



CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION

**MASTER AND BUSINESS ADMINISTRATION(MBA) GESTION
DES SERVICES DE SANTE**

OPTION : Gestion Hospitalière

25^{ème} Promotion (2014-2015).



MÉMOIRE DE FIN D'ETUDES

THEME :

**Contribution à l'amélioration de la qualité de la prise en charge
des malades hospitalisés au centre médico-social de l'IPRES**

PRESENTÉ PAR :

Mme Coura DIOUF CISSE

ENCADRÉ PAR :

Professeur Boubacar WADE

Enseignant associé CESAG

AVRIL 2016

In Mémorium

A ma Mère, qui nous a quittés le 29 décembre 2015. Mère, je te dédie ce travail pour avoir consacré toute ta vie à nous aimer, nous protéger, guider nos pas vers la réussite. Merci pour les valeurs de dignité et de pitié que tu nous as léguées. Reposes en paix.

A mon Père, parti certes il y a 13 ans. Toujours là parmi nous car ta voix résonne encore pour rappeler les heures de prières, l'esprit de famille, la tolérance, la dignité. Reposes en paix.

A mon frère Sidy, arraché à notre affection à 24 ans. Une vie certes courte mais bien remplie. Pas un jour où nos pensées ne vont vers toi. Pour toi, grand-frère, je me bats pour essayer de réaliser tes vœux au sein de la famille. Repose en paix.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Dédicaces

A mon Mari et ami, avec ton soutien, ta compréhension, j'ai pu réaliser beaucoup de choses dans la vie. A travers ce modeste travail, je te rends hommage pour tes sacrifices et ta patience durant les 09 mois qu'a duré cette formation.

A mes enfants, Arona Ababacar, Mohamadou Moustapha, Fatoumata Binetou Rassoul et Aïcha Gnilane ; vous êtes ma raison de vivre et, sachez, que rien ne résiste au travail acharné. Que Dieu vous protège.

A mes frères et sœurs, pour leur soutien. Faisant vivre les vœux de nos chers parents : l'unité, la solidarité.

A ma belle-famille Cissé, particulièrement mon Beau-Père et ma Belle-Mère, en qui je retrouve entièrement un père et une mère. Puisse le bon Dieu vous laisser encore longtemps avec nous en bonne santé.

A mes beaux-frères, Madické, Naby, Mara, Cheikh, Pape Fall et Ndiaga pour leur soutien et conseils.

A mes neveux et nièces.

A tous mes amis

A Toute la famille Ndiaye et Diouf. Que la grâce de Dieu soit sur nous.

Remerciements

Je rends tout d'abord grâce à **ALLAH**, le Tout Puissant, pour nous avoir donné la santé, le courage et la force de faire cette formation et prie sur son **Prophète Mouhamad (paix et salut sur Lui)**.

Je remercie :

- ✓ le Conseil d'Administration et la Direction générale de l'IPRES pour nous avoir offert l'opportunité de bénéficier de cette formation ;
- ✓ le Professeur Général Boubacar Wade, pour avoir accepté malgré ses charges professionnelles d'assurer mon encadrement comme Directeur de mémoire. Qu'il trouve ici toute ma gratitude pour sa disponibilité et son sens de l'humain ;
- ✓ le Professeur Mamadou Coumé, ancien Directeur du CMS de l'IPRES pour son soutien, son encadrement et ses conseils durant toute la formation et la rédaction de mon mémoire ;
- ✓ Le Dr Souleymane DIALLO médecin chef du CMS de l'IPRES
- ✓ Médecin Général Madické NDAO, Président du Conseil d'Administration de l'hôpital de Diamniadio
- ✓ A tous les enseignants du CESAG
- ✓ Au Chef du département CESAG santé, au personnel et à toute l'administration du CESAG
- ✓ le Dr Massamba BA pour m'avoir encadré en interne au sein du CMS ;
- ✓ le Dr Khadija Diallo, Responsable du service Hospitalisations ;
- ✓ le Dr Rokhaya Dieng, médecin au service Hospitalisations ;
- ✓ le Dr Ousseynou Badiane du service Médecine interne ;
- ✓ le Dr Isoudine du service Chirurgie ;
- ✓ Mr Amadou Diouf, Technicien supérieur en anesthésie ;
- ✓ Mr Aliou Ba, Infirmier au bloc opératoire ;
- ✓ Mr Moussa Diallo, Major du service Hospitalisation ;
- ✓ Mr Layti DIOP, assistant de gestion
- ✓ Mme Ngoné TOURE Assistante médicale
- ✓ Mme Keita Mame Diouma FAYE Sage-femme d'Etat

- ✓ Mr Alpha WADE de l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) ;
- ✓ Mr Cheikh Modou SEYE du Service du système d'information de L'hôpital le Dantec
- ✓ Mr Ismaila GUEYE, Secrétaire Général de l'IPRES ;
- ✓ Mr Cheikh LY, Auditeur Interne de l'IPRES ;
- ✓ Mr Gilbert NDIAYE, Directeur des Ressources Humaines ;
- ✓ Mr Pape Cheikh SECK, Directeur des prestations de l'IPRES ;
- ✓ Mme Michèle Kouyaté responsable de la formation de l'IPRES ;
- ✓ Mme DIOP Marième DIOKANE, Contrôleur de gestion de l'IPRES ;
- ✓ Mme MBAYE Ndèye Fatou SECK, Chef du service des Moyens généraux de l'IPRES ;
- ✓ Mme Awa Sidibé, Conseillère à la Direction générale, ancienne Directrice des Prestations ;
- ✓ Tout le personnel du Bloc opératoire et du service d'Hospitalisation
- ✓ Tous mes collègues de service ;
- ✓ Au Chef du département CESAG santé, au personnel et à toute l'administration du CESAG

Sigles et Abréviation

AFNOR : Association Française de Normalisation

ANDS : Agence Nationale de la Démographie et de la Statistique

AVC : Accident Cardio Vasculaire

CMS : Centre Médicosocial (de l'IPRES)

CIPRES : Conférence Interafricaine des Institutions de Prévoyance Retraite et Sociale

DU : Diplôme Universitaire

EHPAD : Etablissement Hospitalier Pour Personnes Agées Dépendantes

FNR : Fond National de Retraite

HAS : Haute Autorité de la Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires sociales

IPRAO : Institution de Prévoyance Retraite de l'Afrique Occidentale

IPRES : Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal

OMD : Objectif du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OG : Objectif Général

ORL :Oto-rhino-laryngologie

OS : Objectifs Spécifiques

TABLE DES ILLUSTRATIONS

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Répartition du personnel selon la catégorie professionnelle	42
Graphique 2: Répartition du personnel par service	42
Graphique 3: Répartition du personnel selon le sexe	43
Graphique 4: Répartition du personnel selon le statut matrimonial	44
Graphique 5: Répartition des patients interrogés selon le sexe.....	44
 Diagramme 1 : Diagramme d'Ishikawa.....	76

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Maladies à soins couteux.....	8
Tableau II: évolution du nombre des allocataires et bénéficiaires des soins de santé au CMS ..	13
Tableau III: Evolution du nombre de patients au CMS	13
Tableau IV: Pathologies infectieuses en 2014	19
Tableau V: Autres pathologies 2014.....	19
Tableau VI: Répartition des patients hospitalisés selon le sexe, le statut et la provenance en 2015	20
Tableau VII: Hiérarchisation des problèmes	24
Tableau VIII: les différentes étapes de la programmation du séjour	39
Tableau IX: répartition du personnel du service selon l'âge	43
Tableau X: Répartition des patients selon les tranches d'âge.....	45
Tableau XI: Répartition des patients selon leur provenance	45
Tableau XII: Répartition selon le statut des patients à l'IPRES.....	46
Tableau XIII: Répartition des patients selon le statut matrimonial.....	46
Tableau XIV: Données sur la programmation de séjour	47
Tableau XV: Accueil dans l'unité de soin	47
Tableau XVI: Données sur les activités du personnel paramédical et médical	48
Tableau XVII: Données sur la qualité de la prise en charge et des soins.....	49
Tableau XVIII: Information du patient sur sa maladie	49
Tableau XIX: Données sur la restauration du patient.....	50
Tableau XX: Données collectées sur la restauration et l'hôtellerie.....	50
Tableau XXI: Données sur l'organisation de la sortie et de la continuité des soins après la sortie du patient.....	51
Tableau XXII: Données sur la programmation de séjour.....	52
Tableau XXIII: Données sur la qualité de la prise en charge et des soins	54
Tableau XXIV: Données sur la disponibilité des médicaments	54
Tableau XXV: Données sur la disponibilité et l'écoute du personnel.....	55
Tableau XXVI: Données recueillies des patients sur l'organisation de la sortie et de la continuité des soins après sa sortie.....	56
Tableau XXVII: Priorisation des causes	78
Tableau XXVIII: priorisation des solutions	81
Tableau XXIX : Cadre Logique	84

Tableau XXX : Plan opérationnel.....	87
Tableau XXXI: Budget Plan de mis en œuvre de la solution retenue pour le CMS de l'IPRES	89

CESAG - BIBLIOTHEQUE

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ILLUSTRATIONS	vi
TABLE DES MATIERES	ix
INTRODUCTION.....	1
Chapitre I : Analyse situationnelle	4
PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE	4
I-Présentation de l'IPRES, de l'action sanitaire et sociale et du Centre médico-social.....	5
1.1 Présentation de L'IPRES.....	5
1.2 Présentation de l'action sanitaire et sociale.....	6
1.3 Présentation du Centre Médico-social de l'IPRES	8
II- Analyse de l'environnement	9
2.1 Analyse externe	9
2.2 Analyse de l'environnement Interne	11
III. Synthèse de l'analyse de l'environnement.....	20
3.1 Environnement externe	20
3.2 Environnement interne	21
IV-Identification des problèmes et priorisation	23
4.1 Identification des problèmes	23
4.2 Hiérarchisation et priorisation des problèmes	23
Chapitre II : Cadre théorique de l'étude.....	26
I - Problématique.....	26
1.1 Spécification du problème.....	26
1.2. Formulation du problème	27
1.3 Justification du problème	29
1.4. Ampleur du problème.....	29
1.5.Conséquences du problème	30
II- Objectifs de l'étude	31
2.1- Objectif Général.....	31
2.2- Objectifs spécifiques.....	31
2.3- Intérêt de l'étude	31
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE-.....	33
Chapitre I : Méthodologie	33
Résultats de l'enquête.....	33
I. Population de l'étude	34
II. Méthode et technique de l'étude qualitative.....	34
III. Stratégie de recherche	35
3.1. Méthode.....	35
3.2. Techniques et instruments de collecte.....	35
3.3- Dépouillement et traitement des données	37
3.4- Difficultés et limites.....	37
Chapitre II- Présentation des résultats.....	38
I-Résultats de la documentation.....	38
I.1- Définition du processus	38
I.2- Les types de processus.....	38

I.3- Les différentes étapes du processus d'hospitalisation	39
1.3.1- L'accueil dans l'unité de soins	40
1.3.2- La prise en charge de l'équipe soignante.....	40
1.3.3- la sortie du patient.....	41
II- Résultats de l'étude	42
II.1.Aspects sociodémographiques.....	42
II.2.Résultats de l'entretien qualitatif.....	46
III- Analyse des résultats de l'étude.....	57
III.1.Aspects sociodémographiques	57
III.2.- Analyse de l'entretien qualitatif.....	58
TROISIEME PARTIE : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS- PLAN DE MISE EN ŒUVRE.....	72
Chapitre V : Determination/analyse des causes et leur priorisation.....	73
I .Présentation des outils	73
II. Détermination et analyse des causes.....	73
II.1- Causes de la littérature.....	73
II.2. Les causes ressorties à partir de l'enquête	74
III. Hiérarchisation des causes.....	77
Chapitre VI : Identification et priorisation des solutions	79
I. Identification des solutions possibles.....	79
I.1. renforcer le personnel paramédical	79
I.2. établir la garde médicale et biologique	79
I.3. Renforcer l'information et la communication auprès du patient	79
I.4. redéfinir les rôles et responsabilités	80
I.5. renforcement le plateau technique.....	80
I.6. mettre en place un système de gestion rigoureuse de la gratuité.....	80
Chapitre VII : Plan de mise en œuvre de la solution.....	83
I. Justification	83
II. Objectifs du projet	83
II.1. Objectif général	83
II.2. Objectifs spécifiques.....	83
III Cadre logique	83
IV. Plan opérationnel.....	87
V. Budget.....	89
VI. Suivi et évaluation	89
RECOMMANDATIONS.....	91
REFERENCES.....	92
BIBLIOGRAPHIQUES	92
ANNEXES	XCII

INTRODUCTION

La mission fondamentale de toute structure de santé, hôpital, centre de santé, dispensaire ou autres, est de procurer des soins aux patients.

Plusieurs actions ont été entreprises dans les pays africains pour aider et accompagner ces structures dans leur mission de prestataires de soins. Il en est ainsi de la Santé pour tous en 1977, les Soins de santé primaires en 1978, l'Initiative de Bamako en 1987 et, plus récemment, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dans les années 1990 de même que les différentes réformes hospitalières.

Des efforts ont certes été notés mais le patient reste toujours en demande d'amélioration de sa prise en charge.

C'est pourquoi, outre la recherche de la diminution du taux de mortalité infanto-juvénile, du taux de la mortalité maternelle..., les établissements de santé placent la qualité des soins au cœur de leurs priorités.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (26), « la qualité des soins est une démarche qui doit permettre, pour chaque patient, la combinaison d'actes thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût, pour un meilleur résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

La qualité des soins est donc un concept multidimensionnel, requérant des critères de jugements multiples : qualité des contacts humains, qualité du parcours du patient dans un établissement, qualité du raisonnement médical devant un examen diagnostic.

Le patient qui entre dans une structure de santé peut recevoir des soins et repartir mais peut également être retenu et hospitalisé ; dans tous les cas son souhait reste de pouvoir recevoir des soins de qualité.

En matière de santé, la satisfaction du patient est un indicateur de la qualité des soins. C'est pourquoi l'évaluation de cette satisfaction est devenue une obligation réglementaire.

Le service d'hospitalisation est un service stratégique dans le dispositif d'évaluation de la satisfaction du patient dans un établissement de santé puisque le malade qui y séjourne, a beaucoup plus de temps pour apprécier le traitement qu'il y reçoit.

C'est pourquoi nous nous sommes intéressé au service d'hospitalisation du Centre médico-social (CMS) de l'Institution de Prévoyance de la Retraite au Sénégal (IPRES) pour une contribution à l'amélioration de la qualité dans la prise en charge des malades hospitalisés.

Pour garantir la qualité dans la prise en charge des malades hospitalisés, un service d'hospitalisation doit être bien organisé, dans le respect des normes requises pour accueillir les patients pour un court ou long séjour. Pour cela il faut un nombre suffisant de lits pour accueillir les patients, un personnel qualifié pour respecter les procédures de soins, de bonnes conditions d'hébergement (logistique, restauration, buanderie).

Cependant, la plupart des structures de santé dans les pays africains souffre d'un manque de moyens financiers, matériels et humains ; ce qui constitue un frein au respect des normes liées à l'organisation des soins et impacte négativement sur leur qualité.

Les ressources financières et matérielles sont certes limitées, mais les structures de santé disposent généralement d'un potentiel important de ressources humaines composées de personnel médical et infirmier et, de services pharmaceutiques et techniques, de services administratifs, susceptibles de participer à la recherche de qualité dans l'offre de soins.

Le Centre médico-social de l'IPRES dont il est question dans cette étude est une structure de santé spécialisée dans la prise en charge des personnes âgées et dotée d'un service d'hospitalisation.

Sachant que la prise en charge des personnes âgées devient une préoccupation mondiale, l'action de l'IPRES s'inscrit en directe ligne de la politique de gestion du vieillissement par l'Etat du Sénégal, **en prenant en charge gratuitement la santé du Retraité et celle de sa famille.**

Notre étude entre ainsi dans le cadre de l'action sanitaire et sociale de l'IPRES qui consiste à l'amélioration de la santé des retraités pour les accompagner à bien vieillir.

Dans cette dynamique notre démarche repose, dans une première partie, à faire d'abord une analyse situationnelle afin de mieux cerner l'environnement du CMS puis, à présenter le cadre théorique de notre étude. Ensuite, dans une deuxième partie, à présenter et analyser les résultats de cette étude. Enfin, dans une troisième et dernière partie, la détermination des causes du problème identifié et leur priorisation ; l'identification, la priorisation des différentes solutions et le plan de mise en œuvre de la solution retenue.

**PREMIÈRE PARTIE : ANALYSE
SITUATIONNELLE ET CADRE
THÉORIQUE**

Chapitre I : Analyse situationnelle

I-Présentation de l'IPRES, de l'action sanitaire et sociale et du Centre médico-social

1.1 Présentation de L'IPRES

I.1.1. Statut juridique de l'IPRES

L'Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES) a été créée le 27 mars 1958 et a succédé le 1er janvier 1976 à l'Institution de Prévoyance Retraite de l'Afrique de l'Ouest (IPRAO).

L'IPRES est un organisme de droit privé placé sous la tutelle technique et financière de l'Etat. Elle dispose d'une réelle autonomie dans sa gestion et son organisation est régie par :

- La loi n°73-37 du 31 juillet 1973 portant code de la sécurité sociale ;
- La loi n°75-50 du 03 avril 1975 relative aux institutions de prévoyance sociale ;
- Le décret d'application n°75-455 du 24 avril 1975 rendant obligatoire pour tous les employeurs et pour tous les travailleurs l'affiliation à un régime de retraite, modifié en ses articles 11 et 21 par le décret n° 76-17 du 09/01/1976 ;
- L'arrêté n°3043 du 09 mars 1978 portant autorisation d'une institution de prévoyance retraite, auquel les statuts sont annexés ;
- Les règlements intérieurs n°1 et 2, relatifs respectivement au régime général et au régime cadre.

I.1.2. Mission de l'IPRES

L'IPRES a pour mission fondamentale, conformément à l'article 3 de ses statuts, de servir des pensions à ses allocataires dans le cadre de l'assurance vieillesse. Elle concerne les travailleurs du secteur privé et les agents non fonctionnaires de l'Etat et consiste à assurer le service d'une pension ou allocation de retraite aux anciens salariés ayant cotisé au moins 01 an ; des pensions ou allocations de réversion aux veufs, veuves et orphelins de père ou de mère à charge en cas de décès d'un salarié ou d'un retraité ; d'une solidarité, sous certaines conditions, aux anciens salariés.

Outre cette vocation de payer des pensions aux retraités, l'IPRES, par décision du Conseil d'administration, a étendu celle-ci à une action sanitaire et sociale en prenant en charge, gratuitement, la santé des retraités et de leurs familles.

1.2 Présentation de l'action sanitaire et sociale

Depuis la promulgation de la loi n°75-50 du 3 avril 1975 relative aux Institutions de Prévoyance Maladie (IPM), le retraité de l'IPRES, se retrouvait sans couverture médicale, alors que son homologue du Fonds national de Retraite (FNR) continuait de bénéficier des prestations médico-sanitaires au même titre que le fonctionnaire en activité.

C'est pour combler une telle lacune que le Conseil d'administration de l'IPRES, décida, en 1979, de prendre en charge à hauteur de 80%, les frais d'hospitalisation des allocataires au niveau des structures sanitaires, en même tant qu'elle assurait gratuitement les soins externes dans sa propre formation sanitaire, le CMS.

