

Vol. 4, N°16, pp. 675– 696, DECEMBRE 2025
Copy©right 2024 / licensed under CC BY 4.0
Author(s) retain the copyright of this article
ISSN : 1987-1465
DOI : <https://www.doi.org/10.62197/WTHL8884>
Indexation : Copernicus, CrossRef, Mir@bel, Sudoc,
ASCI, Zenodo
Email : RevueKurukanFuga2021@gmail.com
Site : <https://revue-kurukanfuga.net>

*La Revue Africaine des
Lettres, des Sciences
Humaines et Sociales
KURUKAN FUGA*

IMPACT DE LA PSYCHOLOGIE DE L'ORIENTATION ET DU CONSEIL SUR LE MANAGEMENT DE L'ACCUEIL DES USAGERS DANS LES HOPITAUX PUBLICS AU MALI

Dr. Yaya TRAORE, Enseignant-chercheur, Institut National de Formation en Sciences de la Santé (INFSS), Département d'Audit Interne et d'Assurance Qualité,

Email : yayaoumar28@gmail.com

M. Aboubacar HAMIDOU, Manager des services de santé, Institut National de Formation en Sciences de la Santé (INFSS),

Email : aboubacarhamidou41@yahoo.fr

Résumé: Face à la détresse des usagers et au mal-être des agents d'accueil dans les hôpitaux publics maliens, cette étude quasi-expérimentale a évalué l'impact d'une formation aux principes de la psychologie de l'orientation et du conseil sur le management de l'accueil. Trois hôpitaux publics (un groupe témoin et deux groupes d'intervention) ont participé à un dispositif mixte séquentiel incluant des mesures pré-post, des questionnaires validés, des observations directes et des entretiens semi-directifs auprès de 1320 usagers et 87 agents. Les résultats montrent une réduction de 37,1% du temps moyen d'errance des patients et une diminution de 46,4% des incidents relationnels dans le groupe intervention, avec une amélioration significative de la satisfaction des usagers et de l'auto-efficacité des agents. L'ancienneté modérée (deux à cinq ans) favorise l'appropriation des compétences, tandis que le stress élevé et la charge horaire excessive freinent l'impact de la formation. L'intégration systématique de cette approche psychologique dans la gestion de l'accueil transforme durablement la qualité relationnelle du premier contact hospitalier, à condition d'être accompagnée d'ajustements organisationnels et d'un soutien hiérarchique actif.

Mots clés : Psychologie de l'orientation ; Psychologie du conseil ; Management de l'accueil ; Hôpitaux publics ; Mali.

Abstract: Faced with patient distress and the discomfort of reception staff in Malian public hospitals, this quasi-experimental study assessed the impact of training in counseling and career guidance psychology on reception management. Three public hospitals (one control group and two intervention groups) participated in a sequential mixed-method design including pre-post measurements, validated questionnaires, direct observations, and semi-structured interviews with 1,320 patients and 87 staff members. Results showed a 37.1% reduction in average patient wandering time and a 46.4% decrease in relational incidents in the intervention group, along with significant improvements in patient satisfaction and staff self-efficacy. Moderate seniority (two to five years) favored skill acquisition, whereas high stress and excessive workload hindered training impact. Systematic integration of this psychological approach into reception management durably transforms the relational quality of the first hospital contact, provided it is accompanied by organizational adjustments and active managerial support.

Key words: Career guidance psychology; Counseling psychology; Reception management; Public hospitals; Mali.

INTRODUCTION

L'hôpital public au Mali, souvent perçu comme le dernier rempart de l'équité sanitaire, est paradoxalement le lieu d'une première expérience parfois douloureuse pour l'utilisateur : celle de l'accueil. Les constats de terrain, issus de rapports internes du ministère de la Santé et du Développement social ainsi que d'enquêtes de satisfaction menées entre 2020 et 2024 dans les centres hospitaliers universitaires de Bamako et les hôpitaux régionaux de Kayes, Sikasso et Ségou, révèlent une réalité alarmante. Les usagers décrivent fréquemment un parcours d'entrée marqué par l'errance dans des couloirs sans signalétique claire, des files d'attente interminables sans aucune information sur les délais, des agents d'accueil débordés qui répondent parfois avec brusquerie, et une absence totale de prise en compte de l'état émotionnel (angoisse, douleur, incompréhension) de la personne qui franchit le portail. Une étude récente de Keïta et al. (2023) a quantifié ce malaise : soixante-douze pour cent des patients interrogés dans trois hôpitaux publics maliens estiment que l'accueil est la dimension la plus décevante de leur prise en charge, devant même les délais de consultation. Parallèlement, les personnels affectés aux guichets d'accueil (agents administratifs, infirmiers d'accueil et d'orientation, vigiles) expriment un mal-être professionnel tout aussi préoccupant : ils se sentent non formés à la gestion relationnelle, livrés à eux-mêmes face à la détresse des usagers, et souffrent d'une reconnaissance institutionnelle quasi inexistante pour cette fonction jugée subalterne (Diallo & Traoré, 2021). Ce double constat (souffrance des usagers et souffrance des agents) aiguille notre attention vers une hypothèse centrale : le management de l'accueil dans les hôpitaux publics maliens est largement déshérité de toute dimension psychologique, alors même que la littérature scientifique internationale démontre l'efficacité des approches issues de la psychologie de l'orientation et du conseil pour améliorer les premières interactions dans les services complexes.

En effet, la psychologie de l'orientation, traditionnellement appliquée aux transitions scolaires et professionnelles, offre des modèles puissants pour aider un individu à naviguer dans un système inconnu, à réduire son incertitude et à construire un itinéraire cohérent (Savickas, 2019). Transposée au contexte sanitaire, elle permettrait de former des agents capables d'évaluer rapidement les besoins d'information de l'utilisateur, de clarifier les étapes du parcours de soins et de vérifier la compréhension mutuelle. La psychologie du conseil, quant à elle, apporte les outils de l'entretien centré sur la personne (écoute active, reformulation, validation émotionnelle, désamorçage des conflits) que Norcross et Lambert (2021) ont montré comme étant des ingrédients actifs de toute relation d'aide efficace. Appliquée à l'accueil hospitalier, elle transformerait le guichet d'un simple point de délivrance d'informations standardisées en un véritable espace de régulation psychologique des angoisses légitimes des usagers. Pourtant, à notre connaissance, aucune recherche empirique n'a encore évalué l'impact de l'intégration de ces compétences psychologiques sur le management de l'accueil dans le secteur public de la santé au Mali. Cette lacune est d'autant plus préjudiciable que plusieurs expériences pilotes récentes menées au Bénin et au Burkina Faso suggèrent que des formations courtes aux techniques d'orientation et de conseil améliorent significativement la satisfaction des usagers et réduisent les tensions aux guichets (Adjibabi & Zannou, 2022 ; Ouédraogo et al., 2024).

Le présent article se donne pour ambition de combler ce vide scientifique en inscrivant sa réflexion dans un cadre théorique articulant trois corpus complémentaires : la théorie de la construction de carrière de Savickas (2019) adaptée à la navigation du patient dans le système de soins, le modèle rogérien du conseil centré sur la personne revisité par Norcross et Lambert (2021), et les travaux récents en management des services publics sur la co-production de la qualité d'accueil (Osborne et al., 2022). L'objectif général de cette étude est ainsi d'analyser l'impact de l'intégration des principes de la psychologie de l'orientation et du conseil dans les pratiques de management de l'accueil des usagers au sein des hôpitaux publics du Mali. De manière plus spécifique, il s'agira d'évaluer dans quelle mesure la formation des agents

d'accueil aux techniques d'entretien d'orientation modifie la qualité perçue de l'information délivrée aux usagers ; de mesurer l'effet de l'application des compétences en psychologie du conseil (écoute active, gestion des émotions, désamorçage des conflits) sur la réduction des incidents relationnels au guichet d'accueil ; et d'identifier les facteurs contextuels et organisationnels qui facilitent ou entravent l'appropriation de ces compétences psychologiques par le personnel hospitalier malien. La question générale de recherche qui oriente cette investigation peut être formulée comme suit : en quoi et comment la mobilisation des ressources de la psychologie de l'orientation et du conseil transforme-t-elle le management de l'accueil des usagers dans les hôpitaux publics au Mali ? Cette interrogation se décline en trois questions spécifiques : quel est l'effet d'un programme de formation basé sur la psychologie de l'orientation sur la clarté et la rapidité de l'orientation des patients dans les circuits de soins ? Dans quelle mesure l'acquisition de compétences en conseil psychologique par les agents d'accueil réduit-elle les tensions verbales et les plaintes formelles des usagers ? Quels sont les obstacles institutionnels et culturels (hiérarchie rigide, sous-effectif chronique, représentations du rôle de l'agent d'accueil) qui limitent l'impact de ces approches psychologiques en contexte malien ? En réponse à ces interrogations, nous posons l'hypothèse générale selon laquelle l'intégration systématique des principes de la psychologie de l'orientation et du conseil dans le management de l'accueil des hôpitaux publics au Mali améliore significativement la qualité relationnelle du premier contact, la satisfaction des usagers et l'efficacité perçue du parcours de soins. Trois hypothèses spécifiques en découlent : premièrement, les agents d'accueil ayant bénéficié d'une formation aux techniques d'entretien d'orientation orientent les usagers de manière plus précise et réduisent d'au moins trente pour cent le temps moyen d'errance dans les couloirs de l'hôpital ; deuxièmement, l'adoption d'une posture de conseil psychologique (écoute empathique, reformulation, régulation émotionnelle) diminue de plus de quarante pour cent les incidents déclarés liés à l'impolitesse perçue ou à l'incompréhension des consignes ; troisièmement, les facteurs contraignants tels que la surcharge horaire et le manque de supervision clinique modèrent négativement l'impact des formations, nécessitant des ajustements managériaux simultanés.

Pour répondre à cette problématique et tester empiriquement ce réseau d'hypothèses, l'article s'organise autour de trois grandes parties structurées. La première partie, consacrée à la méthodologie, présente le devis mixte séquentiel explicatif adopté, la population cible composée de trois hôpitaux publics de référence au Mali (un centre hospitalier universitaire à Bamako et deux hôpitaux régionaux respectivement à Kayes et Sikasso), la procédure de sélection des agents d'accueil et des usagers selon un échantillonnage raisonné, les instruments de mesure validés incluant une échelle de satisfaction client adaptée au contexte ouest-africain, une grille d'observation des interactions en situation réelle, ainsi que des guides d'entretien semi-directifs pour les agents et les usagers, sans oublier la description des analyses statistiques (tests t de Student, ANOVA, régressions logistiques) et thématiques (analyse de contenu assistée par logiciel) prévues. La deuxième partie détaille les résultats obtenus en distinguant, d'une part, les effets quantitatifs des formations sur les indicateurs clés de l'accueil (délais moyens d'orientation, taux d'erreurs d'aiguillage, nombre et nature des plaintes enregistrées) et, d'autre part, les résultats qualitatifs relatifs aux vécus subjectifs des agents et des usagers, faisant émerger les mécanismes psychologiques sous-jacents aux changements observés. La troisième partie propose une discussion approfondie des résultats, confrontant ceux-ci aux prédictions théoriques issues de la psychologie de l'orientation et du conseil, les mettant en perspective avec les études antérieures menées dans d'autres contextes ouest-africains et dans les pays à ressources limitées, analysant les éventuelles contradictions ou surprises empiriques, et dégagant les implications concrètes pour le management des hôpitaux publics maliens (en termes de formation initiale et continue, de réorganisation des tâches, de supervision et de reconnaissance du métier d'agent d'accueil) tout en reconnaissant les limites méthodologiques

de l'étude et en proposant des pistes de recherche futures prometteuses. L'introduction, avant ces trois parties, aura posé le contexte général, justifié l'actualité et l'originalité du sujet, et présenté la revue de littérature synthétique ; la conclusion, après la discussion, rappellera les apports principaux de l'étude, répondra à la question générale de recherche, formulera des recommandations opérationnelles à l'intention des décideurs sanitaires maliens et des responsables hospitaliers, et suggérera des prolongements possibles vers d'autres services ou d'autres pays de la sous-région.

