



CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION

CESAG SANTE

MBA GESTION DES SERVICES DE SANTE

OPTION : GESTION HOSPITALIERE

25^{ème} PROMOTION (2014-2015)



**MEMOIRE DE FIN DE FORMATION POUR L'OBTENTION DU MASTER OF BUSINESS
ADMINISTRATION (MBA) EN GESTION DES SERVICES DE SANTE**

THEME DU MEMOIRE

***CONTRIBUTION À L'AMÉLIORATION DU
FONCTIONNEMENT DU SERVICE D'ACCUEIL DES
URGENCES DANS LES EPS PAR LA REDUCTION DES
FACTEURS D'ENCOMBREMENT:
CAS DU CHN DE PIKINE***

Présenté par :

Dr David Simon DIÉMÉ

Dentiste Lieutenant-Colonel

Sous la Direction de :

Dr Malick NIANG

Enseignant associé au CESAG

Année 2014-2015

DEDICACES

Je dédie ce travail

A mon défunt père... « Paix à ton âme. »

A ma mère ... « Maman chérie, que le Tout-Puissant t'accorde santé et longue vie. »

A ma chère et tendre épouse et à nos trois « P'tites têtes de bois » ... « Aucun mot ne pourrait exprimer ce que vous représentez pour moi. Que Dieu vous bénisse. »

CESAG - BIBLIOTHEQUE

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont

- Au Docteur Malick NIANG, pour l'encadrement exceptionnel, qu'il nous a prodigué et pour tout le soutien qu'il a été pour toute la 25^{ème} promotion MBA-GSS, pendant et après notre séjour au CESAG.
- A la 25^{ème} promotion MBA-GSS du CESAG, « la grande promotion »...
- A tous mes amis du CESAG, surtout ceux, avec qui, j'ai partagé les cours intensifs d'anglais.
- A tout le personnel du CESAG, au département santé en particulier, et à toute l'équipe enseignante du MBA-GSS CESAG (2014-2015).
- A l'ensemble du personnel du Centre Hospitalier National de Pikine, particulièrement, à tout le personnel du service d'accueil des urgences.
- A tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à l'accomplissement de ce travail.

MERCI !!!

LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS

ACMU : Association Canadienne des Médecins d'Urgence
ANSD : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
BO : Bloc Opératoire
CAD : Centre Antipoison de Dakar
CDBPS : Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé
CG : Contrôle de Gestion
CHN : Centre Hospitalier National
CHNP : Centre Hospitalier National de Pikine
CHNU : Centre Hospitalier National Universitaire
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIM : Cellule d'Information Médicale
CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CMG : Centre Médical de Garnison
CMU : Couverture Maladie Universelle
CNAO : Centre National d'Appareillage Orthopédique
CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CS : Centre de Santé
CTE : Comité Technique d'Etablissement
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DPES : Document de Politique Economique et Social
DU : Département(s) d'Urgence
ECG : Electrocardiogramme
EPS : Etablissement(s) Public(s) de Santé
EPSNH : Etablissement(s) Public(s) de Santé Non Hospitalier(s)
HMO : Hôpital Militaire de Ouakam
HOGGY : Hôpital Général de Grand-Yoff
HPD : Hôpital Principal de Dakar
IAO : Infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation
IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
IHS : Institut d'hygiène sociale (IHS)

IRL : Indice de Rotation des Lits
ISF : Indice Synthétique de Fécondité
MAO : Médecin d'Accueil et d'Orientation
MEF : Ministère de l'Economie et des Finances
MSAS : Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
MSP : Ministère de la Santé et de la Prévention
NTIC : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
ODD : Objectifs de Développement Durable
OG : Objectif (s) Général (aux)
OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG : Organisation(s) Non Gouvernementale(s)
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie ou Oto-Rhino-Laryngologue
OS : Objectif (s) Spécifique (s)
PEC : Prise en Charge
PNA : Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PSE : Plan Sénégal Emergent
RA : Résultat (s) Attendu (s)
RGPHAE : Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Elevage
SAF : Service Administratif et Financier
SAMU : Service d'Assistance Médicale d'Urgence
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SIM : Service d'Information Médicale
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SRH : Service des Ressources Humaines
SSI : Service des Soins Infirmiers
SU : Service des Urgences
TOM : Taux d'Occupation Moyen
UHCD : Unités d'Hospitalisation de Courte Durée
UCSG : Unités de Court Séjour Gériatrique
ZAO : Zone d'Accueil et d'Orientation

TABLE DES MATIERES

DEDICACES	i
REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS	iii
LISTES DE FIGURES, DIAGRAMMES, GRAPHIQUES ET TABLEAUX.....	ix
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	4
CHAPITRE I : ANALYSE SITUATIONNELLE	5
1.1. ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT EXTERNE	5
1.1.1. Généralités sur le Sénégal	5
1.1.1.1. Géographie.....	6
1.1.1.2. Population.....	6
1.1.1.3. Economie	7
1.1.1.4. Administration.....	8
1.1.2. Le système de santé au Sénégal	8
1.1.2.1. Organisation du système sanitaire au Sénégal.....	8
1.1.2.2. La politique de santé au Sénégal	9
1.1.2.3. La situation sanitaire au Sénégal	9
1.1.2.4. L'offre de soins hospitaliers dans la région de Dakar	10
1.1.3. Le département de Pikine (Bassin d'attraction du CHNP)	13
1.1.4. Synthèse de l'analyse de l'environnement externe	14
1.2. ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT INTERNE	15
1.2.1. Présentation du Centre Hospitalier National de Pikine (CHNP).....	15
1.2.1.1. Historique et cadre juridique	15
1.2.1.2. Cadre géographique et architectural	15
1.2.1.3. Mission, but et objectifs.....	19
1.2.1.4. Organisation et activités	20
1.2.1.4.1. Organisation.....	20
1.2.1.4.2. Activités	22
1.2.2. Ressources.....	23
1.2.2.1. Ressources humaines.....	24
1.2.2.2. Ressources financières.....	24
1.2.2.3. Ressources matérielles.....	25
1.2.2.4. Partenariat.....	25
1.2.3. Présentation du service du service d'accueil des urgences (SAU) du CHNP	27
1.2.3.1. Personnel	29
1.2.3.2. Équipements	29
1.2.3.3. Activités.....	29

1.2.4. Synthèse de l'analyse de l'environnement interne du CHNP	30
1.3. IDENTIFICATION DES PROBLEMES ET PRIORISATION	31
1.3.1. Identification des problèmes	31
1.3.2. Priorisation (Choix du problème).....	32
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	34
2.1. PROBLEMATIQUE	34
2.1.1. Contexte et justification	34
2.1.2. Formulation et spécification.....	35
2.1.2.1. Formulation du problème	35
2.1.2.2. Spécification du problème	36
2.1.3. Dimensions du problème.....	36
2.1.3.1. Ampleur du problème.....	36
2.1.3.2. Importance du problème	37
2.1.3.3. Conséquences du problème	37
2.1.4. But, objectifs et intérêt de l'étude	38
2.1.4.1. But de l'étude.....	38
2.1.4.2. Objectifs de l'étude.....	38
2.1.4.3. Intérêts de l'étude	38
2.2. CADRE CONCEPTUEL	39
2.2.1. Définition des concepts	39
2.2.2. Les facteurs d'encombrement (Cadre de référence)	41
DEUXIEME PARTIE: METHODOLOGIE ET RESULTATS DE L'ENQUETE.....	42
CHAPITRE III : METHODOLOGIE	43
3.1. POPULATION ET TYPE D'ETUDE.....	43
3.2. METHODE ET TECHNIQUE D'ECHANTILLONNAGE.....	43
3.3. STRATEGIE DE RECHERCHE	43
3.3.1. Techniques et instruments de collecte des données	44
3.3.1.1. Les questionnaires	44
3.3.1.2. La grille d'observation.....	44
3.3.2. Revue documentaire.....	44
3.4. PRE-TEST.....	44
3.5. DEROULEMENT DE L'ENQUETE	44
3.6. DEPOUILLEMENT ET TRAITEMENT DES DONNEES.....	45
3.7. DIFFICULTES ET LIMITES DE L'ETUDE	45
CHAPITRE IV : RESULTATS DE L'ENQUÊTE	46
4.1. PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ENQUETE	46
4.1.1. Résultats du questionnaire soumis au personnel du SAU	46
4.1.1.1 Informations d'ordre général sur le personnel du SAU interrogé.	46

4.1.1.2. Informations relatives à l'expérience et la formation du personnel du SAU du CHNP	47
4.1.1.3. Informations relatives au SAU du CHNP.....	49
4.1.1.4. Informations relatives à l'encombrement du SAU	55
4.1.2. Résultats du questionnaire soumis aux usagers (patients) du SAU du CHNP	58
4.1.2.1. Informations d'ordre général sur les usagers du SAU interrogés.....	58
4.1.2.2. Informations relatives au SAU	59
4.1.2.3. Informations relatives à l'encombrement du SAU	61
4.1.3. Résultats du questionnaire soumis au personnel (hors SAU) du CHNP.....	66
4.1.3.1. Informations d'ordre général sur le personnel interrogé.	66
4.1.3.2. Expérience du personnel (hors SAU) du CHNP, interrogé, sur les SAU....	66
4.1.3.3. Informations relatives au SAU	67
4.1.3.4. Informations relatives à l'encombrement.	69
4.2. ANALYSE DES RESULTATS	70
4.2.1. Résumé des principaux résultats du questionnaire soumis au personnel du service d'accueil des urgences du CHNP.....	70
4.2.2. Résumé des principaux résultats des questionnaires soumis aux usagers et personnel hors SAU du CHNP.....	72
4.2.2.1. Résumé des résultats du questionnaire soumis aux usagers.....	72
4.2.2.2. Résumé des résultats des questionnaires soumis au personnel hors SAU du CHNP.....	74
TROISIEME PARTIE : DETERMINATION, ANALYSE ET PRIORISATION DES CAUSES - IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS	75
CHAPITRE V : DETERMINATION/ANALYSE ET PRIORISATION DES CAUSES .	76
5.1. PRESENTATION DES OUTILS	76
5.2. DETERMINATION ET ANALYSE DES CAUSES	76
5.2.1. Causes liées à la main d'œuvre	78
5.2.2. Causes liées à la méthode.....	78
5.2.3. Causes liées au milieu	79
5.2.4. Causes liées au matériel	79
5.2.5. Causes liées à la matière.....	80
5.3. HIERARCHISATION DES CAUSES.....	80
CHAPITRE VI : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS.....	82
6.1. IDENTIFICATION DES SOLUTIONS POSSIBLES	82
6.1.1. Revue de littérature	82
6.1.2. Revue des solutions possibles au SAU du CHNP.....	83
6.1.2.1. Solutions relatives au personnel	83
6.1.2.2. Solutions relatives à la structure.....	84
6.1.2.3. Solutions relatives à l'organisation.....	84
6.2. PRIORISATION DE LA SOLUTION RETENUE	84

QUATRIEME PARTIE : PLAN DE MISE EN ŒUVRE ET RECOMMANDATIONS	86
CHAPITRE VII: PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION	87
7.1. JUSTIFICATION	87
7.2. OBJECTIFS DU PROJET	87
7.2.1. Objectif général	87
7.2.2. Objectifs spécifiques	87
7.3. CADRE LOGIQUE	88
7.4. PLAN OPERATIONNEL	91
7.5. BUDGET	92
7.6. SUIVI ET EVALUATION	93
CHAPITRE VIII: RECOMMANDATIONS	94
CONCLUSION	96
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	98
ANNEXES	101

LISTES DE FIGURES, DIAGRAMMES, GRAPHIQUES ET TABLEAUX

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Aperçu de la situation géographique du Sénégal.....	5
Figure 2 : Limites sanitaires de la région de Dakar	11
Figure 3 : Situation géographique du CHN de Pikine	16
Figure 4 : Vue d'ensemble du CHNP.....	18
Figure 5 : Organigramme du CHNP	20
Figure 6 : Vue Schématique du Service des urgences du CHNP.....	28
Figure 7 : Circuit du patient au Service des urgences du CHNP.....	40
Figure 8 : Schéma récapitulatif des facteurs d'encombrement	41
Figure 9 : Diagramme d'ISHIKAWA.....	77
Figure 10 : Diagramme de PARETO.....	81

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Évolution du nombre de consultations au CHNP de 2009 à 2013.....	23
Graphique 2 : Evolution des consultations au SAU du CHNP de 2009 à 2013.....	34

LISTE DES DIAGRAMMES

Diagramme 1 : Expérience antérieure dans un service d'urgences	47
Diagramme 2 : Formation dans la prise en charge des urgences	48
Diagramme 3 : Formation en accueil.....	48
Diagramme 4 : Formation en accueil des urgences	48
Diagramme 5 : Appréciation des délais des résultats des examens complémentaires.....	49
Diagramme 6 : Appréciation de la qualité de l'environnement d'accueil au SAU.....	50
Diagramme 7 : Appréciation de l'organisation des formalités administratives.....	51
Diagramme 8 : Appréciation de la disponibilité des équipements.....	51
Diagramme 9 : Appréciation des effectifs du SAU du CHNP.....	51
Diagramme 10 : Appréciation de la compétence du personnel du SAU du CHNP.....	52
Diagramme 11 : Appréciation du comportement du personnel envers les patients.....	52
Diagramme 12 : Appréciation de l'organisation des soins et des examens.....	52
Diagramme 13 : Appréciation de l'environnement de travail.....	53
Diagramme 14 : Appréciation des relations avec les autres membres du service.....	53
Diagramme 15 : Appréciation de la coordination du travail les autres services.....	53

Diagramme 16 : Estimation de la suffisance des équipements.....	54
Diagramme 17 : Adéquation de la disposition des locaux du SAU selon le personnel.....	54
Diagramme 18 : Appréciation de la capacité d'accueil du SAU.....	54
Diagramme 19 : Appréciation de la charge de travail.....	55
Diagramme 20 : Estimation de l'état d'encombrement du SAU.....	55
Diagramme 21 : Relation encombrement et qualité de prise en charge des urgences.....	56
Diagramme 22 : Répartition selon le sexe (22a) et l'âge, des usagers interrogés.....	58
Diagramme 23 : Modalités d'accès des patients interrogés, au SAU du CHNP.....	60
Diagramme 24 : Informations reçues par les patients interrogés au SAU.....	60
Diagramme 25 : Estimation du niveau d'encombrement, selon les usagers.....	61
Diagramme 26 : Appréciation de la compétence du personnel.....	61
Diagramme 27 : Appréciation de l'adéquation des locaux du SAU à la fréquentation.....	62
Diagramme 28 : Appréciation de l'organisation du SAU par les usagers.....	62
Diagramme 29 : Appréciation du premier contact (réception) au SAU.....	63
Diagramme 30 : Appréciation des formalités administratives au SAU.....	63
Diagramme 31 : Appréciation des délais d'attente avant PEC au SAU.....	63
Diagramme 32 : Appréciation de la durée des soins au SAU.....	64
Diagramme 33 : Appréciation de l'attention du personnel soignant, aux patients.....	64
Diagramme 34 : Disposition des usagers à revenir, au SAU du CHNP, en cas de besoin.....	65
Diagramme 35 : Expérience antérieure, d'un autre SAU (du personnel hors SAU).	66
Diagramme 36 : Expérience antérieure, au SAU du CHNP (du personnel hors SAU).	66
Diagramme 37 : Appréciation de l'accueil au SAU du CHNP par le personnel hors SAU....	68
Diagramme 38 : Appréciation de la compétence du personnel du SAU.....	68
Diagramme 39 : Appréciation des effectifs du personnel du SAU.....	68
Diagramme 40 : Appréciation du niveau d'encombrement du SAU.....	69

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau 1 : Ressort territorial et districts sanitaires de la Région médicale de Dakar.....	11
Tableau 2 : Menaces et opportunités de l'environnement externe du CHNP.....	14
Tableau 3 : Données d'hospitalisations du CHNP de 2009 à 2013.....	23
Tableau 4 : Répartition comparative du personnel du CHNP par catégorie socio-professionnelle entre 2012 et 2014.....	24
Tableau 5 : Evolution du Chiffre d'Affaires de 2008 à 2014.....	24
Tableau 6 : Bilan en grande masse de fin d'exercice de l'année 2014.....	25
Tableau 7 : Capacité d'accueil du CHNP.....	25

Tableau 8 : Forces et faiblesses liées à l'environnement interne du CHNP.....	30
Tableau 9 : Priorisation des problèmes.....	33
Tableau 10 : Profil professionnel du personnel de SAU du CHNP interrogé.....	46
Tableau 11 : Répartition des participants selon l'ancienneté dans le service.....	47
Tableau 12 : Objets de plaintes des patients, selon le personnel du SAU.....	49
Tableau 13 : Motifs d'évacuation vers les autres structures hospitalières.....	50
Tableau 14 : Causes de l'encombrement du SAU selon le personnel	55
Tableau 15 : Répartition des patients interrogés selon le niveau d'étude (instruction).....	58
Tableau 16 : Répartition des patients interrogés selon l'activité professionnelle.....	59
Tableau 17 : Moyens de transport employés par les patients pour venir à l'hôpital.....	59
Tableau 18 : Répartition selon le profil, du personnel hors SAU du CHNP interrogé	66
Tableau 19 : Motifs de sollicitation du SAU du CHNP.....	67
Tableau 20 : Difficultés rencontrées au SAU du CHNP par le personnel hors SAU.....	67
Tableau 21 : Causes de l'encombrement du SAU, selon le personnel hors SAU.....	69
Tableau 22 : Classification des principales causes de l'encombrement du SAU du CHNP...80	
Tableau 23 : Critères de priorisation des solutions.....	84
Tableau 24 : Priorisation des solutions.....	85
Tableau 25 : Cadre logique.....	88
Tableau 26 : Plan opérationnel.....	91
Tableau 27 : Budget.....	92

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Evolution du personnel du CHNP entre 2011 et 2015.....	100
Annexe 2 : Investissements aux urgences (2015), CHNP.....	100
Annexe 3 : Grille d'observation pour l'état des lieux au SAU du CHNP.....	101
Annexe 4 : Questionnaire soumis au personnel du SAU du CHNP.....	102
Annexe 5 : Questionnaire soumis aux usagers / patients du SAU du CHNP.....	105
Annexe 6 : Questionnaire soumis au personnel hors SAU du CHNP.....	107

INTRODUCTION

Dans le langage courant, le terme d'urgence renvoie à une notion d'imprévu et à la nécessité d'une certaine célérité dans l'action ; célérité dont le défaut pourrait entraîner des conséquences potentiellement néfastes.

Dans le domaine de la santé, ces conséquences se traduisent par une menace de l'intégrité physique ou de la vie humaine, d'où la nécessité d'une prise en charge rapide et efficace des cas urgents, qui se présentent en milieu hospitalier.

L'accueil et le traitement des urgences, sont une fonction des structures hospitalières publiques et privées. C'est une mission essentielle d'un Etablissement public de santé et la prise en charge hospitalière des urgences peut être considérée comme un réseau avec:

- **en amont** la médecine de ville (médecine libérale), les services de secours (SAMU, SMUR, Sapeurs-pompiers...
- **au centre** du réseau le service d'accueil des urgences (SAU) de l'hôpital.
- et **en aval** des urgences, les services d'hospitalisation de l'hôpital (spécialités médicales), les services de références, les centres spécialisés, etc.

Le service d'accueil des urgences, communément appelé SAU, ou parfois service des urgences (SU), est le service hospitalier chargé d'accueillir et de prendre en charge toute personne se présentant en situation d'urgence médicale, chirurgicale, et même psychiatrique ou sociale. Son rôle principal est de lever l'urgence, et une fois le patient stabilisé, ce dernier peut :

- retourner chez lui et si nécessaire suivre des soins en ambulatoire,
- être retenu en observation, en hospitalisation de courte durée,
- ou alors être transféré dans un service spécialisé de l'hôpital ou évacué vers une autre structure sanitaire, selon sa pathologie.

Le SAU a pour mission d'accueillir 24 heures sur 24, sept (7) jours sur sept (7), sans sélection tous les patients (malades ou blessés) se présentant d'eux-mêmes ou amenés par les services de secours (Sapeurs-pompiers, Police, SAMU...), en situation clinique imprévue et ce, même sans pièce d'identité ou couverture sociale.

Cette conception de la prise en charge des urgences, est à l'origine d'une fréquentation sans cesse croissante du SAU, qui semble être perçu comme un service qui prodigue des soins sans discontinuité et " sans sélection". « *Le public espère y trouver un personnel compétent, qui lui fera passer en cas de besoin, des examens complémentaires et qui éventuellement pourra l'hospitaliser...* » VASSY C. [5]. Par ailleurs, le contexte socio-économique mondial de rareté des ressources, couplée à l'accroissement des besoins en matière de santé, a suscité le développement de nouveaux concepts tels le concept « Hôpital-entreprise » et a favorisé la transformation des structures hospitalières en unités de soins programmés, et la santé en produit

de consommation. Les patients, de plus en plus informés et désormais appelés clients exigent rapidité et qualité. Alexandre MANOUKIAN compare l'hôpital à un supermarché, où « *faire la queue et attendre son tour est considéré comme désagréable.* » [16]

La gestion de ce flux peu prévisible, de patients, dont la gravité de la pathologie est très variable (du simple mal être, à l'arrêt cardiaque) n'est pas toujours évidente. Il s'agira donc pour les SAU, de disposer de moyens conséquents et d'une organisation adéquate, pour jouer pleinement leur rôle. L'obtention de ces moyens, de la part de la tutelle administrative et dans un contexte marqué par les restrictions budgétaires, n'est pas toujours aisée. Il en résulte que la plupart des services d'urgences, de par le monde, se trouve confronté à des difficultés similaires: l'augmentation continue du nombre de leurs patients associée une rareté croissante des ressources et par conséquent, l'encombrement des services d'urgences hospitaliers, objet de notre étude.

Cette situation n'en est que plus préoccupante, dans nos pays en développement pour lesquels, les systèmes de santé se cherchent encore, en ce qui concerne les stratégies à développer, pour la prise en charge de la santé de nos populations.

Le Sénégal n'échappe pas à la règle. Avec la réforme hospitalière initiée en 1998, les Hôpitaux, érigés en Etablissements Publics de Santé (EPS), sont tenus de se doter de dispositifs de prise en charge des urgences pour remplir leur rôle de service public. Cependant malgré les efforts consentis, la plupart des stratégies de prise en charge des urgences dans nos hôpitaux, croulent sous le poids de dysfonctionnements, dont l'encombrement n'est pas le moindre, car ne disposant pas d'un service d'accueil des urgences digne de ce nom.

Vu l'importance du sujet, nous nous intéresserons dans ce mémoire aux facteurs d'encombrement des services d'urgences dans les EPS et particulièrement au SAU du Centre hospitalier National de Pikine, EPS de troisième niveau au Sénégal.

Pour réaliser ce travail, nous nous sommes fixé comme démarche :

- de faire l'analyse situationnelle de notre structure d'accueil par l'étude de l'environnement externe et interne. Cette analyse permet de déterminer les menaces et opportunités pour l'hôpital (environnement externe) ainsi que les forces et faiblesses de notre lieu d'étude (environnement interne),
- d'identifier les problèmes inhérents au fonctionnement du SAU et de les prioriser
- de déterminer les principales causes ces problèmes,
- d'identifier des solutions et de choisir une solution prioritaire à mettre en œuvre,
- et enfin de faire des recommandations en appoint aux solutions proposées.

PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

CHAPITRE I : ANALYSE SITUATIONNELLE

1.1. ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT EXTERNE

1.1.1. Généralités sur le Sénégal

Figure 1 : Aperçu de la situation géographique du Sénégal



(Source : Enquête démographique et de santé continue 2012-2013) [20]

1.1.1.1. Géographie

La République du Sénégal est située en Afrique Occidentale, dans la zone soudano-sahélienne comprise entre 12°8 et 16°41 de latitude nord et 11°21 et 17°32 de longitude Ouest.

Le pays couvre une superficie de 196 722 km² et est limitée au Nord par la Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la Guinée et la Guinée Bissau. La Gambie, qui est une enclave de terre sur le cours inférieur du fleuve du même nom, est située entre les régions de Kaolack et Kaffrine au Nord et de Ziguinchor, Sédhiou et de Kolda au Sud.

A l'Ouest, le Sénégal est ouvert sur l'Océan Atlantique avec 700 km de côte. Sa pointe Ouest est la plus occidentale de toute l'Afrique continentale.

C'est un pays plat dont l'altitude dépasse rarement les 100 mètres avec comme point culminant le Mont Assiriki (381 mètres), au sud-est du pays. [20]

Trois zones climatiques de faible, moyenne et forte pluviométrie s'étalent du nord au sud correspondant respectivement à une zone septentrionale désertique, une zone centrale faite de savanes arborées et à une forêt méridionale.

Le réseau hydrographique est constitué de quatre grands fleuves et de leurs affluents (le Sénégal, la Gambie, la Casamance et le Saloum), réseau que complètent quelques lacs et cours d'eau temporaires, notamment le lac de Guiers au nord dont il faut souligner l'importance pour la distribution nationale d'eau courante dans les foyers.

1.1.1.2. Population

Le dernier recensement général de la population et de l'habitat, de l'agriculture et de l'élevage (RGPHAE) [21], indique qu'en décembre 2013, la population résidente au Sénégal est de 13 508 715 habitants dont 49,9% d'hommes et 50,1% de femmes. Cette population se caractérise par sa jeunesse: l'âge moyen de la population est de 22,4 ans et la moitié de la population a 18,7 ans (âge médian). Cependant, elle est inégalement répartie entre les 14 régions administratives du pays. La région de Dakar, avec 3 137 196 habitants, est de loin la région la plus peuplée, alors que la région de Kédougou est la moins peuplée avec moins de 200 000 habitants (soit 151 715 habitants). En outre, avec une densité moyenne nationale de 69 habitants au Km², Dakar est la région la plus concentrée en peuplement avec 5 735 habitants au km² contre 9 habitants au km² à Kédougou. Il faut également souligner la particularité des villes de Guédiawaye et de Pikine dans la région de Dakar et celle de Touba dans la région de Diourbel qui sont plus peuplées que certaines régions. Cette situation est caractéristique de la forte tendance à l'urbanisation du fait de l'exode rural qui est à l'origine de la multiplication des bidonvilles.

Le fort taux de croissance démographique (2,69 % en 2012), dû essentiellement à une fécondité encore élevée (ISF de 5,0 en 2010-2011) et à une mortalité infantile en baisse (61 ‰ en 2005 et 47 ‰ en 2010-2011), entraîne une extrême jeunesse de la population (plus de 50 % sont âgés de moins de 20 ans).

Le taux d'analphabétisme, au niveau national, se situe à 65 % mais varie cependant d'une région à une autre : le plus faible est observé à Dakar (35 %) suivie de Ziguinchor (43 %). En dehors de Saint-Louis et Thiès, l'analphabétisme se situe à plus de 75 % dans les autres régions. Culturellement, bien que le Sénégal compte plus de 20 ethnies, plus de 90 % de la population appartient à cinq groupes ethniques dominants : Wolof (43 %), Pulaar (24 %), Sérér (15 %), Diola (5 %) et Mandingue (4 %).

La population du Sénégal est essentiellement musulmane (94 %). On y trouve aussi des chrétiens (4 %) ; les animistes et autres religions constituent les 2 % restants. [20]

1.1.1.3. Economie

Au plan économique, le Sénégal est très pauvre en ressources naturelles, Comparé aux autres pays du continent africain. Ses principales recettes proviennent de la pêche du tourisme et de l'agriculture saisonnière mais compte tenu de sa situation géographique et de sa stabilité politique, le Sénégal fait partie des pays africains les plus industrialisés, avec la présence de multinationales, majoritairement d'origine française et dans une moindre mesure américaine.