Pour éviter les longs déplacements, l'IPRES a également procédé à l'installation d'unités d'infirmes au niveau des agences régionales.

Cette action sanitaire et sociale tourne présentement autour de trois dispositifs :

- ✓ le CMS et les infirmes régionales ;
- ✓ la prise en charge hospitalière ;
- ✓ la prise en charge des maladies à soin coûteux.

• Le Centre Médico-Social

Construit depuis 1982, le Centre a été réhabilité en 2005 pour un montant de 1 500 000 000 (un milliard cinq cent millions) de F.CFA. Il est donc devenu un Centre hospitalier de Gériatrie et de Médecine communautaire, conforme et adapté à sa vocation de prise en charge médicale des retraités et de leurs familles.

Dans un souci de désengorger le CMS de Dakar et répondre aux préoccupations liées à son éloignement, un centre a été ouvert à Pikine en 2015.

• Les infirmes régionales

Pour décentraliser et étendre l'action sanitaire et sociale, l'IPRES a ouvert des infirmes au niveau des régions de Thiès, Saint Louis, Louga, Ziguinchor, Kaolack, Diourbel, Tambacounda. Celles-ci sont érigées en CMS régionaux avec le recrutement d'une équipe dirigée par un médecin permanent pour réduire au mieux les déplacements sur Dakar pour se soigner.

- **La prise en charge hospitalière**

En 1999, le retraité et sa famille étaient pris en charge au niveau des hôpitaux à hauteur de 4000 FCFA par jour. Cette prise en charge était jugée insuffisante et inadaptée à la nouvelle loi sur la Réforme hospitalière.

Avec l'avènement du plan SESAME de soins gratuits pour les personnes âgées de 60 ans et plus en 2006, la signature de l'accord-cadre avec le Ministère de la Santé a permis à l'IPRES de bénéficier de tarifs préférentiels afin de préfinancer la prise en charge hospitalière de ses retraités. Des conventions ont été signées avec l'ensemble des hôpitaux du Sénégal et, rendaient cette prise en charge plus complète.

Lors du lancement du plan SESAME en 2006, l'IPRES avait apporté une contribution de 300 millions de FCFA ajoutée au fonds de 700 millions alloué par l'Etat.

L'IPRES en renouvelant régulièrement son préfinancement a procédé en 2013 à une extension de sa protection sociale vers les nouvelles régions et les grands départements pour plus d'équité.

L'IPRES aura donc financé depuis l'avènement du plan SESAME en 2006, jusqu'en 2014, un montant de Trois milliards cinq cent quarante-cinq millions trois cent quatre-vingt-huit mille cinq cent vingt-trois FCFA (**3 545 388 523 FCFA**) (22).

- **La prise en charge des maladies à soins coûteux**

Dans ce domaine, l'IPRES attribue depuis plusieurs années des secours aux allocataires. Le Conseil d'administration a décidé d'allouer une enveloppe pour la prise en charge des maladies à soins coûteux jusqu'ici non inclus dans les paquets de prestations offertes aux allocataires. Il s'agit des affections inscrites dans le tableau suivant avec leurs plafonds de prise en charge :

Tableau I: Maladies à soins couteux

DESIGNATION DE L'ACTE MEDICAL	PLAFOND DE PRISE EN CHARGE
Dialyse	720.000 F. CFA par semestre
Cancer (Chimiothérapie et radiothérapie)	900.000 F. CFA
Pile cardiaque	1.100.000 F. CFA
Prothèse de membre	300.000 F. CFA
Décollement rétinien et chirurgie oculaire lourde	1.200.000 F. CFA
Appareil auditif	600.000 F. CFA
Prothèse dentaire fonctionnelle	160.000 F. CFA

Source : Rapport d'activités CMS 2010

L'éligibilité à la prise en charge est subordonnée a l'avis du médecin chef du CMS qui procède systématiquement à une contre-expertise de la prescription.

1.3 Présentation du Centre Médico-social de l'IPRES

1.3.1-Historique

Le CMS de l'IPRES créé en 1981 était une polyclinique de soins spécialisée en gériatrie. Il a été rénové entièrement en 2005 en raison de la vétusté des locaux et de l'obsolescence du plateau technique.

1.3.2-Le financement

Le budget du CMS est financé par le fonds social qui fait référence à l'article 27 du règlement intérieur de l'IPRES et concerne les 3% des allocations de l'exercice précédent.

Voir annexe (5)

1.3.3-Le Cadre juridique

Le CMS est une structure privée à vocation sanitaire et médico-sociale, qui appartient à l'IPRES. Le conseil d'administration s'est appuyé sur l'article 27 du règlement intérieur pour étendre son action à la prise en charge gratuite de la santé du retraité et de sa famille. (22). Cependant celle-ci n'est prévue par aucun des textes qui régissent l'institution. Des organismes internationaux et corps de contrôle de l'Etat comme la Conférence interafricaine des Institutions de Prévoyance Retraite et Sociale (CIPRES) et la Cour des comptes, attirent l'attention de l'institution sur ce

vide juridique, en rappelant que la mission de l'IPRES est de payer des pensions aux allocataires et non de soigner les retraités.

1.3.4-Mission

Le CMS a une mission de prestations de santé qui consiste à administrer des soins aux retraités, leur famille, épouses et enfants de moins de 21 ans.

Il est en partie spécialisé dans les soins de gériatrie et de gérontologie.

1.3.5-Objectifs

En décidant de prendre en charge la santé du retraité et de sa famille le Conseil d'administration de l'IPRES a eu comme préoccupation majeure d'éloigner du spectre de l'invalidité et de la morbidité les personnes du 3ème âge. En ce sens, le CMS a comme objectifs :

- d'assurer les prestations médicales de qualité aux ayants droit de l'IPRES ;
- de prendre en charge les malades dont l'état de santé nécessite une hospitalisation ;
- de référer les malades qui ne peuvent pas être pris en charge par le centre, au niveau des hôpitaux de Dakar.

II- Analyse de l'environnement

2.1 Analyse externe

2.1.1. Organisation du système sanitaire au Sénégal

Pour le respect du principe de l'accès aux soins pour tous, le ministère de la santé a proposé une carte sanitaire qui répond aux besoins de la population en matière de couverture sanitaire.

La prise en charge médicale est assurée par des structures de santé publiques organisées selon un schéma pyramidal à trois niveaux :

- Le niveau opérationnel avec les districts sanitaires ;
- Le niveau régional avec les hôpitaux régionaux et départementaux ;
- Le niveau national avec les hôpitaux nationaux.

Le système de santé est mixte puisqu'en plus de l'offre publique, le privé contribue pour beaucoup à la santé de la population. Le secteur privé est majoritairement concentré à Dakar et est constitué de cliniques et de cabinets.

Le CMS est une structure privée particulière au niveau de la pyramide sanitaire parce qu'étant une entité de l'IPRES.

2.1.2 Etat sanitaire de la population sénégalaise

Selon une étude publiée par le ministère de la santé et de la prévention en 2009 (28) « la santé de la population sénégalaise estimée à 14 millions d'habitants, reste précaire malgré les progrès réalisés. En 2000, l'OMS classe le Sénégal à la 151^{ème} place sur un total de 191 pays concernant le niveau de santé de sa population.

Les causes majeures de morbidité sont les maladies infectieuses ainsi que les parasitoses. La première cause de mortalité reste le paludisme (42,39% des causes de consultations). La mortalité infantile et maternelle demeure une préoccupation avec un taux de mortalité de 61 ‰, un taux de mortalité maternelle 401 pour 100.000. Le diabète et l'hypertension artérielle qui étaient des maladies très rares et méconnues pour la population sénégalaise deviennent un problème de santé publique (25).

2.1.3. Offre de soins hospitaliers

- **Offre de soins hospitaliers à DAKAR**
 - **Aspect quantitatif**

Les plus grandes structures sanitaires publiques sont concentrées dans la région de Dakar avec 8 hôpitaux fonctionnels : il s'agit de l'Hôpital Principal de Dakar, l'Hôpital Aristide Le Dantec, l'Hôpital Général de Grand-YOFF, l'Hôpital de FANN, l'Hôpital Abass NDAO, l'Hôpital de Pikine, l'Hôpital d'Enfants Albert Royer et l'Hôpital d'Enfants de Diamniadio.

Le secteur privé est constitué de plusieurs cliniques, (La Madeleine, du Cap, Casahous, Internationale, Pasteur, Niang, des Mamelles, de l'Amitié, Urgences Cardio ...).

Il existe des structures sanitaires spécialisées dans la prise en charge des personnes âgées ; il s'agit du cabinet Madji (privé) et du Centre de gériatrie de Ouakam (public).

La difficulté majeure notée concernant l'offre de soins dans la région de Dakar est la forte concentration au niveau du département de même nom (6 hôpitaux sur les 8) ; Cette difficulté d'accès aux soins est ressentie par la couche la plus diminuée de la population et qui vient le plus souvent de la Banlieue dakaroise où le transport constitue un véritable problème.

- **Aspect qualitatif**

Le CMS de Dakar reste évidemment le pôle d'attraction des retraités et de leurs familles.

La gratuité de la prise en charge et la qualité de l'hôtellerie à l'instar des cliniques constituent des éléments importants qui impactent positivement sur l'image de marque du CMS. Les préoccupations des ayants-droit de l'IPRES tournent autour de l'inaccessibilité et des limites du Centre concernant la prise en charge de certaines pathologies comme la cardiologie, la neurologie, les accidents cardiovasculaires..... Pour ces pathologies et d'autres plus lourdes, les hôpitaux nationaux restent le seul recours.

2.2 Analyse de l'environnement Interne

2.2.1-Situation géographique du Centre Médico Social

Le CMS IPRES de Dakar est situé au Km 2,5 boulevard du Centenaire de Dakar dans le quartier de Hann-Bel-Air à côté de la zone franche industrielle du port de Dakar.

Ce quartier est situé entre :

- ✓ Le port autonome de Dakar à l'ouest
- ✓ La grande agglomération de Pikine au nord-ouest
- ✓ La Patte d'oie au nord
- ✓ Les quartiers de Grand Yoff, Sicaap Liberté, Dieuppeul, Derklé et HLM au nord est
- ✓ Les quartiers de Grand Dakar, Biscuiterie, Fass, Colobane au sud est
- ✓ Les quartiers de la Medina et du Plateau au sud.

Cette zone est à connotation industrielle et non d'habitation

2.2.1-La situation démographique

Au Sénégal, les personnes âgées de plus de 60 ans constituent une préoccupation sociale. Le vieillissement de la population, indicateur d'une amorce de transition démographique s'explique par :

- une baisse de la fécondité ;
- une augmentation de l'espérance de vie qui passe de 45 ans en 1950 à 58 ans en 2006 pour atteindre 63 ans en 2015 ;
- une progression de la population âgée de 7% (2006) à 11% (2015).

La prise en charge médicale formelle ne couvre que 30% de cette population de personnes âgées et est répartie entre le FNR et l'IPRES. Les 70% restent sans couverture sociale formelle (28).

L'IPRES participe à cette couverture sociale des retraités à travers son action sociale et sanitaire qui couvre les activités du CMS, des infirmeries régionales et la prise en charge hospitalière à travers le plan SESAME.

Le CMS de Dakar a connu une évolution de sa fréquentation dans le temps surtout après la réhabilitation en intervenue en 2005.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau II: évolution du nombre des allocataires et bénéficiaires des soins de santé au CMS

Année	RETRAITES ET V.T.R	VEUVES	ORPHELINS	TOTAL
2000	58 589	30889	2176	91 654
2001	58 250	31775	2150	92 175
2002	58 809	32985	2149	93 943
2003	60 958	35488	2370	98 816
2004	61 355	36249	2189	99 793
2005	63 800	37887	2042	103 729
2006	65 236	39858	2120	107 214
2007	64 082	39158	1870	105 110
2008	68 179	42286	1916	112 381
2009	70 771	44 910	1 814	117 495
2010	72 287	45 092	1 717	119 096
2011	77404	49208	1748	128 360
2012	80 125	50 838	1 685	132 800

Source : Direction des Prestation / Service Allocations

Tableau III: Evolution du nombre de patients au CMS

N°	Années	Nombres de malades
1	2010	55 025
2	2011	51 746
3	2012	57 420
4	2013	61 115
5	2014	ND
6	2015	ND
Total		225 036

Source : rapports d'activités CMS 2010 à 2014

2.2.2- Le bassin d'attraction du centre médico-social de l'IPRES

Ce bassin est représenté par tous les retraités du Sénégal et leurs familles (enfants et épouses). les retraités proviennent des 14 régions et 557 communes du Sénégal.

Le CMS est en partenariat avec les 7 établissements hospitaliers nationaux de Dakar et les hôpitaux régionaux dans le cadre du plan SESAME.

Au niveau des régions il existe des centres médicaux régionaux (Thiès, Saint Louis, Louga, Ziguinchor, Kaolack, Diourbel et Tambacounda) qui font des évacuations au niveau des hôpitaux régionaux.

En 2015, un centre est ouvert à Pikine pour désengorger le CMS de Dakar, mais également rapprocher l'offre de soins aux retraités de la Banlieue.

L'offre de soins reste très importante à Dakar. En plus des infrastructures, des équipements et des prestations existantes au CMS, il faut noter que 80% des spécialistes sont concentrés au niveau des hôpitaux de Dakar.

Hormis le Centre de Pikine qui vient de démarrer ses activités en 2015, le CMS reste le point de convergence de toute la région de Dakar et même de certains patients des régions qui préfèrent toujours le fréquenter.

2.2.3. Organisation, activités et ressources humaines du CMS

➤ Organisation du CMS : (voir annexe n°2)

Dans le cadre de ses relations extérieures, au plan médical, l'IPRES a signé une série de conventions.

➤ Au plan national avec :

- le Ministère de la santé et de l'Action sociale ;
- la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie ;
- la Mairie de Dakar.

➤ Au plan international avec :

- le Département de Gériatrie et de Médecine communautaire de l'Université Joseph Fourier de Grenoble (France) ;

- l'Unité de Vieillessement et des Causes médicales de décès de l'Institut nationale de Santé publique de Tunisie ;
- l'Ecole de Médecine Saint Christopher Iba Mar DIOP

➤ Les activités

Les consultations externes, les hospitalisations, les évacuations vers les hôpitaux et les interventions chirurgicales constituent les différentes activités du CMS.

➤ Les consultations externes concernent les spécialités suivantes :

- médecine interne ;
- gériatrie ;
- cardiologie ;
- ophtalmologie ;
- odontostomatologie ;
- urologie ;
- médecine physique ;
- anesthésie réanimation ;
- ORL ;
- neurologie ;
- dermatologie ;
- gastroentérologie ;
- gynécologie et planning familial.

- Les hospitalisations sont faites en médecine et en chirurgie avec 12 lits dont 1 non fonctionnel, répartis en 1^{ère} et 2^{ème} catégorie pour homme et femme.
- Les évacuations des malades graves sont effectuées vers les hôpitaux et assurées par une ambulance.

- les interventions chirurgicales concernent la chirurgie générale, l'urologie, la gynécologie et l'ophtalmologie.

➤ **Les ressources matérielles et humaines du CMS**

- **Le plateau technique**
- **Les ressources humaines**
- **Le personnel médical et paramédical permanent :**

Il est constitué de :

- 1 Médecin-chef titulaire d'un DU de gériatrie ;
- 3 Médecins titulaires du DU de gériatrie ;
- 1 Pharmacien ;
- 1 Pédiatre ;
- 1 Chirurgien-dentiste ;
- 2 Techniciens supérieurs en ophtalmologie ;
- 1 Sage-femme d'Etat ;
- 3 Techniciens de laboratoire ;
- 2 Techniciens en kinésithérapie ;
- 1 Aide en kinésithérapie ;
- 1 Agent de maintenance ;
- 6 Infirmiers diplômés d'Etat ;
- 5 Assistants infirmiers.

➤ **Les prestataires**

La plupart des médecins vacataires du CMS sont des Professeurs de la Faculté de médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie dans les spécialités suivantes : ophtalmologie, urologie, cardiologie, anesthésie-réanimation, ORL, neurologie, dermatologie, gynécologie, gastroentérologie, chirurgie générale, biologie, bactériologie.

➤ **Le personnel administratif et d'appoint :**

- 1 Gestionnaire ;
- 1 Assistant de gestion ;

- 1 Assistante médicale ;
- 1 Secrétaire médicale ;
- 3 Hôtesse d'accueil ;
- 2 Agents de bureau ;
- 2 Lingères ;
- 2 Chauffeurs dont un ambulancier ;

Le gardiennage, l'entretien des locaux et la restauration du personnel sont confiés à des prestataires extérieurs.

2.3.3-Le service d'hospitalisation du CMS

- **Structuration**

Le service dispose de deux salles d'hospitalisation, d'une salle de soins externes et d'un hall d'accueil des patients.

1-Les deux salles d'hospitalisation sont réparties en deux blocs :

- le bloc de la médecine avec 2 cabines et une grande salle dotée de 4 lits.
- Le bloc de la chirurgie avec 2 cabines et une grande salle dotée de 4 lits d'hospitalisation.

2-La salle de soins externes abrite le bureau du médecin responsable du service et accueille les malades pour des soins (injection, sondes.....)

- **Le matériel**

Le service d'hospitalisation dispose de :

- 1 table d'examen ;
- 1 armoire métallique ;
- 1 tabouret en métal ;
- 3 chariots ;
- 1 bureau ;
- 1 ordinateur ;

- 2 chaises ;
- 1 ambulance ;
- 12 lits dont 1 non fonctionnel

- **Les ressources humaines**

Le personnel chargé de la prise des malades hospitalisés est composé de :

- 3 Médecins généralistes dont un prestataire Coordonnateur de la chirurgie, un médecin permanent responsable du service et un autre médecin en complément d'effectif ;
- 6 infirmiers d'Etat ;
- 3 assistants infirmiers.

- **Organisation et activités du service**

Les activités du service tournent autour de 3 points :

La mise en observation, l'hospitalisation en court séjour et les activités de soins.

- La mise en observation qui consiste à prendre en charge les patients envoyés par le service de consultations externes pour un traitement ponctuel est assurée par l'équipe de jour constituée de 3 médecins dont le responsable du service, les 2 infirmiers du jour et le major.
- L'hospitalisation en court séjour concerne des malades de la médecine générale et de la chirurgie. Pour leur prise en charge, le personnel paramédical est divisé en 2 équipes composées chacune d'un infirmier d'Etat et d'un assistant infirmier avec le planning suivant :
 - Equipe 1 : 8h 20h
 - Equipe 2 : 20h-08h
- Les activités de soins concernent en grande partie les patients de la chirurgie et sont assurées par l'équipe de jour.

En cas de complications le service fait des évacuations au niveau des hôpitaux. En moyenne 10 patients sont référés par mois. Les causes sont le plus souvent :

- des complications liées aux hématomes sous perfusion ;
- la survenance d'un syndrome confusionnel chez les seniors entraînant des chutes en cours d'hospitalisations ;
- des cas d'hypoglycémie chez des patients diabétiques.

• **Données médicales 2014**

Tableau IV: Pathologies infectieuses en 2014

Pathologies	N	%
Paludisme	92	59.3%
Gastroentérite	15	9.6%
Pneumopathie	20	12.9%
Infection urinaire	17	10.9%
Septicémie	4	2.5%
Erysipèle	11	7.09%
Total	155	100%

Source : Rapport d'activités CMS 2014

Tableau V: Autres pathologies 2014

Autres pathologies	N	%
Pathologie néoplasiques	24	18.9%
Diabète décompensé	39	30.7%
HTA décompensée	33	26.0%
Confusion mentale	16	12.6%
Autres	15	11.8%
Total	127	100%

Source : Rapport d'activités CMS 2014

• Données 2015

En 2015, les pathologies infectieuses représentent la cause la plus fréquente des hospitalisations suivies des décompensations de tares (diabète, hypertension artérielles).