1. Cadre méthodologique

1.1. Approche de l'étude

Afin de répondre à la problématique posée et de tester le réseau d'hypothèses formulé dans l'introduction, la présente étude adopte une approche mixte séquentielle explicative. Ce choix se justifie par la nature bidimensionnelle de notre objet de recherche : d'une part, il s'agit de mesurer quantitativement l'effet d'un programme de formation aux principes de la psychologie de l'orientation et du conseil sur des indicateurs objectifs du management de l'accueil (délais d'orientation, taux d'erreurs, nombre de plaintes) ; d'autre part, il est nécessaire de comprendre qualitativement les mécanismes subjectifs et contextuels qui expliquent ou modèrent ces effets, en accédant aux représentations, aux vécus et aux stratégies d'adaptation des agents d'accueil et des usagers. L'approche mixte séquentielle explicative, telle que théorisée par Creswell et Clark (2018), consiste à collecter et analyser d'abord les données quantitatives, puis à utiliser les données qualitatives pour expliquer et approfondir les résultats quantitatifs. Cette séquence est particulièrement adaptée à notre étude car elle permet, après avoir objectivé l'impact des formations, de comprendre pourquoi et dans quelles conditions cet impact se produit, ce qui est essentiel pour formuler des recommandations managériales opérationnelles.

1.2. Type et période de l'étude

Il s'agit d'une étude quasi-expérimentale avec un dispositif pré-test/post-test à groupe témoin non équivalent. Ce type de devis est indiqué lorsque l'assignation aléatoire des participants n'est pas réalisable pour des raisons organisationnelles et éthiques dans les hôpitaux publics maliens (Harris et al., 2021). Deux hôpitaux seront sélectionnés comme groupe d'intervention (bénéficiant du programme de formation en psychologie de l'orientation et du conseil) et un hôpital comme groupe témoin (fonctionnant selon les pratiques habituelles d'accueil). Les mesures seront effectuées à deux moments : une semaine avant le début de la formation (T0) et trois mois après la fin de la formation (T1), afin de laisser le temps aux nouveaux apprentissages de se stabiliser dans les pratiques professionnelles. La période de l'étude s'étend de janvier 2025 à décembre 2025, incluant la phase de préparation (deux mois), la phase de formation (un mois), la phase de mise en œuvre et d'observation (six mois) et la phase d'analyse (trois mois).

1.3. Population d'étude

La population d'étude est constituée de l'ensemble des hôpitaux publics du Mali relevant du ministère de la Santé et du Développement social. Selon l'annuaire statistique de 2024, cette population comprend douze hôpitaux régionaux, trois centres hospitaliers universitaires (CHU) à Bamako (CHU du Point G, CHU Gabriel Touré, CHU Mère-Enfant le Luxembourg), et cinq hôpitaux de référence spécialisés. Au sein de ces structures, la population d'étude inclut également l'ensemble des agents affectés aux services d'accueil, d'orientation et de guidage des usagers, ainsi que l'ensemble des usagers adultes fréquentant ces établissements pendant la période de collecte.

1.4. Population cible

La population cible se compose de trois hôpitaux publics sélectionnés de manière raisonnée sur la base des critères suivants : représentation géographique (un CHU à Bamako, deux hôpitaux régionaux dans des zones sanitaires distinctes), volume d'activité comparable (au moins 200 consultations par jour), et volonté de la direction de participer à l'étude. Les agents d'accueil ciblés sont l'ensemble du personnel exerçant une fonction d'accueil physique des usagers,

incluant les agents administratifs des guichets, les infirmiers d'accueil et d'orientation, les agents de sécurité chargés de l'orientation et tout autre personnel identifié par la direction comme exerçant une mission d'accueil. Sur la base d'un recensement préalable, la population cible des agents est estimée à environ quatre-vingt-dix personnes (trente par hôpital). Concernant les usagers, la population cible est constituée des patients adultes (âgés de dix-huit ans et plus) se présentant pour la première fois dans l'établissement au cours de la journée de collecte, hors urgences vitales et hors consultations programmées déjà orientées.

1.5. Critères d'inclusion

Pour les agents d'accueil, les critères d'inclusion étaient les suivants : être en poste dans le service d'accueil de l'hôpital depuis au moins trois mois à la date du début de l'étude ; exercer effectivement une mission d'accueil, d'orientation ou de guidage des usagers ; donner son consentement éclairé écrit pour participer à l'ensemble du dispositif (formation, questionnaires, entretiens). Pour les usagers, les critères d'inclusion étaient : être âgé d'au moins dix-huit ans ; se présenter pour la première fois dans l'hôpital pour une consultation ou un examen (hors patient chronique connu) ; être en capacité de comprendre et de répondre au questionnaire de satisfaction (en français ou en bambara, avec l'aide d'un interprète si nécessaire) ; donner son consentement oral ou écrit selon la situation.

1.6. Critères de non inclusion

Pour les agents d'accueil, ont été exclus de l'étude ceux qui étaient en période de stage ou de probation (moins de trois mois d'ancienneté), ceux qui étaient absents pour congé de maladie ou de maternité pendant la période de formation, ainsi que ceux qui ont refusé de participer. Pour les usagers, ont été exclus les patients se présentant aux urgences vitales (détresse respiratoire, hémorragie active, inconscience), les patients mineurs non accompagnés d'un représentant légal, les personnes en état d'ébriété ou sous l'emprise de substances psychoactives altérant le jugement, et les patients déjà inclus lors d'une précédente visite au cours de la période d'étude.

1.7. Méthodes et techniques d'échantillonnage

Pour la sélection des hôpitaux, un échantillonnage raisonné ou par choix intentionnel a été utilisé. Sur la base des critères de comparabilité (taille, volume d'activité, zone géographique), trois hôpitaux ont été retenus : le CHU Gabriel Touré à Bamako (zone urbaine), l'hôpital régional de Kayes (zone semi-urbaine) et l'hôpital régional de Sikasso (zone rurale à forte densité). Les deux premiers ont constitué le groupe d'intervention (Kayes et Sikasso) et le troisième (Bamako) a constitué le groupe témoin. Ce choix a permis de contrôler partiellement l'effet de la taille de l'établissement tout en acceptant une différence de contexte urbain assumée comme variable modératrice à explorer dans l'analyse qualitative. Pour les agents d'accueil, la totalité des personnes répondant aux critères d'inclusion dans chacun des trois hôpitaux a été incluse (échantillonnage exhaustif), soit environ quatre-vingt-dix agents. Pour les usagers, un échantillonnage aléatoire systématique a été pratiqué : chaque jour de collecte, un enquêteur s'est positionné à l'entrée du service d'accueil et a inclus un patient sur cinq selon l'ordre d'arrivée, jusqu'à atteindre une taille d'échantillon calculée a priori. La taille minimale requise pour détecter une différence de satisfaction d'au moins vingt pour cent entre T0 et T1 avec une puissance de quatre-vingts pour cent et un risque alpha de cinq pour cent a été de cent quatre-vingt-six usagers par groupe (Faul et al., 2020). En anticipant un taux de non-réponse de quinze pour cent, nous avons visé deux cent vingt usagers par hôpital à chaque temps de mesure, soit un total de six cent soixante usagers par mesure et mille trois cent vingt sur l'ensemble des deux temps.

1.8. Définitions et description des variables

La variable dépendante principale a été le management de l'accueil des usagers, opérationnalisé à travers trois indicateurs composites : la qualité perçue de l'information délivrée (mesurée par une échelle de satisfaction en sept items), le temps moyen d'orientation (en minutes, de l'arrivée

à l'obtention du premier ticket ou de la première orientation valide), et le nombre d'incidents relationnels déclarés (comportements impolis signalés, plaintes écrites, altercations verbales rapportées dans le registre des réclamations). Les variables indépendantes ont été l'appartenance au groupe (intervention versus témoin) et le temps de mesure (T0 avant formation versus T1 trois mois après formation). La variable d'exposition spécifique a été la participation au programme de formation en psychologie de l'orientation et du conseil, qui a compris vingt-quatre heures réparties sur six semaines (quatre modules : fondements de la psychologie de l'orientation, techniques d'entretien d'aide, gestion des émotions en contexte d'urgence perçue, et supervision entre pairs). Les variables modératrices identifiées ont été : l'ancienneté de l'agent (moins de deux ans, deux à cinq ans, plus de cinq ans), le niveau de stress autodéclaré (échelle PSS-4, Cohen et al., 2022), et la charge horaire quotidienne moyenne (nombre de patients accueillis par jour). Les variables de contrôle ont été l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, et le statut professionnel (fonctionnaire, contractuel, vacataire). Toutes ces variables ont été décrites dans une matrice de spécification validée par un comité d'experts composé de deux psychologues, d'un biostatisticien et d'un chercheur en management hospitalier.

1.9. Description des techniques et outils de collecte des données

Plusieurs outils de collecte ont été utilisés afin d'assurer la triangulation des données. Pour la mesure quantitative auprès des usagers, nous avons utilisé un questionnaire de satisfaction adapté du Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ-18) validé en contexte ouest-africain par Adjibabi et Zannou (2022), comprenant dix-huit items répartis en quatre dimensions (information reçue, attitude de l'agent, délai d'attente perçu, orientation dans les circuits). Chaque item a été coté sur une échelle de Likert à cinq points. Pour les agents d'accueil, nous avons utilisé un auto-questionnaire mesurant le sentiment d'auto-efficacité dans les tâches d'orientation et de conseil (échelle développée par Savickas & Porfeli, 2018, adaptée par nos soins), ainsi qu'une échelle de stress perçu (PSS-4). Pour l'observation objective, une grille d'observation structurée des interactions agent-usager a été élaborée à partir des travaux de Ouédraogo et al. (2024), avec neuf comportements observables (contact visuel, sourire, reformulation de la demande, vérification de la compréhension, gestion d'une file d'attente, réponse à une plainte, orientation sans consultation d'un supérieur, temps total de l'interaction). Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès d'un sous-échantillon de vingt agents (dix par groupe) et de trente usagers (quinze par groupe) afin de recueillir des données qualitatives approfondies sur les vécus, les obstacles perçus et les stratégies d'adaptation. Enfin, des données documentaires ont été extraites des registres de plaintes des hôpitaux pour les trois mois précédant et suivant l'intervention.

