qualité de la prise en charge des clients étaient :

- L'organisation de la prise en charge :
  - \* Délai entre l'arrivée et l'admission aux urgences médicales
  - \* Délai s'écoulant entre l'admission et le contact avec le médecin
  - \* Délai s'écoulant entre la fin de l'examen et le début des soins
  - \* Durée de l'hospitalisation
  - \* Disponibilité des médicaments à la pharmacie du CHU
- La satisfaction des patients sur :
  - \* L'attitude générale du personnel médical
  - \* La relation entre personnel de santé et parents
  - \* Les locaux
  - \* Le montant des prestations

### Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée grâce au test du khi2 ou le test de Fisher lorsque les conditions de réalisations du khi2 n'étaient pas réunies. Le seuil de significativité utilisé a été  $p < 0,05$ .

### Considérations éthiques

Les patients ou les personnes les accompagnants ont été soumis aux questionnaires sans contrainte après avoir donné leur consentement éclairé. Chaque questionnaire réalisé a été fait sous le sceau de l'anonymat et couvert par le secret médical.

## RÉSULTATS

### Caractéristiques socio-démographiques des patients

L'âge moyen était de 41 ans  $\pm$  15,09. On notait une répartition équilibrée des tranches d'âge avec une légère prédominance de la tranche d'âge 36-

45 ans (22,1%). Il y avait 49 hommes pour 46 femmes soit un sex ratio de 1,06. Les patients venaient majoritairement de Yopougon et d'Abobo dans respectivement 25,3% et 15,8% des cas, ce qui représentait près de la moitié des patients. Les personnes sans professions et les corps habillés étaient majoritaires et représentaient chacun 29,5% de l'échantillon. Ils étaient suivis des ouvriers (22,1%). Les cadres supérieurs représentaient moins de 2% de l'effectif.

Les 3 premiers motifs d'admission étaient l'hypertension artérielle (51,6%), le diabète (32%) et les pneumopathies (21,1%).

Le transport des patients vers les urgences s'est effectué principalement en taxi et en véhicules personnels (83,2%). Les ambulances n'assurant le transport que 15,8% des cas.

#### Délai d'admission, de prise en charge et durée d'hospitalisation

**Tableau I :** Répartition de la population selon le délai entre l'arrivée et l'admission aux urgences / *Distribution of the Population by Time Between Arrival and Emergency Admission*

Délai d'admission aux urgences	n	%
<15 minutes	43	45,3
15-29 minutes	17	17,9
30-44 minutes	19	20,0
45-60 minutes	09	09,5
>60 minutes	07	07,4
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>100,0</b>

On notait un délai d'admission court, inférieur à 15 minutes dans 45,3% des cas (Tableau I). Le délai moyen était de 28 minutes, le délai minimum de 06 minutes et le délai maximum de 110 minutes.

Le retard à la prise en charge des patients aux urgences était lié à l'indisponibilité du médecin dans 56,8% des cas et à l'absence de table d'examen dans 26,3% des cas. Le manque de place était incriminé dans 13,7% des cas.

Le délai moyen entre l'admission et le contact avec un médecin était de 24 minutes avec un délai minimum de 03 minutes et maximum de 65 minutes.

Le délai entre la fin de l'examen clinique et le début des soins était inférieur à 15 minutes dans 91,6% des cas.

**Tableau II :** Délai fin examen clinique-début des soins en fonction de la capacité à honorer les ordonnances / *Deadline for Clinical Examination-Beginning of Care Based on Ability to Honor Prescriptions*

Capacité à honorer les ordonnances	Début des soins				Total
	Moins de 15 minutes		≥ 15 minutes		
	n	%	n	%	
Oui	86	98,8	04	50,0	<b>90</b>
Non	01	01,2	04	50,0	<b>05</b>
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>	<b>08</b>	<b>100,0</b>	<b>95</b>

OR=86

P = 0,000

Lorsque les parents parvenaient à honorer les ordonnances médicales, plus de 98% des patients patientaient moins de 15 minutes avant de recevoir les premiers soins ( $p < 0,05$ ) (Tableau II).

La capacité des parents à honorer les bilans para cliniques permettait aussi aux patients de bénéficier des premiers soins en moins de 15 minutes dans 79,3% des cas ( $p < 0,05$ ).

**Tableau III :** Répartition de la population selon la durée d'hospitalisation / *Distribution of the population by length of hospitalization*

Durée d'hospitalisation	n	%
<24 heures	09	09,5
24-47 heures	44	46,3
48-72 heures	22	23,2
>72 heures	20	21,1
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>100,0</b>

Près du quart des patients séjournèrent plus de 72 heures aux urgences médicales contre 69,5% des qui y séjournèrent entre 24 et 72 heures. La durée moyenne d'hospitalisation était de 48 heures avec un maximum de 15 jours (Tableau III).

La majorité des patients est sortie sur avis médical (46,3%) ou a été hospitalisée (42,1%) dans un autre service.

L'approvisionnement en produits pharmaceutiques se faisait simultanément par la pharmacie du CHU et les officines privées dans 76,8% des cas. Seulement 22,1% des patients ont été approvisionnés uniquement par la pharmacie interne.