Cependant, les rapports du Document de Politique Economique et Social (DPES), formulé et validé en 2011, pour servir de cadre de référence à l'action du gouvernement et des partenaires au développement sur la période 2011-2015, mettent en exergue, entre autres, les différents problèmes d'ordre économique, auxquels le Sénégal est confronté. Les indicateurs sur la période 2005-2011 révèlent une stagnation relative de la pauvreté, expliquée en partie, par un taux de croissance du PIB par tête, d'environ de 0,5 % en moyenne par an. [23] Ces résultats mettent en évidence la fragilité de l'économie sénégalaise et sa capacité, dans le long terme, à améliorer de manière durable les conditions de vie des populations.

C'est de la nécessité d'inverser au plus vite cette situation, que le Sénégal s'oriente actuellement vers les Objectifs de Développement Durable (ODD) avec le Plan Sénégal Emergent (PSE) de l'actuel régime, en dépit de la quasi-certitude, de la non-atteinte des OMD, aux termes de l'année 2015. Le PSE a pour vision : «*Un Sénégal émergent en 2035 avec une société solidaire et dans un Etat de droit* » [26]. Il se traduit par une nouvelle stratégie visant à inscrire le Sénégal sur une nouvelle trajectoire de développement durable pour permettre l'éclosion d'entreprises performantes et compétitives et satisfaire la forte aspiration des populations à un mieux-être.

1.1.1.4. Administration

Au plan administratif, l'adoption de la loi 96-06 du 22 mars 1996, portant code des collectivités locales, établissait trois ordres de collectivités locales : les régions, les communes et les communautés rurales, avec à leur tête des conseillers élus et investis de compétences transférées dans plusieurs domaines, dont la santé.

La nouvelle organisation administrative, territoriale et locale du Sénégal est fixée par le décret du 10 septembre 2008. Le territoire passe ainsi de 11 à 14 régions administratives, avec comme dernières créations, Kafrine, Kédougou et Sédhiou, issues respectivement des anciennes régions de Kaolack, Tambacounda et Kolda. Les régions sont subdivisées en départements (au nombre de 45). On dénombre 165 communes (assimilées au milieu urbain), 123 arrondissements et 383 communautés rurales. [20]

Depuis 2014, l'architecture de la réforme de l'acte III de la décentralisation, préconise cependant, la suppression des régions en tant qu'entités décentralisées et leur remplacement par des pôles-territoires, à travers l'intercommunalité d'une part et d'autre part, le passage à la communalisation intégrale, c'est-à-dire l'érection de toutes les communautés rurales du Sénégal en communes de plein exercice.

1.1.2. Le système de santé au Sénégal

1.1.2.1. Organisation du système sanitaire au Sénégal

Le découpage sanitaire du territoire sénégalais consiste en régions médicales et districts sanitaires. En 2010, on dénombrait 14 régions sanitaires et quelques 75 districts sanitaires. Noter que les régions médicales correspondent aux territoires des régions administratives, alors que plusieurs districts sanitaires peuvent se retrouver dans un même département. [25]

Le système de santé du Sénégal est organisé selon une structure pyramidale, selon le scénario de développement sanitaire à trois niveaux, proposé par l'OMS en 1985 :

- **Le niveau central** : Il regroupe, outre le Cabinet du Ministre de la santé, le Secrétariat Général, des Directions et des Services rattachés. Il correspond au niveau stratégique et politique qui élabore et établit les grands axes de la politique de santé.
- **Le niveau intermédiaire** : Correspondant aux régions médicales. Au nombre de 14 au Sénégal, les régions médicales, couvrent chacune une aire d'intervention correspondante à celle de leur région administrative respective. Elles assurent la coordination, la supervision, l'inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région.
- **Le niveau périphérique** (Niveau opérationnel) : Il correspond au District sanitaire qui constitue une subdivision sanitaire proche des populations. C'est l'unité opérationnelle la

plus périphérique de la pyramide sanitaire. Il s'y applique la médecine dans son aspect quadridimensionnel : curatif, préventif, social et éducatif. Le district est constitué d'un ou de plusieurs centres de santé (CS) et englobe un réseau de postes de santé eux-mêmes supervisant les cases de santé et les maternités rurales.

La prestation privée (Cliniques, cabinets médicaux et para médicaux, postes de santé privés, confessionnels ...), de même que l'offre de santé des ONG et associations, viennent en complément à cette pyramide sanitaire, qui représente généralement les prestataires publics.

1.1.2.2. La politique de santé au Sénégal

La politique de santé trouve son fondement dans la Constitution Sénégalaise qui, en son article 8, garantit le droit à la santé et dispose en son article 17 que : «...L'Etat et les Collectivités publiques, ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles, en général et à celles vivant en milieu rural, en particulier, l'accès aux services de santé et au bien être... » [25]. La politique de santé reste basée sur les soins de santé primaires et prend en compte les engagements internationaux du Sénégal, vis-à-vis des organisations sous régionales, régionales et mondiales, en matière de santé. Elle s'articule autour des points suivants :

- L'accès aux soins de santé de qualité garanti à toute la population quel que soit le statut socio-économique ;
- L'approfondissement de la décentralisation et de la gouvernance sanitaire locale ;
- La promotion de la couverture de l'assurance du risque maladie ;
- La protection des groupes vulnérables ;
- Le renforcement du partenariat public-privé ;
- La promotion de la multisectorialité ;
- L'alignement de l'aide extérieure aux priorités sanitaires nationales ;
- La culture de la gestion axée sur les résultats.

1.1.2.3. La situation sanitaire au Sénégal

Le Sénégal compte aujourd'hui, pas moins de :

- 35 hôpitaux, dont onze (11) de niveau I, quinze (15) de niveau II et sept (07) de niveau III,
- 89 centres de santé (dont 20 sont en réalité des postes de santé faisant office de CS).
- 2 centres de santé psychiatriques (qui ne sont pas considérés ici comme des hôpitaux mais des centres de santé spécialisés),
- 1 257 postes de santé, dont 1 035 fonctionnels et 1 703 cases de santé fonctionnelles.

On constate ainsi, qu'en termes de couverture en infrastructures sanitaires, le Sénégal n'a pas encore atteint les normes relatives à l'hôpital et au centre de santé préconisées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Par contre, celle relative au poste de santé a été atteinte. Rappelons que ces normes sont de : un (01) hôpital pour 150 000 habitants ; un (01) centre de santé pour 50000 habitants et 1 poste santé pour 10 000 habitants. [20]

Ces deux dernières décennies sont cependant, marquées par une amélioration de la situation sanitaire, comme en atteste la tendance de la plupart des indicateurs, suivis par les programmes de santé. Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile bien qu'encore élevés, ont connu une baisse significative. En effet, le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 121 ‰ en 2005 à 72 ‰ en 2010-2011 et celui de la mortalité infantile est passée de 61 ‰ en 2005 à 47 ‰ en 2010-2011. Enfin, le rapport de mortalité maternelle s'établit à 392 pour 100 000 naissances vivantes en 2010-2011. [20]

Le PNDS accorde une place importante à la surveillance épidémiologique, à la santé de la reproduction, aux MST/Sida et au contrôle des maladies endémiques, notamment le paludisme. Cette dernière endémie qui est une des premières causes de morbidité, est en train de perdre du terrain, résultat à mettre notamment à l'actif du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP).

Le niveau de prévalence du VIH relativement faible au sein de la population générale âgée de 15 à 49 ans (0,7 % en 2010-2011) reste stable.

En 2010-2011, plus de 9 mères sur 10 (93 %), ont consulté du personnel médical formé, pendant la grossesse. Pour les naissances survenues au cours des 5 dernières années, en 2010-2011, 65 % des mères ont bénéficié de l'assistance d'un personnel médical formé à l'accouchement. La couverture vaccinale, chez les enfants de moins de cinq ans, est marquée par une amélioration (63 % en 2010-2011).

1.1.2.4. L'offre de soins hospitaliers dans la région de Dakar

La région de Dakar est subdivisée en 8 districts sanitaires (*Tableau 1 et Figure 2*), qui se répartissent dans ses quatre départements à raison de :

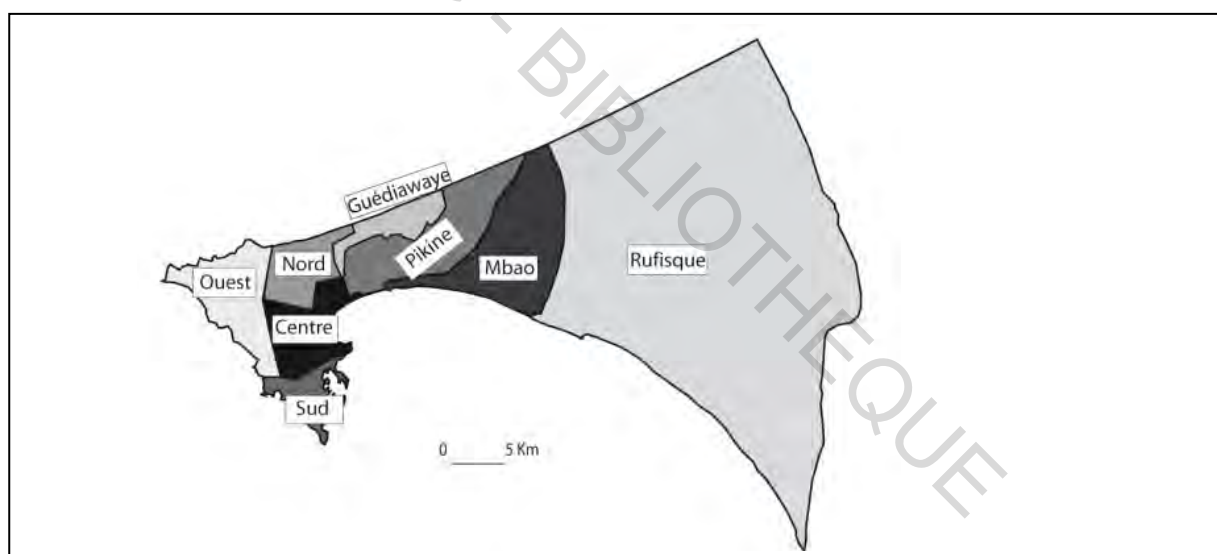
- 4 districts sanitaires dans le département de Dakar,
- 1 un dans celui de Guédiawaye,
- 2 dans celui de Pikine et
- 1 dans celui de Rufisque.

Tableau 1 : Ressort territorial et districts sanitaires de la Région médicale de Dakar

	Département	District sanitaire	Hôpital de District (Centre de Santé de référence)
Région Médicale de Dakar	Dakar	Nord	Nabil Choucair
		Sud	Institut d'Hygiène Sociale (IHS)
		Centre	Gaspard Camara
		Ouest	Philippe Maguilène Senghor
	Guédiawaye	Guédiawaye	Roi Baudoin
	Pikine	Pikine	Dominique
		Mbao	Khadim Rassoul
	Rufisque	Rufisque	Youssou Mbargane Diop

(Source : Arrêté ministériel n° 4807 MSPM-DS en date du 15 juin 2007 fixant le ressort territorial et la liste des districts sanitaires.) [22]

Figure 2 : Limites sanitaires de la région de Dakar



(Source : <http://eps.revues.org/1788>) [4]

Dakar compte 432 structures sanitaires dont 243 privées (56,3% de l'ensemble), c'est de loin, la région du pays la mieux dotée en infrastructures sanitaires, avec onze (11) hôpitaux dont (08) huit hôpitaux nationaux ou EPS 3 (Etablissements Publics de Santé de niveau 3) :

- L'Hôpital Principal de Dakar (HPD) : Hôpital d'instruction des Forces armées
- L'Hôpital Aristide Le Dantec
- Le Centre Hospitalier Universitaire de FANN
- L'Hôpital d'enfants Albert Royer
- L'Hôpital Général de Grand Yoff (HOGGY)

- Le Centre Hospitalier National de Pikine
 - Le Centre Hospitalier Abass NDAO (Qui est un hôpital communal)
 - L'Hôpital Psychiatrique de Thiaroye.
- (03) Trois autres hôpitaux :
- L'Hôpital militaire à Ouakam (HMO)
 - L'Hôpital Elisabeth Diouf de Diamniadio
 - L'Hôpital pédiatrique de Diamniadio,

A ces structures, s'ajoutent l'Hôpital « Dalal Diam » de Guédiawaye, un hôpital psychiatrique, en passe d'être inauguré, mais également, les Etablissements Publics de Santé non Hospitalier (EPSNH) que sont :

- Le Centre National d'appareillage Orthopédique (CNAO)
- Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS)
- Le Centre Talibou Dabo (Institution publique d'éducation et de réadaptation pour enfants handicapés physiques.)
- Le SAMU National
- La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA)
- Le Centre Anti Poison de Dakar (CAD)

En plus de ces EPS, la région compte 18 Centres de santé (dont 14 dans le département de Dakar), 107 postes de santé (dont 34 avec maternité), 8 maternités isolées (dont 4 dans le département de Pikine) et 25 Cases de santé (dont 16 dans le département de Rufisque).

Il faut également comptabiliser les Centres Médicaux de Garnison (CMG) des armées, dont certains sont dotés de laboratoires d'analyse et de Centres d'Odontostomatologie des Forces Armées (COSFA), des Postes de santé rattachés mais également des infirmeries de corps militaires et paramilitaires tels que la Police, les Sapeurs-Pompiers et l'infirmerie de la Gendarmerie Nationale, dont l'envergure et les prestations lui ont valu l'appellation d'« infirmerie-Hôpital ».

1.1.3. Le département de Pikine (Bassin d'attraction du CHNP)

Le Centre Hospitalier National de Pikine (C.H.N.P) est implanté à Pikine, ville du Sénégal, née en 1952 de la volonté des autorités coloniales de contrôler la croissance urbaine du Cap-Vert, et qui connaît depuis une croissance démographique rapide et soutenue (979 792 habitants en 2012 avec une évolution tendancielle de 1 046 004 habitants en 2015.) [17]

Pikine constitue, avec Dakar, Guédiawaye et Rufisque, l'ensemble des quatre départements de la région de Dakar. La centralité (situation géographique) de Pikine par rapport à la ville de Dakar et celle de Rufisque lui confère une position stratégique dans la trame urbaine et paysagère de la capitale par le fait qu'on y retrouve aujourd'hui :

- la plus grande zone industrielle du Sénégal
- deux des plus grands ensembles naturels urbains du pays (la grande Niaye de Pikine et la forêt de Mbao)
- le réceptacle de la plus grande décharge non contrôlée du Sénégal (Mbeubeuss)
- la plus grande concentration de quartiers spontanés du pays (Guinaw rails, Médina Gounass, Santa Yalla, Ben Baraque; etc.)
- le front d'urbanisation le plus dynamique du pays
- le terrain d'expérimentation le plus fertile en matière d'initiatives populaires urbaines.
- le territoire de mise en œuvre de certains grands projets urbains de la période récente (Autoroute à péage, Pôle urbain de Diamniadio...).

En ce qui concerne la couverture sanitaire, le département de Pikine compte :

- 3 Hôpitaux (1 hôpital pour plus de 300.000 habitants)
- 3 Centres de santé
- 36 postes de santé publics ;
- 5 cliniques privées ;
- 3 dispensaires militaires ;
- 5 postes de santé parapublics (dispensaires d'entreprises) ;
- 5 dispensaires confessionnels

1.1.4. Synthèse de l'analyse de l'environnement externe

L'étude de l'environnement externe du CHNP, nous a permis, de mettre en exergue les menaces auxquelles le CHNP est exposé et les opportunités qui se présentent à elle, dans le tableau suivant :

Tableau 2 : Menaces et opportunités de l'environnement externe du CHNP

MENACES	OPPORTUNITES
<ul style="list-style-type: none"> - Situation en zone inondable (difficulté d'accès, réduction de la fréquentation en période hivernale) - Zone géographique des Niayes (pullulation d'insectes et de nuisibles) - Banlieue (Pauvreté des populations, faible taux d'alphabétisation, chômage...) - Facteurs socioculturels (faible culture d'assurance ou d'épargne maladie, recours initial aux guérisseurs traditionnels...) - Absence de mécanismes de prise en charge précoce et de prévention des maladies - Non-respect de la pyramide sanitaire - Zone de forte démographie - Seul EPS 3 à caractère général de la banlieue dakaroise. 	<ul style="list-style-type: none"> - Environnement politique stable - Volonté de l'Etat à l'amélioration de la situation sanitaire du pays (soutien au développement des hôpitaux, adhésion aux OMD et ODD, mise en œuvre du PSE, objectif d'assurance maladie universelle avec la CMU...) - Exigences croissantes de qualité des soins par la population (Stimulation positive pour l'hôpital) - Présence d'autres hôpitaux et structures sanitaires privées - Proximité de l'autoroute à péage et de la route nationale N°1 - Proximité du camp militaire (Sécurité dissuasive) - Présence de partenaires potentiels (Banques, fournisseurs, industries...)

(Source : nous-même)

1.2. ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT INTERNE

1.2.1. Présentation du Centre Hospitalier National de Pikine (CHNP)

1.2.1.1. Historique et cadre juridique

Le Centre Hospitalier National de Pikine (CHNP) est né de la coopération entre le royaume d'Espagne et la République du Sénégal. Sa construction a démarré en 2001 et l'Hôpital réceptionné par le Sénégal en 2003. Le démarrage des activités remonte au mois de 2006 par les services de consultation et d'aide aux diagnostics (radiologie et laboratoire), ensuite en août 2006, les services d'hospitalisation de Médecine interne et de Pédiatrie ont suivi et après son inauguration officielle par Monsieur le Président de la République Me Abdoulaye WADE, en décembre 2006, les services de Maternité, des Urgences, du Bloc opératoire, de la Chirurgie et de la Réanimation ont démarré leurs activités.

L'hôpital de Pikine a été érigé en Établissement Public de Santé Hospitalier (E.P.S.H.) de niveau III par décret n° 2007-317 du 1er mars 2007. Les membres du Conseil d'Administration ont été aussi nommés par décret n° 2008-410 du 22 Avril 2008 et installés le 23 octobre 2008.

Le statut et le fonctionnement du CHNP reposent donc sur les lois relatives à la réforme hospitalière et au fonctionnement des EPS, à savoir :

- la loi 98-08 du 02 Mars 1998 portant réforme hospitalière
- la loi 98-12 du 02 Mars 1998 relative à la création, l'organisation et au fonctionnement des Etablissement Publics de Santé.
- et le Décret 2001-540 du 26 avril 2011 portant régime financier et comptable des EPS, des agences et autres organismes publics.

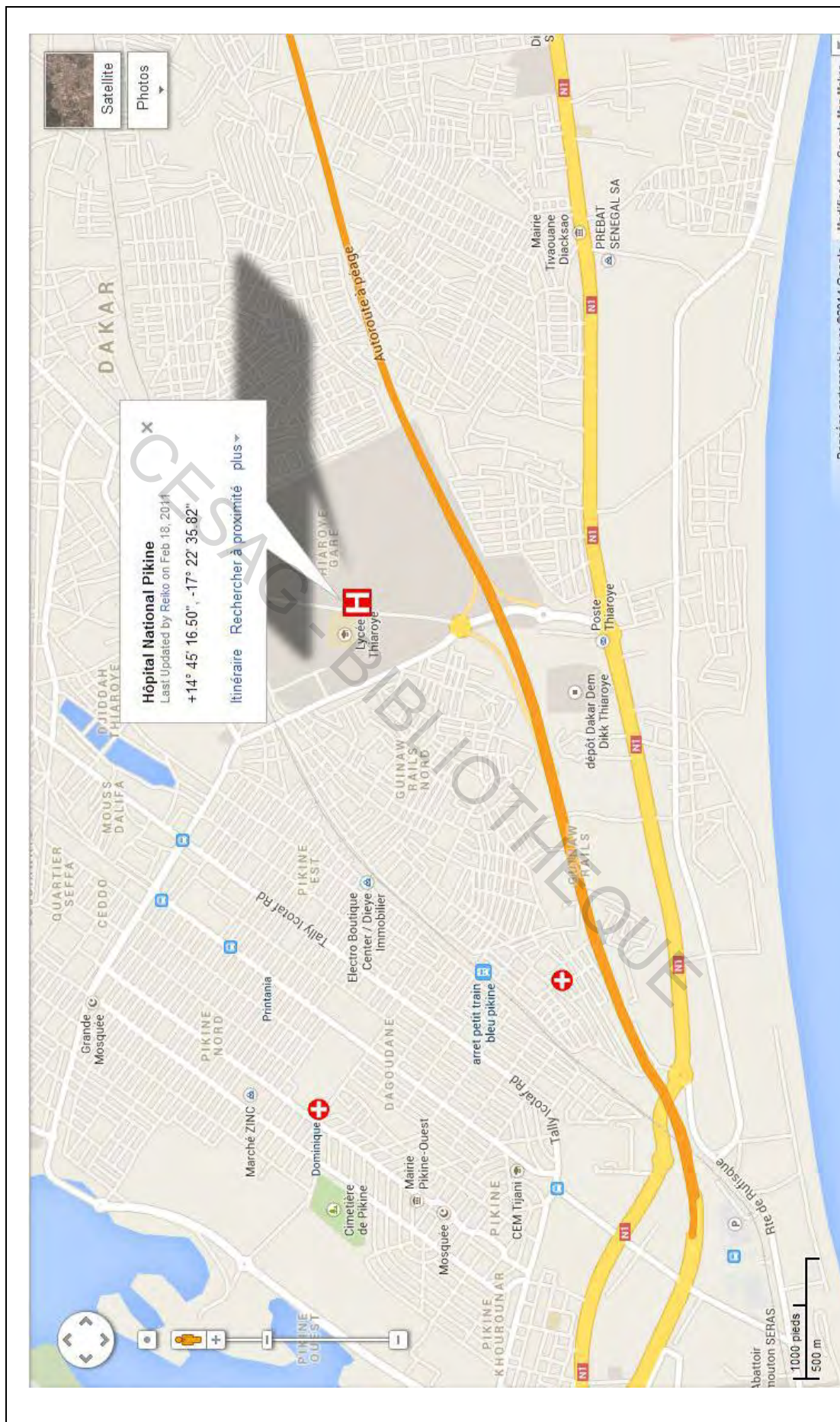
Le CHNP est donc sous double tutelle :

- celle du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS)
- et celle du Ministère de l'Economie et des Finances (MEF)

1.2.1.2. Cadre géographique et architectural

Sis dans l'arrondissement de Pikine-Dagoudane et plus précisément dans la commune d'arrondissement de Guinaw-Rail Nord, le CHNP est construit dans une zone comprise à l'origine dans l'enceinte du Camp Militaire de Thiaroye, à 15 km de la ville de Dakar et à proximité de l'autoroute à péage. (*Figure 3*)

Figure 3 : Situation géographique du CHN de Pikine



(Source : Google Map)

Géographiquement, l'hôpital est limité :

- à l'Est par la commune d'arrondissement de Diamaguène-Sicap Mbao ;
- à l'Ouest par la commune d'arrondissement de Guinaw Rail Sud ;
- au Nord par la commune d'arrondissement de Thiaroye gare ;
- et au Sud par la commune d'arrondissement de Thiaroye sur mer.

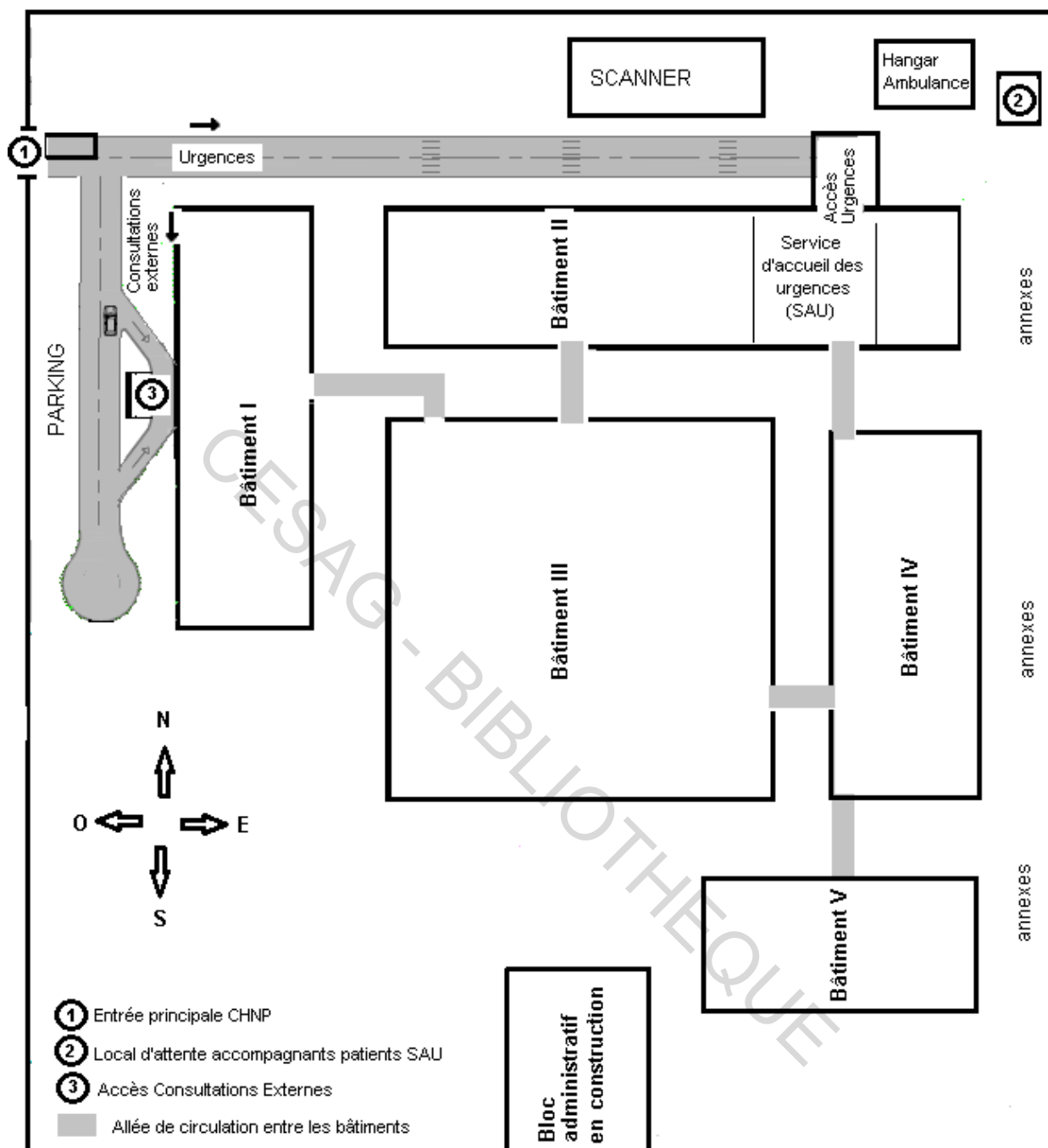
Seul hôpital général de niveau III de la banlieue dakaroise, il est au cœur des populations lourdement affectées par la précarité, les maladies endémiques et les inondations.