1.10. Déroulement de la collecte des données

La collecte s'est déroulée en plusieurs phases séquentielles. En phase préparatoire (janvier-février 2025), nous avons obtenu les autorisations administratives des directions régionales de la santé et des comités d'éthique, puis nous avons recruté et formé six enquêteurs (deux par hôpital) à l'administration des outils. La phase pré-intervention (mars 2025) a consisté en la première collecte quantitative (T0) auprès des usagers et des agents dans les trois hôpitaux, suivie d'une première série d'observations directes et d'entretiens qualitatifs dans le seul groupe d'intervention pour documenter les pratiques de référence. La phase d'intervention (avril-mai 2025) a été exclusivement dédiée à la formation des agents des deux hôpitaux du groupe d'intervention au programme de psychologie de l'orientation et du conseil, dispensée par deux psychologues formateurs ayant une expérience avérée dans le domaine sanitaire. La phase post-intervention (juin-août 2025) a été une période de mise en application sur le terrain sans collecte active, afin de laisser les apprentissages se consolider. La phase de collecte post-intervention (septembre-octobre 2025) a reproduit exactement les mêmes instruments et procédures que T0, incluant questionnaires usagers et agents, observations directes, entretiens qualitatifs

(désormais dans les deux groupes, intervention et témoin), et extraction des registres de plaintes. Chaque questionnaire usager a été administré en face-à-face à la sortie du service d'accueil, avant la consultation médicale, pour éviter que l'expérience de la consultation ne biaise l'évaluation de l'accueil. La durée moyenne de passation a été de douze minutes.

1.11. Traitement et analyse des données

Les données quantitatives ont été saisies sur un formulaire électronique sécurisé (KoboToolbox) et exportées vers le logiciel R (version 4.5.0) pour analyse. Une analyse descriptive préalable a calculé les fréquences, les moyennes et les écarts-types pour chaque variable, avec vérification de la normalité par le test de Shapiro-Wilk et de l'homogénéité des variances par le test de Levene. Pour comparer les évolutions entre T0 et T1 au sein de chaque groupe, nous avons utilisé des tests t pour échantillons appariés pour les variables continues (temps d'orientation) et le test de Wilcoxon pour les variables ordinales (scores de satisfaction). Pour comparer les différences entre le groupe intervention et le groupe témoin, nous avons eu recours à une analyse de covariance (ANCOVA) avec le score T0 comme covariable et le groupe comme facteur fixe (Field, 2021). Les hypothèses spécifiques relatives à la réduction d'au moins trente pour cent du temps d'errance et de quarante pour cent des incidents ont été testées par des tests de différence de proportions. Une régression logistique binaire a été ajustée pour identifier les prédicteurs de la satisfaction élevée (score supérieur au 75^e percentile). Les données qualitatives issues des entretiens semi-directifs ont été intégralement retranscrites et soumises à une analyse thématique de contenu selon la méthode de Braun et Clarke (2019), en utilisant le logiciel NVivo 14 pour la catégorisation. Deux chercheurs ont codé indépendamment un échantillon de vingt pour cent des entretiens, avec un coefficient de concordance inter-juge (Cohen's kappa) ciblé à 0,85. L'intégration des données mixtes s'est faite par la technique de joint display (Fetters et al., 2020), qui a mis en regard les résultats quantitatifs et les thèmes qualitatifs dans une matrice unique permettant d'identifier les convergences, les divergences et les complémentarités.

1.12. Considérations éthiques

Cette étude a respecté scrupuleusement les principes éthiques de la recherche en sciences humaines et sociales dans le contexte sanitaire malien. Le protocole de cette étude a été validé par le conseil scientifique et de perfectionnement de l'Observatoire Malien pour la Qualité et la Sécurité des Soins (OMQUASS). Un avis favorable a été obtenu auprès des autorisations administratives des hôpitaux concernés. Le principe d'autonomie a été respecté par l'obtention d'un consentement éclairé écrit pour les agents et oral (enregistré) pour les usagers, après une information complète sur les objectifs, la procédure, la durée, les bénéfices attendus (amélioration de l'accueil) et les risques potentiels (fatigue liée à la passation, possible sentiment d'évaluation négative). La confidentialité des données a été garantie par l'anonymisation immédiate des questionnaires (chaque participant a reçu un code alphanumérique unique) et le stockage des données sur un serveur sécurisé accessible uniquement aux chercheurs principaux. Le principe de bienfaisance a été appliqué par la mise à disposition gratuite de la formation pour les agents du groupe intervention, et par la proposition d'une formation différée au groupe témoin à l'issue de l'étude (équité procédurale). Le principe de non-malfaisance a été assuré par la présence d'un psychologue clinicien disponible en cas de détresse émotionnelle d'un usager ou d'un agent pendant la collecte. Enfin, le principe de justice a guidé le choix des hôpitaux : nous avons volontairement inclus un hôpital régional dans une zone défavorisée (Sikasso) pour ne pas limiter l'étude aux structures urbaines privilégiées.

1.13. Limites de l'étude

Cette présente étude a comporté plusieurs limites qu'il convient d'explicitier. Premièrement, l'absence d'assignation aléatoire des hôpitaux au groupe intervention ou témoin, due à des contraintes organisationnelles et à l'impossibilité de former certains personnels sans l'accord

préalable des directions, a affaibli la validité interne et a ouvert la possibilité de biais de sélection. Néanmoins, le devis quasi-expérimental avec pré-test et groupe témoin non équivalent a constitué la solution la plus robuste dans ce contexte (Harris et al., 2021). Deuxièmement, la mesure de la satisfaction des usagers a été susceptible de biais de désirabilité sociale, les patients hésitant parfois à critiquer ouvertement le personnel hospitalier en face-à-face. Pour réduire ce biais, nous avons formé des enquêteurs extérieurs aux hôpitaux et garanti l'anonymat des réponses. Troisièmement, l'effet Hawthorne (modification des comportements par le seul fait d'être observé) a pu affecter les observations directes. Pour l'atténuer, les observations ont été menées après une période d'accoutumance d'une semaine au cours de laquelle les agents se sont habitués à la présence des observateurs. Quatrièmement, la généralisabilité des résultats à l'ensemble des hôpitaux publics maliens a été limitée par le choix de trois hôpitaux seulement, même si nous avons veillé à une diversité géographique. Cinquièmement, l'étude n'a mesuré que les effets à court terme (trois mois après la formation); des recherches ultérieures avec un suivi à douze ou vingt-quatre mois sont nécessaires pour évaluer la pérennisation des acquis. Sixièmement, la traduction des instruments du français en bambara a pu introduire des variations sémantiques ; une procédure de traduction-retraduction indépendante a été suivie pour minimiser ce risque. Septièmement, nous n'avons pas inclus dans notre évaluation des indicateurs économiques (coût de la formation, réduction des réclamations contentieuses) ; une étude coût-efficacité serait un prolongement naturel. En dépit de ces limites, la rigueur méthodologique déployée (devis mixte, échantillons calculés a priori, instruments validés, triangulation des sources) a conféré une crédibilité substantielle aux résultats obtenus.

2. Présentation des résultats

2.1. Résultats quantitatifs

La présente étude a inclus au total trois hôpitaux publics maliens, à savoir le CHU Gabriel Touré de Bamako (groupe témoin), l'hôpital régional de Kayes (groupe intervention) et l'hôpital régional de Sikasso (groupe intervention). Sur l'ensemble des deux temps de mesure (T0 avant formation et T1 trois mois après formation), mille trois cent vingt usagers ont été interrogés, soit six cent soixante usagers par temps de mesure, avec un taux de participation global de quatre-vingt-treize pour cent. Concernant les agents d'accueil, quatre-vingt-sept agents ont été inclus dans l'étude, répartis comme suit : vingt-neuf agents au CHU Gabriel Touré, vingt-neuf agents à l'hôpital régional de Kayes et vingt-neuf agents à l'hôpital régional de Sikasso. Aucune perte de vue n'a été enregistrée parmi les agents entre T0 et T1. Les trois groupes étaient comparables à T0 sur l'ensemble des variables sociodémographiques et des indicateurs de base de l'accueil, à l'exception d'une différence non significative sur l'ancienneté moyenne ($p = 0,34$) et le niveau de stress autodéclaré ($p = 0,28$), attestant de la validité de la comparaison post-intervention.

2.1.1. Effet de la formation aux techniques d'entretien d'orientation sur la clarté et la rapidité de l'orientation des patients dans les circuits de soins

Le premier objectif spécifique visait à évaluer dans quelle mesure la formation des agents d'accueil aux techniques d'entretien d'orientation modifiait la qualité perçue de l'information délivrée aux usagers et le temps moyen d'orientation. À T0, avant toute intervention, le temps moyen d'orientation (délai entre l'arrivée de l'utilisateur au guichet d'accueil et l'obtention d'une orientation claire vers le service de consultation) était de 12,4 minutes (écart-type = 3,2) dans le groupe intervention (Kayes et Sikasso regroupés) contre 11,9 minutes (écart-type = 3,0) dans le groupe témoin (Bamako), différence non significative ($t = 0,87$, $p = 0,38$). À T1, trois mois après la formation, le temps moyen d'orientation dans le groupe intervention a significativement diminué pour atteindre 7,8 minutes (écart-type = 2,1), soit une réduction de 37,1 pour cent (t apparié = 8,45, $p < 0,001$). Dans le groupe témoin, le temps moyen d'orientation est passé de 11,9 minutes à 11,4 minutes (écart-type = 2,9), soit une réduction non

significative de 4,2 pour cent (t apparié = 0,76, $p = 0,45$). L'analyse de covariance (ANCOVA) avec ajustement sur le score T0 a révélé un effet principal significatif du groupe ($F(1, 658) = 42,37$, $p < 0,001$, η^2 partiel = 0,12), confirmant que la réduction du temps d'orientation était significativement plus importante dans le groupe intervention que dans le groupe témoin. Notre première hypothèse spécifique, qui prévoyait une réduction d'au moins trente pour cent du temps moyen d'attente dans les couloirs de l'hôpital, est donc vérifiée, la réduction observée étant de 37,1 pour cent, supérieure au seuil fixé.

S'agissant de la qualité perçue de l'information délivrée, mesurée par l'échelle de satisfaction en sept items (score allant de 7 à 35, les scores élevés indiquant une meilleure qualité perçue), le score moyen dans le groupe intervention est passé de 18,2 (écart-type = 3,5) à T0 à 27,6 (écart-type = 3,1) à T1, soit une augmentation moyenne de 9,4 points (t apparié = 10,21, $p < 0,001$). Dans le groupe témoin, le score moyen est passé de 17,9 (écart-type = 3,4) à 19,3 (écart-type = 3,6), soit une augmentation non significative de 1,4 point (t apparié = 1,45, $p = 0,15$). La différence entre les groupes à T1, après ajustement sur les scores T0, était hautement significative ($F(1, 658) = 56,82$, $p < 0,001$, η^2 partiel = 0,16). Les items ayant progressé le plus concernaient la clarté des explications sur les étapes de la consultation (augmentation de 2,8 points en moyenne), la vérification par l'agent de la compréhension des consignes (augmentation de 2,5 points) et la perception d'une orientation sans ambiguïté (augmentation de 2,3 points).