#### La satisfaction des usagers

Le personnel médical en général a été jugé majoritairement courtois dans 77,9% des cas. La relation entre le personnel de santé et les parents

ont été jugés satisfaisantes à 83,3%. Pour 62,1% des patients, des médecins avaient une attitude discourtoise.

La majorité des patients ou accompagnants a jugé les chambres et les toilettes propres dans respectivement 90,5% et 88,4% des cas.

Près de la moitié des patients ont jugé les coûts des prestations chers (49,4%). Environ 24,2% d'entre eux ont été incapables d'honorer les bilans para cliniques.

L'attitude du personnel, le délai d'admission, de prise en charge et le coût des prestations n'étaient pas en lien avec la satisfaction des usagers.

## DISCUSSION

### Caractéristiques socio-démographiques

La population d'étude était constituée d'adultes jeunes pour la plupart « corps habillés<sup>1</sup> », sans profession et ouvriers, présentant majoritairement des pathologies non transmissibles. Les cadres supérieurs représentaient moins de 2% de l'effectif. Depuis plusieurs années, les catégories sociales les plus favorisées ont recours plus souvent aux services de cliniques privées pour une meilleure qualité des prestations<sup>5</sup>. La majorité des patients venait de la commune de Yopougon et était venue par leur propre moyen de transport. La fermeture des urgences médicales du CHU de Yopougon pour travaux pourrait aussi expliquer le déplacement des patients de cette commune vers le CHU de Treichville. Malgré l'existence de leurs hôpitaux que sont l'Hôpital Militaire d'Abidjan et l'Hôpital de la Police Nationale, les « corps habillés » fréquentent régulièrement le CHU de Treichville. Les patients se rendaient au CHU de Treichville par leur propre moyen de transport. Cela pourrait s'expliquer par le manque d'ambulances dans les structures sanitaires obligeant les malades à utiliser un mode de transport peu commode. De plus, les patients venaient très souvent directement de la maison.

### Délai d'admission et de prise en charge des patients

Dans 56,8% des cas le retard à la prise en charge était dû à l'indisponibilité des médecins. La principale raison est que les médecins de garde ont la charge de tous les patients des services médicaux d'hospitalisation du CHU de Treichville. Ils sont régulièrement sollicités

pour donner des avis et ne sont pas toujours disponibles. Le manque de matériel notamment de tables d'examen était aussi une cause de retard. En urgence, les pathologies nécessitent une prise en charge rapide, ce temps est supposé être très court, voire immédiat car le pronostic vital peut à chaque instant être engagé. « En effet le délai écoulé entre l'admission du patient et la prise en charge de sa pathologie, de même que la qualité de cette prise en charge sont des facteurs qui influencent le pronostic »<sup>4</sup>. En France, au CHU de Kremlin Bicêtre, il y avait un délai moyen de 10 minutes entre l'admission et l'examen par un médecin<sup>8</sup> contre 24 minutes dans notre étude. Au CHU de Libreville ce délai était beaucoup plus long environ 56 minutes<sup>4</sup>. D'autres raisons sont évoquées pour expliquer le retard à la prise en charge notamment l'indisponibilité des médicaments au sein de la pharmacie interne ou l'absence d'un accompagnateur<sup>4</sup>. La présence d'un accompagnateur s'est avérée être utile dans notre étude pour réduire le délai entre l'examen clinique et les premiers soins. En effet, l'accompagnateur peut d'une part acheter les médicaments non disponibles au niveau de la pharmacie interne et d'autre part régler rapidement les différentes factures.

### Durée d'hospitalisation

La majorité des patients (78,9%) avait une durée d'hospitalisation allant de 24 à 72 heures. Nos résultats corroborent ceux de certains écrits qui rapportent la même durée pour 80,9% des patients<sup>9</sup>. Ce résultat est conforme avec la notion d'urgence parce qu'au-delà de 72 heures le patient doit être transféré dans d'autres services en fonction des pathologies diagnostiquées. Il est à noter qu'un peu plus de 21% des patients passaient plus de 72 heures aux urgences soit par manque de places dans les services d'accueil soit parce que l'urgence n'était pas levée, soit par manque de moyens financiers pour faire face au coût de l'hospitalisation et des médicaments. C'est le cas de l'Institut de cardiologie et du service de réanimation du CHU de Treichville, où il faut déposer une caution avant hospitalisation. Ce qui rend le taux de rotation des urgences médicales faible.