L'architecture est de type pavillonnaire. Le CHNP couvre une superficie de 4,5 hectares avec plus de la moitié de la surface bâtie. Il comprend cinq (05) bâtiments et des annexes reliés par un système de couloirs couverts facilitant les déplacements d'un service à l'autre surtout en cas d'intempéries :

- Le bâtiment I comprend le bloc administratif et les consultations externes ;
- Le bâtiment II comprend la pharmacie centrale, la physiothérapie, les services d'aide aux diagnostics (laboratoire, banque de sang, imagerie médicale), les urgences, la morgue et le laboratoire d'anatomo-pathologie ;
- Le bâtiment III comprend les services d'hospitalisation de Pédiatrie, de Gynécologie obstétrique, de Chirurgie (Chirurgie générale, Ophtalmologie, ORL), de médecine interne;
- Le bâtiment IV comprend le bloc technique (salle d'accouchement, bloc opératoire, soins intensifs) et les salles de gardes ;
- Le bâtiment V comprend le service technique de maintenance, les magasins, la buanderie, la cuisine et le réfectoire ;
- Les annexes comprennent :
 - * le bloc de l'ancienne salle de formation ;
 - * l'unité d'incinération ;
 - * la nouvelle salle de formation ;
 - * les logements de fonction ;
 - * les stations d'épuration ;
 - * l'espace de loisirs aménagé par les membres de la mission médicale chinoise.

Le CHNP dispose d'une partie non aménagée, sur laquelle un nouveau bâtiment administratif est en construction, et dont la mise en fonction, devrait permettre l'extension d'autres services (notamment, le service des consultations externes) sur leurs anciens locaux.

Figure 4 : Vue d'ensemble du CHNP.



(Source : nous-même)

1.2.1.3. Mission, but et objectifs

➤ Mission

L'article premier de la loi 98-08 du 02 Mars 1998 [24], portant réforme hospitalière stipule que : « Les établissements hospitaliers assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient. Ils assurent le cas échéant leur hébergement. La qualité de la prise en charge des patients constitue un objectif essentiel pour établissement hospitalier. Ils participent à des actions de santé publique dans la limite de leur compétence. »

Comme tout Etablissement Public de Santé (EPS), le CHNP a donc une mission de service public. Il se doit de garantir à tout citoyen, un accès équitable à des soins de qualité.

En sa qualité d'EPS de troisième niveau le CHNP doit également jouer un rôle important dans l'enseignement et la formation professionnelle continue (personnel médical et para médical, étudiant en médecine, stagiaires ...), les CHU étant plus particulièrement impliqués dans ce rôle, dans la prévention sanitaire (dépistage de certaines maladies), mais aussi participer à la recherche scientifique et médicale.

➤ But

Le but de la mission des EPS est d'assurer une offre de soins conforme au Plan National de Développement Sanitaire et Social 2009-2018 et aux demandes des populations ; mais également de promouvoir le rendement et l'efficacité des prestations offertes aux usagers.

➤ Objectifs

Les objectifs, que s'est fixés, le CHNP sont :

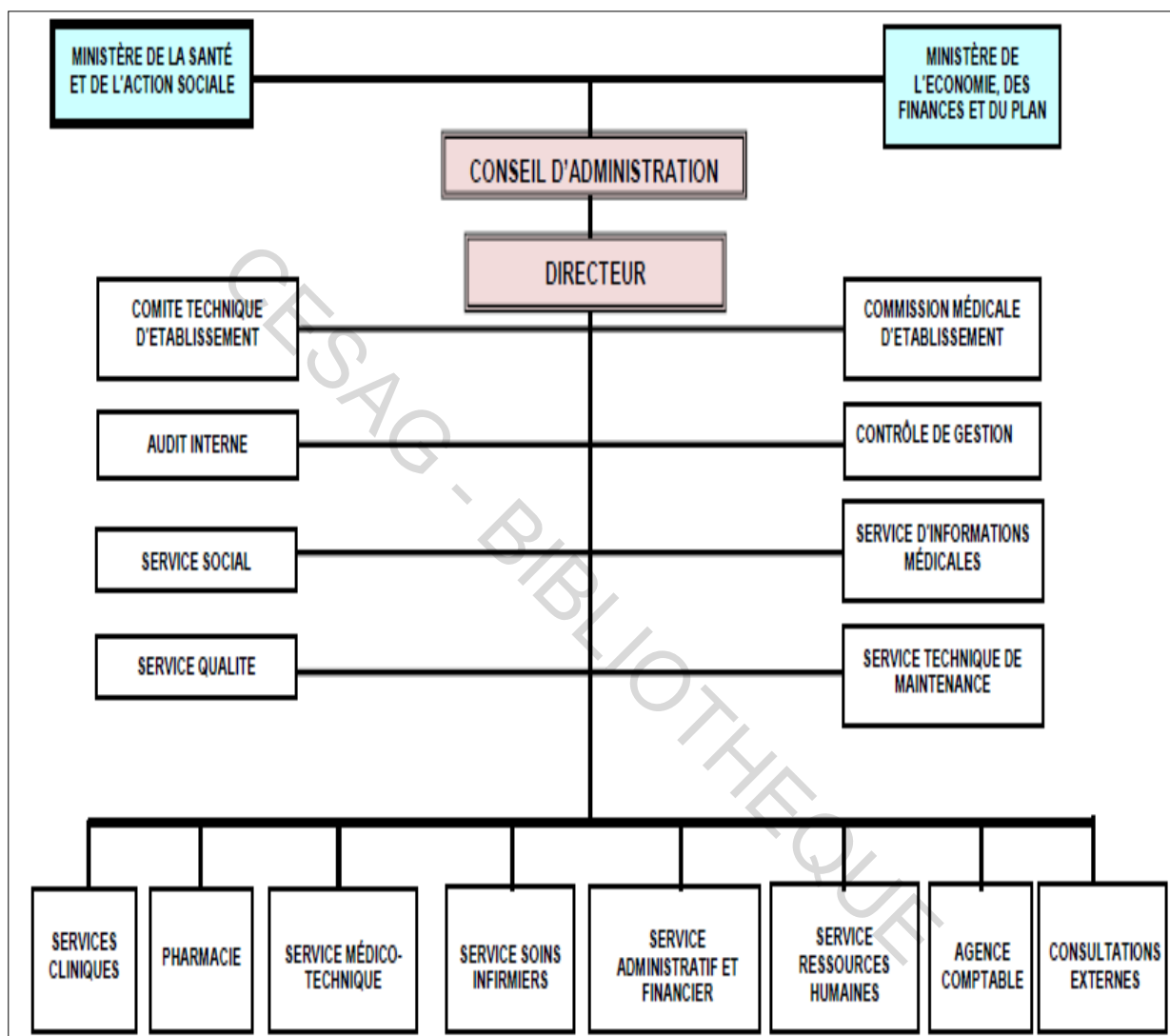
- Réduire la morbidité et la mortalité maternelle, infantile, les affections aiguës et les maladies non transmissibles;
- Faciliter l'accessibilité des prestations aux utilisateurs ;
- Garantir la disponibilité des moyens de diagnostic, de traitement et de surveillance ;
- Mettre en place une politique de qualité des prestations ;
- Promouvoir les activités de prévention médicale à l'interne ;
- Promouvoir la réactivité de la structure face à des situations de catastrophes ;
- Développer et mettre en œuvre un programme continu de recherche et de formation ;
- Pérenniser la disponibilité des documents.

1.2.1.4. Organisation et activités

1.2.1.4.1. Organisation

L'organisation et le fonctionnement du CHNP s'articulent sur un organigramme de type hiérarchique (Figure 5) :

Figure 5 : Organigramme du CHNP



(Source : CHNP, Projet d'établissement 2015-2019). [28]

➤ Les organes d'aide à la décision

Ils sont constitués :

- du Conseil d'Administration (CA)
- de la Commission Médicale d'Établissement (CME)
- et du Comité Technique d'Établissement (CTE)

➤ Les services

Les différents services recensés au CHNP sont les suivants :

- La Direction
- Le service administratif et financier SAF
- Le service d'audit interne
- Le service du contrôle de Gestion
- Le service des Ressources Humaines
- Le service de l'agence comptable
- Le service qualité
- Le service d'informations médicales
- Le service social
- Le service technique de maintenance
- Les services logistiques :
 - La buanderie
 - La morgue
 - La cuisine
 - La division hygiène et sécurité
 - Les archives
- Les services médicaux et paramédicaux:
 - Le service des consultations externes qui offre diverses prestations (Médecine générale, médecine interne, ophtalmologie, ORL, odontostomatologie, pédiatrie, dermatologie, gynéco-obstétrique, chirurgie, cardiologie, urologie, orthopédie, neurologie, anesthésie-réanimation.)
 - Le service d'accueil des urgences médicales (Objet de notre étude)
 - Les services d'hospitalisation qui comprennent :
 - la médecine interne
 - la chirurgie
 - la gynéco-obstétrique
 - les soins intensifs
 - la pédiatrie
- La pharmacie
- L'imagerie médicale
- Le laboratoire d'analyses médicales

1.2.1.4.2. Activités

➤ Les prestations offertes sont :

- la médecine interne et générale ;
- la gynécologie obstétrique ;
- la pédiatrie ;
- la chirurgie générale, et la chirurgie orthopédique ;
- l'ophtalmologie ;
- l'odontostomatologie et la prothèse dentaire adjointe ;
- l'oto-rhino-laryngologie (ORL) ;
- la réanimation (chirurgicale et médicale) ;
- les analyses de laboratoire (Biochimie, Bactériologie, Parasitologie, Sérologie, Hématologie, etc.),
- la cardiologie ;
- la dermatologie ;
- la médecine du travail ;
- la physiothérapie ;
- l'imagerie médicale (Scanner Radiologie standard, endoscopie, échographie cardiaque, mammographie, etc.),
- et l'acupuncture, grâce à la mission médicale chinoise.

➤ Evolution des activités

- Les consultations

Le rythme des consultations a connu une légère progression entre 2009 et 2010. Par contre ces consultations ont évolué d'une manière significative entre 2010 et 2013. Cette situation peut s'expliquer par l'ouverture, à partir du dernier trimestre 2010, de nouvelles activités de consultation (urologie, orthopédie et chirurgie pédiatrique...) (cf. Graphique 1).

Graphique 1 : Évolution du nombre de consultations de 2009 à 2013



(Source : CIM, CHNP, 2014)

- Les hospitalisations

Tableau 3 : Données d'hospitalisations du CHNP de 2009 à 2013

Années	Malades Hospitalisés	Journées d'hospitalisation	Décès	TOM	DMS	IRL
2009	3754	26229	159	64,2 %	7,0	33,5
2010	5754	27357	195	66,9 %	4,8	51,4
2011	6853	30548	279	73,4 %	4,5	60,1
2012	7258	32007	277	76,9 %	4,4	63,7
2013	7185	31889	277	76,6 %	4,4	63,0

(Source : CIM, CHNP, 2014)

Entre 2009 et 2013, le nombre de malades hospitalisés, les journées d'hospitalisation, le nombre de décès, le Taux d'Occupation Moyenne (TOM) de même que l'indice de rotation des lits (IRL) ont nettement augmenté. La corrélation entre ces différents indicateurs est un facteur qui justifie cette évolution.

Toutefois, la diminution de la Durée Moyenne de Séjour (DMS), qui est passé de 7,0 jours à 4,4 jours est sans nul doute, due à l'amélioration continue du plateau technique et de la qualité des prestations.

1.2.2. Ressources

La mission assignée aux EPS, donc au CHNP ne pourra être menée à bien que si l'Hôpital dispose des moyens adéquats (ressources humaines, financières et matérielles conséquentes).

1.2.2.1. Ressources humaines

Les effectifs du CHNP sont passés de 222 agents en 2012 à 222 agents en 2014, toutes catégories confondues. (Cf. Tableau ci-dessous)

Tableau 4 : Répartition comparative du personnel du CHNP par catégorie socioprofessionnelle entre 2012 et 2014

Catégorie socioprofessionnelle	2012		2014	
	Total	Pourcentage	Total	Pourcentage
Personnel paramédical	106	48 %	121	50 %
Personnel administratif	59	27 %	52	21.5 %
Personnel médical	29	13 %	41	17 %
Personnel technique et de soutien	28	13 %	28	11.5 %
EFFECTIF TOTAL	222	100 %	242	100 %

(Source : SRH, CHNP, 2012 et 2014)

En vue de faire face à l'accroissement des activités au niveau des services, l'hôpital de Pikine a engagé du personnel bénéficiant pour l'essentiel de contrat de prestation et de vacation. C'est ainsi qu'un programme de recrutement de quinze (15) agents en moyenne par an a été mis en œuvre, permettant la régularisation de soixante (60) agents, entre 2011 et 2015.

(Voir annexe 1 : Evolution du personnel entre 2011 et 2015).

1.2.2.2. Ressources financières

Les ressources financières proviennent des recettes propres de l'établissement, des subventions de l'Etat et de financements divers (partenariat, CEPOM...)

Nous avons choisi les données de l'évolution du chiffre d'affaires de 2008 à 2014, celles de 2015 étant en cours de validation. (Cf. Tableau 6)

Tableau 5 : Evolution du Chiffre d'Affaires de 2008 à 2014.

Années	Chiffre d'Affaires
An 2008	988 514 408
An 2009	953 207 914
An 2010	1 054 056 602
An 2011	1 230 829 363
An 2012	1 441 997 637
An 2013	1 496 595 987
An 2014	1 612 958 476

(Source : CHNP, Etats financiers 2014)

En dehors d'une légère baisse entre les années 2008 et 2009, nous pouvons noter que le chiffre d'affaire du CHNP connaît une évolution positive entre 2008 et 2014.

Tableau 6 : Bilan en grande masse de fin d'exercice de l'année 2014

ACTIF	MONTANT	PASSIF	MONTANT
Actif immobilisé	5 598 442 529	Ressources circulant	5 853 602 119
Actif circulant	568 777 535	Passif stable	396 364 106
Trésorerie-Actif	82 746 161	Trésorerie-Passif	
TOTAL ACTIF	6 242 966 225	TOTAL PASSIF	6 242 966 225

(Source : CHNP, Etats financiers 2014)

Le bilan est arrêté à l'actif comme au passif, à la somme de 6.242.966.225 FCFA, comme le veut, l'obligation faite aux établissements publics, d'équilibrer les comptes.

1.2.2.3. Ressources matérielles

Les ressources matérielles comprennent les équipements et matériels biomédicaux (Scanner, appareils de radiographie, de fibroscopie, électrocardiogramme (ECG), Electroencéphalogramme (EEG), équipement de laboratoires...), les équipements de soutien (parc automobile, incinérateur, matériel de buanderie, de cuisine...) etc.

Le CHN de Pikine dispose d'une capacité de cent vingt-deux (122) lits, répartis selon les services de la façon suivante (tableau 8)

Tableau 7 : Capacité d'accueil du CHNP

Services	Lits théoriques	Lits installés
Médecine interne	27	27
Maternité Gynécologie	32	32
Pédiatrie	26	24
Chirurgie Générale et spécialités chirurgicales	21	21
Soins intensifs	8	8
Urgences	10	10
TOTAL	124	122

(Source : CIM, CHNP, 2014)

1.2.2.4. Partenariat

Le CHNP dispose d'un bureau de Partenariat Public Privé (PPP) avec des activités inscrites au plan d'action 2012-2015 du CHNP validé par la Direction et concernant :

- l'identification et le recensement des partenaires,
- la contractualisation à travers les conventions,
- la promotion des activités de partenariat,
- la recherche de financements pour certaines activités jadis prises en charge par le budget.

Dans le cadre du raffermissement des relations de coopération entre la République Populaire de Chine et la République du Sénégal, une mission médicale chinoise séjourne au sein du CHN de Pikine, depuis 2007. Cette mission dont le but principal est de contribuer à l'épanouissement du secteur sanitaire et social au Sénégal est renouvelée tous les deux ans.

L'actuelle mission est composée de 13 membres parmi lesquels on note un chef de mission, une interprète, un cuisinier, des médecins (radiologue, chirurgien, chirurgien généraliste, orthopédiste, biologiste, ophtalmologue, ORL, Acupuncture/kinésithérapeute, pneumologue) et une infirmière de bloc qui travaillent en étroite collaboration avec le personnel du CHN de Pikine dans les domaines suivants :

- en consultations : en ORL et en ophtalmologie, au service de rééducation fonctionnelle et médecine traditionnelle chinoise où le nombre de patients traités en acupuncture est passé de 965 en 2009 à 1554 en 2012 témoigne de l'intensité de la demande et de l'intérêt que portent les populations à cette spécialité;
- en Chirurgie générale et orthopédique ;
- au Bloc opératoire ;
- dans les services d'aides au diagnostic ;
- au laboratoire ;
- à l'imagerie médicale.
- au Service d'Accueil des Urgences.

Au-delà de ces activités qu'elle mène au sein de la structure, la mission médicale chinoise organise régulièrement, à l'endroit des populations de la banlieue de Dakar, des séances de consultations et de remises gratuites de médicaments.

Des dons en équipements, des médicaments et du matériel sont remis chaque année au CHNP.

En outre, dans le cadre de la lutte contre le paludisme, un centre Chine-Sénégal de prévention et de traitement du paludisme d'une valeur de 120 millions de francs a été ouvert au sein de la structure.

Enfin, il faut souligner que du personnel paramédical et administratif du CHN de Pikine est souvent envoyé en Chine pour un renforcement de capacité à travers des programmes de formation. [28]

1.2.3. Présentation du service du service d'accueil des urgences (SAU) du CHNP

Avant de présenter le service d'accueil des urgences de l'hôpital de Pikine, nous allons d'abord rappeler, aux fins de comparaison, la structuration habituelle d'un SAU.

Les services d'urgences ou Services d'accueil des urgences sont généralement structurés en différents secteurs de soins ayant un objectif bien défini dans le parcours de prise en charge :

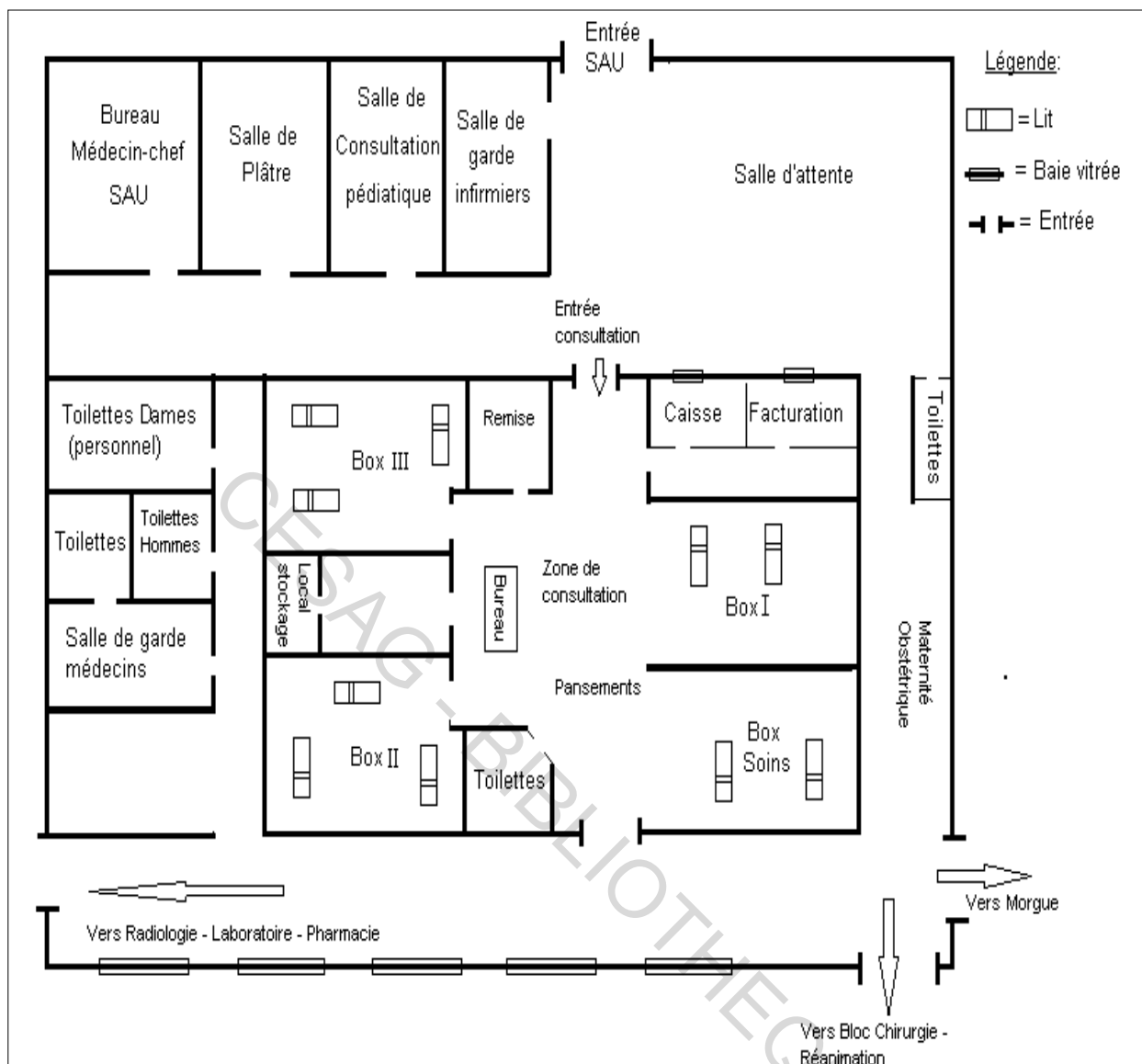
- **Une zone d'accueil et d'orientation**, avec un(e) IOA (Infirmier(e) d'accueil et d'orientation) qui permet de cibler la priorité de prise en charge du patient et d'évaluer tout risque vital chez une personne qui se présenterait par ses propres moyens.
- **Une zone de déchoquage** (également appelée salle d'accueil des urgences vitales) où sont soignés tous les patients véhiculés par le Samu, ainsi que ceux présentant un risque vital. Les premiers gestes de réanimation y sont donnés ainsi que des traitements adaptés.
- **Une zone de consultations** comprenant une dizaine de "box" où les personnes pourront être installées et interrogées sur les circonstances d'apparition de leurs symptômes. Cet espace permet d'effectuer des prélèvements, de réaliser un examen clinique, de suturer si besoin.
- **Une salle d'observation ou de surveillance** (également appelée zone de surveillance rapprochée), où les patients attendent les résultats de leurs examens qui détermineront la suite de leur parcours de soins. Parfois, cet espace sert de lieu d'hospitalisation transitoire, le service des urgences étant toujours confronté au manque de lits d'hospitalisation.
- **Une zone d'hospitalisation de courte durée** (également appelée unité d'hospitalisation de courte durée), où la durée moyenne de séjour ne doit pas excéder 48 h. Ce secteur doit être réactif pour transférer au plus vite des patients dans les services de spécialités requis.

Au Centre Hospitalier national de Pikine, la disposition des locaux (*Figure 6, page suivante*) du service des urgences ne suit pas exactement le modèle présenté ci-dessus. Le service d'accueil des urgences, du CHNP est situé dans le bâtiment II, entre les services d'aide aux diagnostics, la salle d'accouchement, le bloc opératoire et la réanimation (*Cf. Figure 4, Page18*).

Il a une capacité d'accueil du service est de 10 lits répartis comme suit :

- Une zone d'examen et de soins comportant 4 lits;
- Une zone de surveillance de courte durée comportant deux box de 3 lits chacun.

Figure 6 : Vue Schématique du Service des urgences du CHNP



(Source : Nous-même)

Au CHNP la salle d'attente du SAU fait office de zone d'accueil et d'orientation. Le SAU ne dispose pas de zone d'hospitalisation de courte durée. Les patients qui viennent d'eux-mêmes aux urgences, s'installent à la salle d'attente et donnent leur nom au vigile posté à l'entrée de la consultation. L'infirmier chargé du tri, les fait entrer par la suite en zone de consultation en fonction de leur degré d'urgence et de la disponibilité des médecins. Les patients évacués par les Sapeurs-Pompiers ou les autres forces de sécurité, accèdent, le plus souvent, directement dans la zone de consultation qui joue à ce moment le rôle de zone de déchoquage.

Au décours des soins urgents, les patients nécessitant une hospitalisation dans les services spécialisés de l'hôpital, sont obligés d'attendre au SAU, qu'un lit approprié se libère, dans ces services avant d'être transférés hors du service d'urgence.

1.2.3.1. Personnel

Le personnel du SAU du CHNP comprend :

- Deux (02) médecins titulaires dont un (01) chirurgien généraliste (Chef de Service) et un (01) médecin généraliste, qui officient dans la journée de 8 h à 14 h,
- Un (01) infirmier diplômé d'État (Major de Service)
- Neuf (09) infirmiers (dont 7 diplômés d'État et 2 brevetés) roulant en équipes de 3.
- Quatre (04) plâtriers roulant en équipes de 2.
- Une (01) fille de salle.
- Un (01) agent de facturation
- Une (01) secrétaire – caissière titulaire
- Un (01) vigile
- Un (01) brancardier

La garde est assurée à partir de 16 heures par des étudiants en 7^{ème} année de Médecine ou des médecins généralistes (prestataires) qui sont au nombre de 15. Les jours ordinaires, il n'y a qu'un médecin de 16 heures à 8 heures. Les samedis - dimanches et jours fériés, deux (02) médecins font la couverture de 8 heures à 20 heures et de 20 heures à 8 heures.

1.2.3.2. Équipements

En Fin 2014, lors de la finalisation du projet d'établissement, l'équipement biomédical du SAU du comprenait CHNP :

- 02 Moniteurs de surveillance
- 01 Défibrillateur
- 01 Electrocardiographe
- 01 Aspirateur mobile
- 02 Pousse-seringues
- 01 Charriot d'urgence
- 01 Oxymat
- 01 Glycomètre.

En 2015, les efforts consentis, en vue d'améliorer le plateau technique, ont permis le renouvellement et l'acquisition de certains appareils. (Cf. annexe 2)

1.2.3.3. Activités

L'essentiel des activités est constitué par la consultation et la prise en charge (stabilisation) des cas d'urgences qu'elles soient médicales, traumatiques ou psychiatriques, pédiatriques ou adultes.

1.2.4. Synthèse de l'analyse de l'environnement interne du CHNP

L'analyse situationnelle nous aura permis de déceler, à l'examen de l'environnement interne, les forces et faiblesses, du CHNP reportées sur le tableau suivant.

Tableau 8 : Forces et faiblesses liées à l'environnement interne du CHNP

FAIBLESSES (POINTS A AMELIORER)	FORCES
<ul style="list-style-type: none"> - Absence de règlement intérieur - Absence de manuel de procédures - Absence de comptabilité analytique - Prise en charge difficile des cas sociaux - Déficients de formation continue du personnel - Certains services de spécialité sont assurés par des prestataires (Cardiologie, neurologie, radiologie) - Absence de médecin urgentiste au SAU. - Absence de banque de sang et d'unité de dialyse - Absence de pôle mère-enfant - Exigüité de certains services, locaux et couloirs - Maintenance non systématisée (Absence de politique de maintenance biomédicale, déficit en personnel ...) - Service d'information médicale (SIM) à ses débuts) - Difficultés de recouvrement des créances (Politique de recouvrement à parfaire) - Unicité du Bloc opératoire (Commun à tous les services) - Inexistence d'un plan de gestion de catastrophes 	<ul style="list-style-type: none"> - Structure relativement récente (Hôpital construit après la réforme hospitalière de 1998 et érigé en EPS 3 en 2007) - Locaux en bon état - Architecture judicieuse (emplacement stratégique des services - Personnel relativement jeune et motivé avec un bon esprit d'équipe. - Plateau technique performant (Services médico-techniques et administratifs) - Réalisation et mise en place d'un scanner 16 barrettes depuis mai 2015 - Partenariat favorable (Présence de la mission chinoise) - Bonne politique de communication - Bonne crédibilité avec les partenaires et fournisseurs) - Existence d'outils de gestion (Audit, Comptabilité...) - Climat social relativement stable - Existence d'un projet d'établissement (Validé en décembre 2014)

(Source : nous-même)

1.3. IDENTIFICATION DES PROBLEMES ET PRIORISATION (CHOIX DU PROBLEME)

Nous avons identifié et priorisé les problèmes recensés au SAU du CHNP, en nous inspirant de la technique du groupe nominal (approche dite par recherche de consensus). La technique consiste en une réflexion collective, et un vote individuel, avec un groupe de personnes ressources (informateurs-clés), dit groupe nominal.