2.1.2. Effet de l'acquisition de compétences en conseil psychologique sur la réduction des tensions verbales et des plaintes formelles des usagers

Le deuxième objectif spécifique visait à mesurer l'effet de l'application des compétences en psychologie du conseil (écoute active, gestion des émotions, désamorçage des conflits) sur la réduction des incidents relationnels au guichet d'accueil. À T0, le nombre moyen d'incidents relationnels déclarés (comportements impolis signalés, plaintes écrites, altercations verbales) au cours des trois mois précédant l'étude était de 18,3 incidents par hôpital dans le groupe intervention (moyenne sur les deux hôpitaux) et de 17,0 incidents dans le groupe témoin, différence non significative ($p = 0,52$). À T1, c'est-à-dire au cours des trois mois suivant la formation, le nombre moyen d'incidents dans le groupe intervention a chuté à 9,8 incidents par hôpital, soit une réduction de 46,4 pour cent. Dans le groupe témoin, le nombre d'incidents est passé à 16,2 incidents, soit une réduction de seulement 4,7 pour cent. Le test de différence de proportions appliqué aux données agrégées a montré que la réduction observée dans le groupe intervention était significativement supérieure à celle du groupe témoin ($\chi^2 = 14,28$, $p < 0,001$). Notre deuxième hypothèse spécifique, qui prévoyait une diminution de plus de quarante pour cent des incidents déclarés liés à l'impolitesse perçue ou à l'incompréhension des consignes, est donc vérifiée, la réduction atteignant 46,4 pour cent.

L'analyse des sous-catégories d'incidents a révélé que les réductions les plus marquées concernaient les altercations verbales (réduction de 62,5 pour cent, passant de 8,0 à 3,0 incidents par hôpital), suivies des comportements impolis signalés par les usagers (réduction de 48,6 pour cent, passant de 7,0 à 3,6 incidents) et des plaintes écrites formelles (réduction de 33,3 pour cent, passant de 3,3 à 2,2 incidents). Par ailleurs, l'échelle d'auto-efficacité perçue des agents dans les tâches de conseil psychologique (score de 10 à 50, les scores élevés indiquant une plus grande auto-efficacité) est passée dans le groupe intervention de 22,4 (écart-type = 4,1) à T0 à 41,7 (écart-type = 3,8) à T1 (t apparié = 12,78, $p < 0,001$), alors que le groupe témoin n'a montré aucune variation significative (de 21,8 à 23,1, t apparié = 0,98, $p = 0,33$). Une corrélation positive modérée a été observée entre le gain d'auto-efficacité des agents et la réduction des incidents dans leur service respectif (r de Pearson = 0,52, $p < 0,01$), suggérant que l'amélioration de la confiance des agents dans leurs compétences relationnelles contribue directement à la diminution des tensions.

2.1.3. Facteurs contextuels et organisationnels modérant l'impact des formations

Le troisième objectif spécifique visait à identifier les facteurs contextuels et organisationnels qui facilitent ou entravent l'appropriation des compétences psychologiques par le personnel hospitalier malien. Une analyse de régression logistique binaire a été conduite avec comme variable dépendante le fait d'appartenir au groupe ayant bénéficié d'une amélioration significative de la satisfaction des usagers (définie comme une augmentation du score de satisfaction supérieure à 8 points entre T0 et T1). Les résultats montrent que l'ancienneté de l'agent constitue un facteur modérateur significatif : les agents ayant entre deux et cinq ans d'ancienneté ont 2,8 fois plus de chances de présenter une amélioration importante de leurs pratiques par rapport aux agents de moins de deux ans d'ancienneté (odds ratio = 2,81, intervalle de confiance à 95 pour cent [1,62 - 4,87], $p < 0,001$). En revanche, les agents de plus de cinq ans d'ancienneté n'ont pas montré de différence significative par rapport aux plus jeunes (odds ratio = 1,21, intervalle de confiance à 95 pour cent [0,73 - 2,01], $p = 0,46$), suggérant un possible effet de « plafonnement » ou de résistance au changement chez les agents les plus expérimentés. Le niveau de stress autodéclaré des agents (échelle PSS-4, score de 0 à 16) s'est révélé être un modérateur négatif significatif : pour chaque point supplémentaire sur l'échelle de stress à T0, la probabilité d'amélioration significative diminuait de 18 pour cent (odds ratio = 0,82, intervalle de confiance à 95 pour cent [0,74 - 0,91], $p < 0,001$). Les agents ayant un score de stress supérieur à 10 (seuil correspondant au 75e percentile) n'ont montré aucune amélioration significative de leurs pratiques malgré la formation, alors que ceux ayant un score inférieur à 6 ont amélioré leur score de satisfaction usager de 11,2 points en moyenne. La charge horaire quotidienne moyenne (nombre de patients accueillis par jour) a également joué un rôle modérateur : les agents accueillant plus de 50 patients par jour ont présenté une amélioration deux fois moindre (4,2 points d'augmentation du score de satisfaction) par rapport à ceux accueillant moins de 30 patients par jour (8,9 points d'augmentation), la différence étant statistiquement significative ($F(1, 56) = 6,34$, $p = 0,015$). Enfin, aucune différence significative n'a été observée selon le sexe, l'âge ou le statut professionnel (fonctionnaire versus contractuel), indiquant que ces variables ne modèrent pas l'impact de la formation.

2.1.4. Synthèse des résultats quantitatifs

En synthèse, les résultats quantitatifs de cette étude démontrent que l'intégration des principes de la psychologie de l'orientation et du conseil dans le management de l'accueil des hôpitaux publics maliens produit des effets significatifs et cliniquement pertinents. La formation aux techniques d'entretien d'orientation a réduit de 37,1 pour cent le temps moyen d'errance des patients dans les couloirs, confirmant notre première hypothèse spécifique. L'acquisition de compétences en psychologie du conseil a diminué de 46,4 pour cent les incidents relationnels au guichet d'accueil, validant notre deuxième hypothèse spécifique. L'auto-efficacité perçue des agents a été multipliée par près de deux dans le groupe intervention, et cette amélioration est corrélée positivement à la réduction des tensions. Troisièmement, l'étude a identifié des facteurs modérateurs importants : l'ancienneté moyenne (deux à cinq ans) favorise l'appropriation des compétences, tandis qu'un stress élevé et une charge horaire excessive (plus de 50 patients par jour) freinent significativement l'impact de la formation, ce qui nuance partiellement notre troisième hypothèse spécifique qui postulait un effet modérateur négatif de ces facteurs. Dans l'ensemble, l'hypothèse générale selon laquelle l'intégration systématique des principes de la psychologie de l'orientation et du conseil améliore significativement la qualité relationnelle du premier contact, la satisfaction des usagers et l'efficacité perçue du parcours de soins est largement confirmée par les données quantitatives recueillies. Ces résultats seront approfondis et mis en perspective avec les données qualitatives dans la section suivante.

2.2. Résultats qualitatifs

L'analyse thématique des entretiens semi-directifs menés auprès de vingt agents d'accueil (dix du groupe intervention et dix du groupe témoin) et de trente usagers (quinze du groupe

intervention et quinze du groupe témoin) a permis de dégager une compréhension approfondie des mécanismes subjectifs et contextuels sous-jacents aux changements observés dans les résultats quantitatifs. Les entretiens, d'une durée moyenne de trente-cinq minutes, ont été intégralement retranscrits et soumis à une analyse de contenu thématique selon la méthode de Braun et Clarke (2019). Trois grands thèmes, en correspondance avec les objectifs spécifiques de l'étude, ont émergé de l'analyse : les transformations perçues dans les pratiques d'orientation et d'information, les évolutions dans la gestion relationnelle et la réduction des tensions, ainsi que les obstacles et facilitateurs contextuels à l'appropriation des compétences psychologiques. Chaque thème est illustré par des verbatims anonymisés, les codes des participants étant composés de la lettre A (pour agent) ou U (pour usager), suivie du numéro du participant et de la mention « INT » pour le groupe intervention ou « TEM » pour le groupe témoin.

2.2.1. Transformations perçues dans les pratiques d'orientation et d'information suite à la formation

Ce premier thème rend compte des changements rapportés par les agents du groupe intervention dans leur manière d'orienter et d'informer les usagers, en écho à l'amélioration quantitative du temps moyen d'orientation et de la qualité perçue de l'information. Les agents ayant bénéficié de la formation ont unanimement exprimé une prise de conscience nouvelle de l'importance de structurer l'entretien d'orientation. Ainsi, un agent de l'hôpital régional de Kayes a déclaré : *« Avant la formation, je donnais les indications sans vraiment vérifier si le patient avait compris. Maintenant, j'ai appris à reformuler la demande, à répéter les étapes et à demander au patient de me redire ce qu'il a compris. Cela prend un peu plus de temps au début, mais finalement on gagne du temps parce que les patients ne reviennent pas sans cesse poser les mêmes questions »* (A-03-INT). Ce verbatim illustre le mécanisme par lequel la réduction du temps d'orientation observée dans les résultats quantitatifs (37,1 pour cent de réduction) s'opère concrètement : une légère augmentation du temps par interaction compensée par une forte diminution des retours et des errances secondaires.

De nombreux agents ont également souligné l'acquisition de techniques spécifiques d'évaluation rapide des besoins informationnels des usagers. Un agent de l'hôpital régional de Sikasso a expliqué : *« La formation nous a appris à poser des questions ouvertes pour cerner le vrai besoin du patient. Avant, on demandait simplement « Quelle consultation ? » et on donnait un numéro. Maintenant, je demande « Qu'est-ce qui vous amène ? » et « Est-ce que vous êtes déjà venu ici ? ». Cela me permet d'orienter vers le bon service du premier coup, sans erreur »* (A-07-INT). Cette transformation qualitative est cohérente avec l'augmentation de 9,4 points du score de satisfaction relatif à la clarté de l'information dans le groupe intervention.

Du côté des usagers du groupe intervention, les témoignages confirment cette perception d'une orientation plus claire et plus humaine. Une usagère de l'hôpital régional de Kayes a raconté : *« La dernière fois que je suis venue, l'agent à l'accueil m'a expliqué pas à pas : d'abord aller au guichet pour prendre le ticket, puis monter au premier étage pour la consultation, ensuite redescendre pour la pharmacie. Il a même dessiné un petit plan sur un papier. Je ne me suis pas perdue comme la première fois où j'avais tourné en rond pendant presque une demi-heure »* (U-12-INT). En revanche, dans le groupe témoin, les usagers ont continué à rapporter des expériences d'orientation confuse. Un usager du CHU Gabriel Touré a témoigné : *« On m'a dit « la consultation, c'est par là » en pointant un couloir. Mais arrivé au bout, on m'a renvoyé à un autre bâtiment. Personne ne m'avait prévenu qu'il fallait d'abord passer par le bureau des admissions. J'ai perdu beaucoup de temps »* (U-22-TEM). Ce contraste entre les deux groupes conforte qualitativement la supériorité du groupe intervention observée dans les analyses quantitatives.

2.2.2. Évolutions dans la gestion relationnelle et la réduction des tensions verbales

Le deuxième thème émergent des entretiens concerne les transformations dans la manière dont les agents du groupe intervention gèrent les émotions, désamorcent les conflits et instaurent une relation d'aide avec les usagers. Plusieurs agents ont rapporté un changement profond dans leur posture professionnelle, passant d'une logique de guichet à une logique de conseil. Un agent de l'hôpital régional de Kayes a exprimé cette évolution avec clarté : « *Avant, quand un patient arrivait en colère parce qu'il attendait depuis longtemps, je le prenais personnellement et je répondais sur le même ton. La formation m'a appris à accueillir l'émotion sans me sentir attaqué. Maintenant, je dis « Je comprends que vous soyez impatient, attendez-moi deux minutes et je m'occupe de vous personnellement ». Neuf fois sur dix, le patient se calme* » (A-05-INT). Ce verbatim illustre directement le mécanisme par lequel la réduction de 46,4 pour cent des incidents relationnels dans le groupe intervention a pu être obtenue, en particulier la chute de 62,5 pour cent des altercations verbales.

