

SANTÉ PUBLIQUE/PUBLIC HEALTH

Satisfaction des patients opérés en chirurgie ORL au Centre hospitalier universitaire Sylvanus Olympio de Lomé (Togo)

Patients' satisfaction in ENT surgery at the Sylvanus Olympio University Hospital in Lomé (Togo)

Essobiziou AMANA, Winga FOMA, Guemessou NASSOU*, Gérémie ANANIDJIN, Bathokédéou AMANA

RÉSUMÉ **Objectif.** Évaluer dans un pays en développement la satisfaction des patients opérés dans un service d'oto-rhino-laryngologie. Étude réalisée au CHU Sylvanus Olympio de Lomé, de la consultation à la prise en charge chirurgicale.

Patients et méthodes. Étude transversale allant du 1er décembre 2022 au 30 novembre 2023, soit sur une période d'un an. Étaient concernés par l'étude les patients ou les accompagnants de patients de moins de 18 ans, ayant donné leur consentement pour l'enquête, ayant été vus par l'équipe chirurgicale et opérés dans le service au cours de la période d'étude. Les paramètres évalués par auto-questionnaires fermés étaient en rapport avec la satisfaction depuis l'accueil jusqu'au diagnostic, du bilan pré-opératoire jusqu'à la veille de l'intervention, du jour de l'intervention jusqu'à la fin de l'hospitalisation et enfin en rapport avec les formalités de sortie de l'hôpital. L'analyse et le traitement des données ont été faits au moyen du logiciel Epi info 7.2.5.0.

Résultats. Cent douze personnes dont quinze accompagnants de patients, ont répondu aux critères de l'enquête, soit 70,4%. L'âge moyen des participants à l'enquête était de 41 ans avec des extrêmes de 19 et 76 ans. Les participants avaient un niveau secondaire d'instruction dans 59,5% des cas. C'étaient des commerçants et des ménagères dans respectivement 26,8% et 24,1% des cas. La thyroïdectomie était le type d'intervention le plus pratiqué, soit 43,7% des cas. De l'accueil jusqu'au diagnostic, l'accueil dans le service était ressenti comme satisfaisant dans 66,1% des cas et très mauvais dans 12,5% des cas. Du bilan pré-opératoire jusqu'à la veille de l'intervention, les formalités de ce bilan et l'achat des ordonnances étaient jugés mauvais dans respectivement 33,9% cas et 40,2% des cas. Du jour de l'intervention jusqu'à la sortie, la qualité des sanitaires et de la salle d'hospitalisation était mauvaise dans respectivement 44,6% et 54,4% des cas. Les participants étaient satisfaits de la qualité des visites (58,9%), du comportement du personnel au bloc (30,4%), de l'information sur le suivi et de l'acte chirurgical dans tous les cas.

Conclusion. La non-satisfaction des patients et de leurs accompagnants existe à tous les niveaux, administratifs et médicaux. Des efforts supplémentaires restent à fournir dans notre service pour améliorer la qualité des soins.

Mots clés: Satisfaction, Consultation, ORL, Bloc opératoire, Thyroïdectomie, Lomé, Togo, Afrique subsaharienne

ABSTRACT **Objective.** To evaluate the satisfaction of patients surgically treated in a Otolaryngology Department in a developing country. This survey was carried out from consultation to surgical management in the Sylvanus Olympio University Hospital in Lomé.

Patients and Methods. Cross-sectional study from December 1, 2022 to November 30, 2023, a period of one year. People included were the patients or relatives for under 18 years of age who gave their consent, seen by the surgical team and operated on in the department during this period. The parameters assessed by a closed self-administered questionnaire were related to satisfaction from admission to diagnosis, from preoperative evaluation to the day before surgery, from the day of surgery to the end of hospitalization, and finally to discharge formalities. The data were analyzed and processed using Epi info 7.2.5.0 software.

Results. One hundred and twelve individuals, including fifteen relatives, met the survey criteria (70.4%). The mean age was 41 years, with extremes of 19 and 76 years. The participants had a secondary education level in 59.5% of the cases. They were shopkeepers and housewives in 26.8% and 24.1% of cases, respectively. Thyroidectomy was the most common type of surgery, performed in 43.7% of cases. From admission to diagnosis, 66.1% of patients found the service satisfactory, while 12.5% found it very poor. From the preoperative examination to the day before surgery, this examination and the purchase of prescriptions were judged to be poor in 33.9% and 40.2% of cases, respectively. From the day of the operation to discharge, the quality of the sanitary facilities and of the hospital ward was poor in 44.6% and 54.4% of cases, respectively. Participants were satisfied with the quality of visits (58.9%), behavior of medical-surgical team in the operating room (30.4%), follow-up information and surgical procedure in all cases.