1.3.1. Identification des problèmes

Nous nous sommes d'abord entretenus, avec diverses personnes ressources au niveau de la structure, parmi lesquelles :

- Le chef de service des urgences
- Le major du SAU
- Deux médecins de SAU
- Le vigile chargé de l'accès au SAU
- L'infirmier chargé du tri au SAU
- Deux infirmiers du SAU
- Un brancardier

Les informations issues de ces entretiens et celles, obtenues à l'aide de la grille d'observations figurant en annexe (*Annexe 3*), nous ont permis de recenser un certain nombre de problèmes dont les plus récurrents sont les suivants :

- Exigüité des locaux
- Absence de salle de tri
- Absence de salle de pansement
- Encombrement quasi permanent
- Lenteurs des résultats et interprétation d'examen
- Conditions de travail difficiles
- Déficit en personnel
- Inexistence de certaines spécialités
- Lourdeurs administratives
- Lenteurs dans les soins
- Insuffisance de matériel ou d'équipement
- Matériel et équipements vieillissant
- Ruptures de produits de plus en plus fréquentes

- Afflux important de patients, en fin de matinée, à l'arrêt de la consultation externe.
- Difficultés d'orientation des malades dans les autres services de l'hôpital ou autres établissements de santé.
- Faible capacité d'accueil du service
- Evacuations inappropriées de la part des sapeurs et autres structures (Cas psychiatriques, SDF (sans domicile fixe), ivrognes, toxicomanes, talibés ...)
- Difficultés de recouvrement des soins
- Unicité du bloc opératoire (Problèmes de disponibilité du BO pour les interventions non programmées).

1.3.2. Priorisation (Choix du problème)

Nous avons, par la suite, procédé après discussion, au choix du problème prioritaire après avoir trié la liste des problèmes recensés. La priorisation s'est basée sur les critères suivants:

- **L'importance du problème** : Il s'agit de voir si le problème entrave l'atteinte des objectifs du service ou de l'établissement
- **L'ampleur du problème** : désigne la fréquence, la récurrence, l'incidence, l'étendue du problème, s'il touche plusieurs secteurs et son impact sur le fonctionnement de la structure,
- **La perception du problème** : désigne comment le personnel ou la structure perçoit le problème et son adhésion à la résolution du problème
- **La solvabilité** : désigne l'existence de solutions possibles, et la possibilité de mise en œuvre des moyens nécessaires à la résolution du problème.

Pour chaque problème identifié, chaque membre du groupe a attribué un certain nombre de points par critère en fonction de l'échelle ci-dessous :

Niveau **faible** = 1 point

Niveau **moyen** = 2 points

Niveau **élevé** = 3 Points

Pour chaque problème, le total des points attribués par critère a été fait et la moyenne (score) calculée, en divisant par le nombre de participants qui était de six (6). Nous avons obtenu les résultats suivants (*Tableau 10, page suivante*):

Tableau 9 : Priorisation des problèmes

Problème \ Critères	L'importance	L'ampleur	La perception	La solvabilité	Total	Score
- Insuffisance de matériel ou d'équipement	12	11	11	12	46	7,6
- Encombrement	17	16	14	14	61	10,1
- Lourdeurs administratives	11	10	10	11	42	7
- Lenteurs dans les soins	11	11	11	13	46	7,6
- Lenteurs des résultats et interprétation d'examen	15	12	12	15	54	9
- Insécurité	13	10	08	09	40	6,6
- Déficit de personnel	17	15	14	08	54	9
- Difficultés de prise en charge de certaines urgences	13	10	10	10	43	7,1
- Difficultés de recouvrement	14	14	12	10	50	8,3
- Inexistence de certaines spécialités	15	15	13	10	53	8,8

(Source : nous-même)

Ces résultats mettent en avant, le problème de l'encombrement du SAU, qui totalise le score le plus élevé. En outre au cours des discussions en groupe, il est ressorti que la plupart des autres problèmes soulignés sont plus ou moins en rapport avec l'encombrement.

Il a été souligné par exemple que l'encombrement du service pouvait occasionner la lenteur des soins et que cette dernière peut tout aussi bien être la source de cet encombrement. De même, les lourdeurs administratives, le déficit de personnel, les difficultés de recouvrement pouvaient également, parmi d'autres insuffisances, induire l'encombrement du service.

Nous avons donc retenu en définitive **l'encombrement du service d'accueil des urgences** comme problème prioritaire.

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

2.1. PROBLEMATIQUE

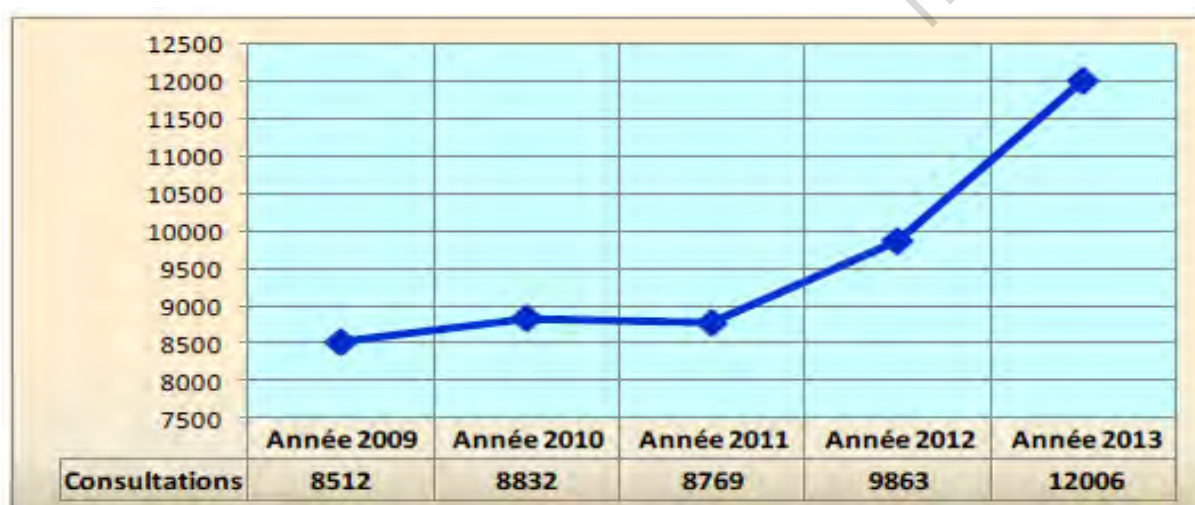
2.1.1. Contexte et justification

Le Sénégal s'est engagé à suivre la politique sanitaire préconisée par l'OMS de par l'organisation d'un système de soins pyramidal avec :

- à la base des cases de santé (structures communautaires) polarisées par un poste de santé (dirigé par un infirmier).
- un centre de santé au 2^{ème} niveau (référence des postes de santé), dirigé par un médecin, avec un plateau technique offrant de la petite chirurgie, des césariennes ...
- l'hôpital régional au 3^{ème} niveau, (référence des centres de santé) qui a un rôle d'appui technique au district dans les activités cliniques spécialisées.
- Et au sommet de la pyramide les hôpitaux nationaux (en majorité constitués de CHNU) dotés d'un plateau technique élevé et regroupant des spécialistes. Ils ont une fonction d'appui aux hôpitaux régionaux.

Le CHNP appartient à ce dernier groupe et à ce titre, il constitue le centre de référence de toute case, de tout poste et centre de santé et de tout hôpital de district situé dans l'aire sanitaire du département de Pikine. La position de l'hôpital de Pikine à l'entrée de la capitale et la proximité de l'autoroute à péage, en fait le point de chute privilégié de toute évacuation d'urgence provenant des départements alentours (Guédiawaye, Rufisque...) et de l'intérieur du pays. Ceci explique l'évolution de la fréquentation du SAU du CHNP depuis le démarrage de ses activités.

Graphique 2 : Evolution des consultations au SAU du CHNP de 2009 à 2013



(Source : CIM, CHNP, 2014)

Le graphique précédent montre une augmentation considérable de la consultation aux urgences, entre 2011 et 2013 (8 769 à 12006), après un léger accroissement 2009 et 2011 (8512 à 8769).

Le SAU reste donc l'une des portes d'entrée principale de l'Hôpital de Pikine. Avec un peu moins de 15 % (entre 13% et 15 %) de la consultation annuelle de l'hôpital (Cf. graphiques 1 et 2) le nombre de patients qui se présente aux urgences ne cesse d'augmenter chaque année. Depuis la construction, aucune extension du service des urgences n'a été réalisée et du personnel quasi constant depuis lors. On comprend aisément que le SAU du CHNP éprouve des difficultés de gestion du flux de ses patients. Par conséquent, le problème de l'encombrement, déjà commun à tous les SAU, s'en trouve accentué.

2.1.2. Formulation et spécification

2.1.2.1. Formulation du problème

Le CHNP ne dispose pas d'un service porte, bien structuré, pour un tri initial des usagers qui viennent en consultation. Ces derniers à leur arrivée à l'hôpital, sont orientés par le vigile à l'entrée ou prennent sur eux d'aller à l'un ou l'autre, des deux points de réception existants :

- le service des consultations externes
- ou le service d'accueil des urgences.

Cependant, depuis la menace d'épidémie de fin août 2015 en rapport avec le virus Ebola, la consigne était de faire passer tous les patients par une équipe relevant du chef de service consultations externes, postée au niveau du hall d'entrée et chargée de trier et de ventiler les patients vers les services adéquats (SAU compris). Avec la fin de la menace, beaucoup de patients ont repris l'habitude d'aller directement au SAU, sans passer par ce tri préliminaire. Les patients évacués des autres structures de santé (hôpitaux régionaux, districts sanitaires, dispensaires...) ou par les forces de sécurité ou de secours d'urgence (sapeurs-pompiers, gendarmerie, SAMU, Police...) quant à eux, viennent directement aux SAU.

Le service d'accueil des urgences du Centre Hospitalier National de Pikine se trouve, aujourd'hui, confronté à un problème d'encombrement permanent de ses locaux. Il devient urgent de prendre des mesures pour permettre à ce service de continuer à remplir sa mission de veille sanitaire dans le contexte actuel de rareté des ressources et d'accroissement des besoins en santé. Les autorités de l'hôpital en sont conscientes et le projet d'établissement 2015 – 2019 du CHNP prévoit de rendre ce service plus performant par l'augmentation et l'amélioration des conditions d'accueil des urgences médicales et chirurgicales.

2.1.2.2. Spécification du problème

Notre problème se résume à l'encombrement du SAU donc à la gestion du flux des patients à travers le service des urgences. Cela revient à nous poser la question suivante : **« Qu'est-ce qui induit l'encombrement au service d'accueil des urgences de l'hôpital de Pikine ? »**

2.1.3. Dimensions du problème

2.1.3.1. Ampleur du problème

L'encombrement des services des urgences hospitalières n'est pas propre au Sénégal, encore moins au CHNP. Marc LATAPPY, note que c'est un phénomène de plus en plus fréquent depuis deux décennies et, est décrit comme un problème majeur de santé publique par les auteurs anglo-saxons¹ [29]. C'est un phénomène complexe auquel la majorité des services hospitaliers publics, est confronté.

En France, les SU sont de plus en plus sollicités par la population et le nombre de passages dans ces services a doublé entre 1990 et 2004, il est passé de 7 à 14 millions [3]. En 2012, pas moins de 10,6 millions de personnes, près d'un sixième de la population française, sont venues se faire soigner, parfois à plusieurs reprises dans l'année, dans les services d'urgence hospitaliers. Ceux-ci ont enregistré ainsi plus de 18 millions de passages, soit 30 % de plus en dix ans. [19]

Au Canada, l'engorgement des départements d'urgence est un enjeu clé de la médecine d'urgence depuis plus de 20 ans. En dépit de la sensibilisation accrue au plan politique, administratif et public, les situations d'engorgement des départements d'urgence ne cessent de croître en fréquence et en gravité. [1]

Au Maroc, selon la Direction des Hôpitaux et Soins Ambulatoires (DHSA, 2008), les SU connaissent une fréquentation élevée avec 2 868 953 passages/ an, dans plus de 60% des cas, l'accès à ces structures se fait de façon spontanée et pour des motifs non urgents. [13]

Au Sénégal, et dans la sous-région, diverses études ont eu pour cible, les services des urgences des structures hospitalières. Cependant, elles ont, pour la plupart, porté sur les difficultés survenant sur la portion en amont de la prise en charge des urgences (amélioration de la qualité de l'accueil, réduction du temps d'attente des usagers...) :

Monsieur FAYE, Diène (en 2002) [11], Madame ATTOUMOH, Marcelle (en 2005) [9] concernant l'accueil, et Madame DIEDHIOU, Mariama (en 2007) [10] concernant le temps d'attente, se sont tous les trois, intéressés aux urgences de l'Hôpital Principal de Dakar (HPD).

¹ Access block and overcrowding: a literature review. <https://www.acem.org.au/getattachment/a9b0069c-d455-4f49-9eec-fe7775e59d0b/Access-Block-2008-literature-review.aspx>

Monsieur NIBIZERE, Emile [12], en 2013, s'est quant à lui attelé à la réduction du temps d'attente au niveau du SAU du CHNU de Fann.

Au Mali, l'amélioration de la qualité de l'accueil dans le service des urgences médicales du centre de santé de référence de Sikasso, a été l'objet du thème de mémoire de fin d'études au CESAG, de Monsieur SANOGO, Dramane D. [14], en 2014.

2.1.3.2. Importance du problème

La mission du SAU est :

- d'accueillir et traiter sans sélection 24 heures sur 24 tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence ;
- de mettre en œuvre rapidement des procédures de diagnostics, de traitement et de surveillance thérapeutique qui ne doivent pas excéder quelques heures ;
- d'orienter les patients dont l'état nécessite un transfert vers les autres services de l'établissement ou vers d'autres établissements de santé où ils recevront des soins appropriés dans les plus brefs délais.

La rapidité de la prise en charge des urgences est un facteur primordial dans le succès de cette mission. Un encombrement du service équivaut à un ralentissement de l'activité, un allongement des délais d'attente avant traitement, de la durée des soins, une perte d'efficacité et de rendement avec le risque de d'accroissement de la morbidité voir de la mortalité. Ce qui constitue une entrave à l'atteinte des objectifs du service et donc de l'établissement.

2.1.3.3. Conséquences du problème

Les conséquences de l'encombrement affectent le personnel, les patients et la structure :

- Pour le personnel, l'encombrement aura comme conséquence principale la détérioration des conditions de travail avec ses corollaires, à savoir : le stress, la démotivation, augmentation des risques d'erreurs, risques d'accident, d'infections nosocomiales, pertes de malades (décès)...
- Pour le patient, en plus des désagréments occasionnés (manque d'intimité, inconfort...), ce sera l'accès limité à des soins opportuns et adéquats, par l'augmentation des durées d'attente, de soins ; perte de confiance, insatisfaction, recours à d'autres structures médicales ou soins traditionnels...
- Pour la structure, les conséquences seront, la baisse des recettes, ternissement de l'image de l'hôpital, compromission de l'atteinte des objectifs fixés, etc.

2.1.4. But, objectifs et intérêt de l'étude

2.1.4.1. But de l'étude

Il s'agit de contribuer à l'amélioration du fonctionnement du Service d'accueil des urgences (SAU) du Centre Hospitalier National de Pikine (CHNP), par la détermination et la réduction des facteurs induisant l'encombrement dudit service.

2.1.4.2. Objectifs de l'étude

- **L'objectif général** est d'améliorer le fonctionnement du service d'accueil des urgences (SAU) par la réduction des facteurs d'encombrement au niveau dudit service.
- **Les objectifs spécifiques** consistent à :
 - évaluer la perception du fonctionnement du SAU par les usagers, et le personnel de l'hôpital,
 - déterminer les causes principales de l'encombrement du SAU de Pikine par le personnel du service et de l'hôpital,
 - recueillir les suggestions et commentaires des usagers et des prestataires sur le problème de l'encombrement du SAU,
 - et proposer des solutions aux responsables du service et à la Direction de l'hôpital,
 - formuler des recommandations en vue d'améliorer le fonctionnement du SAU du CHNP.

2.1.4.3. Intérêts de l'étude

- La présente étude offre un intérêt particulier pour le CHNP :
 - Il est stratégique, par les solutions et recommandations proposées qui permettront de mieux lutter contre le problème récurrent de l'encombrement du SAU ; et par le maintien de la bonne réputation de l'hôpital de Pikine en général et de son SAU en particulier.
 - L'intérêt est également pédagogique pour le CESAG et ses stagiaires : n'étant pas nous-même, issu du milieu des SAU, nous nous sommes imprégnés, lors de notre stage, du mode de fonctionnement de ce service hospitalier particulier qu'est le service des urgences. Ceci nous sera certainement d'un grand intérêt, dans notre carrière de manager des services de santé.
- Pour le CESAG, ce mémoire pourra constituer :
 - d'une part, un outil de documentation pour ses stagiaires,
 - d'autre part un feed-back de l'application pratique des acquis de l'enseignement qui nous y a été dispensé, et d'en juger la qualité et l'importance.

2.2. CADRE CONCEPTUEL

2.2.1. Définition des concepts

L'urgence : La version numérique du « Petit Robert 2014 pour Windows » donne de l'urgence la définition suivante : « C'est le caractère de ce qui est urgent, c'est la nécessité d'agir vite, sans délai et en haute hâte. »

« Le Petit Larousse Illustré » (Edition 2012) [7] précise, quant à lui, que « c'est la qualité de ce qui ne peut se différer, c'est être traité sur le champ. »

Généralement pour le patient, l'urgence signifie le recours rapide à l'aide et aux soins d'un tiers pour résoudre un problème qu'il ne peut solutionner lui-même. En définitive, l'urgence décrit une situation non prévue, survenue brutalement et qui nécessite une réponse rapide. Elle peut donc revêtir divers attributs :

- Elle est vitale quand elle met en cause la vie, le pronostic vital du patient.
- l'urgence fonctionnelle met en cause la fonctionnalité d'un organe, d'un membre...
- l'urgence est dite ressentie quand elle est exprimée par le patient et ne présente souvent pas de danger véritable (tableau d'angoisse).
- l'urgence sociale : contexte social pressant, difficile, aigu (Par exemple : besoin d'un certificat médical pour un de dépôt, dont le délai est proche).

L'accueil : L'accueil se définit comme la manière de recevoir quelque chose, quelqu'un quand il arrive. Dans le domaine médical, l'accueil inclut une composante psychologique, un certain savoir-faire qui nécessite souvent une formation préalable spécifique. L'accueil aux urgences est assuré par l'infirmier(e) d'accueil et d'orientation (IOA) et constitue une de ses missions permanentes : « Accueillir = effectuer un soin relationnel auprès du patient afin de lui permettre de comprendre et d'accepter le soin dans les meilleures conditions (gestion du stress, information, écoute, installation, confort, prise en charge de la douleur) ». [6]

L'accueil au niveau du service d'urgence (SU) permet non seulement de délivrer des soins au patient, mais encore de l'orienter vers les services où sa prise en charge sera optimale et adaptée.

Le triage (ou tri): c'est un acte médical permettant le classement des malades en différentes catégories selon la gravité et les priorités de traitement. Il se fait à l'aide d'un outil préétabli en fonction des critères de gravité définis. Il s'effectue à l'entrée des urgences, généralement par un(e) infirmier(ère) et a pour objectif d'identifier très rapidement les patients nécessitant une prise en charge immédiate, puis, pour les autres, de les subdiviser en catégories de gravité croissante permettant l'ordre de priorité. Les consultants seront réévalués à la salle d'attente selon une fréquence déterminée. [3]

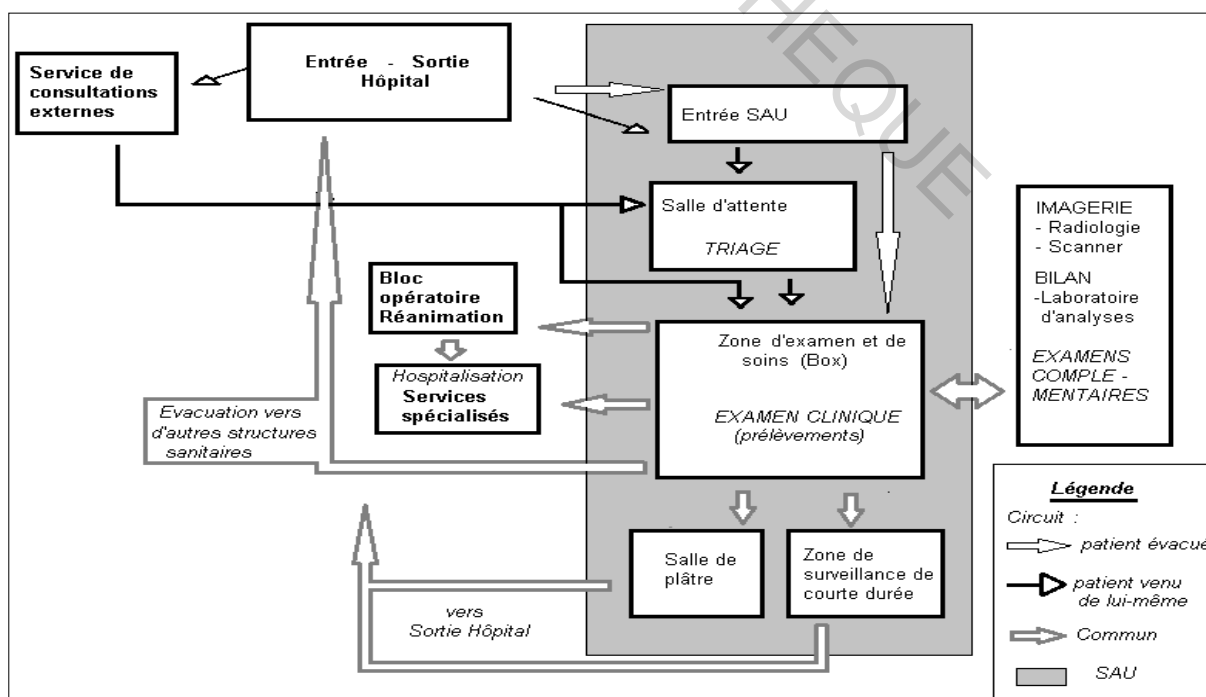
Délai d'attente : le délai d'attente représente le temps pendant lequel un individu attend pour obtenir un soin (consultation, examen, hospitalisation...). Il correspond au temps qui s'écoule entre l'heure d'arrivée de la personne au SU, jusqu'à l'obtention de la prestation.

Le temps de passage : la durée du séjour d'un patient au service d'urgence commence au triage ou à l'inscription et se termine à la sortie du service d'urgence. Les patients peuvent faire l'objet d'évaluations, de tests, d'interventions diagnostiques et de traitements. Ceux qui ne sont pas admis à l'hôpital quittent le service d'urgence lorsqu'ils reçoivent leur congé. Les patients admis attendent qu'un lit approprié ou une salle d'opération se libère avant d'être transférés hors du service d'urgence.

L'encombrement : Globalement, une urgence est encombrée lorsque le nombre des patients qui demandent des soins, excède la capacité de l'offre. L'encombrement ne doit pas être seulement défini en fonction du nombre de patients qui utilisent l'urgence, mais plutôt en fonction de la capacité de leur fournir les soins. Aux États-Unis, HOOT et ARONDSKY en 2006, ont adopté la définition suggérée par l'«*American College of Emergency Physician* » (Collège américain des médecins urgentistes), qui précise que l'encombrement apparaît quand les besoins identifiés des SU dépassent les ressources disponibles pour le soin des patients dans l'hôpital.

Circuit du patient : Le circuit des patients au niveau du SAU met en évidence une multitude de cheminements empruntés par les différents patients en fonction du degré de gravité et ou de leur orientation à l'accueil.

Figure 7 : Circuit du patient au Service des urgences du CHNP

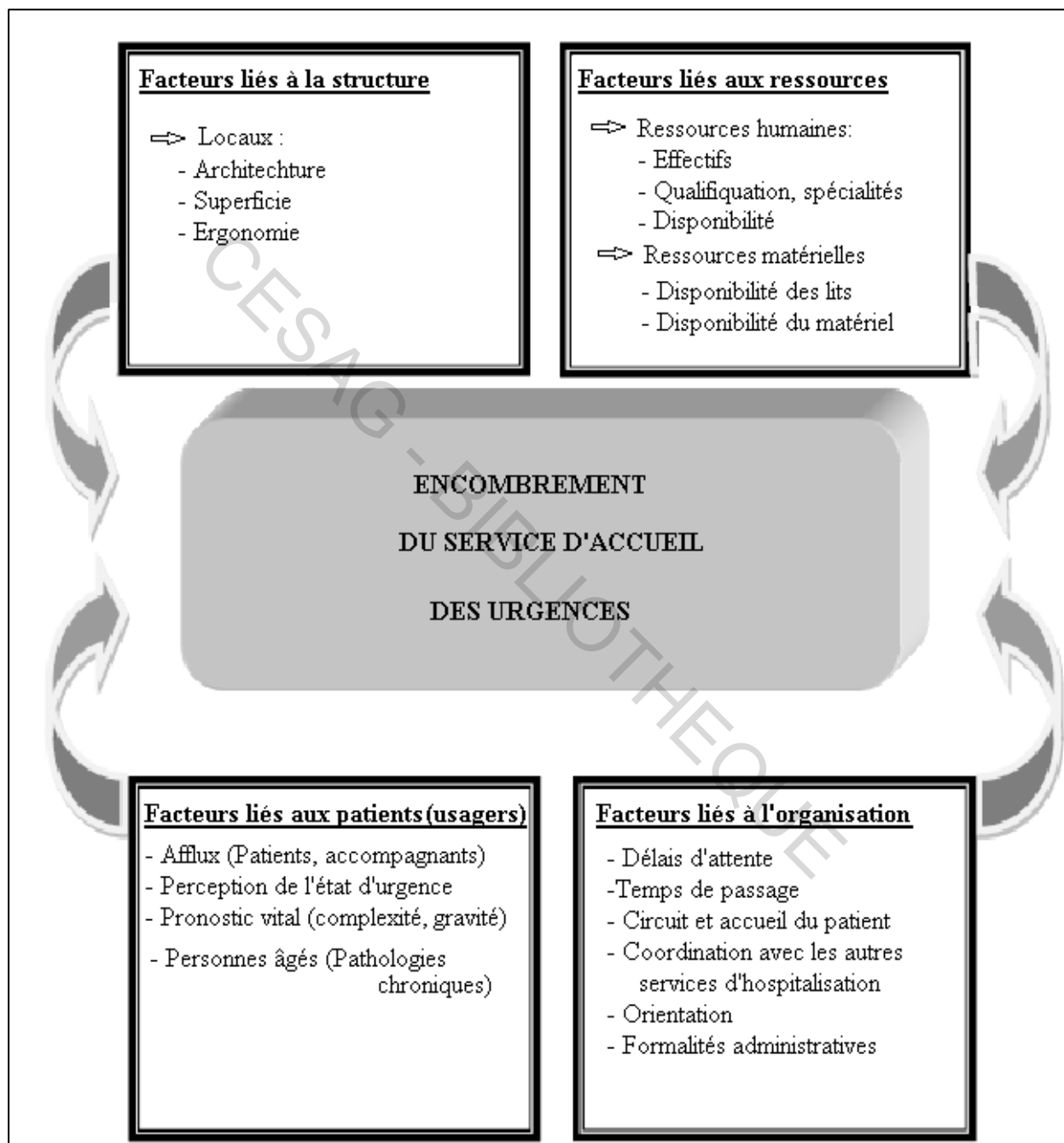


(Source : nous-même)

2.2.2. Les facteurs d'encombrement (Cadre de référence)

Le cadre de référence (figure 8) de cette étude englobe les différents facteurs induisant l'encombrement au niveau des SU.