Tableau VI: Répartition des patients hospitalisés selon le sexe, le statut et la provenance en 2015

	Nombre de patients	Bénéficiaire des prestations		Origine		Sexe	
		Ayants droit	Allocataires	Banlieue	Dakar	M	F
Total	257	134	123	135	122	136	121
%	100	52.14%	47.86%	52.52%	47.47%	52.91%	47.08%

Source : Rapport d'activités 2015

Le service d'hospitalisation a accueilli durant l'année 2015, 257 patients dont 53% d'hommes, 47% de femmes ; 52,5% des patients viennent de la banlieue et 47% viennent de Dakar. Les ayants droits (enfants, épouses et veuves) représentent 52.14% et 51.36% des patients sont représentés par les allocataires.

III. Synthèse de l'analyse de l'environnement

3.1 Environnement externe

3.1.1. Les opportunités

En termes d'opportunités on peut citer entre autres pour le CMS:

- qu'il est la seule structure sanitaire qui œuvre dans la gratuité des soins et des médicaments au Sénégal et dans la sous-région Ouest-Africaine ;
- sa spécialisation en Gériatrie et Gérontologie ;
- la convention qui lie l'IPRES et le MSAS aux hôpitaux dans le cadre de la prise en charge hospitalière. (plan SESAME).
- les différentes conventions internationales signées dans le cadre de la formation du personnel en gériatrie ;
- son implantation au cœur de Dakar et sa proximité avec les structures hospitalières de référence ;
- son statut d'entité privée de l'IPRES qui jouit d'une autonomie financière ;

- la cherté relative du coût des soins dans les autres structures publiques et privées pour les retraités ;
- les possibilités offertes par la nouvelle loi sur la réforme hospitalière.

3.1.2. Les menaces

- le vide juridique souvent soulevé par la CIPRES qui rappelle que la mission de l'IPRES n'est pas de soigner mais plutôt de payer les pensions, ce qui remet en question la pérennité du centre ;

3.2 Environnement interne

3.2.1-les points faibles du CMS

Il s'agit de :

- l'insuffisance du plateau technique et l'amortissement de certains appareils avec comme conséquence l'augmentation des charges liées au plan SESAME le CMS étant obligé de remettre des lettres de garantie pour la prise en charge au niveau des hôpitaux ;
- l'absence d'un organigramme formel qui rend difficile la définition des rôles et responsabilités au niveau de certaines unités ;
- le nombre limité de lits (11) face au nombre croissant de malades au CMS et à l'attitude de certains hôpitaux qui refusent souvent de d'admettre les malades évacués ;
- le déficit en personnel qualifié au niveau de certaines unités ;
- l'absence d'organisation et le déficit de communication qui constituent un véritable problème au niveau du centre ;
- l'absence de politique de motivation qui entraine le départ de certains agents déjà formés en gériatrie par l'institution ; entre 2012 et 2014 le CMS a enregistré le départ de 2 techniciens en ophtalmologie et 1 infirmier diplômé d'Etat ;
- la résistance à l'utilisation de l'outil informatique au niveau de certains services qui entraine des difficultés dans la gestion transparente de la gratuité ;

- les ruptures de médicaments et de certains produits d'urgence ;
- l'absence de procédures dans la gestion de la gratuité qui entraîne des abus aussi bien de la part des retraités et leurs ayants droit (consultations intempestives) que des médecins (prescriptions non rationalisées).
- l'enclavement du CMS qui se situe dans la zone industrielle de Dakar ;
- le Centre de gériatrie de Ouakam qui est spécialisé dans le même domaine ;
- le cabinet Maadji qui est le seul EHPAD au Sénégal ;
- l'ouverture d'un service de gériatrie au Centre hospitalier national universitaire de FANN de Dakar.

3.2.2-les points forts du CMS

Ils font référence à :

- la notoriété du CMS par rapport à la gratuité des soins et la qualité de l'accueil ;
- au personnel qualifié dans la prise en charge des personnes âgées ; tous les infirmiers sont formés en licence de gériatrie et gérontologie et les médecins en DU ;
- la qualité des prestations avec la performance des médecins vacataires pour la plupart des universitaires spécialistes (cardiologie, neurologie, gynécologie, ORL, urologie, dermatologie....) ;
- la modernité des locaux réhabilités en 2005, l'hygiène et la qualité de l'environnement ;
- le relèvement du plateau technique avec l'acquisition de nouveaux équipements pour le laboratoire et de deux appareils d'échographie, en plus du projet d'acquisition de scanner et de création d'un service d'accueil, de tri et d'urgence ;
- l'autonomie financière de l'IPRES.

IV-Identification des problèmes et priorisation

4.1 Identification des problèmes

La préoccupation de tout acteur du système sanitaire est de résoudre les questions de santé : améliorer la qualité des soins, satisfaire le patient. C'est pourquoi, il est important d'identifier les problèmes, les prioriser afin de chercher des solutions.

A cet effet nous avons commencé par des entretiens avec les responsables du CMS notamment le médecin chef, le responsable du service Hospitalisations, le major du service, le coordonnateur du bloc et les médecins du service de médecine interne.

A travers un brainstorming avec les différents acteurs nous avons identifié les problèmes suivants :

- ✓ la faiblesse de la capacité d'accueil (12 lits dont 1 non fonctionnels pour 25 malades par mois) ;
- ✓ l'absence d'un responsable attitré du service Hospitalisations ;
- ✓ l'indisponibilité de médicaments d'urgence ;
- ✓ le déficit en personnel ;
- ✓ l'absence de médecin de garde ;
- ✓ l'inorganisation du service ;
- ✓ l'absence de restauration pour le personnel de garde et les malades.

4.2 Hiérarchisation et priorisation des problèmes

La priorisation est une étape très importante pour la résolution des problèmes. En accord avec les différents acteurs, les problèmes ont été priorisés suivant les critères de :

- **l'accessibilité du problème** : il renvoie à l'accès aux informations, aux moyens pour le résoudre. L'accessibilité permet au groupe d'être autonome ;
- **L'ampleur du problème** : il s'agit de son importance, sa portée sur la qualité de la prise en charge des malades hospitalisés ;

- **La gravité du problème** : elle est liée aux conséquences qui peuvent surgir en cas de non résolution ;
- **La perception** : c'est la manière dont les acteurs appréhendent la réalité du problème.

Chaque critère a été pondéré de 0 à 5 suivant l'importance et les résultats ont été reportés dans le tableau ci-dessous.

Tableau VII: Hiérarchisation des problèmes

Problèmes	Ampleur	Accessibilité	Gravité	Perception	scores	Rang
Organisation du service	24	20	20	24	83	1
Faiblesse de la capacité d'accueil	17	19	15	21	72	6
Rupture de médicaments	25	13	21	19	78	4
Déficit de personnel	25	10	24	20	79	3
Absence de médecin de garde	25	09	24	24	82	2
Absence de responsable désigné du service	25	06	20	24	75	5
Absence de restauration	17	10	19	16	62	7

Dans la hiérarchisation des problèmes identifiés, le problème d'organisation du service d'hospitalisation est apparu comme prioritaire avec 83 points suivi de l'absence de garde médicale avec 82 points. Nous avons retenu de travailler sur le problème d'organisation du service d'hospitalisation afin de contribuer à améliorer la qualité de la prise en charge des malades hospitalisés.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Chapitre II : Cadre théorique de l'étude

I - Problématique

1.1 Spécification du problème

L'objet de notre étude est de contribuer à l'amélioration de la qualité dans la prise en charge des malades hospitalisés au Centre Médico-Social de l'IPRES.

Un produit ou service de qualité est définie par l'AFNOR comme un produit dont les caractéristiques lui permettent de satisfaire les besoins exprimés par les consommateurs. La qualité est donc une notion basée sur le besoin (26).

En santé la notion de qualité fait référence à la qualité des soins procurés aux patients par la structure qui se présente comme une entreprise face à la satisfaction des besoins du consommateur qu'est le patient.

La satisfaction du patient est donc considérée comme un indicateur de la qualité des soins. C'est pourquoi, les établissements hospitaliers doivent contribuer à garantir l'égal accès de chaque personne aux soins requis par son état de santé. Il faut à cet effet assurer la qualité de l'accueil, des traitements et des soins qui lui sont procurés.

La plupart des structures de santé reste confrontée à des difficultés financières et organisationnelles pour répondre aux exigences du patient. Ces difficultés se font ressentir en général au niveau des services d'hospitalisation où le patient séjourne pour une courte ou longue durée. De l'entrée du patient à sa sortie de l'hôpital, il y a un éventail d'activités qui demandent des compétences, une bonne organisation afin de pouvoir procurer des soins de qualité.

Plusieurs études ont montré que les manquements d'ordre organisationnel ont toujours des répercussions sur la qualité des soins et ceci a un impact considérable sur la qualité de la prise en charge et le degré de satisfaction du patient.

- ✓ A l'hôpital Principal de Dakar, il a été recommandé pour l'amélioration de la prise en charge des malades hospitalisés au service des urgences, de renforcer la communication interne, de renforcer l'organisation des soins (5).
- ✓ Kawter (8) affirme dans son étude, que les questions d'organisation du travail sont un point préoccupant à l'hôpital, exprimé par les personnels et les directions. Parler de l'organisation des soins dans les services c'est comprendre les liens qui existent entre : les

tâches, les patients, les outils, la formation et les compétences, les relations sociales, la communication et les flux.

- ✓ l'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé a fait ressortir trois dimensions de la qualité (10) :
 - la qualité **perçue** est celle qu'expérimente le patient. Elle dépend de la qualité attendue et de celle qui est effectivement délivrée ;
 - la qualité **attendue** se construit autour des besoins de santé du patient, mais aussi de son expérience antérieure dans le système de soins, en tant que client du processus. Les professionnels qui prendront en charge le patient après sa sortie ont également des attentes.
 - la qualité **voulue** est définie par les professionnels eux-mêmes et le Législateur. A partir de ces éléments, des critères de qualité, permettant d'évaluer la prise en charge des malades hospitalisés.
- ✓ Il résulte des réflexions sur la prise en charge des patients hospitalisés au CHU de Nancy que(15) : le niveau de qualité de la prise en charge globale correspond au niveau de qualité, de chacune des mesures prises. Il est donc souhaitable que soient élaborés des protocoles de prise en charge très stricts et adaptés à chaque intervenant et à chaque situation. Le respect de ces protocoles est une condition essentielle de la qualité dans la prise en charge des malades hospitalisés. Des recommandations ont porté sur la formation des professionnels de la santé en information et en communication.

Toutes ces illustrations montrent l'importance à accorder à la qualité dans la prise en charge des malades hospitalisés et, qu'il est indispensable d'organiser cette prise en charge pour pouvoir en assurer la qualité.

1.2. Formulation du problème

Le service d'hospitalisation du CMS de l'IPRES a démarré ses activités avec l'ouverture du bloc opératoire et accueille présentement 25 malades par mois soit environ 300 patients par an(20). L'IPRES a certes fait des efforts en créant un environnement accueillant avec des salles bien climatisées, du personnel qualifié à la prise en charge du sujet âgé.

Cependant, il faut souligner qu'avec la spécificité du centre qui est dans un système de gratuité, le nombre de malades a notablement évolué. Ainsi, de 100 malades par jour en 2010(18) le nombre est passé à 500 malades /jour entre 2014 et 2015(22). Cette augmentation du taux de

fréquentation s'explique par l'évolution du nombre d'allocataires qui est passé de 72180 en 2010 à 138 000 en 2015.

Eu égard à ces deux phénomènes, la gratuité et l'évolution du taux de fréquentation, le service d'hospitalisation avec une capacité d'accueil limitée à 12 lits dont 1 non fonctionnels, reste confronté à un problème d'organisation.

Le service est divisé en deux blocs pour recevoir séparément les patients de la médecine générale et du bloc opératoire. A ce niveau un manque de coordination a été noté et fait que le processus d'hospitalisation est hybride. Il arrive qu'un patient soit hospitalisé à l'insu du responsable du service et il peut même s'agir parfois d'un malade qui n'a pas droit aux prestations de l'IPRES.

Ce problème d'organisation et de coordination noté au niveau du service est une difficulté rencontrée par la plupart des hôpitaux. Pour y remédier, il faut concevoir, mettre en place et mettre en œuvre une bonne organisation.

A ce niveau l'approche par les processus est considérée comme solution pour résoudre au mieux les problèmes d'organisation notés au niveau des structures. C'est une approche qui permet d'identifier des processus utilisés au sein d'un organisme, de les manager afin de les améliorer.

Le fonctionnement d'un hôpital, comme pour tout autre organisme, est composé de nombreux processus liés les uns aux autres et qui doivent être articulés parfaitement pour assurer la performance, l'efficacité et satisfaire au mieux le patient.

Le processus d'hospitalisation obéit à un certain nombre d'étapes allant de l'entrée du patient à sa sortie de l'hôpital. Pour une meilleure maîtrise de ce processus, il est important de souligner qu'il est composé de plusieurs sous-processus. Il s'agit de :

- la programmation du séjour ;
- de l'accueil dans l'unité de soin ;
- de la prise en charge par l'équipe soignante ;
- des interventions médico techniques et logistiques ;
- de la sortie du patient ;
- des systèmes d'information.

Tout dysfonctionnement noté sur l'un des sous-processus peut impacter à plusieurs niveaux notamment :

- le fonctionnement du service ;
- la sécurité du patient ;
- le degré de satisfaction du patient ;
- la maîtrise des charges financières...

La spécificité du CMS qui est un centre de gériatrie avec un système de gratuité, exige une bonne analyse des processus afin de mieux maîtriser les charges mais également de satisfaire le patient qui devient de plus en plus exigeant.

C'est pourquoi, pour contribuer à l'amélioration de la prise en charge des malades hospitalisés au niveau du CMS, nous avons choisi, de porter notre réflexion sur le processus d'hospitalisation, afin de l'améliorer et régler les problèmes d'organisation auxquels le service est confronté.

1.3 Justification du problème

Le service d'hospitalisation du CMS a besoin d'être réorganisé pour pouvoir faire face à l'accroissement des malades et assurer la qualité dans leur prise en charge. L'amélioration du processus d'hospitalisation permettra une meilleure organisation du service. Les rôles et les responsabilités seront bien définis et le service pourra se conformer à la politique générale de l'institution. Cette approche par processus permettra d'aider tous les acteurs du service à gérer de manière efficace et efficiente le système de gratuité pour une bonne maîtrise des charges tout en restant dans une dynamique de satisfaction du patient. Pour aspirer à la qualité des soins, l'organisation à tous les niveaux de la prise en charge reste un élément essentiel qui permettra de planifier toutes les actions à mener, de les contrôler et faire un bon suivi.

1.4. Ampleur du problème

Une étude sur la prise en charge des personnes âgées au Sénégal(4) a souligné « la nécessité pour les pays africains de la création de structures adaptées à la prise en charge des personnes âgées mais également d'accompagner les structures existantes comme le CMS dans leur organisation et fonctionnement.

Même si la population dans le continent africain reste relativement jeune, elle connaîtra progressivement le phénomène de vieillissement.

Cette évolution est justement ressentie à l'IPRES puisque le nombre de retraités est passé de 119 096 en 2010 à 138 000 en 2015. Les statistiques recueillies au niveau du CMS ont montré l'évolution importante du nombre de patients qui est passé de 100 en 2010 à 500 malades par jour entre 2011 et 2015. Ces malades sont pour la plupart constitués de personnes âgées réputées fragiles et qui demandent beaucoup d'attention dans leur prise en charge médicale.

« Les personnes âgées fragiles sont donc les personnes qui, du fait de l'âge, ont un état de santé plus « fragile » : elles sont moins résistantes et peuvent plus facilement tomber malades. Pour éviter que ces maladies ne les fassent basculer dans la dépendance, des actions de prévention et de sensibilisation peuvent être développées. »(12).

1.5.Conséquences du problème

La faiblesse de tout système découle en général d'une mauvaise organisation et d'un manque de leadership fort qui peut entraîner des conséquences néfastes.

Sur cette question d'organisation beaucoup d'études ont été menées :

Hamoudi (6), a montré comment une mauvaise organisation de l'unité de soin peut influencer sur le travail de l'infirmier et peut empêcher les soignants de pratiquer des soins de qualité. Cette étude a fait ressortir l'impossibilité d'évaluer une structure sans organisation car « les paramédicaux interrogés reconnaissent être incapables d'affirmer s'ils produisent des soins de qualité ou non avec les contraintes organisationnelles ». « Nul ne peut donc ignorer les données liant les conditions de travail à la qualité des soins ».

La performance d'un service est évaluée à travers la mise en place d'une organisation propre à l'entité et aux exigences de son environnement. Cette organisation doit être au préalable adoptée et adaptable, vérifiable, formalisée (organigramme clair, fiches de postes) et doit comporter une séparation des fonctions.

Ceci permettra d'après Willemot (9) « d'optimiser l'efficacité du personnel dans un établissement, particulièrement à l'hôpital où l'organisation encadre l'activité de soins par un certain nombre de règles répondant à des objectifs divers».

Une organisation médicale défaillante sans responsable pose problème puisque les décisions médicales arrivent de plusieurs médecins, c'est le cas au niveau du service d'hospitalisation où les médecins peuvent hospitaliser des patients sans respecter les règles ni même avertir le médecin responsable ; cette situation met l'équipe médicale sous tension.

Un service désorganisé est à l'origine de plusieurs manquements influant sur la qualité de la prise en charge :

- manquements sur le respect des procédures ;
- manquements sur la gestion du matériel, des consommables et des médicaments entraînant des pertes et des ruptures dans les différents stocks ;
- démotivation du personnel qui devient de moins en moins performant.

II- Objectifs de l'étude

2.1- Objectif Général

Contribuer à l'amélioration de la qualité dans la prise en charge des malades du service d'hospitalisation du Centre Médico Social de l'IPRES par l'approche par processus

2.2- Objectifs spécifiques

- Identifier les différentes étapes du processus d'hospitalisation
- analyser le processus d'hospitalisation
- ressortir les dysfonctionnements de chaque étape
- proposer la mise en place une nouvelle organisation du service d' hospitalisation .

2.3- Intérêt de l'étude

Globalement, cette étude entre dans le cadre de recherche perpétuelle de qualité des soins qui contribuera pour beaucoup à la satisfaction du patient hospitalisé.

L'intérêt porté sur le CMS de l'IPRES est sa spécificité par rapport à sa cible, les personnes âgées mais également par rapport au système de gratuité.

L'étude s'inscrit donc dans la perspective d'améliorer la prise en charge des malades hospitalisés au CMS, de contribuer à la mise d'une bonne organisation basée sur le respect de procédures des soins. L'intérêt d'une bonne organisation de la prise en charge des malades hospitalisés au CMS porte essentiellement sur 3 niveaux de satisfaction :

- la satisfaction du patient hospitalisé
- la satisfaction du personnel principal acteur du processus hospitalisation

- la satisfaction des autorités de l'IPRES quand à la maîtrise des charges financières liées à la gratuité de la prise charge.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**DEUXIÈME PARTIE :
MÉTHODOLOGIE-
RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE**

Chapitre I : Méthodologie

I. Population de l'étude

Nous avons réalisé une enquête **qualitative** sur deux populations :

- une population de **14 agents**, constituée par un personnel recruté à partir des services d'hospitalisation, de la médecine générale, du bloc opératoire et de la chirurgie (médecins, infirmiers d'Etat, aides-infirmières, techniciens supérieurs en anesthésie).
- une population de **30 patients**, constituée de malades retraités, de leurs épouses ou enfants hospitalisés au centre Médico-social de l'IPRES du **10 décembre au 18 janvier 2016**.