Conclusion. Dissatisfaction of patients and their relatives exists at all levels, administrative and medical. More efforts need to be done in our department to improve the quality of care.

Key Words: Satisfaction, Consultation, ENT, Operating room, Thyroidectomy, Lomé, Togo, Sub-Saharan Africa

Introduction

Recueillir la satisfaction des patients est de nos jours un des moyens d'évaluer la perception de la qualité des soins. Cette évaluation, bien que courante dans les pays développés depuis bien longtemps [1,2], reste encore à l'état embryonnaire dans les pays en voie de développement tels que les pays africains. Elle peut se faire par le recueil des plaintes, l'utilisation des questionnaires à la sortie ou par une enquête spécifique [3].

Dans le but d'améliorer la pratique chirurgicale dans notre service hospitalier, et plus généralement dans notre pays, les auteurs ont initié cette étude qui n'est que préliminaire, dont l'objectif était d'évaluer la satisfaction des patients opérés, plus précisément depuis leur consultation jusqu'à leur sortie de l'hôpital.

Patients et méthodes

Le service d'ORL et de chirurgie cervico-maxillo-faciale du CHU Sylvanus Olympio a servi de cadre d'étude. Il s'est agi d'une étude transversale d'un an, allant du 1^{er} décembre 2022 au 30 novembre 2023. Ont été inclus dans l'étude les patients de plus de 18 ans ou les accompagnants des patients de moins de 18 ans, ayant donné leur consentement pour l'enquête, ayant consulté dans le service, vus par le *staff* chirurgical et opérés dans le service au cours de la période d'étude. Le *staff* chirurgical consistait en une réunion au cours de laquelle les dossiers des patients à opérer étaient passés en revue en présence du patient et de son accompagnant d'une part, et des enseignants universitaires accompagnés des médecins spécialistes et des médecins en cours de spécialisation, d'autre part. Les patients sélectionnés sont ceux qui ont directement consulté dans le service pour une pathologie ORL et n'ayant pas d'antécédents d'hospitalisation.

N'ont pas été inclus les patients n'ayant pas donné leur consentement, les patients opérés en urgence et ceux ayant un antécédent d'hospitalisation.

Les paramètres évalués ont été l'âge, le sexe, la profession, le niveau d'étude ainsi que les questionnaires en rapport avec la satisfaction depuis l'accueil jusqu'au diagnostic, du bilan pré-opératoire jusqu'à la veille de l'intervention, du jour de l'intervention jusqu'à la fin de l'hospitalisation et enfin en rapport avec les formalités de sortie de l'hôpital.

L'appréciation de la satisfaction a été évaluée en utilisant le questionnaire Saphora (Très satisfaisant, satisfaisant, mauvais, très mauvais) [8].

Introduction

Measuring patient satisfaction is one of the modern ways of assessing perceived quality of care. Although this type of assessment has long been commonplace in developed countries [1,2], it is still in its infancy in developing countries such as Africa. It can be done by collecting complaints, using discharge questionnaires, or through a specific survey [3].

With the aim of improving surgical practice in our department and more generally in our country, the authors initiated this study, which is only preliminary, with the aim of evaluating the satisfaction of operated patients, more precisely from their consultation to their discharge from the hospital.

Patients and methods

The Department of Otolaryngology and Cervicomaxillofacial Surgery of CHU Sylvanus Olympio served as the study setting. This was a one-year cross-sectional study, from December 1, 2022 to November 30, 2023. Patients over the age of 18 years or relatives for the < 18 years old were included if they consented to the survey, were consulted in the department, were seen by the surgical staff, and underwent surgery in the department during the study period. The surgical staff consisted of a meeting during which the files of the patients to be operated on were reviewed in the presence of the patient and his companion, on the one hand, and the university lecturers accompanied by specialists and doctors undergoing specialization, on the other. The patients selected were those who had consulted the department directly for ENT pathology and who did not have a history of previous hospitalization.

Patients who did not give consent, those who underwent emergency surgery, and those with a history of hospitalization were not included.