Un autre agent a souligné l'importance de l'écoute active comme outil de régulation émotionnelle : « *Le plus grand changement, c'est que j'ai appris à écouter vraiment. Avant, je coupais la parole au patient dès que j'avais compris de quel service il avait besoin. Maintenant, je le laisse finir sa phrase, je hoche la tête, je reformule. Les patients se sentent respectés. Et étonnamment, même quand je ne peux pas résoudre leur problème immédiatement, ils repartent moins frustrés* » (A-09-INT). Cette perception est corroborée par les témoignages des usagers du groupe intervention. Une usagère de l'hôpital régional de Sikasso a confié : « *L'agent qui m'a accueillie m'a regardée dans les yeux, elle m'a dit « Je vois que vous êtes inquiète, c'est normal, c'est votre premier enfant ». Elle m'a expliqué calmement où aller pour la consultation prénatale. Je suis repartie rassurée, alors qu'au départ j'étais très angoissée* » (U-08-INT).

Dans le groupe témoin, en revanche, les usagers ont continué à rapporter des interactions tendues et des sentiments de non-reconnaissance. Un usager du CHU Gabriel Touré a déploré : « *L'agent ne m'a même pas regardé. Il parlait sans lever la tête de son registre. Quand j'ai dit que je ne comprenais pas où aller, il a soupiré et a répété la même phrase plus fort, comme si j'étais sourd. J'ai senti la colère monter, mais j'ai préféré me taire pour ne pas créer d'incident* » (U-25-TEM). Ce témoignage contraste nettement avec ceux recueillis dans le groupe intervention et explique pourquoi le nombre d'incidents relationnels est resté élevé dans le groupe témoin (16,2 incidents contre 9,8 dans le groupe intervention). Les agents du groupe témoin ont eux-mêmes exprimé un sentiment d'impuissance face aux tensions. Un agent du CHU Gabriel Touré a déclaré : « *On nous reproche souvent d'être impolis, mais personne ne nous a jamais appris à gérer un patient en colère. On fait comme on peut, mais souvent on est débordés et on craque. Une formation comme celle-là, j'aurais aimé en bénéficier* » (A-14-TEM). Ce verbatim souligne l'équité procédurale respectée par l'étude (formation différée proposée au groupe témoin) et renforce la crédibilité de l'effet attribuable à l'intervention.

2.2.3. Facteurs contextuels et organisationnels facilitant ou entravant l'appropriation des compétences psychologiques

Le troisième thème identifié concerne les facteurs contextuels qui ont modulé l'impact de la formation, en écho aux analyses de régression logistique présentées dans les résultats quantitatifs. Trois sous-thèmes ont émergé : l'effet de l'ancienneté, le rôle du stress et de la charge de travail, ainsi que l'importance du soutien hiérarchique. S'agissant de l'ancienneté, les agents ayant entre deux et cinq ans d'expérience ont exprimé une plus grande réceptivité à la formation. Un agent de l'hôpital régional de Kayes a expliqué : « *J'ai trois ans d'ancienneté. J'avais déjà pris de mauvaises habitudes, mais pas encore complètement figées. La formation m'a permis de corriger ma posture avant qu'il ne soit trop tard. Les collègues qui sont là depuis dix ou quinze ans, eux, ils ont dit « On a toujours fait comme ça, pourquoi changer ? »* » (A-02-INT). Ce verbatim éclaire le résultat quantitatif selon lequel les agents de plus de cinq ans d'ancienneté n'ont pas montré d'amélioration significative (odds ratio non significatif). Un agent expérimenté du groupe intervention a lui-même reconnu cette résistance : « *Honnêtement,*

après vingt ans au guichet, j'ai trouvé que cette formation remettait en cause tout ce que j'avais construit. Je n'ai pas vraiment changé mes habitudes. Peut-être que c'est un tort, mais c'est plus fort que moi » (A-11-INT). Ce témoignage, bien que venant du groupe intervention, n'a pas été inclus dans l'analyse quantitative des effets de la formation car l'agent a participé à la formation mais n'a pas modifié ses pratiques, ce qui a été capté par l'absence d'amélioration de son score de satisfaction usager.

Concernant le stress et la charge de travail, les agents ayant rapporté des niveaux élevés de stress ont explicitement lié celui-ci à leur incapacité à mettre en œuvre les nouvelles compétences. Un agent de l'hôpital régional de Sikasso a confié : *« On est seulement deux agents pour accueillir plus de deux cents patients par jour. Parfois, je commence à utiliser l'écoute active avec un patient, mais je vois la file qui s'allonge derrière, la tension monte, et je finis par revenir à l'ancienne méthode : vite, vite, le suivant. La formation m'a donné des outils, mais la direction n'a pas réduit la charge de travail »* (A-06-INT). Ce verbatim illustre parfaitement l'effet modérateur négatif de la charge horaire (plus de 50 patients par jour) identifié dans l'analyse quantitative. Un autre agent a ajouté : *« Le stress, c'est notre quotidien. On nous forme à être patients et à l'écoute, mais quand on dort mal, qu'on est payé avec des mois de retard, qu'on craint pour sa sécurité à cause de certains patients violents, c'est difficile d'appliquer ce qu'on a appris »* (A-08-INT). Ce témoignage met en lumière la dimension systémique du stress, au-delà de la seule charge de travail.

Enfin, le soutien hiérarchique est apparu comme un facteur facilitateur crucial. Dans l'hôpital de Kayes, où la direction a activement encouragé la mise en œuvre des nouvelles pratiques, les agents ont rapporté des conditions plus favorables. Un agent a déclaré : *« Notre chef de service venait nous voir chaque matin pour nous rappeler les techniques apprises en formation. Il a même organisé des petites réunions de supervision entre pairs toutes les deux semaines. Cela nous a beaucoup aidés à ne pas retomber dans nos anciennes habitudes »* (A-01-INT). En revanche, à Sikasso, l'absence de ce soutien a été regrettée : *« La formation était bonne, mais une fois retourné à mon poste, j'étais seul. Personne ne venait me dire si je faisais bien ou mal. Au bout d'un mois, j'avais oublié la moitié des techniques »* (A-10-INT). Ce contraste entre les deux hôpitaux du groupe intervention, bien que n'ayant pas fait l'objet d'une analyse comparative quantitative en raison de la taille de l'échantillon, suggère que le soutien managérial est un levier essentiel pour la pérennisation des acquis, un résultat qui n'avait pas été initialement hypothétisé mais qui émerge fortement des données qualitatives.

2.2.4. Synthèse des résultats qualitatifs

En synthèse, l'analyse thématique des entretiens a permis de comprendre en profondeur les mécanismes sous-jacents aux effets quantitatifs observés. Du côté des agents du groupe intervention, la formation a induit une transformation profonde des postures professionnelles : passage de l'orientation standardisée à l'entretien structuré avec reformulation et vérification de la compréhension, et évolution de la gestion des conflits de la réactivité émotionnelle à l'accueil empathique et au désamorçage systématique. Les usagers du groupe intervention ont confirmé ces changements à travers des récits d'orientation plus claire, d'écoute accrue et de réduction de l'angoisse liée au parcours de soins. En revanche, les témoignages recueillis dans le groupe témoin ont fait ressortir la persistance des pratiques antérieures et des tensions relationnelles, renforçant la validité interne de l'étude. Trois facteurs contextuels modérateurs ont émergé des discours : l'ancienneté moyenne (deux à cinq ans) comme fenêtre d'opportunité pour l'appropriation des nouvelles compétences, le stress élevé et la charge excessive comme freins puissants, et le soutien hiérarchique comme levier facilitateur non anticipé dans les hypothèses initiales. Ces résultats qualitatifs, en complémentarité avec les données quantitatives, éclairent non seulement l'efficacité de l'intervention mais aussi les conditions de sa mise en œuvre réussie, ouvrant la voie à des recommandations managériales nuancées et contextualisées.

3. Discussion des résultats

3.1. Résultats quantitatifs

La présente discussion vise à interpréter, confronter à la littérature et mettre en perspective les résultats quantitatifs obtenus, tout en vérifiant l'atteinte des objectifs spécifiques de l'étude. L'approche mixte séquentielle explicative adoptée a permis de mesurer rigoureusement l'impact d'une formation inspirée de la psychologie de l'orientation et du conseil sur le management de l'accueil dans trois hôpitaux publics maliens.

3.1.1. Effet de la formation aux techniques d'entretien d'orientation sur la clarté et la rapidité de l'orientation des patients dans les circuits de soins

Les résultats montrent une réduction de 37,1 % du temps moyen d'orientation dans le groupe intervention (de 12,4 à 7,8 minutes ; $p < 0,001$), contre une baisse non significative de 4,2 % dans le groupe témoin. Cette amélioration confirme notre première hypothèse spécifique et rejoint les travaux récents d'Adjibabi et Zannou (2022) au Bénin, où une formation similaire réduisait de 32 % l'errance des patients. L'ampleur de l'effet observée (η^2 partiel = 0,12) est cliniquement significative, car un gain de près de cinq minutes par patient, multiplié par plusieurs centaines de passages quotidiens, libère une capacité d'attention précieuse pour les agents.

L'augmentation de 9,4 points sur l'échelle de satisfaction relative à l'information délivrée (contre +1,4 point dans le groupe témoin) confirme que la clarté des explications et la vérification de la compréhension sont des leviers centraux. Ces résultats sont cohérents avec la théorie de la construction de carrière de Savickas (2019) adaptée au soin : aider le patient à « naviguer » dans un système complexe réduit son incertitude et son anxiété. Comme le soulignent Norcross et Lambert (2021), la reformulation et la vérification mutuelle sont des ingrédients actifs de toute relation d'aide. Dans notre contexte, ces techniques ont transformé un guichet d'information standardisé en un véritable outil d'orientation cognitive.

Cependant, il convient de noter que la réduction du temps d'orientation n'a pas été uniforme : les agents ayant une ancienneté de deux à cinq ans ont mieux performé que ceux de plus de cinq ans (cf. infra). Ce résultat nuance l'effet principal et suggère que l'ancienneté agit comme une variable modératrice, un point peu exploré dans la littérature ouest-africaine (Ouedraogo et al., 2024). En outre, l'absence d'amélioration significative dans le groupe témoin élimine l'hypothèse d'un effet maturation ou d'un biais historique. Ainsi, l'objectif spécifique numéro un est pleinement atteint : la formation aux techniques d'entretien d'orientation améliore significativement la rapidité et la clarté perçue de l'orientation.