II. Méthode et technique de l'étude qualitative

L'étude consiste à identifier, analyser et améliorer les différentes étapes du processus d'hospitalisation. Nous avons opté pour la **technique de l'entretien** avec les principaux acteurs du processus constitués essentiellement du personnel et des patients hospitalisés.

Une **étude transversale descriptive** a été faite sur :

- d'une part les 14 agents impliqués dans le processus de l'hospitalisation et ;
- d'autre part sur une population de 30 malades hospitalisés durant la période de l'étude.

Nous avons également utilisé la **technique de l'observation** qui consiste à porter une attention systématique sur le comportement du personnel et des patients afin de faire une comparaison entre les informations issues des entretiens et la pratique.

Pour le calcul d'un certain nombre d'agrégats et d'indicateurs, nous avons exploité les données administratives consignées dans les registres du CMS. Ces données ont été compilées et saisies sous format Excel et, des méthodes quantitatives ont été utilisées pour calculer des sommes, des pourcentages et des moyennes.

III. Stratégie de recherche

3.1. Méthode

Pour réaliser cette étude nous avons choisi l'**approche qualitative** qui se justifie par le fait que les données recherchées proviennent en grande partie de différentes **appréciations, suggestions et perceptions des acteurs** sur le processus d'hospitalisation à étudier.

L'étude a donc été menée en 2 phases :

- Une première phase de **contact avec les responsables** qui nous a permis d'identifier les problèmes, de faire un état des lieux pour entamer la première partie de l'étude qui concerne l'analyse situationnelle et le cadre de l'étude. Dans cette phase nous avons pris le temps **d'observer le personnel** en contact avec le patient, **d'observer le patient et ses accompagnants** dans leurs comportements. Nous avons également consulté les registres d'hospitalisation de l'année 2015.
- La deuxième phase a été consacrée à l'entretien avec le personnel et les patients. Nous avons procédé d'abord à un **entretien individuel qualitatif** :
 - avec le personnel impliqué dans le processus d'hospitalisation ;
 - avec les patients hospitalisés aidés de leurs accompagnants. Cet entretien s'est fait à l'entrée, au moment de la sortie et par appel téléphonique pour les patients libérés à notre insu.

3.2. Techniques et instruments de collecte

Pour collecter les données nous avons établi des guides d'entretien à l'endroit du personnel et des patients. Nous avons également utilisé un magnétoscope lors des entretiens pour sécuriser les données afin de les transcrire plus tard pour pouvoir les exploiter.

❖ Guide d'entretien à l'endroit du personnel impliqué dans le processus d'hospitalisation :

Ce guide comporte les éléments suivants :

- Fonction de l'agent ;
- Service ;

- Etablissement des conditions de séjour ;
- Prise en charge Médicale ;
- Enumération des activités au niveau du service ;
- Temps de présence auprès du malade ;
- Prise en charge des malades le weekend ;
- Moyen de transport pour la prise en charge du week-end ;
- Difficultés rencontrées pour référer les malades dans les hôpitaux ;
- Difficultés rencontrées lors des gardes de nuit ;
- Disponibilité des médicaments et consommables pour la prise en charge médicale ;
- Organisation de la prise en charge ;
- Communication avec le patient ;
- Suivi du patient ;
- Difficultés rencontrées lors de la sortie du malade ;
- Recommandation pour l'amélioration de l'organisation de la sortie.

❖ **Guide d'entretien à l'endroit des patients hospitalisés.**

Le guide d'entretien destiné aux patients comporte les éléments suivants :

- La programmation de séjour (procédure) ;
- L'identité du patient (prénom et nom, âge, sexe, adresse, matricule, statut matrimonial) ;
- L'accueil dans l'unité de soins (date d'entrée, références, motif d'hospitalisation, conditions de séjour, durée du séjour) ;
- Procédure de prise en charge (visite des médecins, fréquence des soins, disponibilité et écoute du personnel, disponibilité des médicaments, aide financière et physique, restauration, recommandations pour l'amélioration de la prise en charge) ;

- Procédure de sortie (date de sortie, documents reçus au moment de la sortie, problèmes rencontrés au moment de la sortie, recommandations pour l'amélioration des conditions de sortie).

3.3- Dépouillement et traitement des données

Nous avons fait la synthèse des différents entretiens tenus et des notes prises dans la phase d'observation. Toutes ces données ont été regroupées en thèmes et sous thèmes suivant les différentes étapes du processus d'hospitalisation : accueil dans l'unité de soins, prise en charge médicale et sortie du patient.

Pour le traitement des données collectées, nous avons utilisé le logiciel Excel.

3.4- Difficultés et limites

Pour la réalisation de cette étude nous avons été confrontés aux difficultés suivantes :

- la non maîtrise de la date de sortie de certains patients libérés à notre insu ; avec incidence sur le nombre de réponses et sur la dernière partie de l'enquête qui concerne la procédure de sortie ;
- la difficulté pour les patients de faire la distinction entre le personnel médical et paramédical ;
- la fiabilité de certaines informations collectées qui sont en contradiction avec la réalité observée ;
- le choix du lieu d'étude porté sur notre propre institution ; il a été un moment difficile d'allier le stage et les obligations professionnelles.

Par ailleurs nous avons noté comme limite de notre étude :

- une baisse de la fréquence des hospitalisations durant la période de l'étude ; la plupart des patients reçus en hospitalisation l'étaient pour observation ;
- les interventions médicales et les systèmes d'informations, étapes du processus identifiées mais non analysées dans cette étude.

Chapitre II- Présentation des résultats

I-Résultats de la documentation

I.1- Définition du processus

Le processus est défini comme un système d'activités qui utilise des ressources pour transformer des éléments entrants en éléments sortants. **(Source ISO 9000).**

« Toute activité qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie peut être considérée comme un processus. Pour qu'un organisme fonctionne efficacement, il doit identifier et gérer de nombreux processus liés entre eux. Les éléments de sortie d'un processus forment souvent les éléments d'entrée du processus suivant ».

L'identification méthodique des processus utilisés au sein d'un organisme et de leurs interactions, ainsi que leur management, peut être qualifiée d'approche Processus ». Source : ISO 9000-2000

I.2- Les types de processus

On peut distinguer trois types de processus :

- les processus de **direction** : il s'agit de processus contribuant à la détermination de la politique, au déploiement des objectifs, au pilotage des processus. Ils permettent d'orienter et d'assurer la cohérence des processus déterminants et de support (Ex : Pilotage général : politique, objectifs, revue de direction,...) ;
- les processus **déterminants** : il s'agit de processus contribuant majoritairement au respect des exigences relatives aux services que s'est fixé l'organisme. Ils contribuent directement à la réalisation du produit (Ex. : Consultation : diagnostic, hospitalisation, soins et traitements,...) ;
- les processus **support** : il s'agit de processus contribuant au bon déroulement des processus déterminants en leur apportant les ressources nécessaires. (Ex. : Achats, informatique, services hôteliers, service technique, pharmacie, administration et finances, ressources humaines,...).

I.3- Les différentes étapes du processus d'hospitalisation

Les différentes étapes du processus d'hospitalisation sont : la programmation de séjour, l'accueil dans l'unité de soins, la prise en charge de l'équipe soignante, les interventions médicotéchniques, la sortie du patient et le système d'informations.

I.3.1.La programmation de séjour :

Il existe plusieurs étapes répertoriées dans le tableau ci-dessous.

Tableau VIII: les différentes étapes de la programmation du séjour

Etapes	Acteurs	Activités
Décision d'hospitalisation	Médecin, Patients	
Emission d'une demande médicale d'hospitalisation	Médecin	
Etablissement d'un bon de demande d'hospitalisation	Médecin	
Couverture médico-sociale	Secrétariat médical	
Devis	Service financier	
Problème socio familial	Service social	
Programmation de séjour	Secrétariat médical, service social	Réservation Planification des séjours hospitaliers Prise de rendez-vous Examens pré opératoires Examens médico techniques

1.3.1- L'accueil dans l'unité de soins

L'accueil a toujours été une question préoccupante au niveau des hôpitaux. Plusieurs réflexions ont été menées pour chercher à améliorer l'accueil dans l'unité de soins. C'est en ce sens que la **HAS (22)** affirme que les qualités d'un accueil reposent sur les points suivants :

- la confidentialité et discrétion ;
- le respect d'autrui ;
- la prise en compte des différences culturelles ;
- la garantie de la fluidité de la communication.

Pour réussir un bon accueil il faut prendre en compte les attentes du patient et de sa famille, évaluer les besoins spécifiques, informer le patient de sa maladie, de ses conditions de séjour dans l'unité de soins.

Au Sénégal, avec la loi 98-08 du 8 février 1998 sur la réforme hospitalière et la loi 98-12 du 12 février 1998 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements de santé(17), le patient est au centre des priorités de l'hôpital. Une Charte du malade a été conçue en ce sens. Le patient a ainsi droit à une information complète et au respect de ses droits inscrits sur la Charte du malade. Dès son entrée dans l'unité de soins le patient doit être en possession de cette charte pour son information.

1.3.2- La prise en charge de l'équipe soignante

Le personnel soignant intervient de manière systématique et permanente tout au long du processus d'hospitalisation. Au niveau de cette étape du processus les questions tournent autour des points suivants :

- la qualité de la prise en charge médicale ;
- la qualité des soins infirmiers ;
- la prise en charge de la douleur ;
- le respect de l'intimité ;
- la disponibilité et l'écoute du personnel ;
- les informations données sur l'état de santé du patient et sur les soins prodigués ;

- la disponibilité et la qualité des repas.

1.3.3- la sortie du patient

La sortie du patient constitue l'une des étapes les plus importantes du processus d'hospitalisation. L'analyse détaillée de cette étape au niveau des structures sanitaires a permis de constater les dysfonctionnements suivants :

- prévisions de départs non connues de l'Unité de soins ;
- manque d'anticipation dans les recherches de séjour post-hospitalier ;
- documents, rapport de sortie non transmis, incomplets ;
- orientation du patient à sa sortie non clairement définie.

Il a été constaté que ces dysfonctionnements ont un impact sur la sécurité du patient et le fonctionnement du service, le résultat financier, la satisfaction du client et l'image de marque de la structure.

Pour parer à ces difficultés liées à une mauvaise organisation de la sortie, la **HAS** (17) propose un outil qui permet l'amélioration du processus de préparation de la sortie du patient d'un établissement de santé. C'est un guide qui propose une synthèse des références existantes et des critères d'évaluation sur les points suivants :

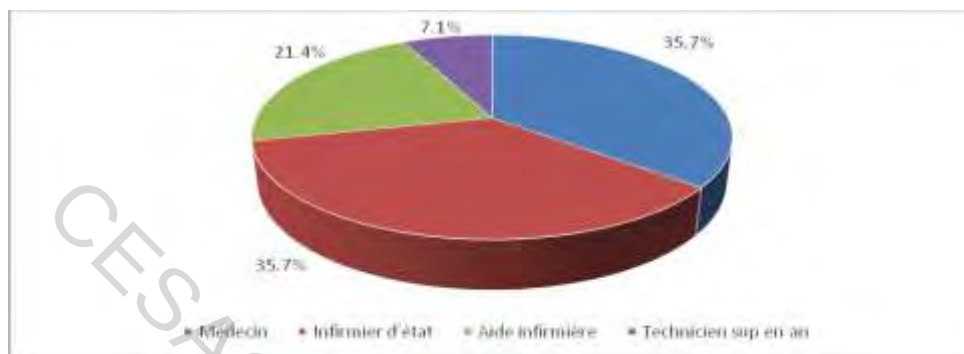
- les modalités d'information du patient, de ses proches et des professionnels de santé avant et au moment de la sortie ;
- l'organisation de la continuité des soins après la sortie du patient ;
- l'organisation de la sortie du patient de l'établissement de santé

II- Résultats de l'étude

II.1.Aspects sociodémographiques

II.1- 1- Du personnel impliqué dans le processus d'hospitalisation

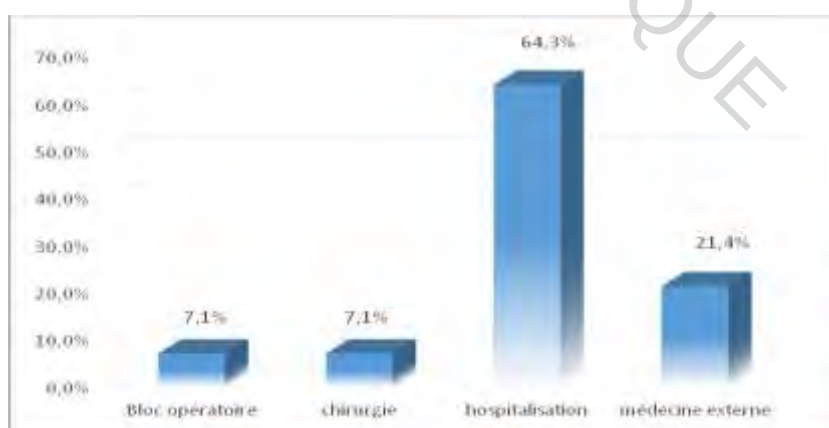
➔ Répartition du personnel selon la catégorie professionnelle :



Graphique 1 : Répartition du personnel selon la catégorie professionnelle

Nous notons une prédominance (64.29%) du personnel paramédical contre 35.7% pour le personnel médical.

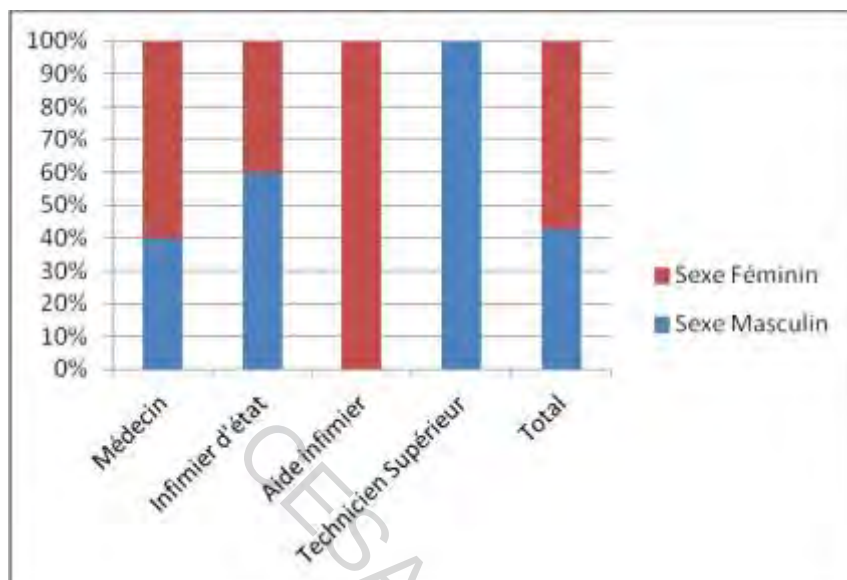
➔ Répartition du personnel selon le service :



Graphique 2: Répartition du personnel par service

Soixante-quatre pourcent de l'effectif interrogé constituent le personnel d'hospitalisation.

➤ 1.1.3- Répartition du personnel selon le sexe



Graphique 3: Répartition du personnel selon le sexe

Dans l'ensemble on note une prédominance du sexe féminin avec 71.4%. Aussi bien chez les médecins que chez les infirmiers d'Etat, on note une prédominance masculine avec 60%.

➤ Répartition du personnel selon l'âge

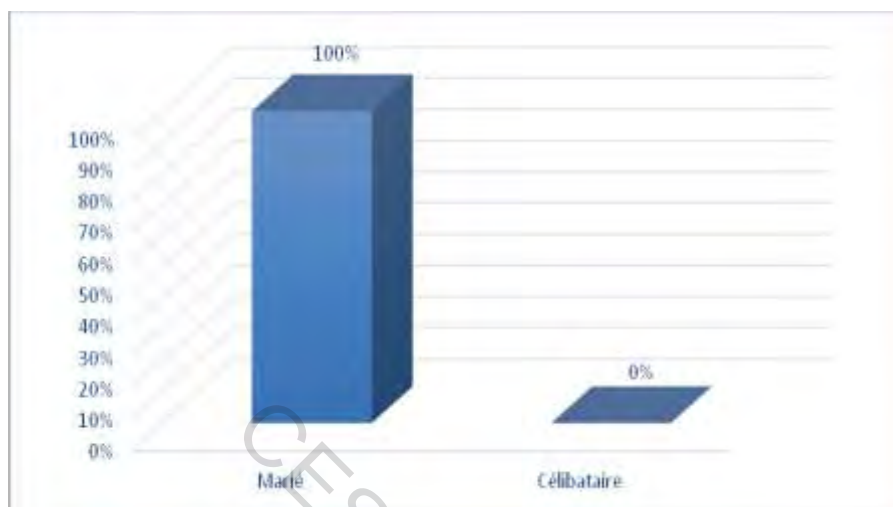
Tableau IX: répartition du personnel du service selon l'âge

Age	effectif	pourcentage
Moins 40 ans	7	63.6%
40ans et plus	4	36.4%
Total	11	100.0%

Min	31
Max	52
Moyenne	38
Médiane	37

64% du personnel a moins de 40 ans ; la moyenne d'âge est de 38ans. Le plus jeune à 31 ans, le plus âgé a 52 ans.

➤ Répartition du personnel selon le statut matrimonial



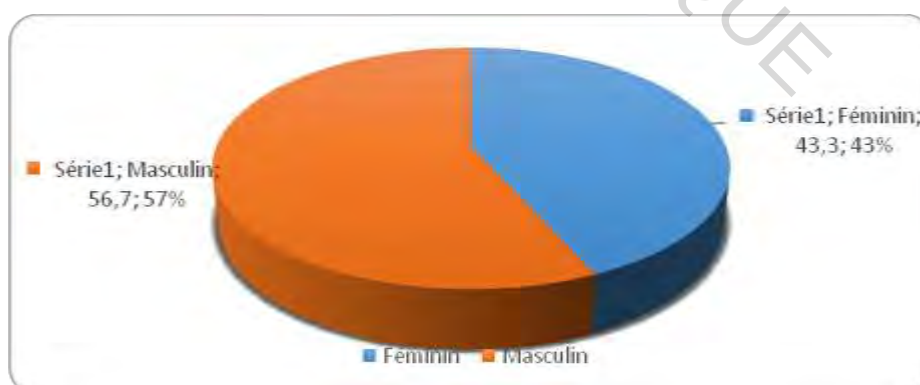
Graphique 4: Répartition du personnel selon le statut matrimonial

Sources : données administratives du CMS, 2015.

On constate que tout le personnel du service est marié.

II.1- 2- Aspects sociodémographiques des patients hospitalisés

➤ Répartition des patients selon le sexe



Graphique 5: Répartition des patients interrogés selon le sexe

La plupart des patients interrogés sont des hommes avec 57% et les femmes représentent 43% des patients hospitalisés.