The parameters evaluated were age, sex, occupation, education level, and questionnaires on satisfaction from admission to diagnosis, from preoperative examination to the day before surgery, from the day of surgery to the end of hospitalization, and finally in relation to hospital discharge formalities.

Satisfaction was assessed using the Saphora questionnaire (very satisfactory, satisfactory, poor, very poor) [8].

The questionnaire was explained to the patients beforehand.

La fiche d'enquête a été préalablement expliquée aux patients.

Cette fiche a été ensuite remplie par le patient ou l'accompagnant à la sortie ou au contrôle post-opératoire. L'analyse et le traitement des données ont été faits au moyen du logiciel Epi info 7.2.5.0

This form was then filled out by the patient or the accompanying person at discharge or at the postoperative check-up. Data were analyzed and processed using Epi info 7.2.5.0 software.

Résultats

Sur 159 interventions chirurgicales programmées durant l'année de l'étude, un effectif de 112 a répondu aux critères et à l'enquête, soit un taux de participation de 70,4 %. Quarante-sept patients ou accompagnants de patients (soit 29,6 %) n'ont pas, de façon délibérée et selon leur convenance personnelle, répondu à l'enquête.

L'âge moyen était de $40,2 \pm 14,7$ ans avec les extrêmes de 19 ans et 76 ans. Le sexe féminin concernait 85 cas soit un sexe ratio de 0,3. Les commerçants constituaient 30 cas, suivis des ménagères dans 27 cas (Fig. 1). Les artisans et les ménagères ont trouvé satisfaisantes toutes les procédures dans 87 % des cas, les commerçants dans 82 % des cas, le personnel de santé, les comptables et les retraités dans 46 % des cas. Pour ce qui est du niveau d'instruction des participants, 68 cas étaient du niveau secondaire,

Results

Of 159 surgical procedures scheduled during the study year, a total of 112 patients met the criteria and completed the survey, resulting in a participation rate of 70.4%. Forty-seven patients or their relatives (29.6%) deliberately chose not to complete the survey.

The mean age was 40.2 ± 14.7 years, with extremes of 19 and 76 years. Females accounted for 85 cases, with a sex ratio of 0.3. Shopkeepers accounted for 30 cases, followed by housewives with 27 cases (Fig. 1). Artisans and housewives found all procedures satisfactory in 87% of cases, shopkeepers in 82% of cases, and health workers, accountants and pensioners in 46% of cases.

Regarding the educational level of the participants, 68 cases were at the secondary level, 30 at the tertiary level, and 14 at the primary level. Thyroidectomy was performed in 49 cases (Fig. 2).