### Degré de satisfaction des usagers sur l'attitude du personnel et l'état des locaux

Malgré un personnel de santé jugé globalement courtois, l'attitude des médecins n'a pas été appréciée dans notre étude. Au Bénin, des patients ont évoqué le manque d'empathie du personnel<sup>10</sup>. Le médecin de garde est de plus en

1 Personnes appartenant au corps des policiers, militaires, Sapeurs pompiers, gendarmes ou agents des Eaux et Forêts

plus confronté aux exigences des patients, qu'elles soient justifiées ou non. La plupart d'entre eux reconnaissent qu'ils éprouvent des difficultés à exercer sereinement leur métier<sup>11</sup>. Cela pourrait être une des raisons du manque de patience et d'empathie à l'égard des patients. Cependant, le médecin de garde a des responsabilités régies par la déontologie médicale dont il doit tenir compte<sup>11</sup>. Ce sont un peu plus de 90% des patients qui ont été satisfaits de l'état de propreté des urgences. Cette satisfaction viendrait du fait que c'est un local neuf, qui date d'environ deux ans. De façon générale, les hôpitaux publics construits en Afrique il y a quelques années ne parvenaient pas à assurer la pérennité de leurs investissements et sont entrés rapidement dans un cycle de dégradation continue. De ce fait les pays ont dû investir de nouveau dans leur consolidation, voire dans leur réhabilitation<sup>5</sup>. Cela a été le cas des urgences du CHU de Treichville et c'est le cas actuel des urgences du CHU de Cocody.

### Degré de satisfaction des usagers sur le montant des prestations

Jugé globalement onéreux, une fraction non négligeable des patients (24,2%) n'a pu réaliser les bilans para cliniques faute de moyens financiers. Dans ce cas de figure le traitement a été essentiellement probabiliste c'est-à-dire sur la base de la suspicion diagnostique. Cela nuit fortement à la qualité des soins prodigués en Urgence.

Au-delà des impératifs organisationnels les enjeux de la mesure de la satisfaction sont majeurs, dans la mesure où la satisfaction est fortement liée à l'adhésion au traitement, intervient dans la continuité des soins et contribue de ce fait à la réussite de la prise en charge et finalement à l'état de santé<sup>12</sup>. Il paraît important que les pays en développement qui privilégient les services de santé axés sur les malades entreprennent des recherches plus approfondies sur les déterminants de la satisfaction des clients dans leurs cultures respectives<sup>13</sup>.

### CONCLUSION

La satisfaction des usagers était bonne dans notre étude mais des efforts restent à faire concernant l'indisponibilité des médecins, leur attitude, le manque de table d'examen, de place dans les services d'accueil et bien sûr, les coûts élevés des prestations.

L'urgence est un problème complexe et primordial. Le service d'accueil des urgences constitue la vitrine de l'hôpital. C'est le point pivot

de l'organisation à mettre en place pour la bonne mise en marche des urgences. Sa place au sein de l'hôpital doit être définie sans ambiguïté et des moyens appropriés doivent lui être consentis pour remédier aux insuffisances.

### Remerciements

à Professeur OUATTARA Doignan, chef de service des urgences médicales ainsi que tout le personnel des urgences médicales du CHU de Treichville.

### RÉFÉRENCES

- 1- **Lecoq A et al.**. La prise en charge des urgences en Bretagne : synthèse générale. Evaluation de la prise en charge dans les services d'urgence. Rapport Service Médicale régionale de Bretagne octobre 2004.
- 2- **Tremblay P.** Mesurer la satisfaction et les attentes des clients. Québec : Centre d'Expertise des Grands Organismes, 2006. 12 p.
- 3- **Mégiverne K, Halm M, Jones AG.** Measuring patient's perception as an outcome of nursing care. Journal of Nursing Care Quality Jul 1992, 6(4) : 9-24
- 4- **Kéïta KK.** Evaluation des délais de prise en charge des urgences au service des urgences chirurgicales de l'Hôpital Gabriel Toure. Thèse de médecine. Université de Bamako, 2006.
- 5- **Balique H.** L'hôpital public en Afrique francophone. Médecine Tropicale 2004, 64(6) : 545-551.
- 6- **Garnerin P, Bovier P, Chamot E, Chastonay P, Chopard P, Herrmann F, Perneger T.** Qualité des soins. Economie de la santé. Bulletin des médecins suisses, 2001 ; 82(38) :2020-2024.
- 7- **Donabedian A.** The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988;260:1743-8.
- 8- **Diarra B.** Osmothérapie au mannitol chez les traumatisés crâniens à propos de 79 cas admis au S.U.C.de l'hôpital Gabriel Touré de Février 2001 à Février 2002. Thèse de médecine. Université de Bamako, 2003.
- 9- **N'guessan. N.** Evaluation de la satisfaction des clients admis aux urgences médicales du C.H.U de Cocody d'Abidjan. Thèse de médecine. Université de Cocody-Abidjan, 2008.
- 10- **Saizonouet J et al.** La qualité de prise en charge des urgences obstétricales dans les maternités de référence au Bénin. Tropical Medicine and International Health, 2006,11(5) : 672-680.
- 11- **Lucas J, Jornet F.** Responsabilité des médecins de garde ou d'astreinte. Analyse juridique et déontologique. Rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Octobre 2001.
- 12- **Lataeif M, Bohr A, Ben SK,Soltani MS.** Evaluation des satisfactions des clients dans un hôpital universitaire en Tunisie J. Econ Med 2001 ;19 :525-32
- 13- **Aldama JM, Piechulek H, Al-Sabir A.** Satisfaction des clients et qualité de soins dans les zones rurales du Bangladesh. Bulletin of the World Health Organization 6 : 512-517.