➤ Répartition des patients selon les tranches d'âge

Tableau X: Répartition des patients selon les tranches d'âge

	Effectifs	Pourcentage
moins de 18ans	2	6,7
19 – 60 ans	6	20
60 – 70 ans	9	30
70 ans et plus	13	43,3
Total	30	100,0

Les patients sont âgés entre 17 et 85 ans avec une moyenne d'âge de 64,5 ans et une médiane de 67 ans. Les sujets âgés de plus de 60 ans représentent 73,3% de l'effectif. La classe d'âge la plus représentative est celle de plus de 70 ans.

➤ Répartition des patients selon leur provenance

Tableau XI: Répartition des patients selon leur provenance

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Dakar	12	40,0	40,0
Pikine	11	36,7	76,7
Guédiawaye	3	10,0	86,7
Rufisque	2	6,7	93,3
Région	2	6,7	100,0
Total	30	100,0	

La majorité des patients viennent de la banlieue soit 53,4%, et 6,7% viennent des régions.

➤ Répartition selon le statut des patients à l'IPRES

Tableau XII: Répartition selon le statut des patients à l'IPRES

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Retraité	17	56,7	56,7
Epouse	7	23,3	80,0
Enfant	2	6,7	86,7
Veuve	4	13,3	100,0
Total	30	100,0	

Cinquante sept pourcent des patients hospitalisés sont des retraités .

➤ Statut matrimonial des patients

Tableau XIII: Répartition des patients selon le statut matrimonial

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
marié(e)	22	73,3	73,3
veuf (e)	4	13,3	86,7
Célibataire	4	13,3	100,0
Total	30	100,0	

Près de 3/4 (73,3 %) des patients ont des conjoints vivants.

II.2.Résultats de l'entretien qualitatif

L'entretien avec le personnel et les patients a porté sur la programmation du séjour, l'accueil dans l'unité de soins, la prise en charge et la sortie du patient qui constituent les différentes étapes du processus d'hospitalisation que nous avons étudié.

Nous avons pris chaque étape du processus comme thèmes avec des sous thèmes que nous avons abordés avec la population de l'étude.

Les données recueillies lors de l'entretien ont été scindées en points positifs et en points négatifs dans des tableaux.

II.2.1-Résultats de l'entretien avec le personnel

➤ Synthèse des données collectées sur la programmation du séjour

Tableau XIV: Données sur la programmation de séjour

Programmation du séjour	
Aspect positifs	Aspects négatifs
Tous les malades de la chirurgie sont programmés avant leur intervention	Les patients attendent longtemps avant d'être programmés (Longue liste des patients en attente en chirurgie).
Convocation remise aux patients de la chirurgie	Absence d'un bon de demande d'hospitalisation
Existence d'un planning pour les jours d'intervention	Absence de programmation de séjour pour la médecine.

➤ Synthèse des données collectées sur l'accueil dans l'unité de soins

L'entretien a porté sur deux principaux sous thèmes : les conditions de séjour ; la confidentialité et la discrétion dans la prise en charge.

Tableau XV: Accueil dans l'unité de soin

Conditions de séjour	
Aspects positifs	Aspects négatifs
Existence de conditions de séjour connues par le personnel	Absence de documents écrits pour informer les patients de la médecine sur les conditions de séjour
Le personnel informe les patients sur les conditions de séjour	Méconnaissance de la charte du malade
Existence de documents écrits sur les conditions de séjour pour les patients de la chirurgie	Absence de règlement intérieur pour le service
Confidentialité et discrétion	
Aspects positifs	Aspects négatifs
Existence de paravent dans les grandes salles	Pas de séparation de salle entre homme et femme en médecine générale et en chirurgie
Existences de cabines individuelles	Poches à urines de patients sous sonde trainant à même le sol
Personnel formé dans le respect du secret professionnel et du respect de l'intimité du patient	

➤ Synthèse des données collectées sur la prise en charge médicale

Dans cette étape du processus nous nous sommes entretenu avec le personnel sur les sous thèmes suivants :

- les activités du personnel médical et paramédical ;
- la qualité de la prise en charge et des soins ;
- l'information du patient ;
- la restauration et l'hôtellerie ;
- l'appréciation de la qualité de la prise en charge et recommandation.

✓ Données collectées sur les activités du personnel médical et paramédical

Tableau XVI: Données sur les activités du personnel paramédical et médical

Activités du personnel médical et paramédical	
Aspect positifs	Aspects négatifs
Traitement, surveillance et soins locaux activités dominantes du personnel paramédical	Difficulté dans la prise en charge de la douleur
Visite et suivi du patient activités dominantes des médecins	Difficulté dans la gestion du dossier des patients avec le déficit de personnel

✓ **Données collectées sur la qualité de la prise en charge et des soins**

Tableau XVII: Données sur la qualité de la prise en charge et des soins

Qualité de la prise en charge médicale	
Aspects positifs	Aspects négatifs
Visite systématique des médecins aux patients le matin	Absence de garde médicale et biologique
Visite des médecins permanents 2 fois par jour	En cas de complication durant la nuit, le médecin donne des instructions au téléphone ou utilise ses propres moyens pour se déplacer
Existence de permanence le samedi	Cas grave de maladie géré par l'infirmier de garde
	médecin injoignable
Déplacement des médecins la nuit pour gérer les cas de complication	Difficulté d'évacuer les patients en milieu spécialisé, indisponibilité de l'ambulance
La plupart du personnel de garde fait appel au médecin en cas de maladie grave	Insuffisance du plateau technique
	Absence de morgue

✓ **Données collectées sur l'information du patient sur sa maladie**

Tableau XVIII: Information du patient sur sa maladie

Information du patient sur sa maladie	
Aspects positifs	Aspects négatifs
Les patients sont informés de leur état de santé par les médecins	
Les médecins consacrent 10 mn à leurs patients pour les informer sur leur maladie	

✓ **Données collectées sur la restauration**

Tableau XIX: Données sur la restauration du patient

Restauration	
Aspects positifs	Aspects négatifs
	Absence de prise en charge de la restauration des patients
	Absence de prise en charge de la restauration du personnel de garde
	Insalubrité des locaux

✓ **Données collectées du personnel sur l'hôtellerie**

Tableau XX: Données collectées sur la restauration et l'hôtellerie

Hôtellerie	
Aspects positifs	Aspects négatifs
	Absence de salle de garde pour l'infirmier
	Présence de moustiques dans les salles
	Manque de draps de lits pour les patients

✓ **Appréciation de la qualité de la prise en charge et recommandations**

Malgré les difficultés rencontrées dans la prise en charge des patients, la plupart du personnel juge satisfaisante la prise en charge des patients hospitalisés au CMS de l'IPRES et ont fait les recommandations suivantes :

- Etablissement de garde médicale ;
- Augmentation de l'effectif du personnel paramédical ;
- Relèvement du plateau technique ;

- Gestion rigoureuse des médicaments pour éviter les ruptures ;
- Extension des locaux avec séparation des soins externes et de l'hospitalisation ;
- Rédiger des protocoles d'admission ;
- Notifier la transmission de l'information ;
- Eviter les hospitalisations de longue durée ;
- Rédiger un livret d'accueil ;
- Formation continue du personnel ;
- Prise en charge de la restauration des patients et du personnel de garde par l'institution.

➤ Synthèse des données sur la sortie du patient

L'organisation de la sortie et de la continuité des soins après le séjour hospitalier, les difficultés notées et les recommandations au moment de la sortie, sont les sous thèmes abordés avec le personnel.

Tableau XXI: Données sur l'organisation de la sortie et de la continuité des soins après la sortie du patient

✓ Organisation de la sortie du patient	
Aspects positifs	Aspects négatifs
La décision de sortie est prise par le médecin	Absence de bulletin de sortie
Date provisoire de sortie connue du personnel médical	Ecart entre date prévue et date réelle de sortie
Estimation de la durée moyenne de séjour à 5 jours en chirurgie et 5 à 10 jours en médecine	Manque d'information du patient sur sa sortie
	Absence de planification de la sortie
	Ignorance de la durée moyenne de séjour par la plupart du personnel
✓ Organisation de la continuité des soins du patient après sa sortie	

Remise d'ordonnance de sortie	Conseils non formalisés (absence de fiches de régime et de fiches de conseils)
Remise de fiche de rendez-vous et de fiche de pansement	
Conseils du personnel aux patients sur l'hygiène corporelle et diététique	

✓ **Difficultés rencontrées au moment de la sortie du patient et recommandations faites par le personnel pour améliorer l'organisation de la sortie.**

Hormis le refus de certains malades de sortir, le personnel ne rencontre aucune difficulté au moment de la sortie.

Pour améliorer l'organisation de la sortie, le personnel recommande l'établissement de bulletins de sortie et de fiches de conseils pour les patients.

II.2.2- Résultats de l'entretien qualitatif avec les patients

⇒ Synthèse des données recueillies auprès des patients sur la programmation du séjour

Tableau XXII: Données sur la programmation de séjour

✓ Programmation du séjour	
Aspect positifs	Aspects négatifs
Les patients du service de chirurgie sont programmés pour leur séjour	Impatience des malades avant la programmation
Durée du séjour connue par le patient de la chirurgie	Incertitude des malades de la médecine sur la durée de séjour
Remise d'une convocation aux patients de la chirurgie	

✓ **Provenance des patients**

Les patients hospitalisés proviennent le plus souvent de l'unité de tri gérée par l'infirmier, de la médecine et de la chirurgie.

➤ Synthèse des données recueillies sur l'accueil dans l'unité de soins

Les patients se sont prononcés sur les conditions de séjour, le secret et la discrétion dans la prise en charge.

Tableau XXII : Données sur l'accueil dans l'unité de soin

Conditions de séjour	
Aspects positifs	Aspects négatifs
Le patient est informé des conditions de séjour	Moyen de communication verbal
Confidentialité et discrétion	
Patients satisfait de l'importance qu'accorde le personnel au respect de leur intimité	Pas de séparation de salle entre homme et femme en médecine générale
Le patient ne sent aucune discrimination liée à ses croyances religieuses ou culturelles	
Existence de paravent dans les grandes salles	
Existence de cabines individuelles	

➤ Synthèse des données recueillies sur la prise en charge

Au niveau de la prise en charge, avant de demander aux patients leur appréciation et leurs recommandations sur la question, nous avons abordé les sous thèmes suivants :

- La qualité de la prise en charge et des soins ;
- La disponibilité des médicaments ;
- L'aide financière et physique ;
- L'écoute et la disponibilité du personnel ;
- L'information du patient ;

- La restauration.

Tableau XXIII: Données sur la qualité de la prise en charge et des soins

Qualité de la prise en charge et des soins	
Aspects positifs	Aspects négatifs
Les patients reçoivent plusieurs visites des médecins par jour dans la semaine	Les patients ne voient pas de médecin les dimanches et jour férié
Les patients reçoivent la visite des médecins le samedi	Le nursing du patient grabataire est assuré par l'accompagnant
Aucune récurrence de maladie notée	
Les patients reçoivent plusieurs soins par jour	
Prise de constantes à des heures précises Administration de médicaments et soins locaux aux heures précisées	

Tableau XXIV: Données sur la disponibilité des médicaments

Disponibilité des médicaments	
Aspects positifs	Aspects négatifs
Gratuité des médicaments	Ruptures récurrentes des médicaments
	Achat des médicaments par les patients
Aide physique et financière	
Aspects positifs	Aspects négatifs
Certains patients disposent d'une aide financière	Certains patients achètent les médicaments avec leurs pensions
Tous les patients sont accompagnés	Indisponibilité ou indiscipline de certains accompagnants

Tableau XXV: Données sur la disponibilité et l'écoute du personnel

Disponibilité et écoute du personnel	
Aspects positifs	Aspects négatifs
Le personnel réagit de façon prompte à l'appel des patients	
Le personnel est patient et attentionné	

Tableau XXVII : Données sur l'information du patient

Information du patient	
Aspects positifs	Aspects négatifs
Les patient sont informés par le personnel de leur état de santé	
La majorité des patients connaît son motif d'hospitalisation	

Tableau XXVIII : Données sur la restauration du patient

Restauration du patient	
Aspects positifs	Aspects négatifs
	Le patient prend en charge sa restauration
	Le patient ne mange pas aux heures normales
	La plupart des patients prend moins de 3 repas par jour
Hôtellerie	
Aspects positifs	Aspects négatifs
Propreté des salles appréciée par les patients	Toilettes mal éclairées
Climatisation des salles	Présence de moustique dans les salles
Installation de téléviseurs dans les salles	La literie est gérée par les patients
	Promiscuité notée dans les grandes salles

✓ **Appréciation de la prise en charge par les patients et recommandations**

La majorité des patients trouvent satisfaisante la prise en charge et leurs recommandations portent sur les points suivants :

- Disponibilité des médicaments ;
- Prise en charge de la restauration par l'IPRES ;
- Apporter des solutions pour éviter les moustiques ;
- Eclairer les toilettes.

➡ **Synthèse des données recueillies auprès des patients sur la sortie**

Les patients se sont prononcés sur l'organisation de la sortie et sur la continuité des soins après le séjour hospitalier.

Tableau XXVI: Données recueillies des patients sur l'organisation de la sortie et de la continuité des soins après sa sortie

Organisation de la sortie du patient	
Aspect positifs	Aspects négatifs
	Non implication du patient et de sa famille sur l'organisation de la sortie
	Absence de planification de la sortie
Organisation de la continuité des soins après la sortie du patient	
Aspects positifs	Aspects négatifs
Remise d'ordonnance de sortie	Conseils non formalisés (absence de fiches de régime et de fiches de conseils)
Remise de fiche de rendez-vous et de fiche de pansement	Bulletin de sortie non remis aux patients
Conseils du personnel aux patients sur l'hygiène corporelle et diététique	

III- Analyse des résultats de l'étude

III.1.Aspects sociodémographiques

III.1- 1- Du personnel impliqué dans le processus d'hospitalisation

Le personnel infirmier constitue plus de la moitié du personnel du service d'hospitalisation avec 64,29%. Le personnel médical est composé de 02 médecins permanents. L'entretien a également visé des médecins de la chirurgie et de la médecine interne, principaux référents des patients en hospitalisation.

Le fait marquant au niveau des ressources humaines du service est la présence massive de jeunes femmes mariées en santé de reproduction. Par conséquent, au moment des congés de maternité et des congés administratifs, le service reste confronté à un problème d'organisation de la prise en charge des patients hospitalisés. Les perturbations dans le planning de garde et l'organisation des soins deviennent récurrentes.

Cette présence massive des femmes pose problème, culturellement et cultuellement (religion) pour le traitement des patients constitués en majorité de personnes âgées souffrant le plus souvent de la prostate. En Afrique en général et au Sénégal en particulier, les hommes, particulièrement les personnes âgées ont du mal à exposer certaines parties de leur corps. C'est une réalité culturelle et religieuse qui mérite une attention particulière de la part des autorités chargées du recrutement du personnel.

Il a donc été constaté que « la prise en charge des personnes âgées pose de façon particulière la question éthique tant dans la dimension individuelle de la relation de soins que dans les conceptions collectives du vieillissement ». La réflexion a été poussée par les professionnels de la santé qui ont suggéré la création d'espaces éthiques et physiques et l'organisation de formation, afin de préserver l'intimité du patient. (13)

Au niveau du service d'hospitalisation, objet de l'étude, le personnel chargé de la prise en charge des patients hospitalisés est relativement jeune avec une moyenne d'âge de 38 ans ; l'âge maximal étant 52 ans. C'est pourquoi, on note aussi un certain dynamisme et engouement dans le travail.

III.1- 2- Des patients hospitalisés

Conformément aux données ressorties dans le rapport d'activités du service d'hospitalisation de 2015 (20), notre étude a démontré que le sexe masculin est prédominant avec 57%. Cette prédominance s'explique par la fragilité de la santé des hommes, qui une fois à la retraite s'insolent dans la solitude et le manque d'activités. Mais également le poids social familial est un facteur déterminant de la fragilité de la santé des hommes en Afrique. Une étude a démontré que la plupart des hommes de 55 à 74 (73 %) en Afrique sont des chefs de ménage (3).

Au Sénégal, il a été constaté que le retraité continue à assurer la dépense quotidienne avec sa pension.

La classe d'âge la plus représentative est celle des plus 70 ans, avec une moyenne d'âge de 64,5 ans et une médiane de 67 ans. Ces résultats confirment que le CMS est véritablement un centre de gériatrie et que sa mission demeure la prise en charge des retraités et de leurs familles. La majorité des patients 53,4% viennent de la banlieue.

Selon l'ANDS (11), 56,5% des ménages au Sénégal s'estiment pauvres et 38% de la population sénégalaise vit en banlieue où le taux de chômage des jeunes est de 70%. Par conséquent le retraité de la banlieue fréquente beaucoup plus le CMS pour bénéficier de la gratuité des soins que le retraité du centre-ville qui le plus souvent a les moyens de se prendre en charge.

La plupart des patients hospitalisés sont les retraités eux-mêmes. Ceci peut s'expliquer par le poids social.

La majorité des patients est constituée de mariés. Ce qui s'explique naturellement par les croyances africaines et religieuses qui accordent beaucoup d'importance au mariage. Cependant on peut noter des cas de veuvage qui peuvent avoir toute leur importance car source de faible pouvoir financier.

III.2.- Analyse de l'entretien qualitatif

III.2.1- Avec le personnel impliqué dans le processus de l'hospitalisation

➡ Programmation du séjour

La programmation du séjour est une étape du processus qui n'a concerné dans cette étude que les patients de la chirurgie. Après la validation de l'aptitude par le chirurgien, le patient est programmé suivant le planning établi par l'anesthésiste. Il est hospitalisé la veille de

l'intervention au service d'hospitalisation sur présentation de la convocation remise par l'anesthésiste.

Il faut cependant noter l'absence de bon de demande d'hospitalisation qui permette au responsable du service d'être informé à l'avance du séjour du patient et de l'organiser en conséquence. Ce qui peut entraîner des manquements dans la coordination entre service de chirurgie et service d'hospitalisation.

Hormis les malades de chirurgie, tous les malades sont hospitalisés dans le cadre d'admissions non programmées et la plupart des patients sont admis en urgence.

➡ **Accueil dans l'unité de soins**

• **Conditions de séjour**

D'après le personnel interrogé, des conditions de séjour ont bien été établies à l'attention des patients. Les agents prennent le temps d'informer et d'expliquer aux patients les conditions dans lesquelles ils vont séjourner dans le service pour éviter tout malentendu mais surtout pour le mettre à l'aise. Il est souvent demandé au patient d'être accompagné, de prévoir à manger et d'amener des draps.

Les conditions de séjour sont mentionnées dans la fiche de convocation des patients de la chirurgie. Par contre en médecine, les patients sont informés verbalement. Il n'existe aucun document écrit pour formaliser ces conditions de séjour, ce qui peut entraîner des manquements dans la communication ; des indications peuvent échapper à la vigilance de certains patients ou de leurs accompagnants.

• **Confidentialité et discrétion**

Le personnel porte une attention particulière à l'intimité du patient et au secret professionnel, au respect de ses croyances culturelles et religieuses. Cependant, le personnel n'apprécie pas la promiscuité notée entre hommes et femmes au niveau des grandes salles surtout de la chirurgie où des patients opérés de la prostate sont hospitalisés. La raison de cette promiscuité s'explique par la faiblesse de la capacité d'accueil (11 lits pour 25 malades par mois) qui oblige le personnel à mettre hommes et femmes dans une grande salle au niveau de la chirurgie. Nous avons noté, une certaine indiscretion au niveau de la prise en charge des patients opérés de prostate avec les poches à urines qui apparaissaient à vue d'œil.