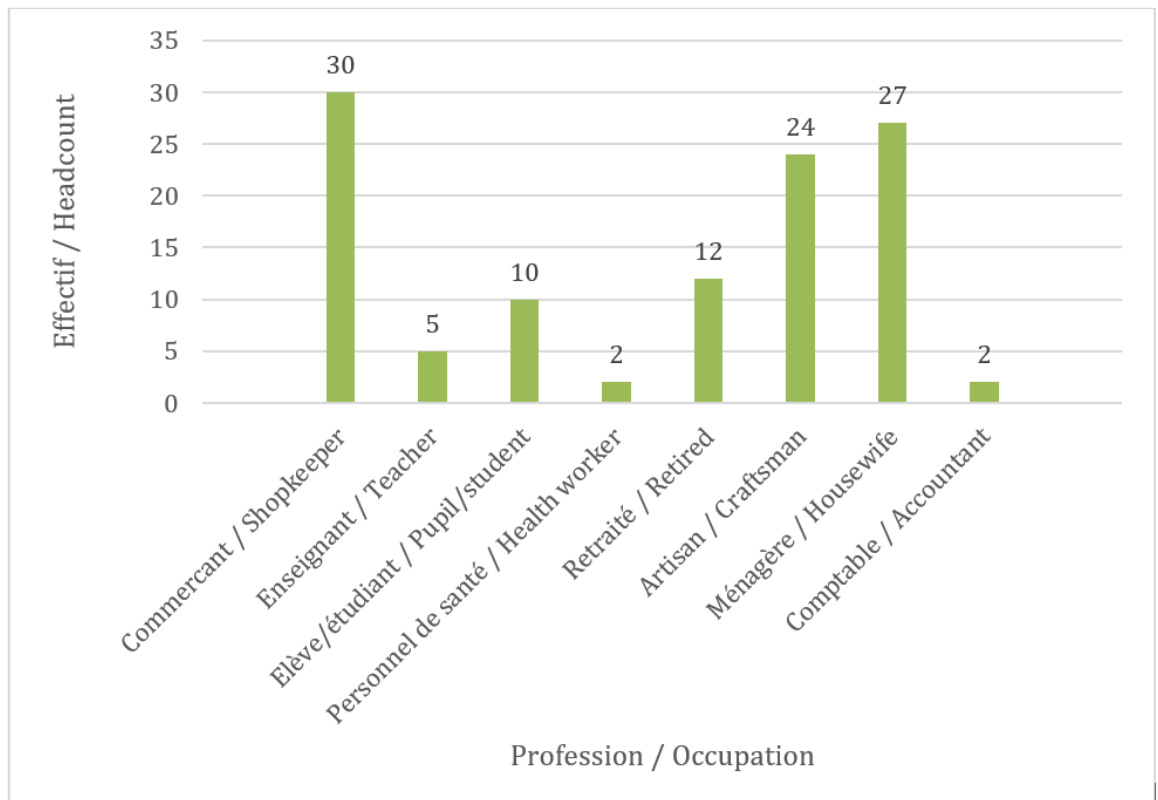


Figure 1 : Effectifs des professions des participants
Figure 1: Number of participants by occupation

30 du niveau supérieur et 14 du niveau primaire. Le type d'intervention était une thyroïdectomie dans 49 cas (Fig. 2).

From reception to diagnosis, patients were satisfied with the reception in 66.1% of cases and found the waiting time at the consultation inconvenient in 9.8% of cases (Table I).

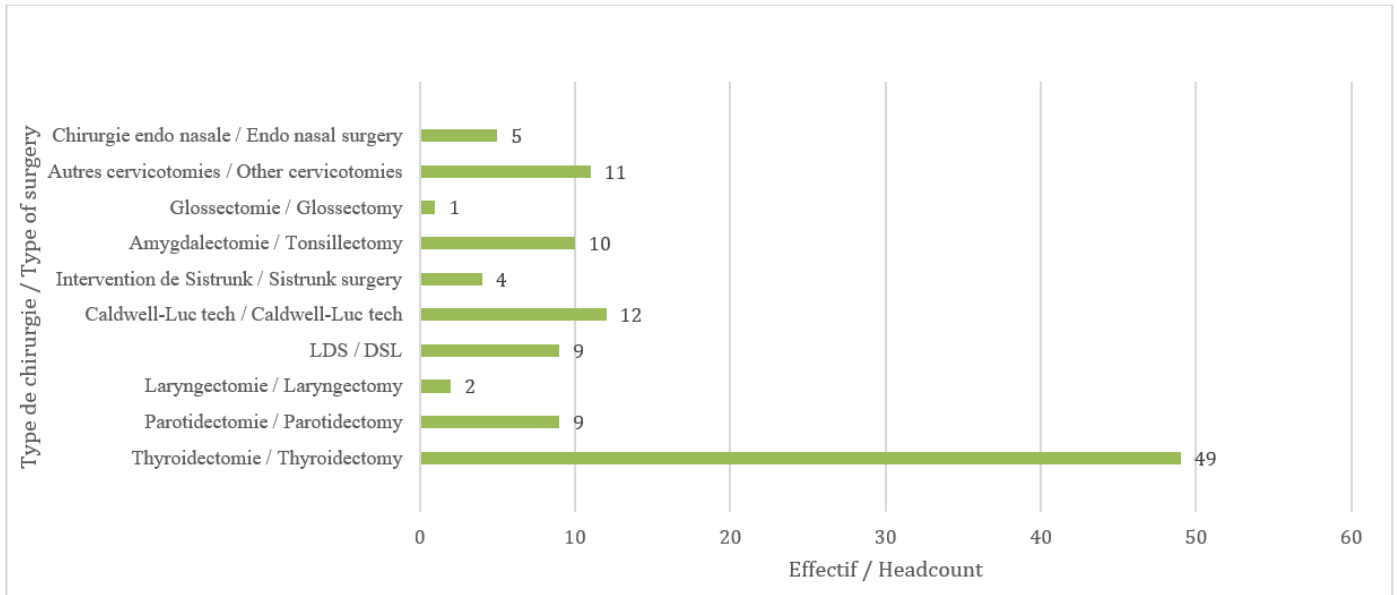


Figure 2 : Répartition des participants selon le type de chirurgie
Figure 2: Distribution of participants by type of surgery

De l'accueil jusqu'au diagnostic, les patients étaient satisfaits de l'accueil dans 66,1 % des cas et ont trouvé mauvaise l'attente lors de la consultation dans 9,8 % des cas (Tableau I).