3.1.2. Effet de l'acquisition de compétences en conseil psychologique sur la réduction des tensions verbales et des plaintes formelles des usagers

Les données quantitatives indiquent une réduction de 46,4 % des incidents relationnels déclarés dans le groupe intervention (contre 4,7 % dans le groupe témoin), avec une baisse particulièrement marquée des altercations verbales (-62,5 %). Cette ampleur dépasse le seuil de 40 % que nous avons fixé dans notre deuxième hypothèse spécifique. L'auto-efficacité perçue des agents en conseil psychologique a bondi de 22,4 à 41,7 ($p < 0,001$), et cette amélioration est corrélée modérément ($r = 0,52$, $p < 0,01$) à la diminution des tensions. Ces résultats sont remarquablement cohérents avec le modèle rogérien du conseil centré sur la personne, revisité par Norcross et Lambert (2021), qui postule que l'écoute active et la validation émotionnelle réduisent les comportements défensifs et agressifs.

Dans le contexte spécifique des hôpitaux publics maliens, marqué par une forte densité de patients et des ressources limitées, cette réduction des tensions a un impact direct sur la fluidité du service et le bien-être au travail. Une étude récente de Diallo et Traoré (2021) avait déjà souligné que 68 % des agents d'accueil maliens se sentaient « livrés à eux-mêmes » face aux conflits. Notre intervention a justement comblé ce vide en fournissant des outils comportementaux simples (désamorçage, reformulation, gestion des émotions). La corrélation

positive entre gain d'auto-efficacité et baisse des incidents confirme que la confiance dans ses propres compétences relationnelles est un mécanisme clé, conformément aux travaux de Savickas et Porfeli (2018) sur l'adaptabilité de carrière.

Toutefois, la réduction des plaintes écrites formelles n'a été que de 33,3 %, moins spectaculaire que celle des altercations verbales. Ce différentiel peut s'expliquer par le fait que les plaintes écrites sont souvent déposées après un délai de réflexion et concernent des problèmes plus systémiques (temps d'attente global, manque de médicaments) que l'accueil seul. Néanmoins, l'atteinte de l'objectif spécifique numéro deux est indéniable : l'acquisition de compétences en conseil psychologique réduit significativement les incidents relationnels au guichet d'accueil.

3.1.3. Facteurs contextuels et organisationnels modérant l'impact des formations

L'analyse de régression logistique a identifié trois modérateurs significatifs : l'ancienneté, le stress autodéclaré et la charge horaire quotidienne. Ces résultats valident partiellement notre troisième hypothèse spécifique, tout en enrichissant le modèle initial. Premièrement, les agents ayant entre deux et cinq ans d'ancienneté ont 2,8 fois plus de chances de bénéficier de la formation que ceux de moins de deux ans (OR = 2,81 ; IC95 % [1,62–4,87]), tandis que les agents de plus de cinq ans ne montrent aucun avantage. Ce résultat suggère une fenêtre d'opportunité : les novices n'ont pas encore intériorisé de routines, les très expérimentés manifestent une « cristallisation professionnelle » résistante au changement. Ce phénomène est documenté dans la littérature récente sur le transfert des compétences en milieu hospitalier (Harris et al., 2021). Il implique que les futures formations devraient cibler prioritairement les agents en milieu de carrière ou être accompagnées de dispositifs de « déstabilisation constructive » pour les plus anciens.

Deuxièmement, le stress élevé (score PSS-4 > 10) réduit de 18 % par point supplémentaire la probabilité d'amélioration (OR = 0,82 ; IC95 % [0,74–0,91]). Ce résultat rejoint les constats de Cohen et al. (2022) sur l'effet négatif du stress chronique sur l'apprentissage et l'adoption de nouvelles pratiques. Dans notre contexte, le stress est multifactoriel (surcharge, retard de paiement, insécurité), et il n'est pas raisonnable de penser qu'une formation seule puisse le résorber. Des interventions organisationnelles parallèles (réduction de la charge, supervision clinique) sont nécessaires, comme le suggèrent Osborne et al. (2022) dans leur modèle de co-production des services publics.

Troisièmement, les agents accueillant plus de 50 patients par jour ont amélioré leur score de satisfaction usager deux fois moins que ceux accueillant moins de 30 patients. Ce résultat est intuitif mais rarement quantifié dans la littérature ouest-africaine. Il indique un effet de « saturation cognitive » : au-delà d'un certain seuil, même les meilleures compétences psychologiques ne peuvent être déployées. Les hôpitaux de Kayes et Sikasso devront donc ajuster les effectifs ou réorganiser les flux pour que l'investissement en formation ne soit pas vain. Enfin, l'absence d'effet modérateur du sexe, de l'âge ou du statut professionnel est rassurante : elle indique que la formation est équitablement efficace quelle que soit la position administrative. Ce point est important pour les décideurs sanitaires maliens soucieux d'équité.

3.1.4. Synthèse de la discussion des résultats quantitatifs

En synthèse, les résultats quantitatifs confirment très largement l'hypothèse générale de l'étude : l'intégration systématique des principes de la psychologie de l'orientation et du conseil dans le management de l'accueil améliore significativement la qualité relationnelle du premier contact, la satisfaction des usagers et l'efficacité perçue du parcours de soins. Les trois objectifs spécifiques sont atteints, avec des effets d'ampleur clinique (réduction de 37 % du temps d'errance, baisse de 46 % des incidents relationnels). Ces résultats dépassent ceux rapportés par Adjibabi et Zannou (2022) au Bénin (respectivement 32 % et 41 %) et par Ouédraogo et al. (2024) au Burkina Faso (respectivement 28 % et 38 %), probablement grâce à la durée plus longue de notre formation (24 heures réparties sur six semaines) et à l'accent mis sur la supervision entre pairs.

Cependant, nos résultats mettent également en évidence des modérateurs contextuels puissants (ancienneté, stress, charge horaire) qui tempèrent l'effet principal. Ces modérateurs n'étaient que partiellement anticipés dans notre troisième hypothèse spécifique. Leur identification est une contribution originale de cette étude pour le contexte malien. Elle implique que les décideurs ne peuvent pas se contenter de former les agents ; ils doivent simultanément agir sur l'organisation du travail (réduction de la charge, soutien hiérarchique, gestion du stress) pour que les compétences psychologiques se traduisent durablement en bénéfices pour les usagers. Cette conclusion rejoint les recommandations récentes de l'OMS pour les pays à ressources limitées (World Health Organization, 2023), qui insistent sur la nécessité d'interventions multiniveaux.

Limites à considérer dans cette discussion : l'absence d'assignation aléatoire limite la force des inférences causales, bien que le devis quasi-expérimental avec pré-test et groupe témoin non équivalent soit robuste (Harris et al., 2021). De plus, la mesure à trois mois ne permet pas de conclure à la pérennisation des acquis ; un suivi à douze mois est nécessaire. Enfin, nous n'avons pas mesuré l'impact économique, mais la réduction des altercations et des errances laisse présager des gains d'efficacité non négligeables. En définitive, cette discussion quantitative valide l'intérêt de la psychologie de l'orientation et du conseil comme levier d'amélioration du management de l'accueil dans les hôpitaux publics maliens, tout en appelant à des accompagnements organisationnels simultanés. Les résultats qualitatifs viendront, dans la section suivante, éclairer les mécanismes subjectifs sous-jacents et approfondir ces pistes.

3.2. Résultats qualitatifs

L'analyse thématique des entretiens semi-directifs, menée conformément à la méthode de Braun et Clarke (2019), visait à comprendre en profondeur les mécanismes subjectifs et contextuels sous-jacents aux effets quantitatifs observés. Trois grands thèmes, en résonance directe avec les objectifs spécifiques de l'étude, ont émergé. La discussion qui suit confronte ces résultats aux cadres théoriques mobilisés (théorie de la construction de carrière de Savickas, 2019 ; modèle rogérien du conseil revisité par Norcross & Lambert, 2021) et aux travaux empiriques récents en contexte ouest-africain.

3.2.1. Transformations perçues dans les pratiques d'orientation et d'information suite à la formation

Les discours des agents du groupe intervention témoignent d'une profonde métamorphose de leurs pratiques d'orientation, passant d'une logique de délivrance standardisée d'indications à une logique d'entretien structuré et interactif. Le verbatim d'un agent de Kayes illustre parfaitement ce basculement : « *Avant la formation, je donnais les indications sans vraiment vérifier si le patient avait compris. Maintenant, j'ai appris à reformuler la demande, à répéter les étapes et à demander au patient de me redire ce qu'il a compris* » (A-03-INT). Ce témoignage confirme le mécanisme explicatif de la réduction du temps d'orientation (-37,1 %) observée dans les résultats quantitatifs : une légère augmentation du temps consacré à chaque interaction est largement compensée par la diminution des retours et des errances secondaires. Ce résultat est cohérent avec la théorie de la construction de carrière de Savickas (2019) adaptée au soin, selon laquelle aider un individu à « naviguer » dans un système inconnu réduit son incertitude et son anxiété. En contexte hospitalier malien, où la signalétique est souvent déficiente, la reformulation et la vérification de la compréhension agissent comme des « béquilles cognitives » qui transforment le guichet d'accueil en un véritable outil d'orientation active. Un agent de Sikasso souligne l'acquisition de techniques spécifiques : « *La formation nous a appris à poser des questions ouvertes pour cerner le vrai besoin du patient. Avant, on demandait simplement « Quelle consultation ? » et on donnait un numéro. Maintenant, je demande « Qu'est-ce qui vous amène ? » et « Est-ce que vous êtes déjà venu ici ? »* » (A-07-INT). Cette évolution rejoint les travaux d'Adjibabi et Zannou (2022) au Bénin, où des formations similaires avaient amélioré la précision du premier aiguillage.

Du côté des usagers, les récits confirment cette perception d'une orientation plus claire et plus humaine. Une usagère de Kayes rapporte : « *L'agent à l'accueil m'a expliqué pas à pas : d'abord aller au guichet pour prendre le ticket, puis monter au premier étage pour la consultation, ensuite redescendre pour la pharmacie. Il a même dessiné un petit plan sur un papier. Je ne me suis pas perdue* » (U-12-INT). Ce verbatim illustre concrètement l'augmentation de 9,4 points du score de satisfaction relatif à la clarté de l'information. En revanche, dans le groupe témoin, la confusion persiste : « *On m'a dit « la consultation, c'est par là » en pointant un couloir. Mais arrivé au bout, on m'a renvoyé à un autre bâtiment* » (U-22-TEM). Ce contraste renforce la validité interne de l'étude et montre que l'amélioration n'est pas due à un effet de maturation ou à un biais historique. Ainsi, l'objectif spécifique numéro un est également vérifié qualitativement : la formation aux techniques d'entretien d'orientation modifie en profondeur les pratiques des agents, avec un bénéfice direct sur la clarté perçue et la rapidité effective de l'orientation.

3.2.2. Évolutions dans la gestion relationnelle et la réduction des tensions verbales

Le deuxième thème qualitatif éclaire les mécanismes psychologiques qui sous-tendent la réduction de 46,4 % des incidents relationnels. Les agents du groupe intervention rapportent un changement radical de posture professionnelle, passant d'une logique de guichet (réactivité émotionnelle) à une logique de conseil (accueil empathique et désamorçage systématique). Un agent de Kayes exprime cette évolution avec clarté : « *Avant, quand un patient arrivait en colère, je le prenais personnellement et je répondais sur le même ton. La formation m'a appris à accueillir l'émotion sans me sentir attaqué. Maintenant, je dis « Je comprends que vous soyez impatient, attendez-moi deux minutes et je m'occupe de vous personnellement ». Neuf fois sur dix, le patient se calme* » (A-05-INT). Ce verbatim illustre directement l'application des techniques de désamorçage issues du modèle rogérien du conseil centré sur la personne (Norcross & Lambert, 2021).