➤ **Prise en charge médicale**

• **les activités du personnel médical et paramédical**

Les activités dominantes du personnel paramédical au niveau de l'hospitalisation sont les traitements, la surveillance et les soins locaux. En effet les traitements et la surveillance des patients constituent l'essentiel de l'activité en hospitalisation ; par ailleurs la grande fréquence des soins locaux est liée à celle des pathologies urologiques et infections cutanées.

Dans les activités du personnel, on note des manquements dans la gestion des dossiers des patients liés au déficit de personnel. Le service d'hospitalisation ne dispose pas de secrétaire médical. Or, le dossier du patient est très important car, c'est « le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit, dans un établissement de santé ». La bonne tenue du dossier favorise la continuité, la sécurité et l'efficacité des soins ; reflète la qualité de la pratique professionnelle dans la mesure où la gestion du dossier patient permet d'assurer la coordination des agents auprès du patient. (22)

Le personnel soutient s'investir pour prendre en charge la douleur des patients. Cependant, on note quelques insuffisances liées au manque de formation du personnel à la prise en charge de la douleur. La formation est un élément essentiel pour assurer l'adhésion des personnels à la politique d'amélioration dans la prise en charge de la douleur. En France, L'article L 1110-5 du Code de santé publique pose le principe selon lequel « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée... ». La prise en charge de la douleur quelle que soient son intensité, son origine et ses victimes est une obligation légale pour les professionnels de la santé. (24)

• **La qualité de la prise en charge et des soins**

En ce qui concerne la visite médicale, elle est bien assurée le jour. Les médecins permanents du service d'hospitalisation font 2 visites par jour, dont une contre-visite l'après-midi. Les médecins de la chirurgie et de la médecine font une visite par jour pour s'enquérir de l'état de santé des patients qu'ils ont orientés pour hospitalisation.

Par contre, au moment de la garde de nuit, avec l'absence de garde médicale, l'infirmier de garde peut avoir un cas compliqué qui dépasse ses compétences. Dans cette situation, il adopte deux attitudes :

- la gestion du cas qui engage non seulement sa responsabilité mais également la responsabilité de l'institution en cas de problème mettant en danger la vie du patient ;
- l'interpellation du médecin pour la conduite à tenir ; dans cette situation, la plupart des médecins donnent des instructions au téléphone. Ce qui signifie que le traitement se fait à distance et peut entraîner une erreur ou même une fausse interprétation de l'infirmier devant le cas à traiter. Si la gravité du cas demande la présence impérative du médecin, ce dernier utilise ses propres moyens pour se déplacer.

L'enclavement et l'éloignement du CMS posent des problèmes de sécurité surtout à certaines heures de la nuit. Ce qui amène les médecins, parfois, à donner des instructions avec tous les risques que cela peut engendrer. C'est dire que la décision de faire des hospitalisations a été prise sans mesures d'accompagnement puisqu'il n'existe pas de médecin de garde et aucune mesure n'est prise pour le déplacement du médecin en cas d'urgence.

Une permanence infirmière et une astreinte médicale sont les garants de la qualité de la permanence des soins.

- **l'information du patient**

L'information du patient sur sa maladie et son état de santé est assurée par les médecins qui lui consacrent 10 minutes d'explications. Les médecins comprennent que l'information du patient sur sa maladie fait partie de la prise en charge et que le malade a droit à l'information sur sa maladie. Ainsi la Charte du malade dans les établissements publics de santé au Sénégal, stipule en son l'article 4 que : « l'information destinée au malade doit être accessible et juste afin que ce dernier accepte les choix thérapeutiques »(17). Cependant cette Charte n'est diffusée ni pour le personnel, ni pour les patients du service d'hospitalisation du CMS.

- **Ecoute et disponibilité du personnel**

Le personnel paramédical chargé de la surveillance et du traitement des patients, se rend autant de fois que nécessaire au chevet du patient, pour s'enquérir de son état mais également pour lui permettre d'exprimer ses besoins et ses préoccupations.

- **Difficultés rencontrées par le personnel sur la prise en charge des patients**

Plusieurs difficultés ont été soulevées par le personnel médical et paramédical concernant la prise en charge des patients hospitalisés :

- un problème récurrent au niveau de toutes les structures sanitaires au Sénégal, a été soulevé par la plupart du personnel ; il s'agit de la difficulté des hôpitaux à prendre en charge les patients référés en milieu spécialisé. Ce problème se ressent beaucoup plus au CMS qui est un centre de gériatrie qui accueille des personnes âgées fragiles, dépendantes souvent en fin de vie. Les hôpitaux nationaux refusent souvent de recevoir ces patients en invoquant des raisons d'indisponibilité de lits. Pour parer à ces difficultés, le CMS a signé une convention avec le cabinet Maadji spécialisé dans la prise en charge des personnes âgées. Cependant ce cabinet est très limité en capacité d'accueil et en spécialités si bien que la difficulté à référer des malades fragiles et dépendants demeure.
- les ruptures de médicament ont été dénoncées par la quasi-totalité du personnel interrogé et constituent la principale difficulté rencontrée dans les gardes de nuit. Le manque de médicament est un problème récurrent au CMS de l'IPRES où les autorités ont opté pour un système de gratuité. Ces ruptures sont la conséquence de dysfonctionnements notés dans la gestion de la gratuité qui impactent négativement sur la qualité de la prise en charge.

Le système de gratuité est difficile à assurer dans la mesure où il n'existe pas de rentrée de fonds pour la maîtrise des charges toujours croissantes. Il faut donc une gestion rigoureuse avec un contrôle à priori et à posteriori pour éviter les abus.

Au Burkina Faso, un dispositif de contrôle mis en place a permis le succès noté dans l'exemption de paiement des soins dans certains districts du pays. (27)

En cas d'indisponibilité de médicaments et de consommables, des ordonnances sont prescrites aux patients pour achat. Le personnel dénonce souvent de la lenteur dans la prise en charge puisque certains patients, du fait de la gratuité, manifestent une mauvaise volonté pour l'achat des ordonnances. La gratuité constitue alors un frein à la qualité de la prise en charge des malades hospitalisés au CMS.

- le déficit du personnel paramédical soulevé a comme conséquence la surcharge de travail du personnel chargé de la surveillance et du traitement des patients hospitalisés.

La surcharge de travail compromet l'efficacité du personnel et impacte négativement sur la qualité de la prise en charge.

- les problèmes suivants ont également été ressortis de l'entretien : difficulté à joindre les médecins en cas d'urgence, l'absence de morgue , de garde de médecins et de biologistes, manque de rigueur dans les traitements, l'absence et l'indiscipline des accompagnants, le problème de restauration du personnel de garde, de transmission de l'information médicale entre personnels et, l'insuffisance du plateau technique.
- Autre problème soulevé, l'indisponibilité de l'ambulance qui sert souvent de véhicule de liaison.

• **Appréciation de la prise en charge par le personnel et recommandations**

Malgré les problèmes soulevés et les difficultés constatées, la majorité du personnel, juge satisfaisant l'organisation de la prise en charge des patients hospitalisés. La principale préoccupation du personnel est la guérison du patient, il s'agit donc pour eux, de faire avec l'existant, de faire preuve de compétence et de disponibilité pour que le patient hospitalisé soit pris en charge, guéri et satisfait avant sa sortie.

Ainsi, pour améliorer l'organisation de la prise en charge, le personnel recommande en priorité l'établissement de garde des médecins et de biologistes.

Certains recommandent d'éviter les hospitalisations de longue durée en attendant le relèvement du plateau technique et l'augmentation de l'effectif du personnel paramédical. Pour instaurer la rigueur dans les traitements, le personnel exige la rédaction de protocoles mais également la formation continue du personnel ; l'extension des locaux avec la séparation des soins externes et de l'hospitalisation ; La prise en charge de la restauration des patients et du personnel par l'institution.

➤ **Procédure de sortie**

• **Organisation de la sortie du patient**

Au service d'hospitalisation la sortie du patient suit le processus suivant : La décision de sortie prise par le médecin, la prescription de l'ordonnance de sortie et la remise de fiche de rendez-vous, pour le suivi des patients.

Tous les médecins interrogés font des prévisions sur la date de sortie de leur patient. Une planification de la sortie ne peut être efficiente que si elle commence dès l'admission, voire la préadmission, avec une date ou période prévisible de sortie précocement fixée, permettant de

préparer le patient et sa famille à la transition hôpital-domicile en évitant une organisation tardive et précipitée(10).

Cependant, ils soutiennent qu'il y a toujours un écart entre la date prévue et la date réelle de sortie. Il est toujours important de connaître cet écart pour en trouver les causes et essayer de le réduire.

Les médecins soulèvent comme cause de cet écart des complications liées à la maladie mais aussi liées à l'environnement hospitalier (infections nosocomiales, insuffisance du traitement administré, lenteur dans la prise en charge due au manque de consommables ou de médicaments...).

Le recueil et le traitement de l'information médicale pose problème au niveau de l'hospitalisation ; à cause de l'absence de responsable chargé de traiter les données médicales. C'est pourquoi, la durée moyenne de séjour est méconnue du personnel. Certains agents estiment la durée moyenne de séjour en médecine générale de 5 à 10 jours. Cette estimation de la DMS concerne en général des pathologies telles que le diabète et le paludisme.

La DMS est estimée également en chirurgie par la plupart du personnel à 5 jours et concerne les patients opérés de la prostate.

La maîtrise de la date de sortie est importante dans le processus d'hospitalisation, elle permet de planifier l'organisation de la sortie en préparant tous les documents administratifs mais également en préparant le patient à la sortie. Cette préparation du patient à sa sortie passe par une campagne de sensibilisation, d'information et d'éducation sur son comportement pour éviter les rechutes.

Pour plusieurs auteurs (10), une préparation insuffisante de la sortie induit, de manière directe ou indirecte, une augmentation du taux de ré-hospitalisations précoces, que celles-ci soient liées ou non au motif de la première hospitalisation. Au service d'hospitalisation du CMS, on note certes des manquements dans l'organisation de la sortie mais aucun cas de rechute, n'a été noté durant l'étude.

A la sortie du patient le seul document systématiquement donné au patient par le personnel est l'ordonnance de sortie. Ce qui est remarquable dans cette étape du processus c'est qu'il n'est pas établi un bulletin de sortie. Or « sur le plan juridique, l'acte d'admission crée un lien de droit entre l'établissement de soins et le patient. Cette relation en vertu du principe de droit public de parallélisme des formes ne peut être rompue que par un acte contraire, la sortie. Celle-ci doit donc obéir à des règles précises. Elle est prononcée par les responsables ; dans certaines

structures, le directeur de l'établissement à la demande du médecin chef de service ou de son représentant. Le patient conserve son statut d'usager dès lors que son séjour est médicalement justifié ». (10)

Le bulletin de sortie doit obligatoirement être remis au patient pour officialiser sa sortie du CMS.

- **Organisation de la continuité des soins du patient après sa sortie**

Le suivi des patients est bien assuré par les médecins. Une fiche de rendez-vous où la date de rendez-vous avec le médecin traitant est inscrite, est remise aux patients pour son suivi. Le suivi est une étape très importante du processus d'hospitalisation ; respecté, il réduit le risque de rechute.

La plupart du personnel donne des conseils aux patients pour le comportement à adopter après son séjour hospitalier. L'information et l'éducation du patient est très important car ils réduisent les cas de ré hospitalisation et réduisent donc les charges financières liées à la prise en charge, d'autant plus que nous sommes dans un système de gratuité.

Les conseils portent essentiellement sur l'hygiène corporelle et comportementale et sur l'hygiène diététique. A propos de l'hygiène corporelle, le personnel note que la majeure partie des patients âgés entrant en hospitalisation avec une mauvaise hygiène corporelle. Cela traduit la perte des valeurs sociales africaines où les personnes âgées occupaient une place importante au sein de la famille.

Le mode de communication utilisé est verbal. Ce mode de communication non formelle devrait être accompagné d'une notification à l'attention du patient s'il est en possession de ses moyens intellectuels et à l'aidant pour l'efficacité de la communication.

La plupart du personnel affirme n'avoir aucune difficulté au moment de la sortie du patient. Par contre certains restent confrontés au refus de certains malades ou de la famille de sortir. Les malades refusent souvent de sortir du fait de l'isolement familial, ils retrouvent au CMS un personnel très accueillant attentionné et disponible. Quant à la famille, elle insiste pour que le patient soit retenu en hospitalisation surtout à cause d'une trop grande dépendance fonctionnelle. Pour améliorer l'organisation de la sortie, le personnel recommande l'établissement de bons de sortie. Le bulletin de sortie est un document très important dans l'étape de sortie. C'est un document administratif qui rend non seulement officielle la sortie du patient de l'établissement mais permet de résumer l'hospitalisation, de poser le diagnostic de sortie et de fixer le rendez-vous pour le suivi.

III.2.2 Avec les patients les patients hospitalisés

➤ la programmation de séjour

La programmation de séjour ne concerne que les malades de la chirurgie qui doivent subir une intervention. Ils soutiennent avoir reçu une convocation remise par l'anesthésiste. Ils sont appelés au téléphone la veille de leur intervention pour être hospitalisés. Par contre cette procédure ne concerne pas les patients de la médecine venus en consultation ou accueillis en urgence et que leur état avait nécessité une hospitalisation. Les patients ont dénoncé une certaine lenteur dans la programmation en chirurgie car certains d'entre eux ont attendu 1 an avant d'être programmé. Cette situation est due e à la longue liste de patients en attente d'être opérés par des chirurgiens qui sont des prestataires du CMS.

➤ Accueil dans l'unité de soin

- **Conditions de séjour**

En ce qui concerne les conditions de séjour, elles existent en chirurgie et sont formalisées dans une fiche qui est remise au patient avant son entrée en hospitalisation. En effet la chirurgie étant un secteur sensible, avant toute intervention le patient suit un processus qui inclut son accueil dans l'unité de soin. A cette étape il est exigé au patient d'être accompagné, de se munir d'un drap de lit, d'une trousse de toilette, de 02 boubous et d'assurer son alimentation.

En médecine générale, rares sont les patients qui sont informés des conditions de séjour établies dans le service. Ce qui peut entrainer des malentendus entre patients et personnel mais également entre personnel et accompagnants sur le comportement à adopter en milieu hospitalier. Et pour ceux qui sont informés, c'est de manière informelle que les patients prennent connaissance de ces conditions de séjour. C'est dire que le mode de communication adopté par le personnel risque de ne pas faire connaître ces conditions aux patients, d'autant plus qu'il n'existe aucun document écrit permettant d'instaurer au niveau de l'hospitalisation la discipline, le calme, la sécurité et la salubrité des locaux.

- **Confidentialité et Intimité dans la prise en charge**

Mise à part la promiscuité entre homme et femme notée dans les grandes salles de la médecine et de la chirurgie, les patients affirment être traités avec discrétion. Ils apprécient également l'existence des paravents bien utilisés par le personnel au moment des soins et traitements. Au

total, les patients manifestent une satisfaction quand à la discrétion et l'intimité dans la prise en charge, le respect de leur croyance religieuse et culturelle.

➔ la prise en charge médicale

- **Service de provenance des patients**

La majorité des patients hospitalisés sont référés par les médecins de la consultation externe. Quelques patients proviennent du service d'accueil et de tri géré par le major, un infirmier d'état expérimenté. Il est chargé de recevoir les patients consultés en urgence sans un rendez-vous. La création de ce service en 2014 a permis une prise en charge rapide des patients nécessitant une hospitalisation.

- **Qualité de la prise en charge et des soins**

La quasi-totalité des patients affirme avoir reçu la visite des médecins, d'où la grande attention des médecins accordée aux patients.

Ils affirment avoir reçu plusieurs fois (plus de trois) la visite des médecins. Si on fait un rapprochement avec l'entretien avec les médecins qui font maximum 02 visites par jour, on se rend compte que les patients ont des difficultés pour reconnaître le personnel paramédical et les médecins. C'est un problème récurrent dans les structures sanitaires en Afrique où le patient est confronté à une difficulté de connaissance du statut du soignant. Dans cette situation la sécurité du patient est remise en question parce qu'il confie sa santé à toute personne vêtue de blouse blanche. C'est pourquoi dans certaines structures de santé, pour éviter ces problèmes, des badges sont confectionnés pour l'identification du personnel chargé de la prise en charge des patients.

Les patients ont confirmé la visite des médecins le weekend. Ces visites s'effectuent habituellement le samedi suivant une liste de permanence établie. Les autorités pour combler le vide lié à l'absence de garde médicale, ont établi des astreintes de médecins qui viennent le samedi pour s'enquérir de l'état des patients. Par contre le problème reste entier les dimanches et jour férié où les patients ne voient pas de médecins.

L'intensité des activités au niveau de l'hospitalisation se traduit par le nombre de soins reçus par les patients estimé à plus de trois soins par jour.

Les soins les plus dispensés sont la prise de constante, l'administration de médicaments. Ceci dénote de l'importance de la surveillance et du traitement qui constituent des fondements de la prise en charge en hospitalisation.

- **Information du patient**

Les patients soutiennent être bien informés du motif d'hospitalisation et de l'état de leur santé ce qui confirme l'importance accordée par le personnel à l'information du patient. Par conséquent, il est épargné de l'incertitude et de l'inquiétude qui anime les patients quand le personnel ne leur communique pas l'état d'amélioration de leur santé.

Cependant La durée de séjour est méconnue des patients. Cet état d'incertitude est source d'inquiétude et peut impacter sur la qualité de la prise en charge.

Le diabète, le paludisme et la maladie de la prostate constituent le principal motif d'hospitalisation. Ces résultats reflètent les statistiques du rapport d'activité 2015 de l'hospitalisation d'où il ressort une morbidité dominée par les pathologies infectieuses dont le paludisme au premier rang avec 59.3% suivi du diabète et de l'hypertension artérielle avec respectivement 14% et 12%.

- **Ecoute et disponibilité du personnel**

La majorité des patients est satisfaite de l'écoute et de la disponibilité du personnel. Cette disponibilité du personnel est la conséquence d'une politique de sensibilisation des dirigeants qui exhortent le personnel dès le recrutement à être patients, conciliants et disponibles devant les patients qui sont des personnes âgées réputées fragiles et vulnérables.

Cette capacité d'écoute, cette disponibilité est constante et permanente puisque les patients affirment que le personnel réagit de façon prompte à l'appel des patients la nuit. Contrairement à ce qui est observé dans les hôpitaux où les patients se plaignent de la qualité de l'accueil et de la disponibilité du personnel médical.

- **Disponibilité des médicaments**

La majorité des patients interrogés dénoncent le manque de médicament, qui les oblige d'acheter les médicaments pour leur prise en charge. Heureusement que la plupart des patients disposent d'une aide financière familiale pour se procurer les médicaments. Cependant, nous avons constaté lors de l'entretien que deux patients, par manque de moyen, étaient obligés d'attendre leur pension pour se procurer leur médicament. Et c'est avec une déception et un découragement que les patients accueillent cette situation, l'IPRES s'étant engagée à prendre en charge gratuitement la santé des retraités et de leur famille.

C'est une situation qui met en évidence les insuffisances du système de gratuité mis en place par les autorités dans le cadre de l'action sanitaire et sociale et qui impacte négativement sur la qualité de la prise en charge.