Du bilan préopératoire jusqu'à la veille de l'intervention, les patients étaient satisfaits de leur passage devant le *staff* chirurgical et de la qualité des informations médicales dans respectivement 66,1 % et 71,4 % des cas (Tableau II).

Du jour de l'intervention jusqu'à la fin de l'hospitalisation, 16,1 % des cas étaient très satisfaits du comportement de l'équipe médico-chirurgicale au bloc et 17,9 % des cas l'ont trouvé mauvais (Tableau III).

Pour les procédures de sortie de l'hôpital, les patients étaient satisfaits des informations données sur l'ordonnance de sortie et sur le suivi post-opératoire dans respectivement 71,4 % et 80,4 % des cas (Tableau IV).

From the preoperative examination to the day before surgery, patients were satisfied with the surgical staff and the quality of medical information in 66.1% and 71.4% of cases, respectively (Table II).

From the day of surgery to the end of hospitalization, 16.1% of patients were very satisfied with the behavior of the medical-surgical team in the OR, while 17.9% were dissatisfied (Table III).

Regarding discharge procedures, 71.4% and 80.4% of patients, respectively, were satisfied with the information given on discharge prescription and postoperative follow-up (Table IV).

Tableau I : Satisfaction de l'accueil jusqu'au diagnostic
Table I: Satisfaction from reception to diagnosis

	Très satisfait / Very satisfied	Satisfait / Satisfied	Mauvais / Poor	Très mauvais / Very Poor
Accueil dans le service / Reception in the department	0	74 (66,1 %)	24 (21,4 %)	14 (12,5 %)
Attente lors de la consultation / Waiting for the consultation	24 (21,5 %)	77 (68,7 %)	11 (9,8 %)	0
Information sur la pathologie / Information on pathology	34 (30,3 %)	74 (66,1 %)	4 (3,6 %)	0

Tableau II : Satisfaction du bilan pré-opératoire (BPO) jusqu'à la veille de l'intervention
Table II: Satisfaction with preoperative examination (POE) up to the day before surgery

	Très satisfait / Very satisfied	Satisfait / Satisfied	Mauvais / Poor	Très mauvais / Very Poor
Formalités pour le BPO / POE formalities	0	74 (66,1 %)	38 (33,9 %)	0
Consultation pré anesthésique / Pre-anaesthetic consultation	10 (8,9 %)	88 (78,5 %)	14 (12,6 %)	0
Passage au staff chirurgical / Surgical staff	21 (18,7 %)	74 (66,1 %)	17 (15,2 %)	0
Qualité des informations sur l'intervention / Quality of information about the operation	26 (23,2 %)	80 (71,5 %)	6 (5,3 %)	0
Achat des ordonnances pré-opératoires / Purchase of pre-operative prescriptions	14 (12,5 %)	53 (47,3 %)	45 (40,2 %)	0
Accueil la veille de l'intervention / Reception the day before surgery	18 (16,1 %)	85 (75,9 %)	9 (8 %)	0
Qualité de la salle d'hospitalisation / Quality of hospital room	2 (1,8 %)	24 (21,4 %)	61 (54,5 %)	25 (22,3 %)
Qualité des sanitaires / Quality of bathroom facilities	5 (4,5 %)	32 (28,6 %)	50 (44,6 %)	25 (22,3 %)

Tableau III : Satisfaction du jour de l'intervention jusqu'à la fin de l'hospitalisation
Table III: Satisfaction from day of surgery to end of hospital stay