Un autre agent insiste sur l'écoute active comme outil de régulation émotionnelle : « *Le plus grand changement, c'est que j'ai appris à écouter vraiment. Avant, je coupais la parole. Maintenant, je le laisse finir sa phrase, je hoche la tête, je reformule. Les patients se sentent respectés. Et même quand je ne peux pas résoudre leur problème immédiatement, ils repartent moins frustrés* » (A-09-INT). Ce résultat rejoint les travaux de Ouédraogo et al. (2024) au Burkina Faso, où l'écoute active était associée à une baisse de 38 % des tensions verbales.

Les usagers du groupe intervention confirment cette transformation. Une usagère de Sikasso témoigne : « *L'agent qui m'a accueillie m'a regardée dans les yeux, elle m'a dit « Je vois que vous êtes inquiète, c'est normal, c'est votre premier enfant ». Elle m'a expliqué calmement où aller. Je suis repartie rassurée* » (U-08-INT). Ce récit illustre la dimension de validation émotionnelle, absente des pratiques habituelles. À l'inverse, dans le groupe témoin, l'absence de ces compétences génère encore de la tension : « *L'agent ne m'a même pas regardé. Il parlait sans lever la tête. Quand j'ai dit que je ne comprenais pas, il a soupiré et a répété la même phrase plus fort. J'ai senti la colère monter* » (U-25-TEM).

Les agents témoins expriment eux-mêmes leur impuissance : « *On nous reproche souvent d'être impolis, mais personne ne nous a jamais appris à gérer un patient en colère. Une formation comme celle-là, j'aurais aimé en bénéficier* » (A-14-TEM). Ce verbatim souligne l'équité procédurale respectée par l'étude (formation différée proposée au groupe témoin) et renforce la crédibilité de l'effet attribuable à l'intervention. Ainsi, l'objectif spécifique numéro deux est également vérifié qualitativement : l'acquisition de compétences en conseil psychologique transforme la gestion des émotions et réduit durablement les tensions.

3.2.3. Facteurs contextuels et organisationnels facilitant ou entravant l'appropriation des compétences psychologiques

Le troisième thème qualitatif vient enrichir et contextualiser les modérateurs identifiés dans l'analyse de régression logistique. Trois sous-thèmes émergent : l'effet de l'ancienneté, le rôle

du stress et de la charge de travail, et l'importance du soutien hiérarchique. S'agissant de l'ancienneté, les agents ayant entre deux et cinq ans d'expérience se montrent les plus réceptifs. Un agent de Kayes explique : « *J'ai trois ans d'ancienneté. J'avais déjà pris de mauvaises habitudes, mais pas encore complètement figées. La formation m'a permis de corriger ma posture avant qu'il ne soit trop tard. Les collègues qui sont là depuis dix ou quinze ans, eux, ils ont dit « On a toujours fait comme ça, pourquoi changer ? » » (A-02-INT). Un agent expérimenté du groupe intervention confirme cette résistance : « *Honnêtement, après vingt ans au guichet, j'ai trouvé que cette formation remettait en cause tout ce que j'avais construit. Je n'ai pas vraiment changé mes habitudes » (A-11-INT). Ces verbatims éclairent le résultat quantitatif selon lequel les agents de plus de cinq ans n'ont pas montré d'amélioration significative. Ce phénomène de « cristallisation professionnelle » est documenté par Harris et al. (2021) dans le transfert des compétences en milieu hospitalier.**

Concernant le stress et la charge de travail, les agents rapportent explicitement comment ces facteurs entravent l'application des nouvelles compétences. Un agent de Sikasso confie : « *On est seulement deux agents pour accueillir plus de deux cents patients par jour. Parfois, je commence à utiliser l'écoute active avec un patient, mais je vois la file qui s'allonge, la tension monte, et je finis par revenir à l'ancienne méthode : vite, vite, le suivant. La formation m'a donné des outils, mais la direction n'a pas réduit la charge de travail » (A-06-INT). Ce témoignage illustre parfaitement l'effet modérateur négatif de la charge horaire (plus de 50 patients par jour) identifié dans l'analyse quantitative. Un autre agent ajoute : « *Le stress, c'est notre quotidien. On nous forme à être patients et à l'écoute, mais quand on dort mal, qu'on est payé avec des mois de retard, qu'on craint pour sa sécurité, c'est difficile d'appliquer ce qu'on a appris » (A-08-INT). Ce verbatim met en lumière la dimension systémique du stress, au-delà de la seule charge de travail, rejoignant les constats de Cohen et al. (2022) sur les effets délétères du stress chronique.**

Enfin, le soutien hiérarchique apparaît comme un facilitateur crucial non anticipé dans les hypothèses initiales. À Kayes, où la direction a activement encouragé la mise en œuvre, un agent déclare : « *Notre chef de service venait nous voir chaque matin pour nous rappeler les techniques apprises. Il a même organisé des petites réunions de supervision entre pairs toutes les deux semaines. Cela nous a beaucoup aidés à ne pas retomber dans nos anciennes habitudes » (A-01-INT). En revanche, à Sikasso, l'absence de ce soutien a été regrettée : « *La formation était bonne, mais une fois retourné à mon poste, j'étais seul. Personne ne venait me dire si je faisais bien ou mal. Au bout d'un mois, j'avais oublié la moitié des techniques » (A-10-INT). Ce contraste entre les deux hôpitaux du groupe intervention suggère que le soutien managérial est un levier essentiel pour la pérennisation des acquis, conformément au modèle de co-production de la qualité d'accueil d'Osborne et al. (2022).**

3.2.4. Synthèse de la discussion des résultats qualitatifs

En synthèse, l'analyse qualitative confirme et approfondit les résultats quantitatifs. Elle montre que la formation a induit une transformation profonde des postures professionnelles : passage de l'orientation standardisée à l'entretien structuré avec reformulation et vérification de la compréhension, et évolution de la gestion des conflits de la réactivité émotionnelle à l'accueil empathique et au désamorçage systématique. Les usagers du groupe intervention ont validé ces changements à travers des récits d'orientation plus claire, d'écoute accrue et de réduction de l'angoisse liée au parcours de soins.

Trois facteurs contextuels modérateurs, en écho à l'analyse quantitative, ont émergé des discours : l'ancienneté moyenne (deux à cinq ans) comme fenêtre d'opportunité pour l'appropriation des compétences ; le stress élevé et la charge excessive comme freins puissants, nécessitant des interventions organisationnelles parallèles ; et le soutien hiérarchique comme levier facilitateur non anticipé dans les hypothèses initiales mais essentiel pour la pérennisation.

Ces résultats qualitatifs apportent une contribution originale à la littérature ouest-africaine sur le management de l'accueil hospitalier. Ils montrent que l'efficacité d'une formation en psychologie de l'orientation et du conseil ne dépend pas seulement de son contenu pédagogique, mais aussi des conditions contextuelles de sa mise en œuvre. Comme le soulignent Osborne et al. (2022), la co-production de la qualité d'accueil repose sur une triple transformation : des compétences individuelles, de l'organisation du travail et du soutien managérial. Les décideurs sanitaires maliens devront donc agir simultanément sur ces trois leviers pour que l'investissement en formation ne soit pas vain. Un suivi à douze mois serait nécessaire pour évaluer la pérennisation des acquis, d'autant que le contraste entre Kayes (soutien actif) et Sikasso (soutien absent) suggère que l'effet de la formation pourrait s'estomper sans renforcement managérial régulier.

Conclusion

L'ambition première de cette étude était d'analyser, sous un angle empirique et théorique, l'impact de l'intégration des principes issus de la psychologie de l'orientation et du conseil sur le management de l'accueil des usagers dans les hôpitaux publics du Mali. Ce travail est né d'un constat paradoxal et douloureux : l'hôpital public, garant de l'équité sanitaire dans un pays aux ressources limitées, constitue trop souvent le théâtre d'une première expérience marquée par l'errance, l'incompréhension, la brusquerie des agents et un profond sentiment d'abandon psychologique. Parallèlement, les agents d'accueil, qu'ils soient administratifs, infirmiers ou agents de sécurité, expriment un mal-être professionnel lié à l'absence de formation relationnelle, à une reconnaissance institutionnelle quasi inexistante et à une exposition chronique à la détresse des usagers. Face à ce double fardeau, la littérature internationale, en particulier les travaux récents de Savickas (2019) sur la théorie de la construction de carrière et de Norcross et Lambert (2021) sur le conseil centré sur la personne, suggère que les compétences en psychologie de l'orientation (aide à la navigation dans des systèmes complexes) et en psychologie du conseil (écoute active, régulation émotionnelle, désamorçage des conflits) pourraient transformer en profondeur la qualité du premier contact hospitalier. Toutefois, aucune recherche empirique n'avait encore évalué cette hypothèse dans le contexte spécifique des hôpitaux publics maliens. La présente étude a donc été conçue pour combler ce vide scientifique.

Pour répondre à cette problématique, un dispositif méthodologique rigoureux a été déployé, articulant une approche mixte séquentielle explicative selon les recommandations de Creswell et Clark (2018). L'étude a été menée auprès de trois hôpitaux publics maliens : le CHU Gabriel Touré de Bamako (groupe témoin), l'hôpital régional de Kayes et l'hôpital régional de Sikasso (groupe intervention). Au total, 1320 usagers ont été interrogés à deux temps de mesure (avant intervention et trois mois après formation) et 87 agents d'accueil ont participé à l'intégralité du dispositif, incluant une formation de vingt-quatre heures réparties sur six semaines, des questionnaires validés (échelle de satisfaction adaptée du PSQ-18, échelle de stress perçu PSS-4, échelle d'auto-efficacité), des observations directes structurées et des entretiens semi-directifs approfondis. L'analyse des données quantitatives a mobilisé des tests t appariés, des ANCOVA, des régressions logistiques, tandis que l'analyse qualitative a suivi la méthode d'analyse thématique réflexive de Braun et Clarke (2019) avec double codage assisté par NVivo 14.

Les principaux résultats obtenus confirment de manière convergente l'hypothèse générale de l'étude. Premièrement, la formation aux techniques d'entretien d'orientation a réduit de 37,1 % le temps moyen d'errance des patients dans les circuits de soins, passant de 12,4 minutes à 7,8 minutes ($p < 0,001$), tandis que le groupe témoin n'enregistrait qu'une baisse non significative de 4,2 %. Parallèlement, la qualité perçue de l'information délivrée s'est améliorée de 9,4 points sur une échelle de 7 à 35 dans le groupe intervention, contre seulement 1,4 point dans le groupe témoin. Deuxièmement, l'acquisition de compétences en psychologie du conseil a entraîné une

réduction de 46,4 % des incidents relationnels déclarés au guichet d'accueil, avec une baisse particulièrement marquée des altercations verbales (-62,5 %). L'auto-efficacité perçue des agents a bondi de 22,4 à 41,7 ($p < 0,001$) et cette amélioration était modérément corrélée ($r = 0,52$, $p < 0,01$) à la diminution des tensions. Troisièmement, l'étude a mis en évidence des facteurs contextuels modérateurs puissants. Une ancienneté comprise entre deux et cinq ans s'est révélée être une fenêtre d'opportunité favorable à l'appropriation des nouvelles compétences (odds ratio = 2,81), alors que les agents de plus de cinq ans n'ont montré aucun gain significatif, suggérant un phénomène de cristallisation professionnelle. Un stress élevé (score PSS-4 > 10) a réduit de 18 % par point supplémentaire la probabilité d'amélioration des pratiques, et une charge horaire dépassant cinquante patients par jour a diminué de moitié l'effet de la formation. Les analyses qualitatives ont, de surcroît, révélé un facteur facilitateur essentiel non anticipé dans les hypothèses initiales : le soutien hiérarchique actif (présent à Kayes mais absent à Sikasso) s'est imposé comme un levier déterminant de la pérennisation des acquis, confirmant les modèles récents de co-production de la qualité des services publics (Osborne et al., 2022).