- **Aide Physique**

L'exigence d'avoir un accompagnant est respecté par La majorité des patients. L'accompagnant aide le malade pour son nursing, son alimentation, sa surveillance et ses autres besoins. L'accompagnant joue un rôle important qui peut impacter sur la qualité de la prise en charge du patient. Ce dernier a besoin non seulement d'aide physique mais également de réconfort et d'attention de la part de ses proches. Dans cet entretien nous avons constaté que tous les patients interrogés sont satisfaits de l'aide apportée par leurs accompagnants.

Ailleurs certains patients ne disposant pas d'accompagnant malgré les règles de séjour établis s'exposent aux dangers liés à l'isolement et au manque de surveillance. Il faut noter que la responsabilité du CMS est engagée d'autant plus que la surveillance et même le nursing des patients doivent être assurées par le personnel soignant car faisant partie de la prise en charge.

Cette situation d'isolement des patients qui ne sont pas accompagnés les fragilise et peut entrainer des lenteurs dans le processus de guérison. Pour régler ce problème, on note au niveau des établissements de santé, la présence d'assistants sociaux chargés d'accompagner psychologiquement les patients.

- **Restauration des patients**

Pour ce qui est de la restauration, la majorité des patients s'alimentent avec des repas cuisinés à leur domicile et d'autres se procurent leur repas au niveau des gargotes situées aux alentours du CMS. Les deux cas de figure s'exposent au risque infectieux lié à l'alimentation puisque les règles d'hygiène et diététique exigée à l'alimentation du patient ne font pas l'objet de contrôle. En France on note **280 000 cas** d'infections d'origine alimentaires par an dont **230 à 650 décès** (14). Ces données importantes montrent l'importance du risque infectieux. L'hygiène alimentaire en milieu hospitalier doit obéir à des normes de qualité puisque l'alimentation du patient hospitalisé est considérée comme un soin à part entière .

Du fait de l'éloignement et du désenclavement du centre certains patients reçoivent un repas par jour qui sert à la fois de déjeuner et de dîner. Cette alimentation homogène ne garantit pas une alimentation équilibrée. Ailleurs les repas ne sont pas pris aux heures normales, ce qui met en évidence une mauvaise gestion du programme alimentaire. Au total l'alimentation des patients

hospitalisés est perturbée et non garantie en qualité nutritionnelle ce qui peut augmenter le risque de dénutrition.

- **Appréciation de la prise en charge par les patients et recommandations**

Malgré certains problèmes soulevés dans la prise en charge, la plupart des patients juge satisfaisant la prise en charge. Leur grande satisfaction réside surtout dans la disponibilité du personnel et la gratuité des soins.

Pour améliorer la prise en charge, les patients suggèrent aux autorités de rendre disponible les médicaments et de trouver une solution pour prendre en charge la restauration. Entre autres recommandations les patients ont suggéré, pour rendre les conditions de séjour beaucoup plus agréables et confortables de régler les problèmes des moustiques et de la lumière dans les toilettes.

➤ **Caractéristiques de la sortie**

- **Organisation de la sortie**

L'organisation de la sortie est une étape du processus que les patients ne maîtrisent pas car n'étant pas impliqués. L'ordonnance de sortie est le document le plus délivré au moment de l'exéat ; aucun patient n'a reçu de bulletin de sortie et la majorité n'est informée de la sortie que le jour même. Or la sortie doit être organisée le plus tôt possible durant le séjour avec l'équipe pluri professionnelle, le patient et sa famille. Des brochures d'information peuvent être remises aux patients à l'admission et à la sortie ; ils doivent avoir accès aux informations et participer à des réunions avec l'équipe visant à préparer la transition de l'hôpital au domicile (10).

- **Organisation de la continuité des soins**

Concernant l'organisation de la continuité des soins, les patients soutiennent recevoir des conseils et des consignes du personnel, qui portent notamment sur la continuité du traitement, l'hygiène diététique et corporelle...Cependant nous avons noté au moment de l'entretien quelques insuffisances liées au mode de communication utilisé par le personnel. En effet, le personnel communique verbalement avec les patients. Or, comme dans plusieurs études, « les malades souhaitent recevoir une information étayée par des documents écrits, pour ne pas oublier les consignes données parfois en période de stress ou d'affaiblissement, en langage adapté à leur niveau de compréhension, et réitérée. Cette information écrite ne peut que compléter

l'information donnée oralement et non s'y substituer. Ces informations seront données au patient au cours du séjour de façon à lui permettre de les intégrer (10).

Pour assurer l'efficacité dans l'organisation de la continuité des soins, le personnel soignant doit évaluer les capacités et les possibilités matérielles de la personne soignée et des proches pour poursuivre les soins après la sortie. La sortie du patient, personne âgée jugée fragile, nécessite une organisation basée sur une bonne communication.

C'est pourquoi, le professeur KUNTZMANN (7) déclare, à propos de la sortie des patients âgés hospitalisés : « Si je devais porter un regard critique sur le fonctionnement des hôpitaux, ce serait surtout sur l'organisation de la sortie. C'est pour moi la pierre angulaire de l'hospitalisation, bien avant l'admission. »

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**TROISIÈME PARTIE :
DÉTERMINATION/ANALYSE DES
CAUSES ET LEUR PRIORISATION
IDENTIFICATION ET PRIORISATION
DES SOLUTIONS- PLAN DE MISE EN
ŒUVRE**

CHAPITRE V : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION

I. Présentation des outils

Pour la détermination, l'analyse des causes et leur priorisation, nous avons utilisé le digramme d'Ishikawa et le vote.

-Le diagramme cause-effet encore appelé Diagramme d'Ishikawa représente de façon graphique les causes aboutissant d'un effet. Il est utilisé dans le cadre de recherche de causes d'un problème, comme dans le cadre de cette étude de recherche de qualité ou, d'identification et gestion des risques lors de la mise en place d'un projet.

C'est un diagramme qui se structure habituellement autour du concept des 5M.

1-Matière : les matières et matériaux utilisés et entrant en jeu, et plus généralement les entées du processus.

2-Matériel : l'équipement, les machines, le matériel informatique, les logiciels et les technologies.

3-Méthode : le mode opératoire, la logique du processus et la recherche et développement.

4-Main d'œuvre : les interventions humaines.

5-Milieu : l'environnement, le positionnement, le contexte.

- **Le vote pondéré** est une technique qui permet au groupe de travail constitué pour la résolution de problème de sélectionner les idées les plus importantes et de choisir la solution à mettre en œuvre en priorité. Le vote pondéré est utilisé pour provoquer et accélérer un choix lorsque les données sont qualitatives ; par conséquent il permet d'éliminer les idées secondaires et de se focaliser sur les données importantes.

II. Détermination et analyse des causes

II.1- Causes de la littérature

L'histoire a démontré que l'organisation dans les structures de santé n'a jamais été une préoccupation des acteurs de la santé. En France, dès les premiers hôpitaux, l'Eglise avec les Sœurs animées d'un esprit de charité s'occupaient de la santé des pauvres mais aussi jouaient le rôle de gestionnaire des services de santé. En 1943, un décret officialise la fonction d'encadrement sous une double autorité, celle du Directeur et médecin chef mais c'est surtout

sous le pouvoir médical que cette fonction exercera. Le fonctionnement des hôpitaux fut remis en question par l'évolution de la technologie et la spécialisation des services, car aucune formation spécifique à l'époque n'était prévue(9).

Au Cameroun la principale cause d'une mauvaise organisation est selon **Eleuthère J. Manga Zambo** (1), l'absence en techniques de management hospitalier permettant l'adaptation de l'hôpital public à sa mission actuelle qui est de soigner un nombre de malades de plus en plus important avec des moyens de plus en plus développés et coûteux.

En Afrique et particulièrement au Sénégal les différentes causes d'une mauvaise organisation des structures de santé sont nombreuses. Il s'agit, entre autres, du manque d'écoute et de communication dans la relation soignant-malade, du recrutement de personnel parfois non qualifié, d'une mauvaise organisation des soins et particulièrement des urgences, du manque d'hygiène, d'équipements défectueux, de l'absence de certains médicaments essentiels au lit du malade, d'une absence de politique de maintenance hospitalière, de l'absentéisme et des retards .

Hamoudi (6) a évoqué que les phénomènes en cause d'une mauvaise organisation sont : une conception architecturale qui n'obéit pas aux normes, l'insuffisance des ressources matérielles, humaines et financières.

II.2. Les causes ressorties à partir de l'enquête

Les causes du problème d'organisation ont été recensées à partir de l'analyse du processus d'hospitalisations et concernent :

✓ L'accueil dans l'unité de soins :

Il est ressorti à ce niveau :

- le manque d'information du patient sur les conditions de séjour ;
- l'absence de règlement intérieur du service ;
- l'absence de la Charte du malade.

✓ La prise en charge médicale

Il est ressorti ici :

- l'absence de responsable officiel du service ;
- l'absence de garde médicale et biologique ;
- la rupture de médicaments et de consommables ;
- l'absence de spécialités ;

- la démotivation des médecins ;
- le déficit de personnel paramédical.

✓ **La procédure de sortie**

Il a été noté :

- le manque d'information du patient sur la sortie ;
- l'absence de document pour l'éducation du patient après sa sortie ;
- l'absence de bulletin de sortie ;
- l'absence de responsable chargé de gérer les données médicales.

Classification des causes suivant les 5 M :

1-Matière

- . Rupture de médicaments
- . Rupture de consommables

2-Matériel

- . Faiblesse du plateau technique
- . Absence de logiciel pour le traitement des données médicales
- . Indisponibilité de l'ambulance
- . Absence de bureau pour le médecin
- . Absence de salle de garde

3-Méthode

- . Absence de responsable et de major officiel du service
- . Absence de médecin de garde
- . Absence de règlement intérieur
- . Absence de la Charte du malade
- . Absence de bulletin de sortie
- . Absence de documents sur l'éducation du patient
- . La gratuité du système

4-Main d'œuvre

- . Insuffisance du personnel paramédical
- . Surcharge de travail du personnel infirmier
- . Recours à des stagiaires non expérimentés pour les gardes

4-Milieu

- . Etroitesse des locaux du service

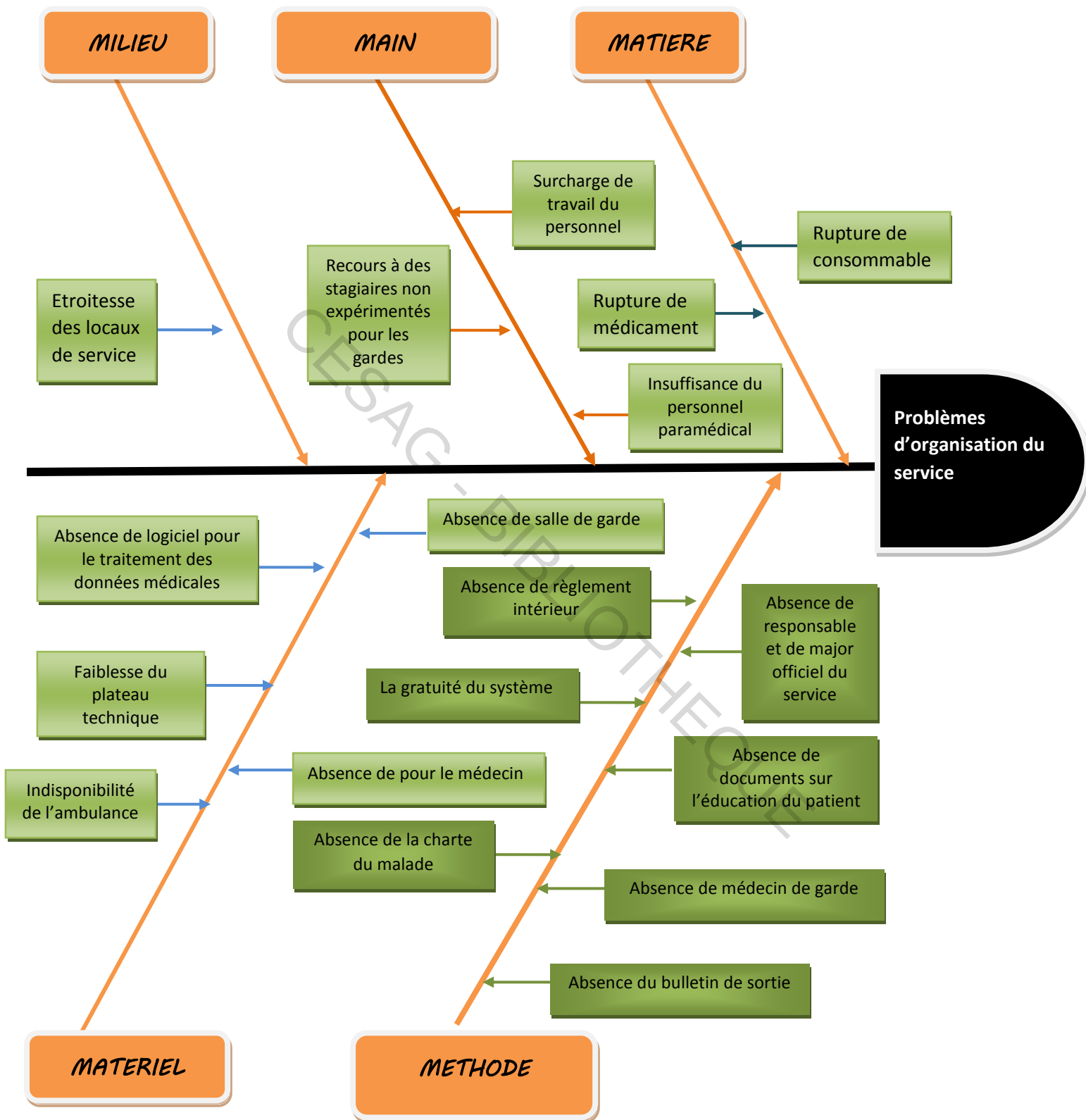


Diagramme 1 : Diagramme d'Ishikawa

III. Hiérarchisation des causes

Nous avons procédé à une synthèse des causes identifiées à partir des différentes étapes du processus d'hospitalisation (accueil dans l'unité de soins, prise en charge médicale et sortie du patient) avant de passer à leur priorisation. De cette synthèse nous avons retenu les causes suivantes :

- . Absence de responsabilisation ;
- . Système de gratuité ;
- . Absence de règlement intérieur et de la Charte du malade ;
- . Absence de garde médicale ;
- . Insuffisance du personnel paramédical.

Des critères ont été posés pour la priorisation de ces causes et concernent :

- . La pertinence de la cause ;
- . Le lien de la cause avec le problème ;
- . La possibilité d'agir sur la cause ;
- . L'impact que l'action sur la cause aura sur le problème.

Ces critères ont été pondérés de 0 à 5 selon leur importance.

Les résultats du vote pondéré sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau XXVII: Priorisation des causes

Critères Causes	Pertinence de la cause	Lien de la cause avec le problème	Possibilité d'agir sur la cause	Impact	Possibilité d'agir sur le problème	Score	Rang
Absence de responsabilité	23	18	27	19	27	114	4
Système de gratuité	19	17	19	17	17	89	6
Absence de garde médicale et biologique	25	24	24	25	26	124	2
Absence de règlement intérieur et de charte du malade	24	21	26	23	28	122	3
Insuffisance du personnel paramédical	26	25	27	21	28	127	1
Faiblesse du plateau	20	19	24	19	19	108	5

L'insuffisance du personnel paramédical a été retenue comme principale cause du problème d'organisation noté dans la prise en charge des patients hospitalisés avec **127 points**, suivi de l'absence de garde médicale et biologique avec **124 points**.

CHAPITRE VI : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS

I. Identification des solutions possibles

Après un brainstorming, des solutions ont été proposées par le groupe de travail. Il s'agit de:

I.1. renforcer le personnel paramédical

Le service d'hospitalisation a besoin de renforcer le personnel paramédical chargé du traitement, de la surveillance et de l'évacuation des malades hospitalisés. Actuellement, l'équipe du jour varie entre un et deux agents par jour. Ce nombre est insuffisant pour les activités du service. Concernant les gardes, pour combler le déficit, le service fait recours à des stagiaires ou à des bénévoles.

Le renforcement du personnel paramédical permettra un meilleur suivi des patients et évitera la surcharge de travail du personnel paramédical.

I.2. établir la garde médicale et biologique

L'établissement de la garde médicale et biologique est nécessaire pour plusieurs raisons :

- la sécurité des patients hospitalisés qui seront surveillés et suivis par une équipe de garde dirigée par un médecin. Ce dernier prendra en charge tous les cas de complication et les urgences à la place du personnel infirmier ;
- la rapidité de la prise en charge du patient par l'équipe de garde qui disposera à temps réel des résultats des analyses demandées ;
- la protection du personnel paramédical qui encourt un risque professionnel en s'engageant à gérer les cas graves de maladie qui sont du ressort du médecin ;
- la protection de l'institution qui engage sa responsabilité en cas de problème sur la prise en charge du patient.

I.3. Renforcer l'information et la communication auprès du patient

Le renforcement de l'information et de la communication permettra non seulement au patient de connaître ses droits et obligations durant son séjour mais également une cohabitation harmonieuse entre patients, personnel et accompagnants dans le service d'hospitalisation. Cette communication sera basée sur les attentes du patient et de sa famille, l'évaluation de ses besoins spécifiques, l'information sur sa maladie et ses conditions de séjour dans l'unité de soins.

Il est important dans la prise en charge du patient notamment de la personne âgée d'insister sur l'éducation relative à l'hygiène corporelle et diététique. Ceci permettra d'éviter le risque de réhospitalisation précoce du patient par défaillance dans la continuité des soins après le séjour hospitalier, d'éviter également le coût engendré par les récidives d'hospitalisation d'autant plus que le centre est dans un système de gratuité des soins.

I.4. redéfinir les rôles et responsabilités

Pour une gestion rigoureuse et efficace du service il faut officialiser la nomination du responsable du service et d'un major du service. Le responsable se chargera de la coordination de toutes les activités en collaboration avec le major de service. Ce dernier qui sera sous la responsabilité du médecin veillera à la gestion du matériel, des médicaments et consommables mis à la disposition du service, à l'établissement du planning des gardes pour la surveillance des malades et se chargera de la gestion des aspects administratifs. Cette responsabilisation permettra une gestion rigoureuse du matériel, des médicaments et consommables évitera les abus, les pertes notées dans le service.

I.5. renforcement le plateau technique

Il est impératif de renforcer le plateau technique du service d'hospitalisation pour une rapidité dans la prise en charge, mais également pour une meilleure maîtrise des charges liées au plan SESAME. Pour cela il faut :

- mettre en place un plan d'investissement pour l'acquisition du matériel ;
- augmenter le budget d'investissement pour l'acquisition du matériel nécessaire à la prise en charge des patients.

I.6. mettre en place un système de gestion rigoureuse de la gratuité

La gestion de la gratuité est certes difficile mais pour minimiser les abus et maîtriser les charges financières il faut mettre en place des procédures administratives et un logiciel de gestion.

I.6.2 Priorisation de la solution retenue.

Le groupe de travail, à partir des causes évoquées a proposé des solutions qui sont classées suivant les critères de faisabilité, du coût, du délai de mise en œuvre et de l'appui des responsables.