Figure 8 : Schéma récapitulatif des facteurs d'encombrement



(Source : nous-même)

DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET RESULTATS DE L'ENQUETE

CHAPITRE III : METHODOLOGIE

3.1. POPULATION ET TYPE D'ETUDE

Le thème étant l'étude des facteurs d'encombrement dans les SAU, nous avons réalisé une étude descriptive transversale quantitative, sur une population à l'étude constituée par :

- le personnel médical et paramédical (médecins, infirmiers, aides-soignants) du SAU du CHNP, ainsi que tout le personnel impliqué dans la gestion et l'organisation du service des urgences (Caissiers, vigiles, brancardiers...),
- les usagers (patients) du service des urgences, et/ou leur(s) accompagnant(s).
- le personnel hors SAU, toutes catégories professionnelles confondues, du CHNP.

Et dans le but de compléter les informations collectées du public cible, des entretiens ont eu lieu avec des personnes ressources, membres du personnel de l'hôpital.

3.2. METHODE ET TECHNIQUE D'ECHANTILLONNAGE

Nous avons procédé à un à recueil d'informations, via des questionnaires, à partir de notre échantillon constitué de :

- ✓ vingt (20) agents, membres du personnel du SAU du CHNP,
- ✓ trente (30) usagers (patients) admis et traités au SAU, pris au hasard.
- ✓ et vingt (20) agents, membres du personnel du CHNP, hors SAU par choix raisonné, en interrogeant cinq (05) agents de chacune des quatre principales catégories professionnelles présentes à l'hôpital :
 - médicale,
 - paramédicale,
 - administratif et
 - autres (personnel technique, de soutien...)

Des informations complémentaires ont été collectées par des analyses de documents (rapports d'activités, PV de réunions...), des observations et des entretiens et rencontres avec des individus ou des groupes des personnes ressources de notre structure d'accueil.

3.3. STRATEGIE DE RECHERCHE

Notre stratégie s'est adossée aussi bien, sur la triangulation méthodologique, qui est une combinaison de diverses techniques de recherche (entretien avec des informateurs-clé + discussions en groupe focal + observation) ; que sur la triangulation de données (combinaison de plusieurs sources d'informations : revue documentaire, résultats questionnaires, exploitation de rapports d'activités...) [8].

3.3.1. Techniques et instruments de collecte des données

Nous avons procédé à des entretiens semi structurés (semi directifs) avec certaines personnes ressources (Chef de service, ou Major de service...), à des observations directes sur le terrain, et à une enquête par questionnaire auprès du personnel et des usagers du SAU du CHNP. Les instruments de collecte des données dont nous avons fait usage, sont constitués de questionnaires (guides d'entretien) et d'une grille d'observation (*Annexes 3,4, 5 et 6*).

3.3.1.1. Les questionnaires

En ce qui concerne le personnel du SAU et de l'hôpital, du fait de son niveau d'étude, le questionnaire a été distribué individuellement à chaque participant, afin qu'il le remplisse.

Quant aux usagers (patients), pour des raisons de fiabilité des informations, de niveau d'étude ou de leur état de santé, nous avons interrogé nous-même, ceux qui ont été admis au SAU ou leur(s) accompagnant(s).

3.3.1.2. La grille d'observation

Elle a servi à la collecte des informations, issues des observations, que nous avons nous-même, effectuées, au cours de notre stage au SAU de l'hôpital de Pikine.

3.3.2. Revue documentaire

Pour effectuer ce travail, nous avons lu, analysé ou exploité divers supports (mémoires, thèses, revues, internet, rapports d'activités, projets d'établissements...) sur les services d'urgences en général et sur le SAU de Pikine en particulier.

3.4. PRE-TEST

Un pré-test des questionnaires et guides d'entretien a été effectué auprès de quelques volontaires, avant leur soumission aux participants à l'enquête. Ceci nous a permis de réajuster nos outils de collecte de données.

3.5. DEROULEMENT DE L'ENQUETE

Notre stage, au service d'accueil des urgences du Centre hospitalier national de Pikine, s'est déroulé du 07 Août au 07 Novembre 2015. Nous avons été bien accueillis aussi bien par la Directrice, que par le personnel du SAU.

3.6. DEPOUILLEMENT ET TRAITEMENT DES DONNEES

Les données collectées, après toilettage, ont été compilées et traitées à l'aide de logiciels de Microsoft Office ® (Word et Excel) sous « Windows 7 ». Nous avons présenté les données sous forme de tableaux et de graphiques.

3.7. DIFFICULTES ET LIMITES DE L'ETUDE

Les difficultés que nous avons rencontrées au cours de notre étude, sont essentiellement liées aux contraintes de temps. La durée du stage était relativement courte (3 mois).

N'étant pas, nous-même, issu du milieu hospitalier (Chirurgien-dentiste militaire de formation), il nous a fallu d'abord nous familiariser avec le fonctionnement de l'hôpital, puis avec le « rythme effréné » du service des urgences. En outre notre stage a coïncidé avec la période de l'installation d'un nouveau Directeur au CHNP.

Le personnel du SAU et du CHNP s'est, dans l'ensemble, cordialement prêté à répondre à l'enquête en dehors de quelques questionnaires non remplis et qui ne nous ont pas été retournés. Nous n'avons pas cherché à en connaître la raison.

Les usagers et accompagnants ont également accepté de répondre à nos investigations malgré quelques réticences et quelques difficultés de communication, d'ordre linguistique, avec quelques patients.

CHAPITRE IV : RESULTATS DE L'ENQUÊTE

4.1. PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ENQUETE

Pour étudier le fonctionnement du SAU de l'hôpital de Pikine et plus précisément les facteurs liés à l'encombrement de ce service, nous avons porté nos investigations sur le point de vue du personnel de l'hôpital et en particulier, le personnel du service d'accueil des urgences (SAU) et des patients (usagers) du service du SAU.

Les résultats ont été présentés sous forme de graphiques ou de tableaux commentés brièvement, et suivant l'ordre chronologique des questions.

- Pour les graphiques nous avons préféré les présenter sous forme de « diagrammes en fromage » du fait de leur simplicité et de leur clarté. Nous avons essayé de mettre à chaque fois (sur ces diagrammes), le maximum de données. Sur chaque part du diagramme en fromage nous avons précisé la variable (réponse), l'effectif et le pourcentage entre parenthèses.

Exemple : Diagramme 1. Page 48 : Oui = Variable : 14 = Effectif (70%) = Pourcentage

- Pour chaque tableau ou diagramme nous avons mis entre parenthèses, le numéro de la question et de l'annexe du questionnaire correspondant (**Q.1-A.4 = Question 1 de l'annexe 4**)

4.1.1. Résultats du questionnaire soumis au personnel du SAU (Annexe 4)

4.1.1.1 Informations d'ordre général sur le personnel du SAU du CHNP interrogé.

Tableau 10: Profil professionnel du personnel du SAU du CHNP interrogé

Profil	Effectifs	Pourcentage
Médecins titulaires	2	10%
Médecins prestataires	4	20%
Médecins stagiaires	3	15%
Paramédicaux	8	40%
Autres	3	15%
Total	20	100%

(Source : nous-même)

Ce tableau montre la composition du groupe des 20 agents, membres du personnel du SAU du CHNP, ayant répondu au questionnaire. Le groupe comptait notamment :

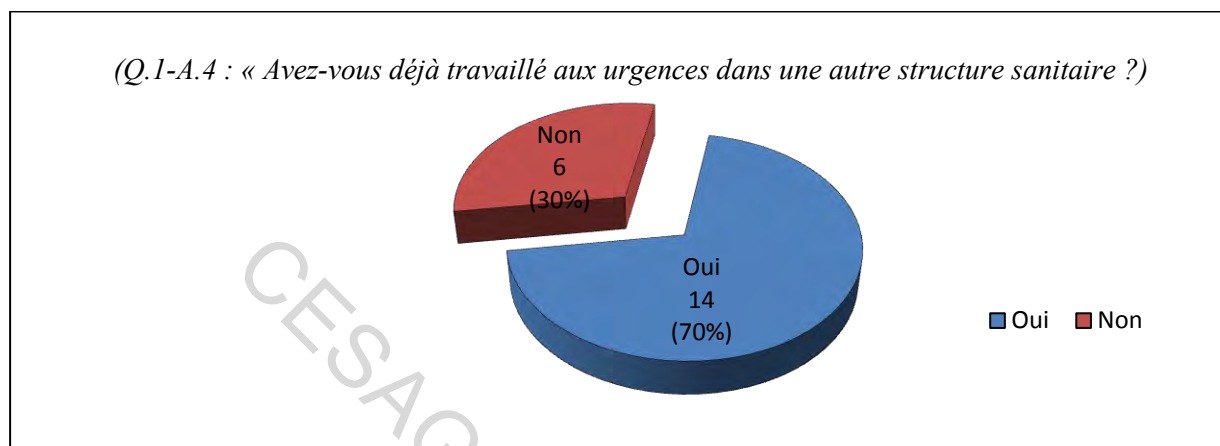
- 9 hommes et 11 femmes.
- 9 Médecins (02 titulaires, 04 prestataires et 03 stagiaires), dont deux (02), titulaires d'une spécialité : 01 Chirurgien (Chef de service) et 01 anesthésiste réanimateur (Prestataire).
- 08 Paramédicaux (01 IDE titulaire, 03 infirmiers titulaires, 01 prestataire et 1 aide-infirmier)

- 03 Autres (01 caissière, 01 agent de facturation, 01 brancardier)

4.1.1.2. Informations relatives à l'expérience et la formation du personnel du SAU du CHNP
(Questions 1 à 5, annexe 4)

➤ Expérience antérieure dans les services d'urgence

Diagramme 1 : Expérience antérieure dans un service d'urgences (Q.1-A.4)



(Source : nous-même)

Comme le montre ce diagramme, seuls 06 participants, sur les 20 interrogés, n'ont jamais travaillé dans un service des urgences avant celui du CHNP et 14 participants (70 % du personnel interrogé) ont une expérience antérieure d'un SAU.

➤ Ancienneté au SAU du CHNP

Tableau 11 : Répartition des participants selon l'ancienneté dans le service (Q.2-A.4)

Nombre d'années d'ancienneté	Effectifs	Fréquence relative	Fréquences cumulées
< 1an	3	15 %	15 %
1 an à 2 ans	5	25 %	40 %
2 ans à 4 ans	8	40 %	80 %
> 4 ans	4	20 %	100 %
Total	20	100 %	

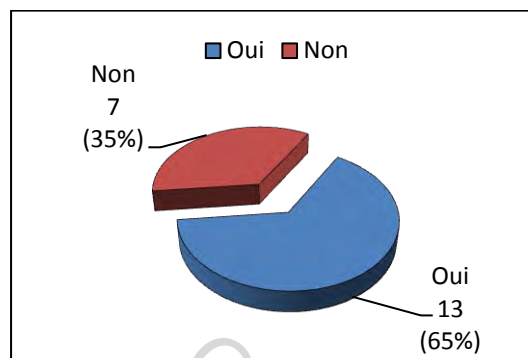
(Source : nous-même)

Sur vingt (20) agents interrogés, membres du personnel du SAU :

- trois (03) ont moins d'un an d'ancienneté dans le service, soit 15% du groupe interrogé,
- cinq (05) en ont entre un et deux ans, (soit 25%)
- huit (08) ont entre deux et quatre ans de service (soit 40%)
- et quatre (04) ont fait plus de quatre ans dans le service. (20%)

➤ Formation du personnel en accueil et aux urgences (*Questions 3 et 4, Annexe 4*)

Diagramme 2 : Formation dans la prise en charge des urgences. (Q.3-A.4)



(Source : nous-même)

Le diagramme 2 montre que 13 membres sur 20, du personnel interrogé (65%) ont reçu une formation dans la prise en charge des urgences, contre 35% (7 sur 20) qui n'en n'ont pas eu.

Le diagramme 3 montre, quant à lui, que neuf (09) membres sur 20, du personnel interrogé (45%), ont reçu une formation en accueil, contre 11 sur 20 (55%) qui n'en n'ont pas reçu.

Diagramme 3 : Formation en accueil. (Q.4-A.4)

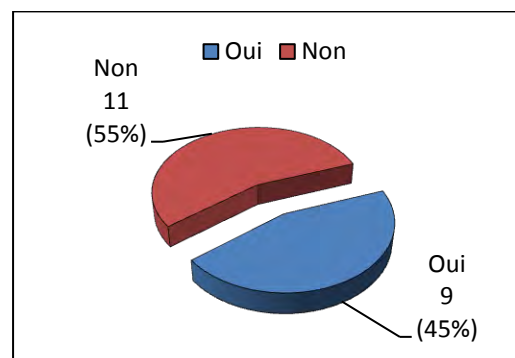
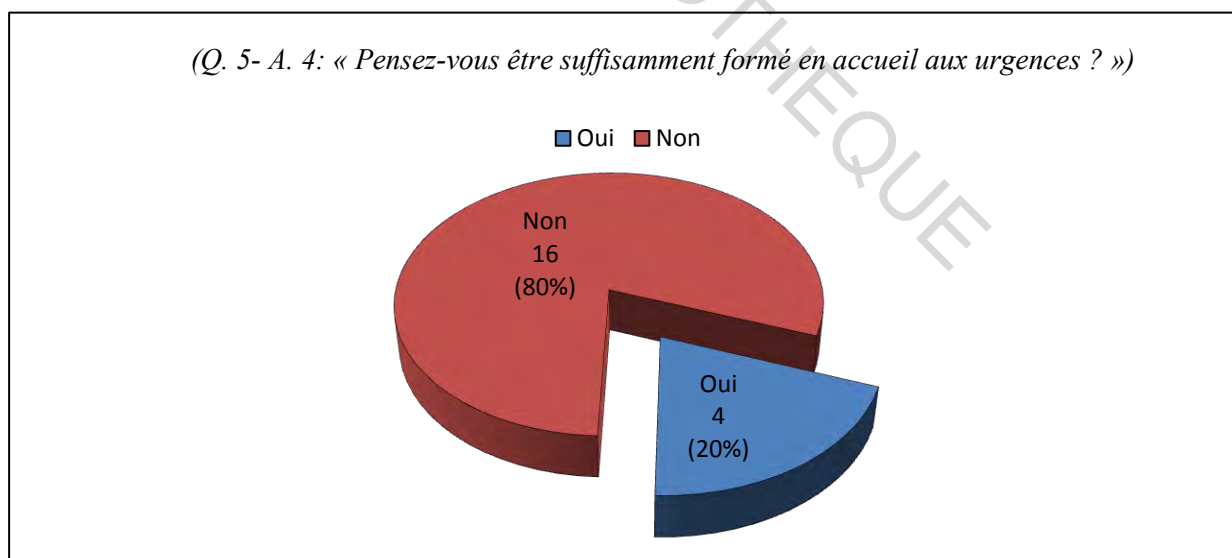


Diagramme 4 : Formation en accueil aux urgences (Auto-appréciation par le personnel du SAU du CHNP) (Q.5-A.4)



(Source : nous-même)

Seize (16), des vingt (20) personnes interrogées, parmi le personnel du SAU de Pikine (soit 80%), estiment leur formation en accueil aux urgences, insuffisante (*Diagramme 4*).

4.1.1.3. Informations relatives au SAU du CHNP

- Plaintes des patients (usagers) du SAU du CHNP selon le personnel du SAU.

Toutes les personnes interrogées affirment avoir déjà eu écho de plaintes provenant des usagers.

Tableau 12 : Objets de plaintes des patients, selon le personnel du SAU (Q.6-A.4)

Objets de plainte	Nombre de fois évoqué	Pourcentage
Longs délais d'attente	16	26,66%
Manque d'information	8	13,33%
Négligence de la part des soignants	2	3,33%
Mauvaise organisation des soins	4	6,66%
Long temps de passage (Durée de séjour)	10	16,66%
Manque de place (Exiguïté)	10	16,66%
Formalités administratives	3	5%
Locaux (inconfort/hygiène)	2	3,33%
Lenteur des soins	4	6,66%
Autres (Tarifs des soins)	1	1,66%
Total	60	100%

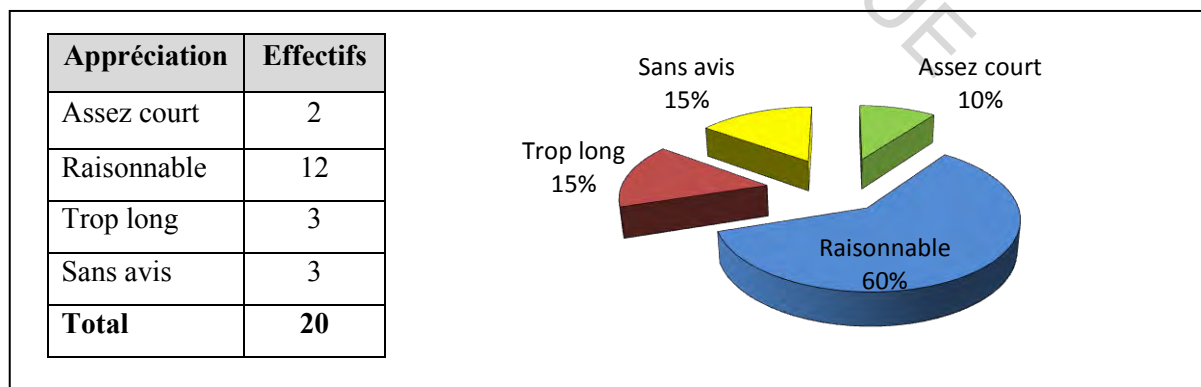
(Source : nous-même)

Les plaintes récurrentes des patients, selon le personnel (Q.7-A.4), sont :

- les longs délais d'attente avant traitement (26,6%)
- les longs temps de passage et le manque de place (plus de 16,6% chacune)
- le manque d'information (plus de 13,3%)
- la lenteur des soins et la mauvaise organisation des soins (plus de 6,6% chacune)
- viennent ensuite les plaintes sur l'inconfort et l'hygiène des locaux (3,3%), la négligence de la part des soignants (3,3%) et la tarification (1,6%).

- Interactions avec les autres services (Questions 8 et 9, annexe 4)

Diagramme 5 : Appréciation des délais de résultats des examens complémentaires (Q.8-A.4)



(Source : nous-même)

70% des membres du personnel du SAU interrogés estiment assez court ou raisonnable les délais de réception des examens complémentaires, 15% les estiment trop longs et 15% ne se prononcent pas.

Tableau 13 : Motifs d'évacuation vers les autres structures hospitalières (Q.9-A.4)

Motif	Nombre de fois évoqué	Pourcentage
Défaut d'équipements, de matériel	6	10%
Défaut de personnel qualifié	6	10%
Manque de place (lits insuffisants)	23	38,33%
Service non existant dans l'Hôpital	19	31,66%
Autres motifs	3	5%
Sans avis (ne se prononcent pas)	3	5%
Total	60	100%

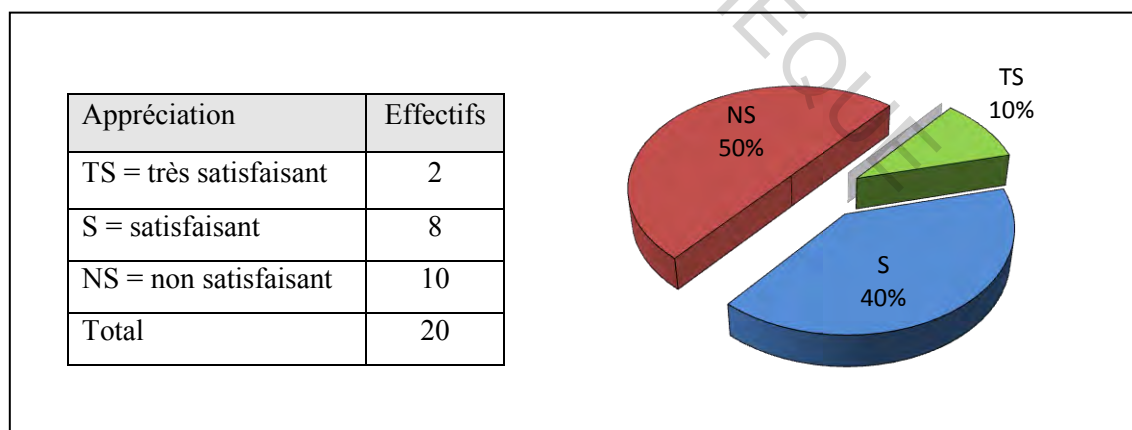
(Source : nous-même)

Sur les soixante réponses reçues (3 réponses par participant) :

- Vingt-trois (23) désignent, le manque de place, comme motif d'évacuation vers une autre structure sanitaire, (un peu plus de 38% des réponses)
- Dix-neuf (19), désignent l'inexistence du service dans l'hôpital. (un peu plus de 31% des réponses)
- Le défaut d'équipements ou de matériel constitue 10% des réponses.
- Le défaut de personnel qualifié totalise également 10% des réponses.
- Les autres motifs évoqués (5%), sont, des prises en charge non valables et des patients qui décident d'eux-mêmes, d'être orientés vers une structure sanitaire précise.
- Les 5% restants, correspondent aux avis non donnés.

➤ Organisation et conditions de travail au SAU du CHNP (Questions.10² à 14)

Diagramme 6 : Appréciation de la qualité de l'environnement d'accueil (Q.10a-A.4)

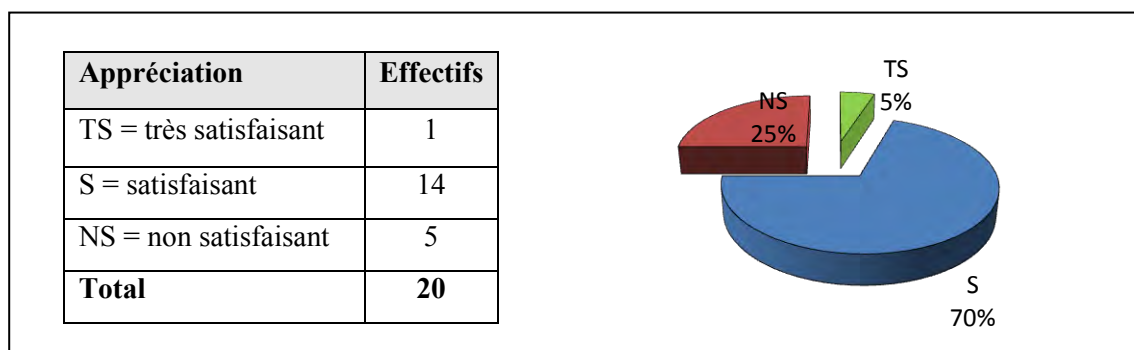


(Source : nous-même)

La moitié du personnel du SAU interrogé, juge non satisfaisante la qualité de l'environnement de l'accueil au SAU du CHNP, 10% l'estiment très satisfaisante et 40% donnent une appréciation satisfaisante.

² La question n°10, de l'annexe 4, est constituée de dix (10) sous-questions numérotées de « a à j »
 Dr David Simon DIÉMÉ, MBA/GSS, CESAG-SANTÉ, DAKAR, Année académique 2014-2015- 25^{ème} Promotion

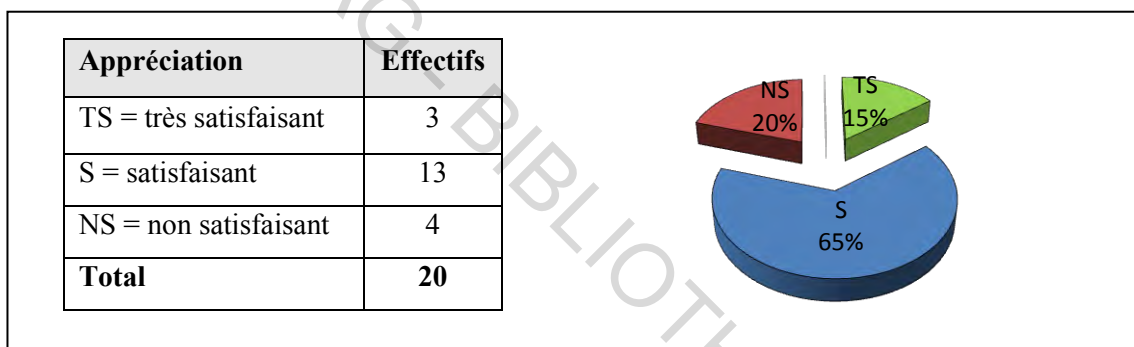
Diagramme 7 : Appréciation de l'organisation des formalités administratives (Q.10b-A.4)



(Source : nous-même)

Les trois quarts ($\frac{3}{4}$) des agents interrogés (75%), apprécient favorablement l'organisation des formalités administratives (5% pensent qu'elle est très satisfaisante et 70% la disent satisfaisante). 25 % du personnel interrogé répondent par la négative (Non satisfaisante).

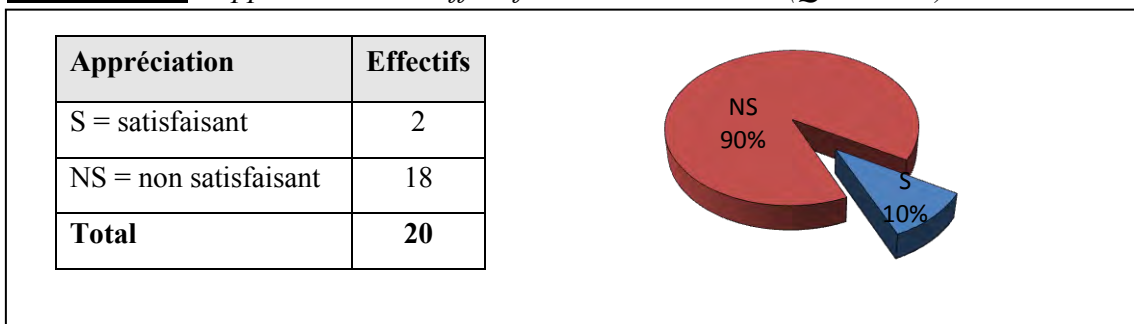
Diagramme 8 : Appréciation de la disponibilité des équipements (Q. 10c -A.4).



(Source : nous-même)

Seuls 20% du personnel pensent que la disponibilité des équipements, (matériels et objets de soins) est insatisfaisante, 15% sont très satisfaits et 65% se disent satisfaits.