	Très satisfait / Very satisfied	Satisfait / Satisfied	Mauvais / Poor	Très mauvais / Very Poor
Identification du personnel / Team identification	8 (7,2 %)	38 (33,9 %)	66 (58,9 %)	0
Respect de l'intimité / Respect for privacy	13 (11,6 %)	72 (64,3 %)	27 (24,1 %)	0
Respect de la confidentialité des informations / Confidentiality of information	18 (16,1 %)	80 (71,4 %)	12 (10,7 %)	2 (1,8 %)
Délai d'attente avant de rentrer au bloc / Waiting time before entering the operating room	16 (14,3 %)	90 (80,4 %)	6 (5,3 %)	0
Comportement du personnel au bloc / Team behavior in the operating room	18 (16 %)	54 (48,2 %)	20 (17,9 %)	20 (17,9 %)
Qualité de la salle d'hospitalisation / Quality of the operating room	8 (7,1 %)	29 (25,9 %)	61 (54,5 %)	14 (12,5 %)
Qualité des visites / Quality of visits	32 (28,6 %)	66 (58,9 %)	14 (12,5 %)	0
Attitude des infirmiers / Attitude of nurses	24 (21,4 %)	66 (58,9 %)	22 (19,7 %)	0
Attitude des techniciens de surface / Attitude of surface technicians	0	77 (68,7 %)	29 (25,9 %)	6 (5,4 %)
Attitude de l'équipe de garde / Attitude of on-call team	19 (17 %)	80 (71,4 %)	13 (11,6 %)	0

Tableau IV : Satisfaction du jour de l'intervention jusqu'à la fin de l'hospitalisation
Table IV: Satisfaction from day of surgery to end of hospital stay

	Très satisfait / Very satisfied	Satisfait / Satisfied	Mauvais / Poor	Très mauvais / Very Poor
Information sur l'ordonnance de sortie / Information on discharge orders	27 (24,1 %)	80 (71,2 %)	5 (4,47 %)	0
Information sur le suivi / Follow-up information	21 (18,7 %)	90 (80,4 %)	1 (0,9 %)	0
Formalités administratives / Administrative formalities	18 (16,1 %)	90 (80,3 %)	4 (3,6 %)	0
Appréciation sur la chirurgie / Assessment of surgery	40 (35,7 %)	72 (64,3 %)	0	0

Discussion

Un des biais de notre étude est l'absence et la méconnaissance de la charte du malade hospitalisé, qui entraînent des fausses appréciations du service rendu par le personnel médical par le patient qui n'a aucune référence pour juger. On assiste à des fausses satisfactions et à des fausses insatisfactions. D'autres biais sont la santé retrouvée qui a pu entraîner des appréciations positives excessives. Les patients venus des zones rurales qui ne posent généralement aucune exigence sont parfois satisfaits de tout. Ces biais sont communs à la plupart des études dans la littérature [10]. Les autres limites de l'étude sont le faible échantillonnage, l'utilisation du français dans la fiche d'enquête nécessitant d'amples explications aux enquêtés ayant un faible niveau en français, le désir d'abstention de certains, pensant apporter un faux jugement pouvant nuire à la structure sanitaire.

Plus du tiers des patients n'était pas satisfait de l'accueil dans le service, en raison, principalement, du peu d'amabilité du personnel soignant. L'accueil est plus qu'un acte banal de la vie quotidienne et l'arrivée d'un malade dans un service de soins est particulière. C'est pour lui un temps fort, un moment où il est sensible et vulnérable et où il a besoin de se raccrocher à quelqu'un [10]. Les séances de formation et d'information organisées par le syndicat des praticiens hospitaliers du Togo permettront de remédier à ce défaut. Il est important de bien accueillir les patients car le traitement commence dès l'accueil.

La procédure pour honorer les ordonnances préopératoires a été ressentie comme mauvaise dans 40,2 % des cas. En effet, c'est le patient lui-même qui va d'officine en officine pour obtenir les remèdes et matériels prescrits, les premières ne possédant souvent pas toute la gamme prescrite. Des kits préformés de médicaments d'anesthésie et de chirurgie pour les interventions standard pourraient remédier à cette procédure difficile.

La Fondation nationale pour la sécurité des patients aux États-Unis a défini la sécurité des patients comme l'évitement, la prévention et l'amélioration des résultats indésirables ou des blessures découlant des processus de soins de santé [4]. Le passage au *staff* chirurgical s'inscrit dans cette ligne. Il a été apprécié, jugé très satisfaisant par 80 % des patients. Pour minimiser les incidents et accidents peropératoires, certains auteurs recommandent un *staff* chirurgical afin de discuter du dossier avant l'intervention chirurgicale [9]. Dans notre cas, la programmation de

Discussion

One of the biases of our study is the absence and ignorance of the inpatient charter, which leads to false assessments of the service provided by medical personnel by patients who have no reference to judge. The result is false satisfaction and false dissatisfaction. Other biases include the fact that patients have regained their health, which may have led to exaggerated positive evaluations. Patients from rural areas, who generally do not make demands, are sometimes satisfied with everything. These biases are common to most studies in the literature [10]. Other limitations of the study are the small sample size, the use of French language in the survey form, which required extensive explanations to respondents with a poor level of French, and the desire of some to abstain because they thought they were making a false judgment that could harm the health structure.