Ces résultats présentent plusieurs apports majeurs, tant sur les plans théorique, empirique que pratique. Sur le plan théorique, cette étude valide l'extension originale de la théorie de la construction de carrière de Savickas (2019) au domaine du soin : aider un patient à « naviguer » dans un système hospitalier complexe réduit son incertitude et son anxiété, exactement comme l'orientation aide un individu à construire un parcours professionnel cohérent. Elle confirme également la puissance du modèle rogérien du conseil centré sur la personne, revisité par Norcross et Lambert (2021), dans un contexte culturel ouest-africain où la dimension relationnelle de l'accueil est souvent sacrifiée sur l'autel de l'urgence administrative. Sur le plan empirique, cette recherche fournit la première évaluation rigoureuse d'une intervention en psychologie de l'orientation et du conseil dans les hôpitaux publics maliens, avec des effets d'ampleur clinique (réduction de 37 % du temps d'attente et de 46 % des incidents) qui dépassent ceux rapportés récemment au Bénin par Adjibabi et Zannou (2022) et au Burkina Faso par Ouédraogo et al. (2024). Cette supériorité pourrait s'expliquer par la durée plus longue de la formation (vingt-quatre heures contre douze à dix-huit heures dans les études comparables) et par l'accent mis sur la supervision entre pairs. Sur le plan pratique et opérationnel, cette étude démontre qu'une formation courte, accessible et contextualisée peut transformer durablement la qualité relationnelle de l'accueil, à condition d'être accompagnée d'ajustements organisationnels simultanés : réduction de la charge horaire des agents les plus exposés, mise en place d'une supervision clinique régulière, reconnaissance institutionnelle du métier d'agent d'accueil, et attention particulière aux agents les plus expérimentés qui résistent au changement.

Il convient néanmoins de rappeler avec franchise les limites de cette étude afin de situer la portée exacte de ses conclusions. Premièrement, l'absence d'assignation aléatoire des hôpitaux aux groupes intervention et témoin, bien que justifiée par des contraintes organisationnelles et éthiques, affaiblit la force des inférences causales. Le devis quasi-expérimental avec pré-test et groupe témoin non équivalent, recommandé par Harris et al. (2021) dans de tels contextes, constitue la solution la plus robuste possible, mais il ne saurait égaler la rigueur d'un essai contrôlé randomisé. Deuxièmement, la mesure des effets à trois mois seulement ne permet pas de conclure à la pérennisation des acquis au-delà d'une année. Un effet d'érosion est plausible, en particulier dans l'hôpital de Sikasso où le soutien hiérarchique faisait défaut. Troisièmement, la généralisabilité des résultats à l'ensemble des hôpitaux publics maliens reste limitée par le choix de trois établissements seulement, même si une diversité géographique (urbain, semi-urbain, rural) a été recherchée. Quatrièmement, l'absence d'indicateurs économiques dans notre évaluation ne permet pas de mesurer le rapport coût-efficacité de l'intervention, un élément pourtant crucial pour éclairer les décideurs sanitaires dans un pays aux ressources contraintes.

Cinquièmement, la mesure de la satisfaction des usagers a pu être affectée par un biais de désirabilité sociale, malgré les précautions prises (enquêteurs extérieurs, anonymisation). Enfin, l'étude n'a pas inclus de mesure longitudinale du stress des agents au-delà de la période post-intervention immédiate.

À la lumière de ces résultats prometteurs mais aussi de ces limites clairement identifiées, plusieurs axes de recherche future se dessinent avec netteté. Un premier axe consisterait à concevoir et à mettre en œuvre un essai contrôlé randomisé multicentrique incluant un échantillon plus large d'hôpitaux publics maliens (au moins dix établissements) afin de renforcer la validité interne et de tester l'efficacité de la formation dans des sous-régions sanitaires variées, tout en intégrant un bras « formation seule » et un bras « formation + accompagnement managérial » pour démêler les effets respectifs de chaque composante. Un deuxième axe, complémentaire, consisterait à réaliser une étude longitudinale avec des mesures à douze, dix-huit et vingt-quatre mois post-intervention pour évaluer la stabilité des changements comportementaux, l'effet de rappels périodiques (supervisions, groupes d'analyse des pratiques) et les facteurs prédictifs de l'érosion ou de l'approfondissement des compétences. Un troisième axe, qualitatif et comparatif, serait de mener une recherche ethnographique approfondie dans les deux hôpitaux du groupe intervention (Kayes et Sikasso) afin de comprendre finement les mécanismes par lesquels le soutien hiérarchique, le climat organisationnel et les interactions entre pairs favorisent ou entravent le transfert des compétences psychologiques sur le long terme. Un quatrième axe, à visée opérationnelle et décisionnelle, consisterait à intégrer une évaluation économique complète (analyse coût-efficacité et analyse coût-utilité) incluant le coût de la formation par agent, le temps libéré par la réduction de l'errance des patients, la diminution des réclamations contentieuses et l'amélioration de la satisfaction des usagers, de manière à fournir aux autorités sanitaires maliennes des arguments tangibles pour généraliser l'intervention. Un cinquième axe, plus prospectif, serait d'adapter et de valider un programme de formation standardisé en psychologie de l'orientation et du conseil, spécifiquement conçu pour le contexte des hôpitaux publics ouest-africains, incluant un manuel du formateur, un livret de l'agent d'accueil et des outils de supervision, afin de permettre une diffusion large et reproductible au Mali, mais aussi au Sénégal, en Guinée, en Côte d'Ivoire et au Burkina Faso. Enfin, un sixième axe, exploratoire et interdisciplinaire, consisterait à étudier l'impact d'une telle formation sur d'autres services hospitaliers critiques, tels que les services d'urgence, les unités de soins palliatifs ou les consultations de suivi des maladies chroniques, où la dimension psychologique de l'accueil et de l'orientation est tout aussi cruciale.

En définitive, cette étude apporte une preuve empirique solide que la psychologie de l'orientation et du conseil ne saurait rester confinée aux cabinets spécialisés, aux services d'orientation scolaire et professionnelle ou aux consultations de psychothérapie. Intégrée de manière systématique, structurée et accompagnée au management de l'accueil hospitalier, elle offre un levier puissant, accessible, culturellement adaptable et respectueux des personnes pour transformer la première porte de l'hôpital public malien. Elle permet de passer d'un guichet anonyme, source d'errance et de tension, à une véritable passerelle de confiance, de clarté, d'écoute et d'humanité. Ce faisant, elle contribue non seulement à l'amélioration de la qualité perçue des soins, mais aussi à la reconnaissance et à la valorisation du métier d'agent d'accueil, trop longtemps considéré comme subalterne. Pour les décideurs sanitaires maliens, pour les directeurs d'hôpitaux et pour les formateurs en sciences de la santé, le message est clair : former les agents d'accueil à la psychologie de l'orientation et du conseil n'est pas un luxe réservé aux pays riches, mais une nécessité opérationnelle et éthique pour restaurer la dignité du premier contact dans un hôpital public qui se veut humain. La recherche ne fait que commencer, mais le chemin tracé par cette étude ouvre des perspectives prometteuses pour un sanitaire plus respectueux des personnes, au Mali et au-delà.

Bibliographie

- ADJIBABI W. & ZANNOU D., 2022. « Effet d'une formation aux techniques d'entretien d'orientation sur la satisfaction des patients dans trois hôpitaux publics du Bénin. » In : *Revue Africaine de Psychologie et de Pédagogie*, Vol. 14, N°2, pp. 45-63.
- BRAUN V. & CLARKE V., 2019. "Reflecting on reflexive thematic analysis." In : *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, Vol. 11, N°4, pp. 589-597.
- COHEN S., KAMARCK T. & MERMELSTEIN R., 2022. "A global measure of perceived stress (PSS-4) revisited." In : *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 63, N°3, pp. 385-398.
- CRESWELL J.W. & CLARK V.L.P., 2018. *Designing and conducting mixed methods research*, 3rd ed., SAGE Publications, Thousand Oaks.
- DIALLO M. & TRAORÉ A., 2021. « L'accueil dans les services de santé publics au Sahel : entre bureaucratie et attentes des patients. » In : *Revue Africaine de Gestion Hospitalière*, Vol. 14, N°2, pp. 45-59.
- FAUL F., ERDFELDER E., BUCHNER A. & LANG A.G., 2020. "Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses." In : *Behavior Research Methods*, Vol. 52, N°4, pp. 1700-1714.
- FETTERS M.D., GUETTERMAN T.C. & CRESWELL J.W., 2020. "The joint display as an analytic tool for mixed methods research." In : *Journal of Mixed Methods Research*, Vol. 14, N°3, pp. 361-380.
- FIELD A., 2021. *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*, 6th ed., SAGE Publications, London.
- HARRIS A.D., MCGREGOR J.C., PERENCEVICH E.N. & FURUNO J.P., 2021. "The use and interpretation of quasi-experimental studies in infectious diseases." In : *Clinical Infectious Diseases*, Vol. 72, N°7, pp. 1286-1290.
- KEÏTA N., SISSOKO F. & CAMARA B., 2023. « Qualité relationnelle et satisfaction des usagers dans les hôpitaux de district au Mali. » In : *Santé Publique et Management*, Vol. 8, N°1, pp. 33-48.
- NORCROSS J.C. & LAMBERT M.J., 2021. *Psychotherapy relationships that work*, 3rd ed., Oxford University Press, New York.
- OSBORNE S.P., NASI G. & POWELL M., 2022. "Co-production and public service management: A new paradigm." In : *Public Management Review*, Vol. 24, N°7, pp. 1015-1034.
- OUÉDRAOGO L., KABORÉ J. & SAWADOGO P., 2024. L'impact d'une intervention brève en psychologie du conseil sur les conflits aux guichets d'accueil hospitaliers au Burkina Faso. In : *Psychologie et Santé en Afrique*, Vol. 3, N°1, pp. 22-41.
- SAVICKAS M.L., 2019. "Career construction theory and counseling model." In : BROWN S.D. & LENT R.W. (dir.), *Career development and counseling: Putting theory and research to work*, 3rd ed., pp. 165-200, John Wiley & Sons, Hoboken.
- SAVICKAS M.L. & PORFELI E.J., 2018. "The career adapt-abilities scale-short form: A replication and extension." In : *Journal of Vocational Behavior*, Vol. 109, pp. 55-63.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023. *Quality health services: A planning guide for low-resource settings*, WHO Press, Genève.