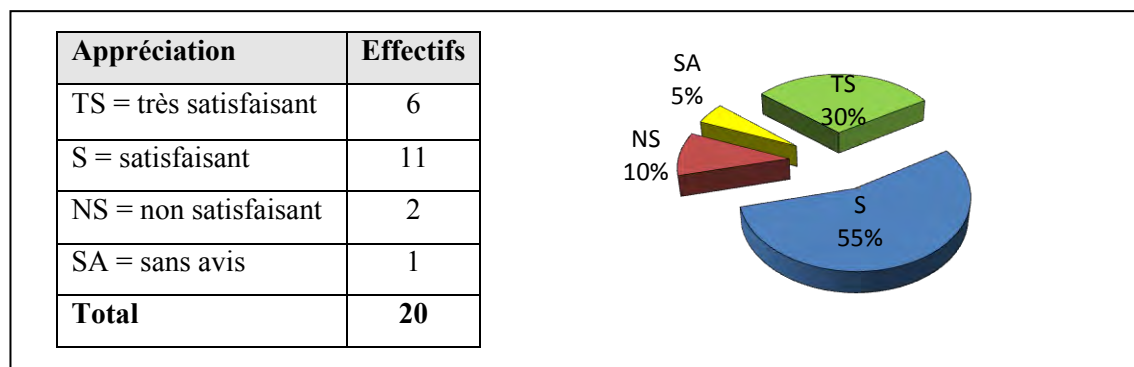
Diagramme 9 : Appréciation des effectifs du SAU du CHNP (Q.10d -A.4)



(Source : nous-même)

La majorité du personnel du SAU du CHNP (90% du personnel interrogé) pense que les effectifs du service des urgences sont insuffisants.

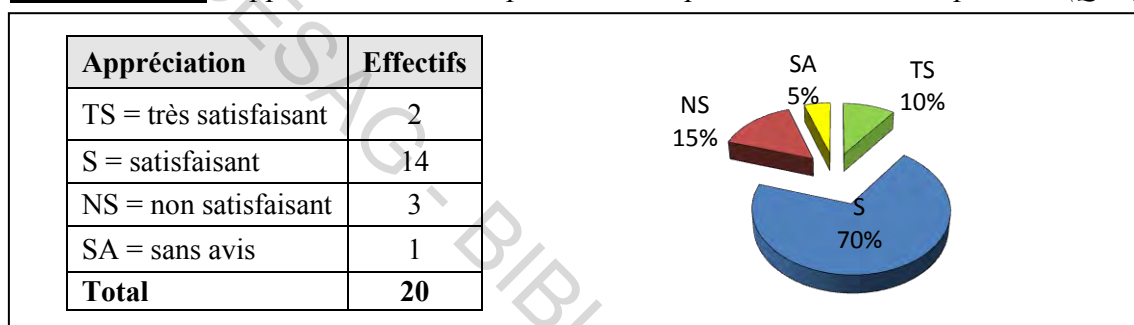
Diagramme 10 : Appréciation de la compétence du personnel du SAU du CHNP (Q.10e)



(Source : nous-même)

85% des agents du SAU interrogés, apprécient positivement, la compétence du personnel du service, 10% la jugent, non satisfaisante et 5% ne se prononcent pas.

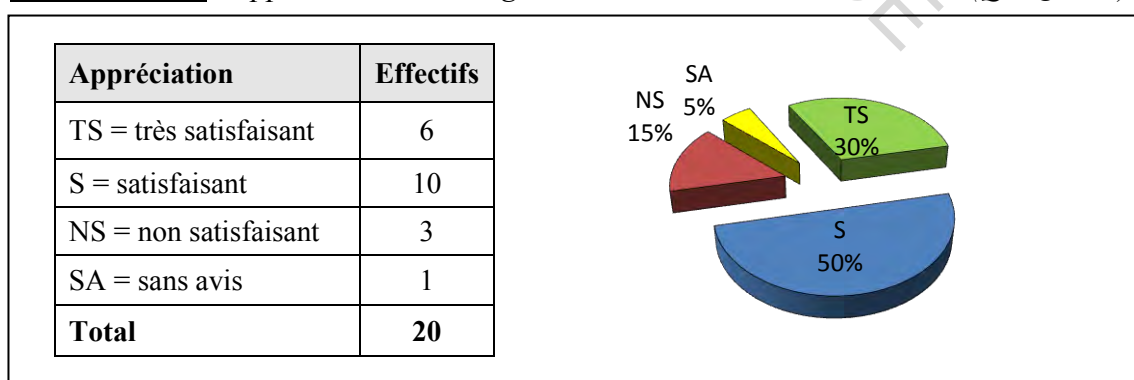
Diagramme 11 : Appréciation du comportement du personnel envers les patients (Q.10f)



(Source : nous-même)

70% du personnel du SAU interrogé, estiment se comporter de manière satisfaisante envers les patients, 10% estiment même, ce comportement, très satisfaisant. Par contre 15% le jugent non satisfaisant et 5% ne se prononcent pas.

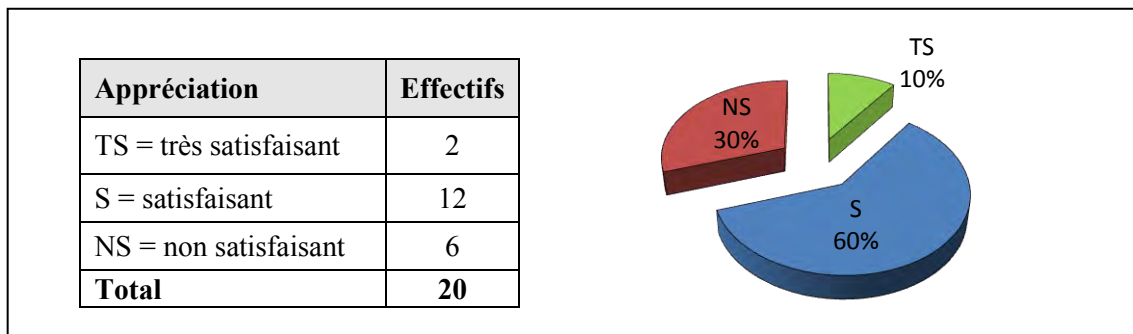
Diagramme 12 : Appréciation de l'organisation des soins et des examens (Q.10g -A.4)



(Source : nous-même)

Concernant l'organisation des soins et examens, plus des trois quart (80%) du personnel ayant répondu au questionnaire, la disent satisfaisante (50%) ou très satisfaisante (30%). 5% sont sans avis et 15% n'en sont pas satisfait.

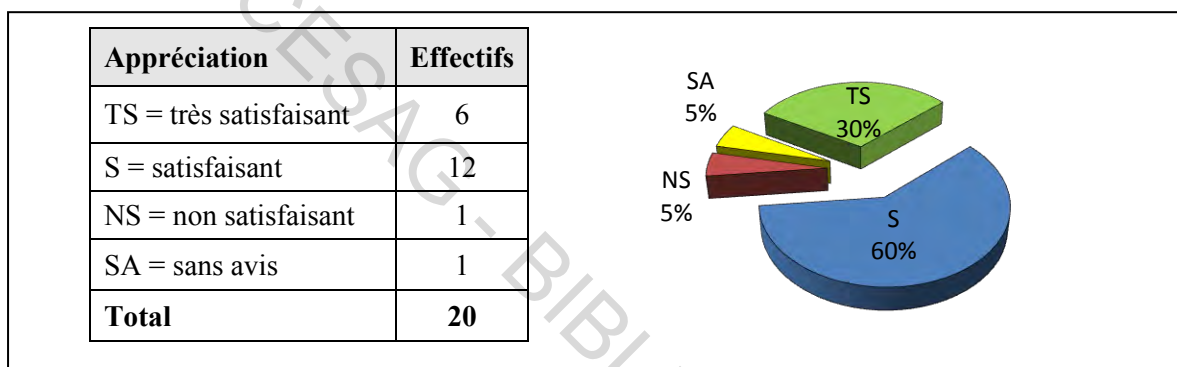
Diagramme 13: Appréciation de l'environnement de travail (Q.10h -A.4)



(Source : nous-même)

A l'appréciation de l'environnement de travail, 60% du personnel du SAU se dit satisfait, 10% très satisfait et 30% répond « non satisfaits ».

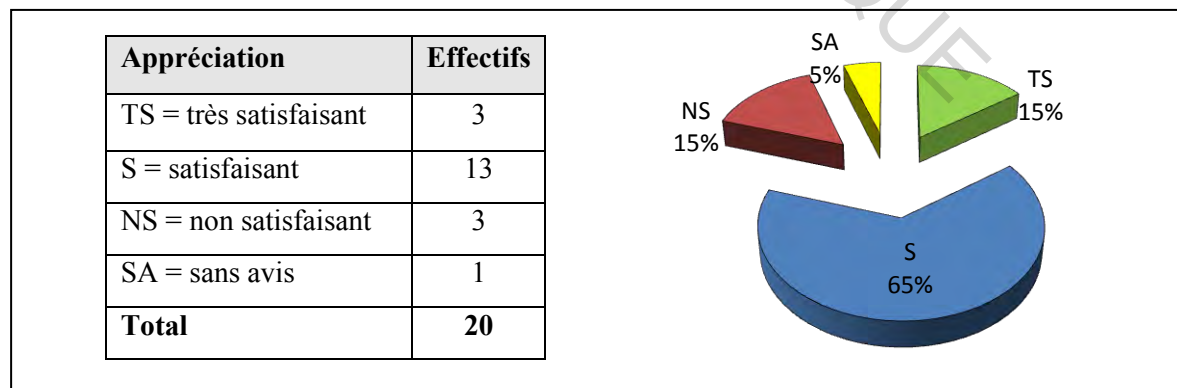
Diagramme 14 : Appréciation des relations avec les autres membres du service (Q.10i -A.4)



(Source : nous-même)

A l'exception d'un seul, tous les participants qualifient leur relation avec les autres membres du service, satisfaisante (60%) ou très satisfaisante (30%). Un ne donne pas d'avis.

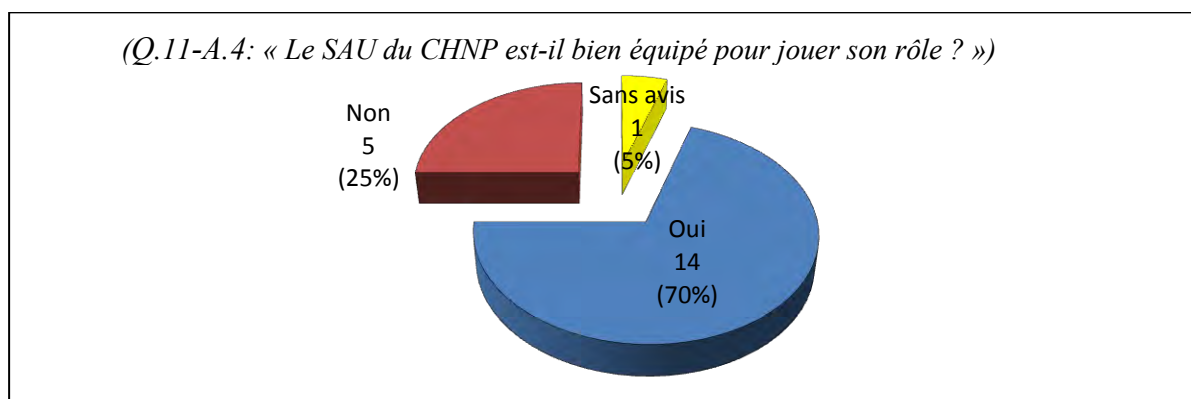
Diagramme 15 : Appréciation de la coordination du travail les autres services (Q.10j)i



(Source : nous-même)

Trois (03) sur vingt (20) agents, parmi le personnel du SAU de Pikine interrogé, ne sont pas satisfaits de la coordination avec les autres services, parmi les dix-sept (17) restant, un (01) ne se prononce pas et le reste se dit, satisfait (65%) ou très satisfait (15%).

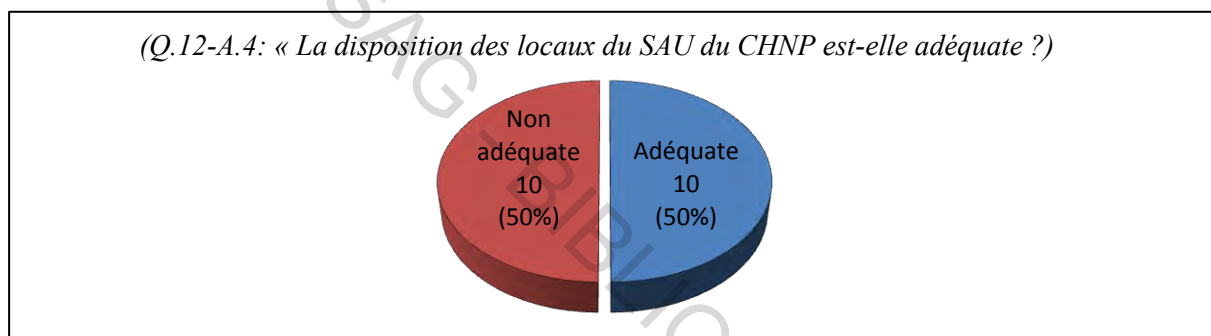
Diagramme 16 : Estimation de la suffisance des équipements (Q.11-A.4)



(Source : nous-même)

14 personnes sur 20 interrogées (70%), estiment le SAU, bien équipé, pour jouer son rôle ; 5 sur 20, (25%) estiment, l'équipement insuffisant, 1 seul ne donne pas d'avis (5%).

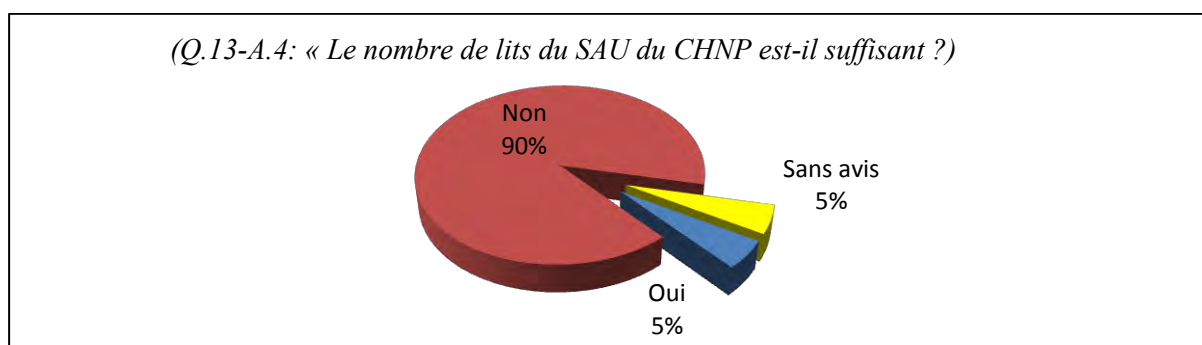
Diagramme 17 : Adéquation de la disposition des locaux du SAU selon le personnel (Q.12-A.4)



(Source : nous-même)

La moitié des personnes questionnées pensent que la disposition des locaux est adéquate ; le reste évoque divers motifs d'inadéquation (absence de salle de tri, défaut d'aération, locaux renfermés, local secrétariat et facturation trop proche de la salle de soins, accès trop facile aux locaux de soins).

Diagramme 18 : Appréciation de la capacité d'accueil du SAU (Q.13-A.4)



(Source : nous-même)

L'interrogation sur la capacité d'accueil du SAU de Pikine, a donné une quasi-unanimité du personnel questionné (90%), sur l'insuffisance du nombre de lits.

Diagramme 19 : Appréciation de la charge de travail (Q.14-A.4)

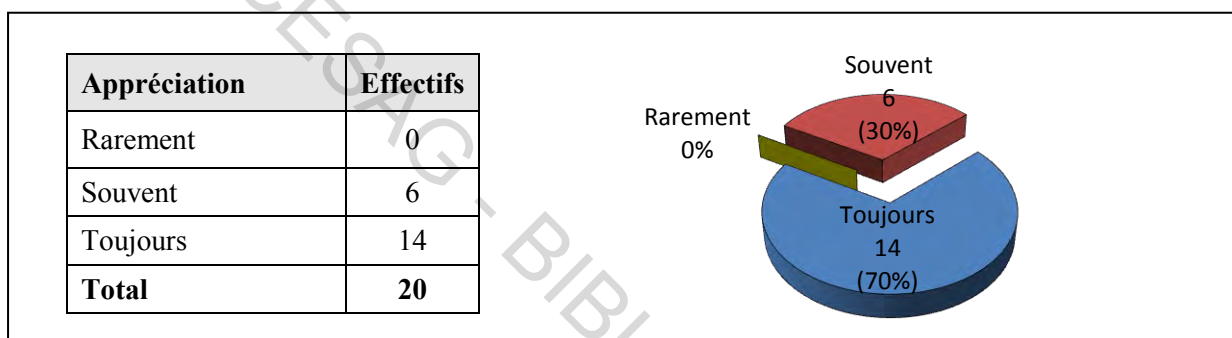


(Source : nous-même)

La charge de travail est estimée excessive, par 85% du personnel du SAU interrogé, seuls, trois (03) participants sur les 20 (15%), jugent leur charge de travail normale.

4.1.1.4. Informations relatives à l'encombrement du SAU (Questions 15 à 19, annexe 4)

Diagramme 20 : Estimation de l'état d'encombrement du SAU (Q.15-A.4)



(Source : nous-même)

Le personnel interrogé, à 70%, estime que le service des urgences est toujours encombré, 30% disent qu'il est souvent encombré.

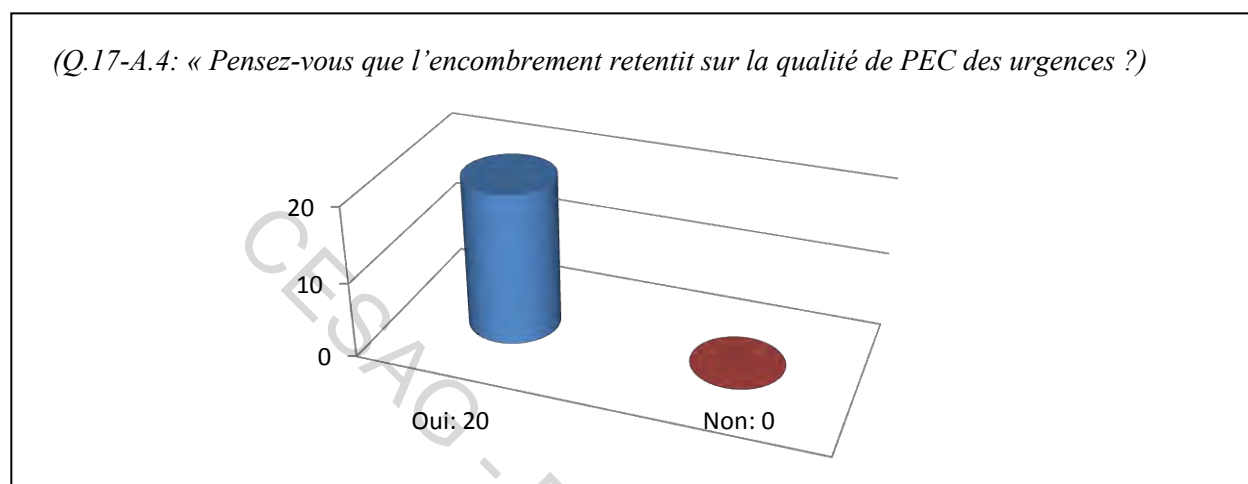
Tableau 14 : Causes de l'encombrement du SAU, selon le personnel (Q.16-A.4)

Cause de l'encombrement	Nombre de fois évoqué	Pourcentage
Afflux important de patients	12	12%
Circuit du patient mal défini	5	5%
Défaut d'équipement ou de produits	1	1%
Difficultés d'évacuation vers d'autres structures hospitalières	10	10%
Difficultés d'hospitalisation en aval des urgences	12	12%
Faible capacité d'accueil (nombre de lits)	14	14%
Formation insuffisante du personnel	2	2%
Manque d'espace (locaux exigus)	17	17%
Mauvaise organisation des soins	2	2%
Personnel insuffisant	13	13%
Tri inadéquat	10	10%
Autres (Défaut de régularisation des soins)	2	2%
Total	100	100%

(Source : nous-même)

Les causes d'encombrement, les plus citées, sont : le manque d'espace (exiguïté des locaux) (17%), l'insuffisance des lits (capacité d'accueil) (14%), l'insuffisance du personnel (13%), l'afflux important de patients (12%), les difficultés d'hospitalisation (12%) les difficultés d'évacuation (10%). Toutes les autres causes évoquées totalisent, chacune, moins de 5% des réponses.

Diagramme 21 : Relation encombrement et qualité de prise en charge des urgences(Q.17)



(Source : nous-même)

Tout le personnel du SAU interrogé, estime que l'encombrement retentit sur la qualité de la prise en charge des urgences.

Q.18-A.4 (Question ouverte): «Quelles sont les difficultés liées à l'encombrement que vous rencontrez dans votre travail au SAU du CHNP ?

Nous avons dressé, ci-dessous, la liste des difficultés, liées à l'encombrement, évoquées par le personnel (Q.18-A.4) :

- Communication (Problèmes de perception et compréhension des urgences par les usagers)
- Contact trop facile avec les accompagnants (agressions verbales, physiques, problèmes de sécurité, perturbation de l'organisation des soins).
- Absence de tri, (surtout la nuit du fait des équipes réduites donc le personnel est insuffisant)
- Absence de salle de tri (d'espace de tri)
- Promiscuité due aux locaux réduits (intimité des malades, difficultés de séparer les hommes des femmes ou des enfants).
- Manque de place : difficultés d'hospitalisation des patients aux urgences et en aval dans les services de spécialités de l'hôpital.

- Surcharge, flux excessif de patients (patients de la consultation externe orientés vers les urgences par ce qu'ils sont en retard ou ont raté ou n'ont pas de rendez-vous), fausses urgences, évacuations inappropriées
- Surcharge de travail du fait du personnel insuffisant.
- Lenteur des soins par défaut de synchronisation avec les services d'aide au diagnostic (laboratoire, radio...) source de tension.

Q.19-A.4 (Question ouverte): «*Que pouvez-vous suggérer pour réduire l'encombrement au SAU du CHNP ?*

Les suggestions émises par le personnel du SAU, pour réduire l'encombrement, consistent à :

- Améliorer la communication
- Augmenter le personnel
- Aménager des locaux mieux adaptés aux urgences. (Créer une salle de tri)
- Faciliter l'hospitalisation en aval (en améliorant la gestion des lits dans les services d'hospitalisation de l'hôpital, en prévision du flux de patients en provenance du SAU)
- Améliorer la disponibilité du bloc opératoire, pour les malades non programmés en provenance du SAU.
- Canaliser les patients et accompagnants : (Exemple : limiter le nombre d'accompagnants dans le service maintenir uniquement les malades dans la salle d'attente et installer les accompagnants dans le local prévu à cet effet...)
- Former le personnel en accueil et dans la prise en charge des urgences.

Q.20-A.4 (Question ouverte): «*Quels appuis, attendez-vous, de la Direction, pour l'amélioration du fonctionnement du SAU du CHNP ?*

Les appuis attendus de la Direction du CHNP pour l'amélioration du fonctionnement du SAU selon le personnel, comprennent :

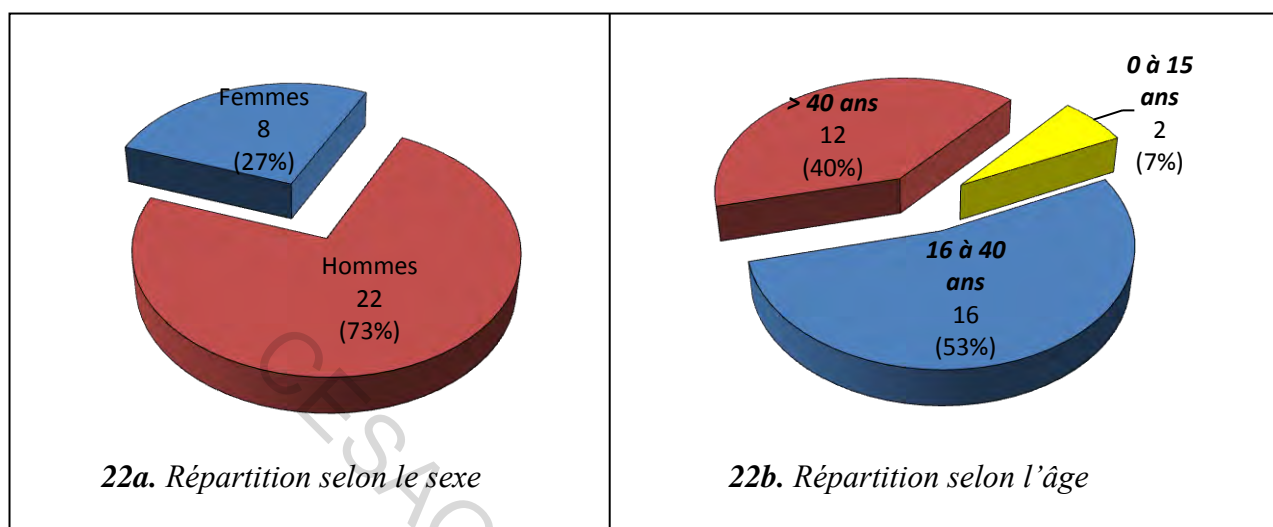
- l'extension des locaux
- l'augmentation du nombre de lits (capacité d'accueil)
- l'augmentation du personnel
- la mise en place des services inexistantes et recrutement de spécialistes (Orthopédiste, Cardiologue, Anesthésiste-réanimateur),
- l'amélioration de la disponibilité des équipements, du matériel et des produits d'urgence,
- l'amélioration des conditions de travail du personnel
- l'amélioration du plateau technique

4.1.2. Résultats du questionnaire soumis aux usagers (patients) du SAU du CHNP (Annexe 5)

4.1.2.1. Informations d'ordre général sur les usagers du SAU du CHNP interrogés

➤ Sexe et âge

Diagramme 22 : Répartition selon le sexe (22a) et l'âge, des usagers interrogés (22b)



(Source : nous-même)

Nous avons interrogé huit (08) femmes et Vingt-deux (22) hommes.

- deux (02), avaient entre 0 et 15 ans,
- seize (16), avaient entre 16 ans et 40 ans d'âge,
- et douze (12), étaient âgés de plus de 40 ans.

➤ Niveau d'étude

Tableau 15 : Répartition des patients interrogés selon le niveau d'étude

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Aucun	7	23,33%
Primaire	3	10%
Secondaire	9	30%
Supérieur	10	33,33%
Autres (Arabe)	1	3,33%
Total	30	100%

(Source : nous-même)

Sur trente (30) usagers interrogés :

- Seuls dix (10), ont fait des études supérieures,
- Sept (07) n'ont jamais été à l'école.
- Un (01) a fait des études en arabe

➤ Activité professionnelle

Tableau 16 : Répartition des patients interrogés selon l'activité professionnelle

Activité	Effectifs	Pourcentage
Elève / Etudiant	1	3,33%
Fonctionnaire	3	10%
Retraité	1	3,33%
Sans emploi	1	3,33%
Secteur informel	19	63,33%
Secteur privé	5	16,66%
Total	30	100%

(Source : nous-même)

Plus de la moitié des patients questionnés (63,33%), travaille dans le secteur informel, 16,66% dans le secteur privé, et 10% sont fonctionnaires. Les 10% restants sont constitués d'un étudiant, d'un retraité et d'un sans emploi.

➤ Provenance (Quartier/Ville)

La zone de provenance des usagers interrogés inclut globalement toute la banlieue dakaroise. Les réponses reçues sont assez variées : Thiaroye, Keur Massar, Tivaouane Peulh...