More than a third of patients were dissatisfied with the welcome they received on the ward, mainly due to the unfriendliness of the nursing personnel. Welcoming a patient is more than just a normal part of daily life. It's a special time for them, a time when they are sensitive and vulnerable and need someone to hold them [10]. The training and information sessions organized by the Togo Union of Hospital Practitioners will help to remedy this shortcoming. It is important to make patients feel welcome, as treatment begins as soon as they are admitted.

In 40.2% of the cases, the procedure for filling preoperative prescriptions was perceived as inadequate. In fact, it is the patient himself who goes from pharmacy to pharmacy to obtain the prescribed drugs and materials, as the former often do not have the full range prescribed. Pre-prepared kits of anesthetic and surgical drugs for standard procedures could help to overcome this difficult procedure.

The National Patient Safety Foundation in the United States has defined patient safety as the avoidance, prevention, and mitigation of adverse outcomes or injuries resulting from health care processes [4]. The presentation to surgical staff is consistent with this definition. It was rated as very satisfactory by 80% of patients. To minimize intraoperative incidents and accidents, some authors recommend a surgical staff meeting to discuss the case before surgery [9]. In our case, all patients are systematically scheduled for a surgical staff meeting, except in emergencies. This allows the team to confirm the diagnosis,

tous les patients au *staff* chirurgical est systématique sauf en cas d'urgence. Il permet à l'équipe de confirmer le diagnostic, d'expliquer une fois encore au patient le geste chirurgical, de former les médecins en spécialisation. Certains patients n'ont pas apprécié leur passage devant ce *staff* chirurgical, du fait de l'effectif impressionnant de médecins et de la durée d'attente avant la rencontre.

Les patients ont été satisfaits du respect de la confidentialité et de la qualité des informations sur la pathologie dans 71,4 % des cas, ce qui est en conformité avec le Code de santé publique togolais qui stipule respectivement, en ses articles 192 et 196, que « *le praticien est tenu au secret professionnel (...)* », et que « *tout patient est libre de s'adresser au praticien de son choix. Celui-ci doit l'éclairer sur son état de santé, les soins qu'il doit recevoir et les conséquences que ceux-ci peuvent entraîner pour lui* » [6]. Malgré les conditions d'hospitalisation dans le service d'ORL, à savoir une hospitalisation en salle commune avec des lits non séparés par une barrière, et également l'effectif des patients par consultation, il est possible et nécessaire de respecter le secret professionnel et d'expliquer en détails le diagnostic et la prise en charge du patient. Cette procédure est particulièrement importante dans le cadre d'une prise en charge chirurgicale.

Le comportement du personnel au bloc a été jugé mauvais et très mauvais dans 17,9 % des cas chacun. En effet, le bloc opératoire contenait, en dehors du personnel du bloc du service, des étudiants stagiaires en licence en instrumentation chirurgicale, en anesthésie et réanimation et des médecins en diplôme d'études spécialisées. Un effectif important peut créer une peur chez le patient. De plus, en pré induction la communication ouverte au bloc opératoire consistant à signaler le respect de certaines règles, à protester contre un comportement inapproprié et à faire des remarques, effraie le patient installé sur la table opératoire [5,7]. Les bavardages et les remarques inappropriées entre personnels, sont mal perçues par le patient installé sur la table opératoire lors de l'induction de l'anesthésie.

reiterate the surgical procedure to the patient, and train the physicians in the specialty. During this presentation, some patients were unhappy with the impressive number of doctors and the length of time they had to wait before the meeting.

In 71.4% of the cases, the patients were satisfied with the confidentiality and the quality of the information provided on their pathology. It is in accordance with articles 192 and 196 of the Togolese Public Health Code, which stipulate that “*doctors are bound by professional secrecy (...)*” and that “*all patients are free to consult the doctor of their choice. The latter must inform the patient of his state of health, of the care he is to receive and of the possible consequences for him*” [6]. Despite the conditions of hospitalization in the ENT department, i.e. hospitalization in a common ward with beds not separated by a barrier, and also the number of patients per consultation, it is possible and necessary to respect professional secrecy and to explain in detail the diagnosis and treatment of the patient. This is particularly important in the case of surgical management. Staff behavior in the OR was rated poor and very poor 17.9% of the time. Indeed, in addition to the department's own OR medical-surgical team, the OR was staffed by undergraduate students in surgical instrumentation, anesthesia and critical care, as well as physicians studying for board certification. A large number of personnel can cause anxiety in patients. Furthermore, open communication in the OR, i.e., reminders to follow certain rules, protests against inappropriate behavior, and remarks during the preoperative period, frightens the patient [5,7]. Chattering and inappropriate remarks between the members of the medical-surgical team during induction of anesthesia are poorly perceived by the patient on the operating table.