Ces critères sont pondérés de la manière suivante :

Faisabilité : **0** : Non, **1** : OUI très difficilement ; **2** : OUI difficilement ; **3** : Avec quelques difficultés ; **4** : oui facilement ; **5** : oui très facilement

Coût : **0** : Coût insupportable ; **1** : faible coût ; **2** : Coût modéré ; **3** : coût élevé ; **4** : coût très élevé, **5** : coût nul

Délai de mise en œuvre : **2**: long ; **3**: moyen ; **4** : court ; **5** : immédiat

Appui des responsables : **3** : Aucun ; **2** : modéré ; **1** : important

Tableau XXVIII: priorisation des solutions

Critères Solution	Faisabilité	Coût	Délai de mise en œuvre	Appui des responsables	Score	Rang
Renforcement personnel médical	20	17	18	17	72	1
Etablissement de garde médicale	14	19	15	17	65	2
Renforcement de la communication	17	10	14	13	54	5
Redéfinition des rôles et responsabilités	19	12	16	16	63	3
Réorganisation du service	13	13	15	13	54	5
Renforcement du plateau technique	16	14	12	14	56	4
Mise en place d'un système de gestion rigoureuse	19	13	15	16	63	3

Le renforcement du personnel paramédical a été retenu comme solution prioritaire. L'application de cette solution permettra une meilleure prise en charge des patients hospitalisés et entraînera une amélioration du processus d'hospitalisation.

Nous avons donc retenu de travailler sur le renforcement du personnel paramédical.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Chapitre VII : Plan de mise en œuvre de la solution

I. Justification

Le renforcement du personnel paramédical a été choisi comme solution au problème d'organisation noté dans la prise en charge des patients hospitalisés du CMS de l'IPRES.

La mise en œuvre de la solution permettra de corriger les dysfonctionnements notés dans le processus d'hospitalisation et une meilleure organisation de la prise en charge des patients.

Il s'agira donc d'établir un plan de mise en œuvre avec les étapes suivantes :

- la fixation des objectifs ;
- l'élaboration du cadre logique ;
- l'élaboration du plan opérationnel ;
- l'élaboration du budget.

II. Objectifs du projet

II.1. Objectif général

Améliorer l'organisation du service d'hospitalisation

II.2. Objectifs spécifiques

- Renforcer le personnel paramédical d'ici décembre 2016 ;
- Mettre en place une nouvelle organisation de la prise en charge des patients hospitalisés d'ici décembre 2016 ;
- Répartir et redéfinir les rôles d'ici décembre 2016 ;
- Renforcer la communication au sein du service ;
- Etablir la garde médicale d'ici 2017.

III Cadre logique

Elaboration du cadre logique qui permet à toute structure particulièrement aux acteurs de la santé de se familiariser avec les principes du management tels que la planification, la gestion, le contrôle et l'évaluation.

Tableau XXIX : Cadre Logique

Hierarchisation des objectifs	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens/ source de vérification	Conditions critiques Hypothèse
OG : Améliorer la prise en charge des malades hospitalisés	-Taux de satisfaction des patients	-Enquête de satisfaction	-Engagement du médecin chef
OS1: Renforcer le personnel paramédical d'ici décembre 2016	Les agents sont recrutés	-Liste de garde	-Engagement de la direction et du médecin Chef
OS2 : Réorganiser la prise en charge médicales d'ici décembre 2016	-Existences de fiches de poste -Existence de manuel de procédures -Existence d'un plan de soins	-Cahier de traitement -Rapport d'activités	Engagement du médecin Chef
OS3 : Répartir les tâches et redéfinir les rôles d'ici décembre 2016	-le chef de service et le major sont nommés	-Note de service	Engagement des autorités
OS4 : Renforcer la communication au sein du service d'ici décembre 2016	-Existence de réunion mensuelle -Existence de staff médical - un dossier médical est établi pour chaque patient	-PV de réunion -Dossiers patients	Engagement médecin chef et du responsable du service
OS5 : Etablir la garde des	- la liste de garde	-Rapport	Engagement des autorités

médecins d'ici 2017	des médecins est établie	d'activités	
Résultats attendus			
R1: Disponibilité en nombre et en qualification du personnel paramédical	Liste de garde	-Rapport d'activités	-Volonté des autorités
R2 : Mise en place d'une bonne organisation de la prise en charge	-Existences de fiches de poste -Existence de manuel de procédures -Existence d'un plan de soins pour les malades	-Rapport d'activités des ressources humaines	Engagement du médecin chef et du responsabilité du service
R3 : Responsabilités bien situées, Respect des procédures	-Existence de responsable officiel du service -Existence de major officiel de service	Note de service	Engagement de la direction et du médecin chef
R4: Instauration d'une bonne collaboration et d'un esprit d'équipe, au sein du service	-Existence de réunion mensuelle -Existence de staff médical -Etablissement de dossier pour chaque patient	-PV de réunion -Rapport d'activités	Engagement du médecin chef et du personnel
R5: Sécurité de la prise en	-les listes de garde	-Planning de	Engagement des autorités

charge des patients, protection du personnel paramédical et de l'institution	sont établies	garde des médecins	
Activités			
A1: Recrutement de personnel paramédical	Les agents sont disponibles	Dossier du personnel	Volonté des autorités
A2 : Rédaction de fiches de postes A3 : Rédaction de manuel de procédures A4: Rédaction d'un plan de soins	-les fiches de postes sont disponibles -le plan de soins et le manuel de procédures sont disponibles	-Dossier du personnel -Rapport d'activités	Engagement des autorités
A5 : Nomination d'un responsable du service et d'un major de service	-Le responsable de service est nommé - le major de service est nommé	Note de service	Engagement des autorités
A6 : Organisation de réunion et de staff A7 : Rédaction de dossier pour les patients A8: Diffusion de la Charte du malade	-Existence de réunion mensuelle - Existence de dossier patient	-PV de réunion -Tableau d'affichage	Engagement du médecin chef
A9 : Etablir un planning pour astreinte des médecins A10 : Etablir un planning de garde des chauffeurs	Le planning est établi	Rapport d'activités des ressources humaines	-Engagement des autorités

IV. Plan opérationnel

En accord avec les responsables du service, le plan opérationnel dégage les objectifs mais également les activités à mener pour l'amélioration du processus d'hospitalisation.

Tableau XXX : Plan opérationnel

Plan opérationnel de solution					
But: Améliorer le processus de prise en charge des malades hospitalisés du CMS de l'IPRES/ Stratégie globale: Renforcer le personnel paramédical					
Objectif Général: Contribuer à améliorer la qualité dans la prise en charge des malades hospitalisés					
Activités	Cibles	Périodes d'exécution		Source de financement	Responsable
		Début	Fin		
OS1: Renforcement du personnel paramédical					
A1: Remplacement d'agent en arrêt maladie en congé et en disponibilité	02 assistantes infirmières	mai-16	juil-16	Fonds propres/budget 2016	Médecin chef, DRH
	2 infirmières d'Etat	mai-16	juil-16	Fonds propres/budget 2016	
A2: Régularisation des bénévoles	2 Infirmiers d'Etat	mai-16	juil-16	Fonds propres/budget 2016	"
	01 Assistante infirmière	mai-16	juil-16	Fonds propres/budget 2016	
A3: Recrutement de personnel	01 brancardier	mai-16	mars-17	Fonds propres/budget 2017	"
OS2: Réorganiser la prise en charge médicale des patients hospitalisés					
A1: Etablir des fiches de postes pour le personnel	Personnel médical et paramédical	juil 2016	déc-16	Fonds propres/budget 2016	Responsable du service d'hospitalisation

A2: Rédaction de protocoles de soins	Personnel médical et paramédical	juill-16	Déc-16	Fonds propres/budget 2016	Responsable du service
OS3: Répartir les tâches et redéfinir les rôles					
A1: Nommer le responsable du service	Médecin	déc-16	mars-17	Fonds propres/budget 2017	Médecin chef, DG
A2: Nommer un major	Infirmier	déc-16	mars-17	Fonds propres/budget 2017	Médecin chef, DG
OS4: Renforcer la communication					
A1: organisation de réunion	Personnel médical et paramédical	mai-16			Responsable du service
A2: organisation de staff	Personnel médical	mai-16			Responsable du service
A2: Rédaction de fiches pour la communication avec les patients	Patients, accompagnants	mai-16		Fonds propres/Budget 2016	Responsable et major du service
A3: Diffusion de la Charte du malade d'ici juin 2016	Patients, accompagnants et personnel	Mai 2016			Responsable du service
OS5: Etablir des astreintes médicales					
A1: Etablir un planning des astreintes pour les médecins	Personnel médical	mars-17		Budget 2017	Responsable du service
A2: Etablir un planning de garde des chauffeurs	Chauffeurs	mars-17		Budget 2017	Service gestion

V. Budget

Pour le renforcement du personnel paramédical d'ici Mars 2017, le budget est estimé à **Seize millions six cent soixante treize mille trois cent vingt huit mille (16 673 328) francs CFA.**

Tableau XXXI: Budget Plan de mis en œuvre de la solution retenue pour le CMS de l'IPRES

Activités	Montant
OS1: Renforcer le personnel paramédical d'ici Mars 2017	
A1: Remplacement d'arrêt maladie et de congés de maternité	
Remplacement arrêt maladie assistante infirmière (1)	3 001 476
Remplacement infirmière d'état en disponibilité (1)	
Remplacement congé de maternité infirmière d'état (2)	4 705 212
A2: Régularisation de bénévoles	
Infirmiers d'Etat (2)	600 000
Assistante infirmière(1)	360 000
A3: Recrutement	
Brancardier (1)	2 911 428
2 infirmiers d'Etat(2)	4 705 212
Total	16 823 328

Concernant les remplacements, des stages seront proposés avec une rémunération conforme au décret n°2015-777 du 2 juin 2015 fixant les règles applicables au contrat de stage.

VI. Suivi et évaluation

Le projet se déroulera sur une période de 8 mois (mai 2016 à Mars 2017).

Le suivi se fera par un comité composé du responsable et du major du service ainsi que du gestionnaire du CMS. Le comité est chargé de suivre l'état d'avancement du projet, de signaler les difficultés, de les surmonter avec les ajustements nécessaires. A cette fin, le comité se réunira tous les mois.

Pour mesurer l'impact du projet sur le processus de prise en charge des patients hospitalisés, une évaluation sera faite par le comité avec comme indicateurs :

- Le nombre et la qualification du personnel paramédical ;
- l'existence de fiches de postes et de protocoles de soins ;
- l'existence de procès-verbaux de réunions ;
- l'existence de planning de garde des médecins et des chauffeurs.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

RECOMMANDATIONS

Les recommandations portent sur l'organisation du CMS en général. et les différentes étapes du processus d'hospitalisation :

➤ **Aux autorités de l'IPRES**

- Revoir le statut juridique du CMS pour assurer la pérennité
- Augmenter le nombre de personnel qualifié
- Mettre en place un organigramme
- Renforcer le plateau technique
- Augmenter la capacité d'hospitalisation du centre
- Prendre en charge la restauration des patients et du personnel de garde
- Recruter un assistant social

➤ **Au Médecin chef du CMS**

- Mettre en place un système d'information médicale
- Mettre en place une bonne politique de maintenance
- Mettre en place un plan d'investissement pour l'acquisition de matériel
- Mettre en place un plan de formation pour le personnel
- Mettre en place un protocole de prise en charge des patients
- Application du manuel de procédure
- Mettre en place la garde médicale et biologique
- Nommer un responsable du service et du major
- Réactualiser le comité d'hygiène et de sécurité
- Renforcer la communication au sein du service
- Renforcer la communication avec les retraités

➤ **Au personnel du service**

- Améliorer l'accueil dans le service d'hospitalisation en diffusant la charte du malade et la fiche sur les conditions de séjour du patient.
- Respecter les directives du manuel de procédure
- Respecter les directives du protocole de prise en charge des patients

CONCLUSION

Les structures de santé sont confrontés le plus souvent à un problème d'organisation de leurs services qui impacte sur la qualité de la prise en charge. Or, l'obtention de la qualité dans cette prise en charge, repose sur une amélioration du processus.

Partant de ce constat, nous avons au cours de cette étude porté notre réflexion sur les différentes étapes du processus d'hospitalisation au niveau du CMS, constituées par l'accueil dans l'unité de soins, la prise en charge médicale et la sortie du patient.

L'approche par processus nous a permis d'en identifier et analyser les différentes étapes afin d'en faire ressortir les dysfonctionnements qui peuvent altérer la qualité des soins.

Elle nous a permis également de cerner les préoccupations du personnel et des patients hospitalisés, principaux acteurs du processus qui tournent autour d'un point essentiel : une bonne organisation de la prise en charge qui garantit la satisfaction du patient.

Il est clairement apparu que les contraintes organisationnelles notées au niveau du service d'hospitalisation entraînent des difficultés dans la prise en charge des malades et ont un impact négatif sur la durée moyenne de séjour, la qualité des soins, le degré de satisfaction des patients et les charges financières.

Il est ressorti de l'analyse du processus d'hospitalisation plusieurs anomalies dont les plus saillantes sont l'absence de garde médicale et biologique, les ruptures de médicaments et le déficit du personnel, notamment du personnel paramédical.

Le renforcement du personnel paramédical a été identifié comme mesure urgente, impérative mais présentement accessible, en termes de moyens, pour améliorer la prise en charge des patients hospitalisés au CMS.

Les préalables à la résolution du problème d'organisation identifié dans cette étude passent nécessairement par le renforcement du personnel paramédical constitué en majorité d'infirmiers d'Etat et d'assistants infirmiers. En effet ce sont les principaux acteurs qui sont en amont et en aval de ce processus, chargés de la surveillance et de l'administration du traitement.

Le renforcement du personnel paramédical ne peut se réaliser sans une bonne politique de recrutement, sans une volonté politique réelle des autorités de l'IPRES.

En effet, pour maîtriser et améliorer les différentes étapes du processus, il faut un personnel suffisant en nombre et en qualification. Car, la satisfaction des patients peut se mesurer à travers la compétence, la disponibilité et le comportement du personnel paramédical qui est le plus proche des malades.

Le mode de recrutement basé sur la compétence accompagné d'un style de management participatif permettra donc une bonne coordination et un bon suivi dans la prise en charge des patients hospitalisés au CMS de l'IPRES.

Nous ne saurons terminer cette étude sans attirer l'attention des autorités sur le vide noté au plan juridique et organisationnel de l'action sanitaire et sociale en général et qu'il urge de combler non seulement pour améliorer la qualité mais également pour maîtriser les charges. Cette maîtrise des charges passera nécessairement par une révision du système de gratuité.

Ce système de gratuité qui devrait faire la joie des bénéficiaires, devient problématique, aussi bien pour les dirigeants qui supportent les charges et la pression des corps de contrôle, le personnel médical qui réclame de bonnes conditions de travail que pour les patients qui se soucient de la qualité de la prise en charge. Il devient alors nécessaire d'encadrer, de réglementer ce système pour pérenniser l'action sanitaire et sociale et continuer d'assurer une prise en charge de qualité aux personnes âgées qui ont besoin d'être accompagnées pour mieux vieillir.

**RÉFÉRENCES
BIBLIOGRAPHIQUES**

ARTICLES

1. **Eleuthère J. Manga Zambo**, les transformations de la gestion hospitalière dans leurs modernes expressions juridiques et administratives, CAFRAD (Centre Africain de formation et de recherche administrative pour le développement), cahier africain d'Administration publique N° 56, 15.P.
2. **Lois Berry, Paul Curry (2012)**, Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients, Publié par la fédération canadienne des syndicats d'infirmiers et d'infirmières, 1ère édition, 90.P. www.fcsii.ca.
3. **Philippe Antoine**, (2006), la place et l'activité des personnes âgées dans sept capitales ouest-africaines, Aveiro, Portugal, 62.p.
« Article repris en partie et développe certains éléments d'une communication orale présenté au colloque International de l'AIDELF « Population et travail. Dynamiques démographiques et activités ».

MEMOIRE

4. **Coudray Baptiste (2011)**, étude de la prise en charge des personnes âgées au Sénégal à partir du centre de gériatrie gérontologie de l'IPRES à Dakar, EHESP, France, diplôme de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, 21.p.
5. **Diallo Abdoulaye Saliou (2006)**, Amélioration de la prise en charge des malades hospitalisés aux urgences de l'hôpital Principal de Dakar, CESAG, Dakar, 83.P.
6. **Hamoudi Amina (2011)** Impact de l'organisation de l'unité de soin au niveau de l'unité de réanimation polyvalente(2011), Ecole de formation paramédical Hussein Dey pour l'obtention d'un diplôme d'infirmier d'Etat, Alger, 58.P.
7. **Linda Lambert (2007)**, la sortie, un soin à part entière, université Champagne Ardenne, France, Institut des cadres de santé, 140.P.
8. **Medjahdi Safi Kawter (2006)**, l'impact de la surcharge du travail infirmier sur la qualité des soins Au niveau de service de médecine interne Hôpital CHORFA Ecole de formation paramédical chettia chlef, diplôme d'infirmier d'Etat, Alger, 77.P.

9. **Willemot Isabelle (2012)**, le management des cadres de santé : réduire les tensions organisationnelles pour améliorer la qualité de vie au travail, EHESP, France, diplôme de directeur des soins, 54.p.

RAPPORT ET ETUDE

10. **Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (2011)**, préparation de la sortie du patient, services évaluation des pratiques.

11. **Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie**, Enquête de suivi de la pauvreté (ESPSII) ANSD 2014, Sénégal.

12. **Annes Loones, Elodie David Alberola, Pauline Jauneau**, (2008), la fragilité des personnes âgées perception et mesures, centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie, département évaluation des politiques sociales, cahier de recherche n° 256,89.P.

13. **l'IGAS et Patricia Sitruk**, Impact des modes d'organisation de la prise en charge du grand âge, (2011), 121.P.

Rapport de synthèse établie par **Annie Fouquet, Jean jacques Tégoha** membres de l'IGAS et **Patricia Sitruk** conseillère générale des établissements.

14. **Institut de veille sanitaire** (2004), Gestion du risque infectieux d'origine alimentaire dans les unités de soins. Enquête de morbi-mortalité dues aux maladies infectieuses d'origine alimentaire, 52.P.

15. **J.B. Dureux et L. Maison (2007)**, réflexions sur la prise en charge des patients hospitalisés au CHU de Nancy, 17.P.

16. Loi du 3 avril 1975 relative aux institutions de Prévoyance Sociale

17. Loi 98-08 du 08 février 1998 Portant réforme hospitalière au Sénégal et 98-12 du 12 février relatif à la création, à l'organisation et fonctionnement des établissements publics de santé ;

18. Rapport d'activités CMS 2010 à 2012

19. Rapport d'activité 2014 Service Hospitalisation CMS

20. Rapport d'activité 2015 Service Hospitalisation CMS

21. Règlement intérieur et statut de l'IPRES

Site Internet

22. [www. Has-sante.fr/dossier du patient](http://www.has-sante.fr/dossier_du_patient)
23. [www.santepublique.eu.qualite des soins-définition](http://www.santepublique.eu/qualite_des_soins-definition)
24. [www.infirmier.com/prise en charge de la douleur/aspects médicaux](http://www.infirmier.com/prise_en_charge_de_la_douleur/aspects_medicaux)
25. [http : //fundaciferrueruela.com](http://fundaciferrueruela.com)
26. www.definition.marketing.com/definition/qualite
27. <http://humanitaire.revues.org/1254>
28. www.sante.gouv.sn

ANNEXES

Annexe1 : Organigramme de l'IPRES

Annexe 2 : Organigramme Du CMS

Annexe 3 : Guide d'entretien avec le personnel impliqué dans le processus d'hospitalisation

Annexe 4 : Guide d'entretien avec les patients hospitalisés

Annexe 5 : Article 27 du règlement intérieur

CESAG - BIBLIOTHEQUE