Elle s'étend souvent au-delà du département de Pikine et parfois au-delà de la région de Dakar, en témoignent les patients reçus venus de Touba et Mbour.

4.1.2.2. Informations relatives au SAU

➤ Accessibilité au SAU

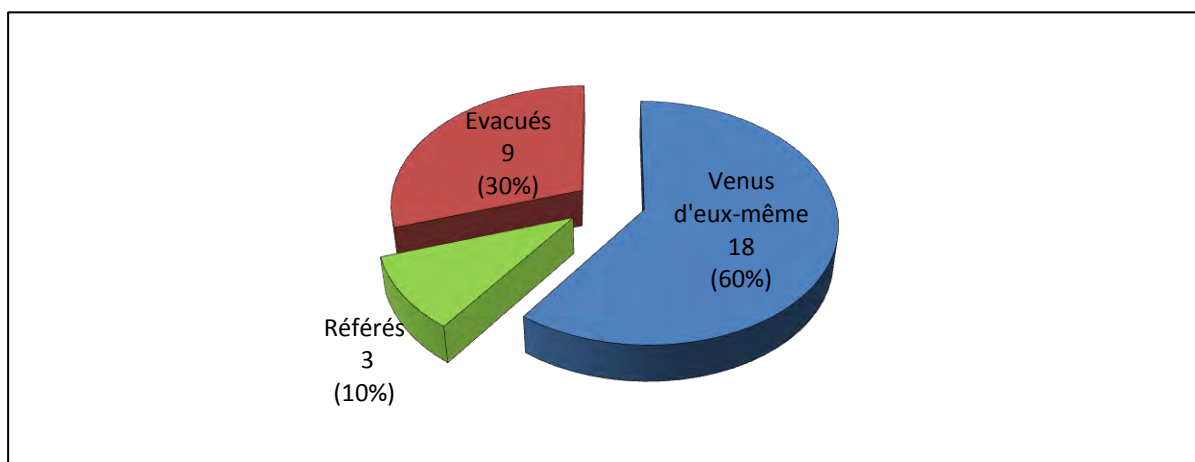
Tableau 17 : Moyens de transport employés par les patients pour venir à l'hôpital (Q.1-A.5)

Moyen employé	Effectifs	Pourcentage
Ambulance	7	23,33%
Taxi	9	30%
Transport en commun	6	20%
Voiture particulière	8	26,66%
Total	30	100%

(Source : nous-même)

Sept (07), des trente (30) usagers questionnés, ont été emmenés par ambulance au SAU, les vingt-trois (23) restants sont venus par d'autres moyens : six (06) par transport en commun, neuf (09) par taxi et huit (08) par voiture particulière.

Diagramme 23 : Modalités d'accès au SAU du CHNP (Q.2-A.5)

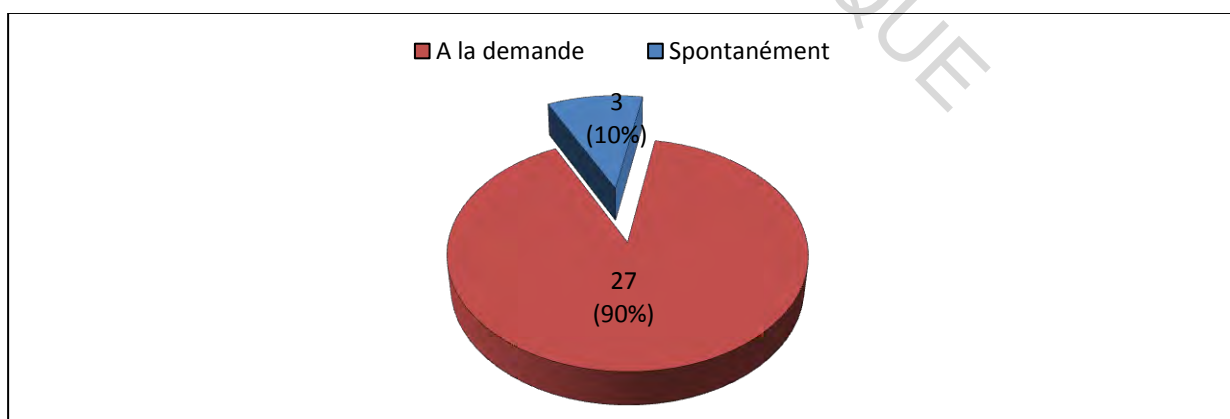


(Source : nous-même)

Sur notre échantillon de trente (30) usagers, dix-huit (18) sont venus d'eux-mêmes, neuf (09) ont été évacués et trois (3) ont été référés d'autres structures sanitaires.

- **Expérience des patients interrogés, sur le SAU du CHNP (Q.3-A.5)**
Douze (12) usagers sur trente (30) interrogés, ont déjà eu à solliciter le SAU du CHNP, alors que les dix-huit (18) restants, en étaient à leur premier contact avec le service des urgences.
- **Difficultés pour retrouver le service (Signalétique) (Q.4-A.5)**
Un seul, des usagers interrogés, affirme avoir eu des difficultés pour retrouver le SAU.
- **Communication avec le personnel**

Diagramme 24 : Informations reçues (Q.5-A.5)



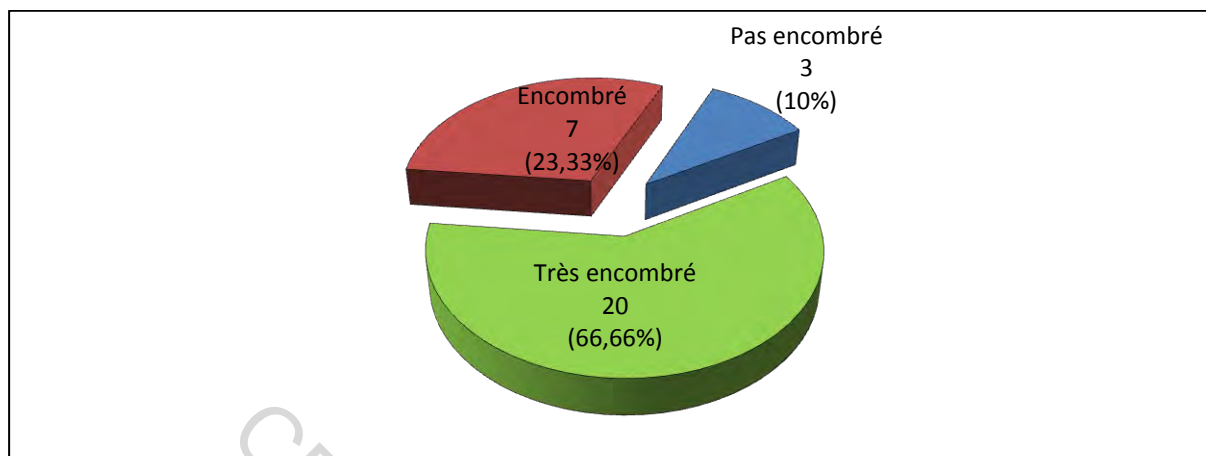
(Source : nous-même)

Seuls 10% des patients interrogés (trois sur vingt), affirment avoir reçu des informations spontanément, 90% déclarent qu'ils ont dû demander pour obtenir des renseignements.

4.1.2.3. Informations relatives à l'encombrement du SAU

➤ Niveau d'encombrement

Diagramme 25 : Estimation du niveau d'encombrement, selon les usagers (Q.6-A.5)



(Source : nous-même)

Parmi les trente (30) usagers du SAU du CHNP interrogés, vingt-sept (27), soit 90% des patients enquêtés, ont trouvé le SAU, encombré (7) ou très encombré (20).

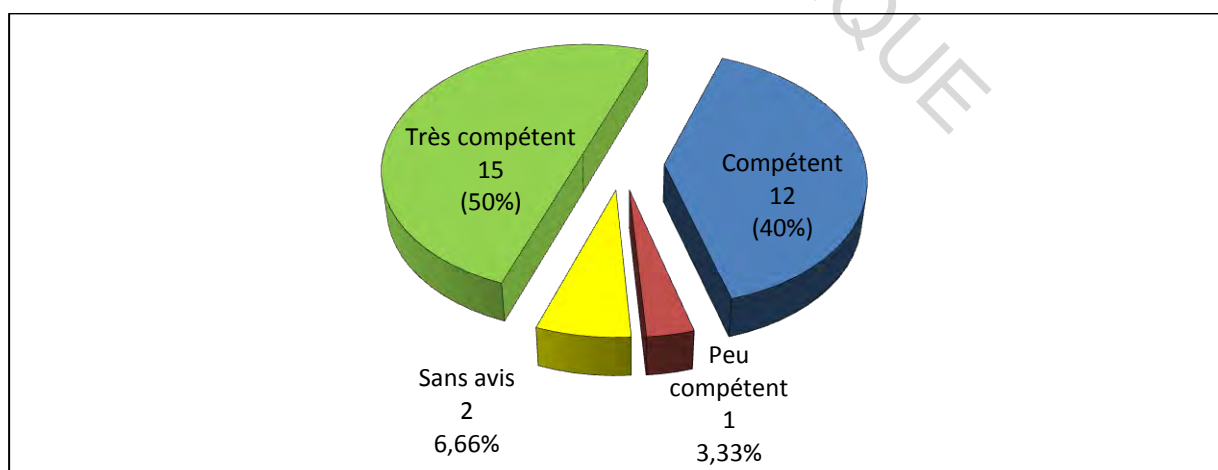
➤ Appréciation du personnel du SAU par les usagers

- Appréciation des effectifs du personnel par les usagers : (Q.7-A.5)

Tous les patients interrogés (à l'exception d'un seul, qui ne se prononce pas) pensent que le personnel est insuffisant, vu la fréquentation du SAU de l'hôpital de Pikine.

- Appréciation de la compétence du personnel par les usagers (Diagramme 22)

Diagramme 26 : Appréciation de la compétence du personnel (Q.8-A.5)

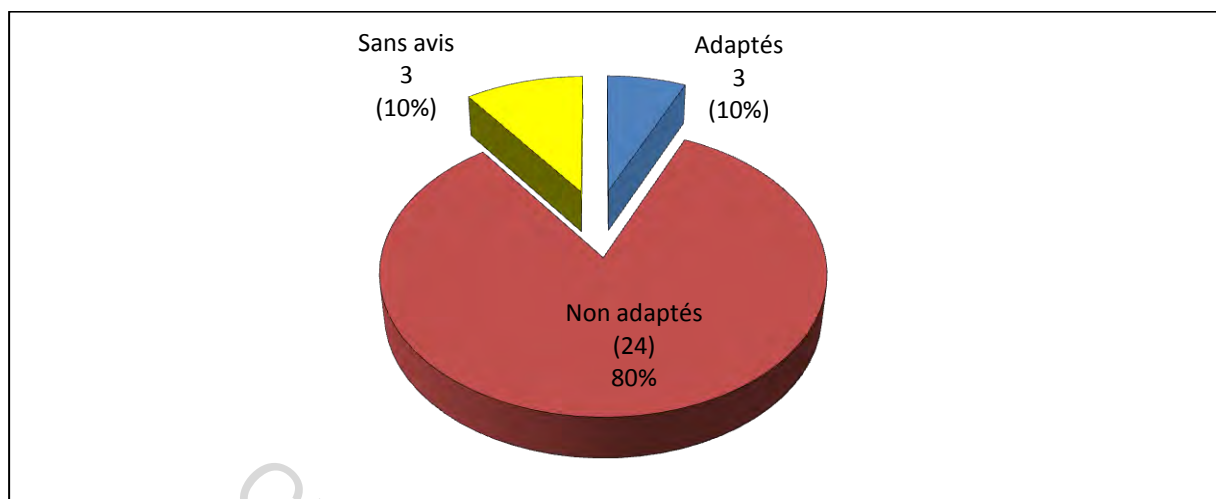


(Source : nous-même)

La majorité (90%) des patients interrogés, apprécie positivement, la compétence du personnel du SAU de l'hôpital de Pikine, un seul déclare le personnel, peu compétent ; les 2 restants ne se prononcent pas.

➤ Appréciation des locaux du SAU par les usagers

Diagramme 27 : Appréciation de l'adéquation des locaux du SAU à la fréquentation (Q.9-A.5)

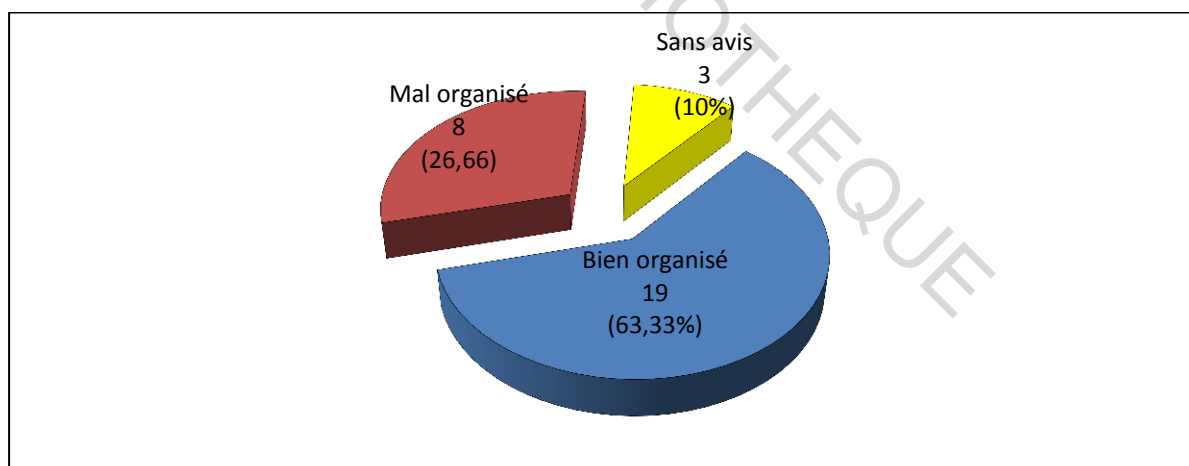


(Source : nous-même)

24 patients interrogés sur 30 estiment les locaux du SAU du CHNP non adaptés par rapport à la fréquentation de ce service, 3 ne se prononcent pas et seuls 3, les disent adaptés à la situation mais qu'ils peuvent être améliorés.

➤ Appréciation de l'organisation globale du SAU par les usagers

Diagramme 28 : Appréciation de l'organisation du SAU par les usagers (Q.10-A.5)

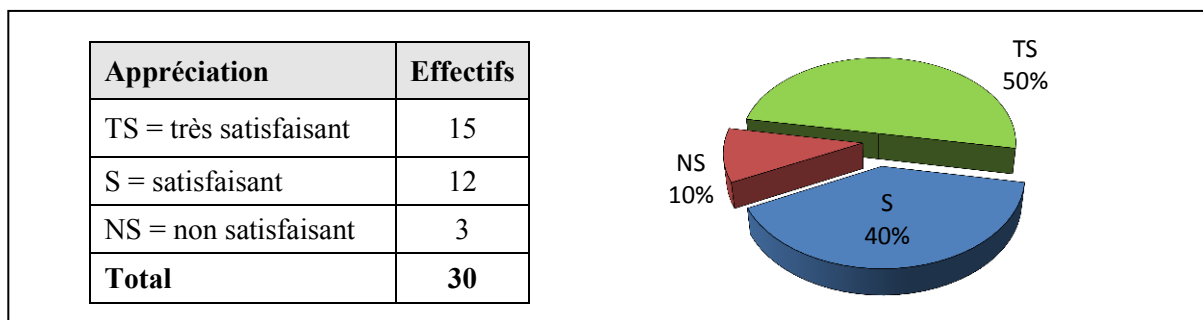


(Source : nous-même)

Sur 30 patients questionnés : 19 estiment, le SAU, bien organisé, 8 le disent mal organisé et 3 ne donnent pas d'avis.

➤ Appréciation du fonctionnement du SAU par les usagers (Question11-Annexe5)³

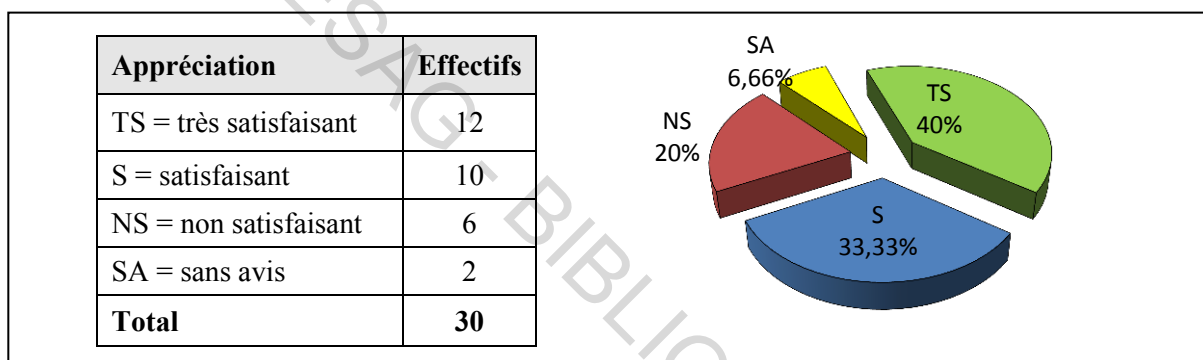
Diagramme 29 : Appréciation du premier contact (réception) au SAU (Q.11a-A.5)



(Source : nous-même)

Seuls, 10% des patients interpellés se disent non satisfaits de leur premier contact au SAU du CHNP ; 40% se disent très satisfaits et 50% sont très satisfait de leur réception.

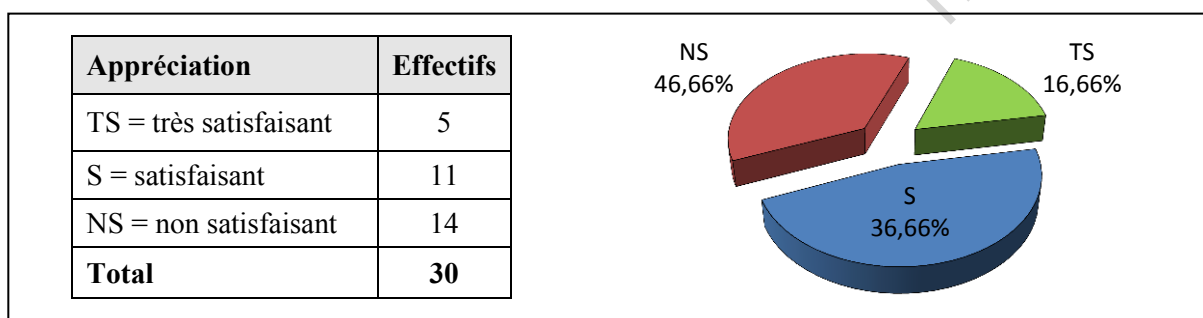
Diagramme 30 : Appréciation des formalités administratives au SAU (Q.11b-A.5)



(Source : nous-même)

Le tiers des patients enquêtés (un peu plus de 33%) se dit satisfait, des formalités administratives au SAU du CHNP. 40% ont répondu « très satisfait ». Deux (02) patients n'ont pas répondu à cette question et six (20%) s'estiment, non satisfaits des formalités administratives.

Diagramme 31 : Appréciation des délais d'attente avant PEC au SAU (Q.11c-A.5)

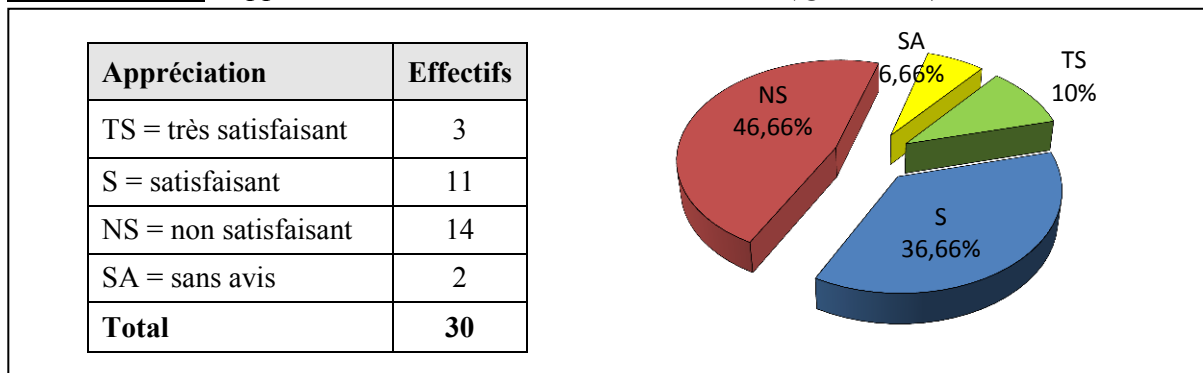


(Source : nous-même)

Environs 47% (46,66%) des patients interrogés, ne sont pas satisfaits du temps d'attente, avant la prise en charge, qu'ils estiment trop long ; et un peu plus de 36% (36,66%) des usagers interrogés l'apprécient, satisfaisante et 16,66%, très satisfaisante.

³ La question n°11 de l'annexe 5 est constituée de cinq (5) sous-questions numérotées de « a à e »
Dr David Simon DIÉMÉ, MBA/GSS, CESAG-SANTÉ, DAKAR, Année académique 2014-2015- 25^{ème} Promotion

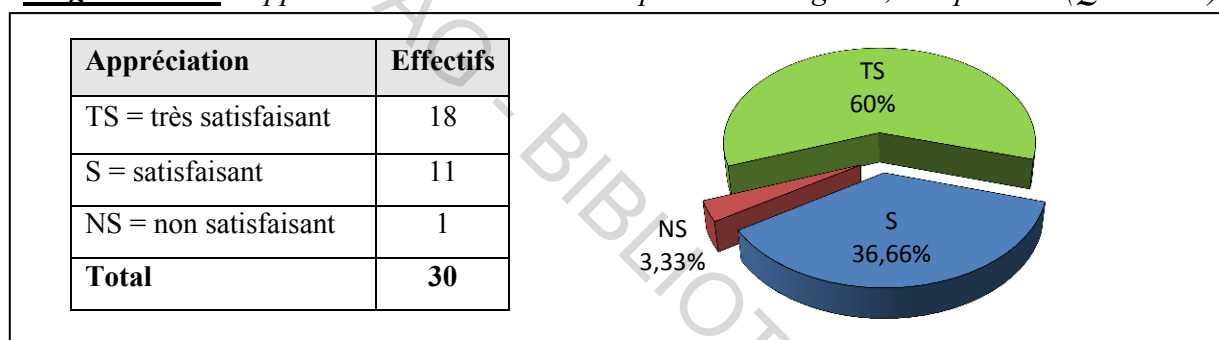
Diagramme 32 : Appréciation de la durée des soins au SAU (Q.11d-A.5)



(Source : nous-même)

La durée des soins est jugée, non satisfaisante par quatorze (14) des trente (30) patients interrogés. Un nombre égal (14), estime cette durée, satisfaisante (11) ou très satisfaisante (3). Deux (02) des patients ne se prononcent pas.

Diagramme 33 : Appréciation de l'attention du personnel soignant, aux patients (Q.11e-A.5)



(Source : nous-même)

L'attention portée par le personnel soignant, aux patients interrogés, est bien appréciée par ces derniers (60% sont très satisfaits et 36,66% répondent être satisfaits). Un seul s'estime insatisfait.

Q.12-A.5 : « Qu'avez-vous apprécié le plus, lors de votre passage au SAU du CHNP ?

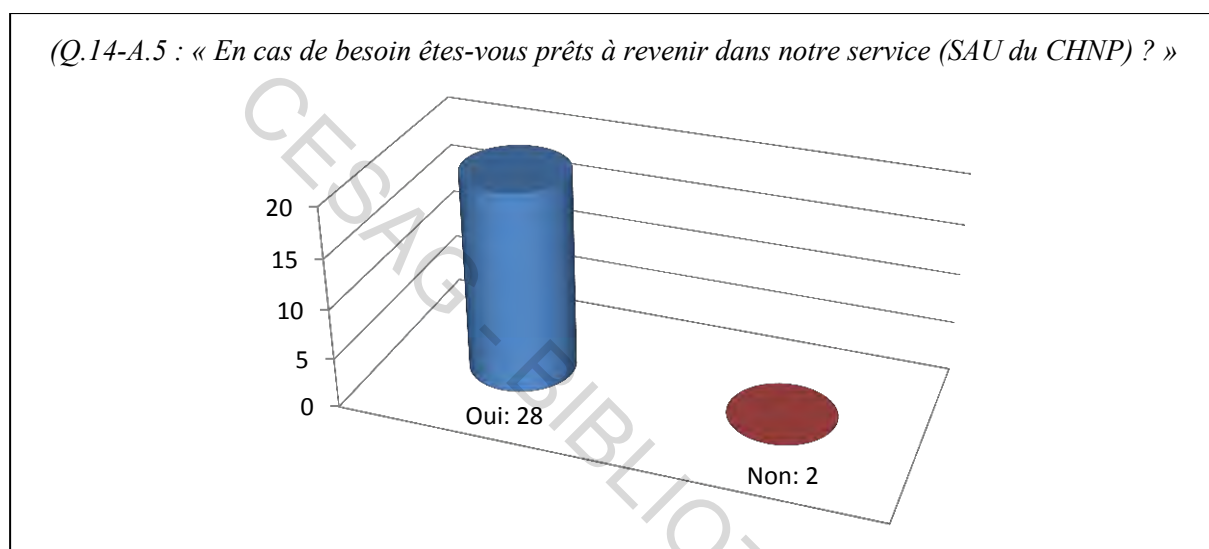
Sept (07) usagers n'ont pas répondu à cette question ; les 23 restants ont donné des avis divers. Cependant, la majorité des réponses, est en faveur du personnel qui est bien apprécié de par sa compétence, son attention, sa disponibilité, son amabilité et son attitude. Les autres réponses portent sur :

- L'accueil
- Le fonctionnement du service
- Le contact humain
- L'organisation
- La propreté des locaux

Q.13-A.5 (Question ouverte): « Qu'est-ce qui vous a le plus déplu lors de votre séjour au SAU de Pikine ? »

Seize (16) patients sur les trente (30) interrogés, affirment n'avoir rien trouvé de déplaisant au SAU, neuf (09) ont souligné la longue attente avant prise en charge. Des cinq (05) restants, deux (02) évoquent la dépersonnalisation de l'accueil (exigence de la régularisation de la consultation avant PEC); deux (02) la lenteur des soins et l'accompagnant du dernier évoque la cherté des tarifs.

Diagramme 34: Disposition des usagers à revenir, au SAU, en cas de besoin (Q.14-A.5)



(Source : nous-même)

Plus de 93 % (28 sur 30) des usagers interrogés disent être prêts à revenir au SAU du CHNP en cas de nouvel épisode, deux (02) disent ne plus vouloir revenir en cas de besoin.

Q.15-A.5 (Question ouverte): « Que suggérez-vous comme changements qui pourraient vous inciter à revenir en cas de besoin ? »

Les deux (02) usagers ne désirant plus revenir en cas de besoin, ont émis les suggestions suivantes :

- Réduire le temps d'attente
- Traiter les patients et régler ensuite les formalités administratives. « Le traitement doit primer sur le règlement des factures. »
- Mieux communiquer avec les patients et les accompagnants. « Améliorer l'accueil, gérer le stress du patient. »
- « Revoir le comportement de certains médecins »

4.1.3. Résultats du questionnaire soumis au personnel (hors SAU) du CHNP (annexe 6)

4.1.3.1. Informations d'ordre général sur le personnel interrogé.

Tableau 18: Répartition selon le profil, du personnel hors SAU du CHNP interrogé.