Conclusion

Il ressort de cette étude que la non-satisfaction est à tous les niveaux, administratif et médical. Nous recommandons à la fin de cette étude le respect scrupuleux du code de déontologie et d'éthique médicale ainsi que de la charte du patient hospitalisé, afin de satisfaire tout patient admis dans une structure sanitaire. Une étude prospective sera menée sur un échantillon plus grand et avec la prise en compte de la charte du patient. Cela permettra une évaluation plus approfondie de la satisfaction de la qualité des soins dans notre service.

Source de financement

Les auteurs ne déclarent aucune source de financement.

Contribution des auteurs

Essobiziou AMANA, Winga FOMA, et Guemessou NASSOU : collecte des données et rédaction de l'article. Gérémie ANANIDJIN, Bathokédéou AMANA : relecture de l'article.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Conclusion

This study shows that dissatisfaction exists at all levels, administrative and medical. At the end of this study, we recommend scrupulous compliance with the Code of Medical Ethics and the Hospital Patient Charter in order to satisfy all patients admitted to a health care facility. A prospective study will be carried out on a larger sample, taking into account the Patient Charter. This will allow a more in-depth assessment of satisfaction with the quality of care in our department.

Funding

No funding was provided for this work.

Authors' contributions

Essobiziou AMANA, Winga FOMA and Guemessou NASSOU: data collection and writing of the article. Gérémie ANANIDJIN, Bathokédéou AMANA: revision of the article.

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interests.

Auteurs / Authors

Essobiziou AMANA (aessob@yahoo.com), Winga FOMA (adrienfoma@yahoo.fr), Guemessou NASSOU*, Gérémie ANANIDJIN (gananidjin@gmail.com), Bathokédéou AMANA (bathokedeouamana@yahoo.fr)

Service d'oto-rhino-laryngologie, Centre hospitalier universitaire Sylvanus Olympio de Lomé, Togo

Auteur correspondant: nassguems17@gmail.com

Références / References

1. Aldana J, Piechulek H, al-Sabir A. Client satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh. *Bull World Health Organ.* 2001;79(6):512-7. PMID: 11436472.
2. Gasquet I. Satisfaction des patients et performance hospitalière. *Presse Med.* 1999 Oct 2;28(29):1610-3. PMID: 10544717.
3. Inspection générale des affaires sociales (Lopez A, Remy PL). La mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé. Paris 2007 Mar. 130p.
4. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System.* Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. doi: 10.17226/9728.

5. Kolbe M, Burtscher MJ, Manser T. Co-ACT--a framework for observing coordination behaviour in acute care teams. *BMJ Qual Saf.* 2013 Jul;22(7):596-605. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001319.
6. Loi n° 2009-007 du 15 mai 2009, portant code de la santé de la République togolaise. *Journal officiel de la République togolaise* 2009.
7. Martinez W, Etchegaray JM, Thomas EJ, Hickson GB, Lehmann LS, Schleyer AM, Best JA, Shelburne JT, May NB, Bell SK. 'Speaking up' about patient safety concerns and unprofessional behaviour among residents: validation of two scales. *BMJ Qual Saf.* 2015 Nov;24(11):671-80. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004253.
8. Ministère français de la santé. *Questionnaire Saphora-MCO* version 2009.
9. Teleş M, Kaya S. Staff perceptions of patient safety culture in general surgery departments in Turkey. *Afr Health Sci.* 2019 Jun;19(2):2208-2218. doi: 10.4314/ahs.v19i2.46.
10. Yameogo AR, Millogo GRC, Palm AF, Bamouni J, Mandi GD, Kologo JK, Samadoulougou AK, Zabsonre P. Évaluation de la satisfaction des patients dans le service de cardiologie du CHU Yalgado Ouedraogo. *Pan Afr Med J.* 2017 Nov 27;28:267. doi: 10.11604/pamj.2017.28.267.13288.