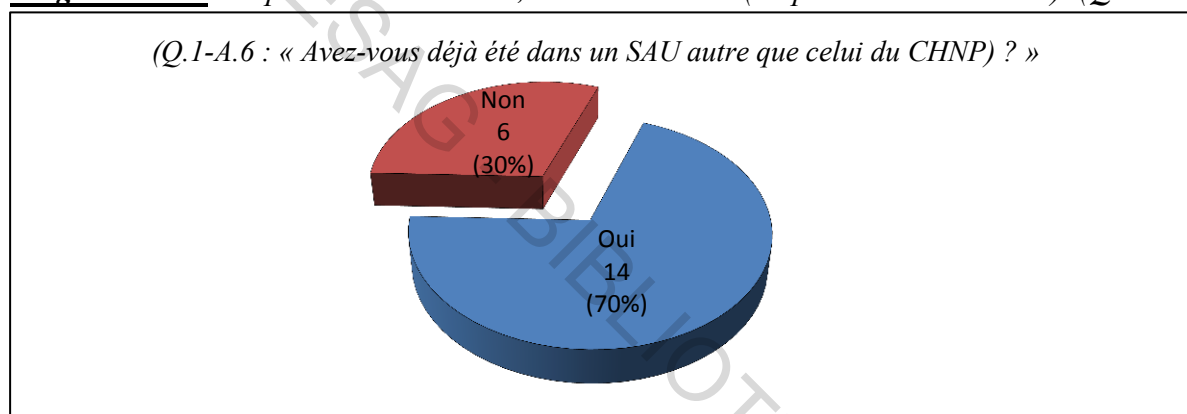
Profil	Effectifs	Pourcentage
Médical	5	25%
Paramédical	5	25%
Administratif	5	25%
Autres	5	25%
Total	20	100%

(Source : nous-même)

Nous avons enquêté cinq (05) membres de chaque catégorie professionnelle concernée. Le groupe était constitué de 10 hommes et 10 femmes.

4.1.3.2. Expérience du personnel (hors SAU) du CHNP, interrogé, sur les SAU.

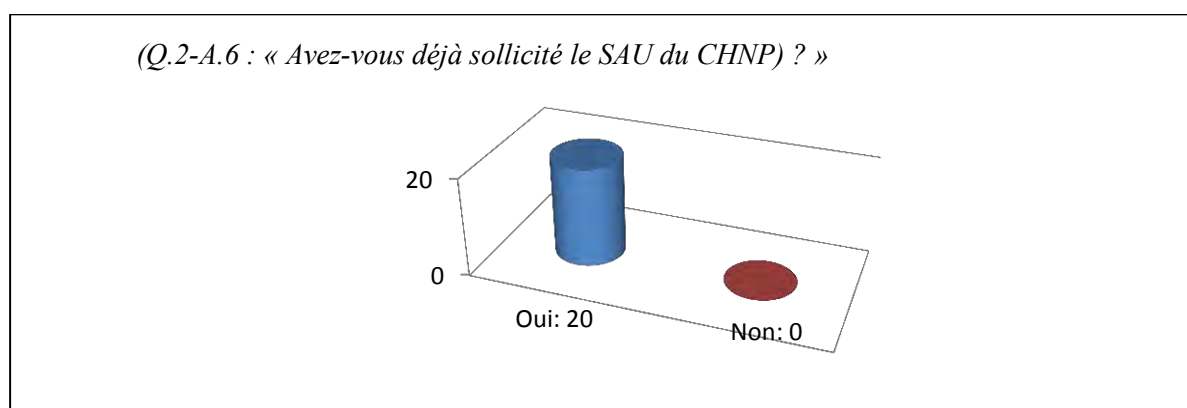
Diagramme 35 : Expérience antérieure, d'un autre SAU (du personnel hors SAU). (Q.1-A.6)



(Source : nous-même)

70%, du personnel (hors SAU) interrogé, ont déjà été dans un SAU, autre que celui du CHNP, contre 30% (6 personnes sur les 20 interrogés) qui n'ont jamais été dans un autre SAU.

Diagramme 36 : Expérience antérieure, au SAU du CHNP (du personnel hors SAU).



(Source : nous-même)

Tous les Vingt (20) membres du personnel (hors SAU) interrogé, ont déjà eu à solliciter le SAU du CHNP.

Tableau 19 : Motifs de sollicitation du SAU du CHNP (Q.3-A.6)

Motif	Nombre de fois évoqué	Pourcentage
Soins (soi-même)	7	17,5%
Accompagner un malade	17	42,5%
Transfert de patient	3	7,5%
Motif administratif	3	7,5%
Autre	10	25%
Total	40	100%

(Source : nous-même)

Sur quarante (40) réponses reçues, sur les motifs de sollicitation du SAU par le personnel (hors SAU) de l'hôpital, dix-sept (17), soit (42,5% des réponses), avaient trait à l'accompagnement d'un malade, trois (03), concernaient des motifs, sans rapport avec le service, sept (07) (17,5% des réponses) portaient sur des soins, pour le personnel concerné, 7,5% des motifs étaient administratifs et 7,5% également avaient rapport avec un transfert de malade par du personnel paramédical.

4.1.3.3. Informations relatives au SAU

➤ Difficultés rencontrées au SAU

Parmi le personnel, hors SAU, interrogé, seuls quatre (04) agents sur vingt (20), soit 20% des participants, affirment ne pas avoir rencontré de difficultés lors de leur passage au SAU du CHNP. Les seize (16) agents restants (80% des participants), ont souligné diverses difficultés (Cf. tableau 21), dont les plus fréquentes sont :

- les locaux exigus (34,4% des réponses),
- la faible capacité d'accueil (insuffisance du nombre de lits) (25% des réponses),
- le déficit de personnel et la lenteur des soins (12,5% des réponses, chacun),
- les longs délais de PEC (9,4% des réponses).

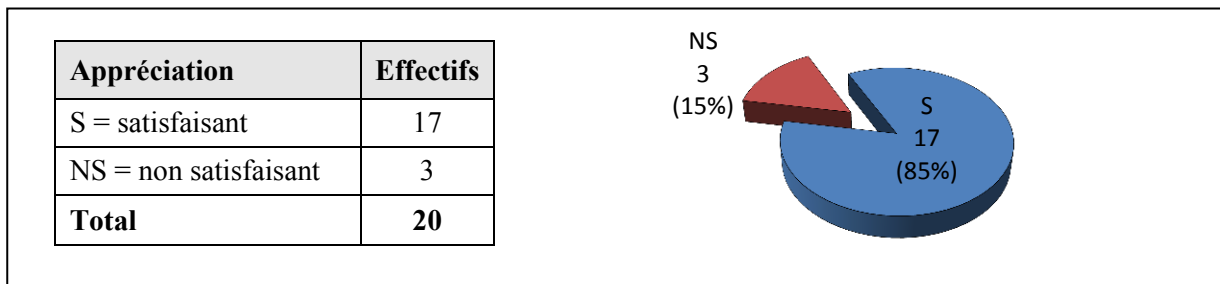
Tableau 20 : Difficultés rencontrées au SAU du CHNP par le personnel hors SAU (Q.4-A.6)

Difficulté rencontrées	Nombre de fois évoqué	Pourcentage
Délai de prise en charge	3	9,4%
Locaux exigus (étroits)	11	34,4%
Faible capacité d'accueil (lits insuffisants)	8	25%
Lenteur des soins	4	12,5%
Déficit de personnel	4	12,5%
Défaut de communications	1	3,1%
Lenteurs administratives	1	3,1%
Total	32	100%

(Source : nous-même)

➤ Appréciation du personnel (Questions 5 à 7, annexe 6)

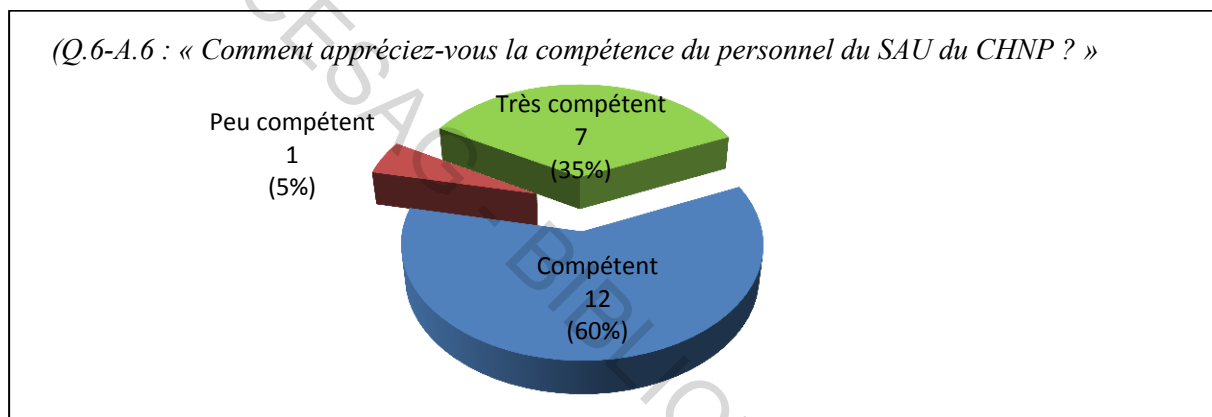
Diagramme 37 : Appréciation de l'accueil au SAU du CHNP par le personnel hors SAU (Q.5)



(Source : nous-même)

Le personnel hors SAU du CHNP, interrogé estime satisfaisant à 85%, l'accueil, aux urgences. Seules, trois (03) personnes questionnées, sur vingt (20), se déclarent insatisfaites de l'accueil.

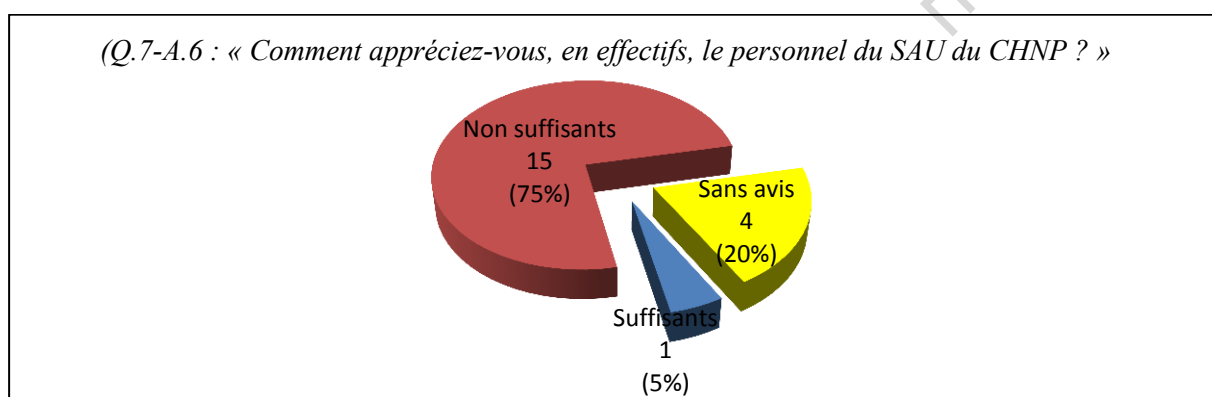
Diagramme 38 : Appréciation de la compétence du personnel du SAU. (Q.6-A.6)



(Source : nous-même)

95% du personnel, hors SAU du CHNP l'hôpital interrogé, apprécie la compétence des agents du SAU. (60% les estiment compétents et 35% très compétents).

Diagramme 39 : Appréciation des effectifs du personnel du SAU. (Q.7-A.6)

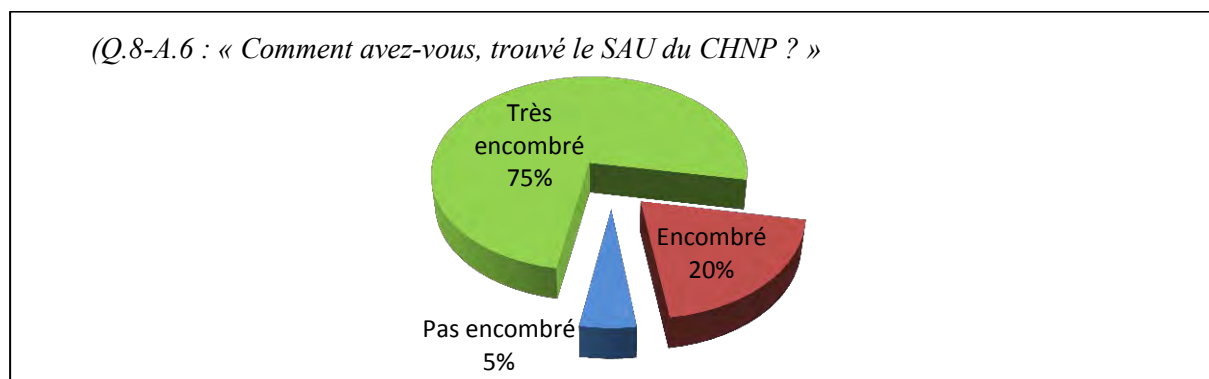


(Source : nous-même)

75% des personnes interpellées, estiment que les effectifs du SAU sont insuffisants, 20% ne donnent pas d'avis et 5% pensent que le personnel du SAU est suffisant.

4.1.3.4. Informations relatives à l'encombrement.

Diagramme 40 : Appréciation du niveau d'encombrement du SAU. (Q.8-A.6)



(Source : nous-même)

75% du personnel, hors SAU du CHNP, interrogé a trouvé le SAU très encombré, 20% l'ont trouvé encombré et 5% l'ont trouvé « pas encombré ».

A propos des causes les plus importantes de cet encombrement, (Cf. tableau 21) :

- 23% des réponses selon ce même personnel, incriminent la faible capacité d'accueil (nombre de lits) du SAU,
- 19% des réponses incriminent le manque d'espace au SAU (exiguïté des locaux),
- 17% incriminent l'insuffisance du personnel,
- 15% des réponses citent l'afflux important de patient comme cause d'encombrement,
- 11% incriminent la mauvaise organisation des soins,
- les autres causes totalisent pour chacune, moins de 5% des réponses.

Tableau 21 : Causes de l'encombrement du SAU, selon le personnel (hors SAU) (Q.9-A.6)

Cause de l'encombrement	Nombre de fois évoqué	Pourcentage
Afflux important de patients	15	15%
Circuit du patient mal défini	4	4%
Difficultés d'évacuation vers d'autres structures hospitalières	3	3%
Difficultés d'hospitalisation en aval des urgences	4	4%
Faible capacité d'accueil (nombre de lits)	23	23%
Formation insuffisante du personnel	2	2%
Manque d'espace (locaux exigus)	19	19%
Mauvaise organisation des soins	11	11%
Personnel insuffisant	17	17%
Tri inadéquat	2	2%
Total	100	100%

(Source : nous-même)

Q.10-A.6 (Question ouverte): « Que suggérez-vous pour réduire l'encombrement et améliorer le fonctionnement du SAU du CHNP ?

A cette question ouverte, au personnel, hors SAU du CHNP, que nous avons pu interroger, on a obtenu 83 réponses, dont nous avons recensés les plus fréquentes, dans la liste suivante :

- Extension des locaux (citée 20 fois)
- Augmentation de la capacité d'accueil (citée 17 fois)
- Recrutement de personnel (citée 14 fois)
- Amélioration de l'organisation du SAU du CHNP (citée 9 fois)
- Amélioration de la communication interne et externe (citée 7 fois)
- Amélioration du plateau technique du SAU du CHNP (citée 5 fois)

4.2. ANALYSE DES RESULTATS

Dans ce chapitre, nous analyserons dans un premier temps, les résultats de l'enquête auprès du personnel du service d'accueil des urgences de l'hôpital de Pikine et en second lieu, notre analyse portera, sur les données de l'enquête, auprès des usagers (patients) du SAU et du personnel hors SAU du CHNP.

4.2.1. Résumé des principaux résultats du questionnaire soumis au personnel du service d'accueil des urgences du CHNP

Notre enquête auprès du personnel du service d'accueil des urgences a globalement révélé les informations suivantes :

➤ Concernant le personnel dudit service :

- un bon niveau de l'équipe des agents du SAU, constituée de médecins, d'infirmiers confirmés, et d'un personnel de soutien, tous jouissant d'une bonne expérience des SAU : 70 % du personnel interrogé, ont une expérience antérieure d'un SAU, 65% du personnel interrogé ont entre un et quatre ans d'ancienneté dans le service et 65% ont reçu une formation dans la prise en charge des urgences. Ce qui constitue un atout pour un service de qualité, nonobstant que la majorité des agents du SAU interrogés (80%), estime sa formation en accueil aux urgences, insuffisante (*Diagramme 4, page 48*). En effet, plus de la moitié de ce personnel (55%), n'a pas

été formé à l'accueil, et ce déficit de formation est en partie à l'origine de la qualité non satisfaisante de la communication avec les usagers.

- les effectifs font défaut, et autant le personnel interrogé, à 85%, s'estime lui-même, compétent (*Q.10e, page 52*) ; autant, 90% de ce même personnel s'estime, insuffisant en nombre. Ce déficit peut expliquer la perception négative de la charge de travail qui est jugée excessive par 85% de ce personnel.
 - les relations entre les membres du service, traduisent un climat social satisfaisant au SAU, car la presque totalité du personnel questionné (hormis un sans avis et un d'avis opposé) en est, tout au moins, satisfaite.
 - 70% des agents du SAU interrogés, estiment se comporter de manière satisfaisante envers les patients.
 - tous les agents interpellés avouent, cependant, avoir déjà eu écho, de plaintes provenant des usagers, le plus souvent, en rapport avec :
 - o les longs délais d'attente avant traitement (26,6%)
 - o les longs temps de passage et le manque de place (plus de 16,6% chacune)
 - o le manque d'information (plus de 13,3%)
 - o la lenteur des soins et la mauvaise organisation des soins (plus de 6,6% chacune).
- Concernant l'organisation du SAU :
- le personnel interrogé est mitigé sur la qualité de l'environnement de l'accueil : 50% l'estiment non satisfaisante
 - l'organisation des formalités administratives ne semblent pas poser de problème 75% des agents du SAU interrogés, l'apprécient positivement,
 - 75% se disent satisfaits ou très satisfaits de la disponibilité des équipements et 70% estiment ces équipements suffisants,
 - 80% apprécient l'organisation des soins et examens, les délais de résultats des examens complémentaires sont raisonnables ou assez courts pour 70% du personnel interrogé et 16 agents sur 20 interrogés, approuvent la qualité de la coordination du travail avec les autres services.
 - l'environnement de travail est très satisfaisant pour 10% du personnel du SAU enquêté, 60% le disent satisfaisant, cependant 30% désapprouvent.

- Concernant les locaux et la capacité d'accueil du service:
 - l'adéquation de leur disposition, jugée satisfaisante, pour la moitié du personnel soumis à l'investigation, l'autre moitié souligne divers motifs d'inadéquation (absence de salle de tri, défaut d'aération, locaux renfermés, local secrétariat et facturation trop proche de la salle de soins, accès trop facile aux locaux de soins...).
 - Quant à la capacité d'accueil (nombre de lits) du SAU du CHNP, le personnel interrogé est unanime (à un agent près) sur son insuffisance. C'est d'ailleurs, le principal motif d'évacuation vers les autres structures hospitalières, selon le personnel interrogé (plus de 38% des réponses)
- Concernant l'encombrement,
 - sa permanence : 70% du personnel interrogé ont répondu que le SAU du CHNP est toujours encombré et 30% disent que le service est souvent encombré.
 - la répercussion de cet encombrement sur le fonctionnement du service des urgences, à l'unanimité, avérée : tout le personnel soumis au questionnaire confirme que l'encombrement retentit sur la qualité de la prise en charge des urgences.
 - les causes de cet encombrement dont les plus importantes selon le personnel sont : le manque d'espace (exiguïté des locaux) (17%), l'insuffisance des lits (capacité d'accueil) (14%), l'insuffisance du personnel (13%), l'afflux important de patients (12%), les difficultés d'hospitalisation (12%) les difficultés d'évacuation (10%).

Nos investigations nous ont également permis, de recenser, les difficultés, liées à l'encombrement, que rencontre le personnel du SAU du CHNP (*Q.18-A.4, page57*), les suggestions émises par ce personnel, pour réduire l'encombrement (*Q.19-A.4, page58*) et les appuis qu'il attend de la Direction de l'hôpital pour l'amélioration du fonctionnement du service d'accueil des urgences du CHNP (*Q.20-A.4, page58*).

4.2.2. Résumé des principaux résultats des questionnaires soumis aux usagers et personnel hors SAU du CHNP.

4.2.2.1. Résumé des résultats du questionnaire soumis aux usagers

Dans l'échantillon de patients, que nous avons eu à interroger, le sexe ratio hommes-femmes, de 2,75, est en faveur des hommes, avec 22 usagers de sexe masculin, et 8 de sexe féminin. Le groupe est assez jeune, la tranche d'âge de 16 à 40 ans (53%), étant la plus représentée, (*Diagramme 22b*).

Le niveau d'instruction est relativement bas, car, seuls 10 des 30 patients interrogés ont fait des études supérieures et sept (07) n'ont jamais été à l'école et la plupart d'entre eux (63,33%), tirent leurs revenus du secteur informel. Ce sont là, autant de facteurs de précarité sociale et d'obstacles à une bonne communication.

Sur les patients interrogés, 60% se sont présentés d'eux-mêmes aux urgences et par des moyens divers (transport en commun, taxi, voiture particulière). Ce qui laisse à supposer que, pour certains d'entre eux, il ne s'agissait que d'urgences ressenties, contrairement aux 40% restants, constitués de cas, évacués par les sapeurs-pompiers, ou référés à partir d'autres structures de santé et donc acheminés par ambulance.

De leur contact initial avec la structure, nous pouvons dire que, plus de la moitié, d'entre les patients interrogés (60%), en étaient à leur premier contact avec le SAU du CHNP et pratiquement aucun, n'a, pour autant, éprouvé de difficultés, pour retrouver le service (signe d'une signalétique de l'hôpital, efficace).

Nos investigations, sur les informations reçus par les patients, ont cependant, permis de déceler que, le circuit du patient n'est pas bien défini d'une part, car presque tous les usagers du SAU interrogés (90%), n'ont pas reçu de renseignements spontanés à leur arrivée au SAU, et aucun affichage n'indiquait la démarche à suivre. Ils étaient donc obligés d'aller au renseignement.

D'autre part, presque tous (96,66%) estiment le personnel insuffisant, en nombre ; personnel dont ils apprécient d'ailleurs, en grande part, l'attention qu'il leur porte (97%) et la compétence (90%). Cette appréciation très favorable du personnel du SAU du CHNP est confortée par les réponses à la question n°12 (Cf. **Q.12-A.5**, page 65), de notre formulaire, adressé aux usagers (Annexe 5) : «*Qu'avez-vous apprécié le plus, lors de votre passage au SAU du CHNP ?* »

A propos du SAU, une grande proportion (90%) de ces mêmes patients interpellés, déclare avoir trouvé le service des urgences encombré (23,33%) ou très encombré (66,66%).

De leur avis (80% des usagers interrogés), les locaux du SAU ne sont pas adaptés par rapport à la fréquentation du service des urgences.

Plus de 60% d'entre eux, estiment le service bien organisé, avec quelques réserves cependant et environs 27%, imputent l'encombrement à l'organisation. Et bien que le premier contact (réception au SAU), ainsi que l'organisation des formalités administratives soient bien appréciés par les usagers, les délais d'attente avant prise en charge et la durée des soins, sont, par contre, estimés trop longs (environs 47% des patients interrogés, n'en sont pas satisfaits). « La longue attente » est d'ailleurs la réponse la plus fréquente à la question « *Qu'est-ce qui vous a le plus déplu lors de votre séjour au SAU de Pikine ?* » (**Q.13-A.5**). Malgré ces insatisfactions, plus de 93 % des usagers interrogés, disent être prêts à revenir au SAU du CHNP en cas besoin.

4.2.2.2. Résumé des résultats des questionnaires soumis au personnel hors SAU du CHNP.

Nous avons sciemment, pour un souci de diversité des points de vue, ciblé cinq membres de chacune des principales catégories professionnelles présentes à l'hôpital (Médecins, paramédicaux, administratif et technique) et le hasard a voulu que le groupe soit constitué d'un nombre égal d'hommes (10) et de femmes (10).

L'intérêt du point de vue, du personnel hors SAU du CHNP, sur l'étude du service des urgences est que ce groupe est à cheval entre :

- d'une part, le personnel soignant : tout le personnel médical et paramédical hors SAU interrogé, est en collaboration de près ou de loin, avec le service des urgences, où ils interviennent parfois directement
- et d'autre part les usagers (17,5% de ce personnel ont sollicité le SAU pour des soins donc en tant que patient et 42,5% en tant qu'accompagnant pour un patient.

Toutes les personnes interrogées, connaissaient le SAU du CHNP pour l'avoir sollicité au moins une fois auparavant. La plupart, dispose donc d'éléments de comparaisons, 70% d'entre eux ayant déjà été dans un SAU, autre que celui du CHNP.

Les résultats des investigations auprès du personnel hors SAU du CHNP, ont globalement confirmé celles recueillies auprès des patients et auprès du personnel du service des urgences :

- l'accueil est estimée satisfaisante (par 85% des enquêtés)
- le personnel du SAU est jugé très compétent ou compétent par 95% des participants,
- les effectifs du SAU sont insuffisants, selon le personnel hors SAU du CHNP interrogé
- le service d'accueil des urgences est très encombré ou encombré selon 95% de ce même personnel, pour les mêmes causes, à peu de différences près,
- les suggestions pour réduire l'encombrement et améliorer le fonctionnement du SAU du CHNP sont également similaires à celles évoquées par le personnel du SAU (extension des locaux, augmentation de la capacité d'accueil, recrutement de personnel...)

TROISIEME PARTIE :

DETERMINATION, ANALYSE ET PRIORISATION DES CAUSES

IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS

CHAPITRE V : DETERMINATION/ANALYSE ET PRIORISATION DES CAUSES

5.1. PRESENTATION DES OUTILS

Afin de déterminer les causes du problème d'encombrement du service d'accueil des urgences du CHNP, nous nous sommes appuyés sur les résultats de nos questionnaires, administrés au personnel (du SAU et du CHNP) et aux usagers du service en question ; ainsi que de nos propres observations. Nous avons analysé ces résultats et retenu les principales causes du problème, qui en ont émané. Nous avons par la suite procédé à la priorisation de ces causes grâce à une notation par différents responsables de la structure.

Pour ce faire, nous avons utilisé les outils suivants :

- Le **diagramme de causes et effets** ou **diagramme d'ISHIKAWA**⁴ : Il permet de visualiser les différentes causes du problème étudié, en les classant suivant les cinq aspects que sont : la **matière**, le **matériel**, la **méthode**, le **milieu** et la **main d'œuvre** ; d'où, l'appellation de **méthode des « 5 M »**, mnémotechnique permettant de rappeler ces cinq aspects.
- Le **diagramme de PARETO** : cet outil est basé sur la loi de PARETO (Sociologue, économiste italien né en 1848), encore appelée, « loi des 80/20 » qui est en fait, un phénomène empirique, constaté dans certains domaines, constatant qu'environ 80 % des effets, sont le produit de 20 % des causes. Cet outil peut donc mettre en évidence les 20% des causes, sur lesquelles, on pourrait agir pour résoudre 80% du problème.
- La **notation** ou **vote pondéré**, qui nous a permis de prioriser les causes, après hiérarchisation (tri par ordre d'importance).

5.2. DETERMINATION ET ANALYSE DES CAUSES

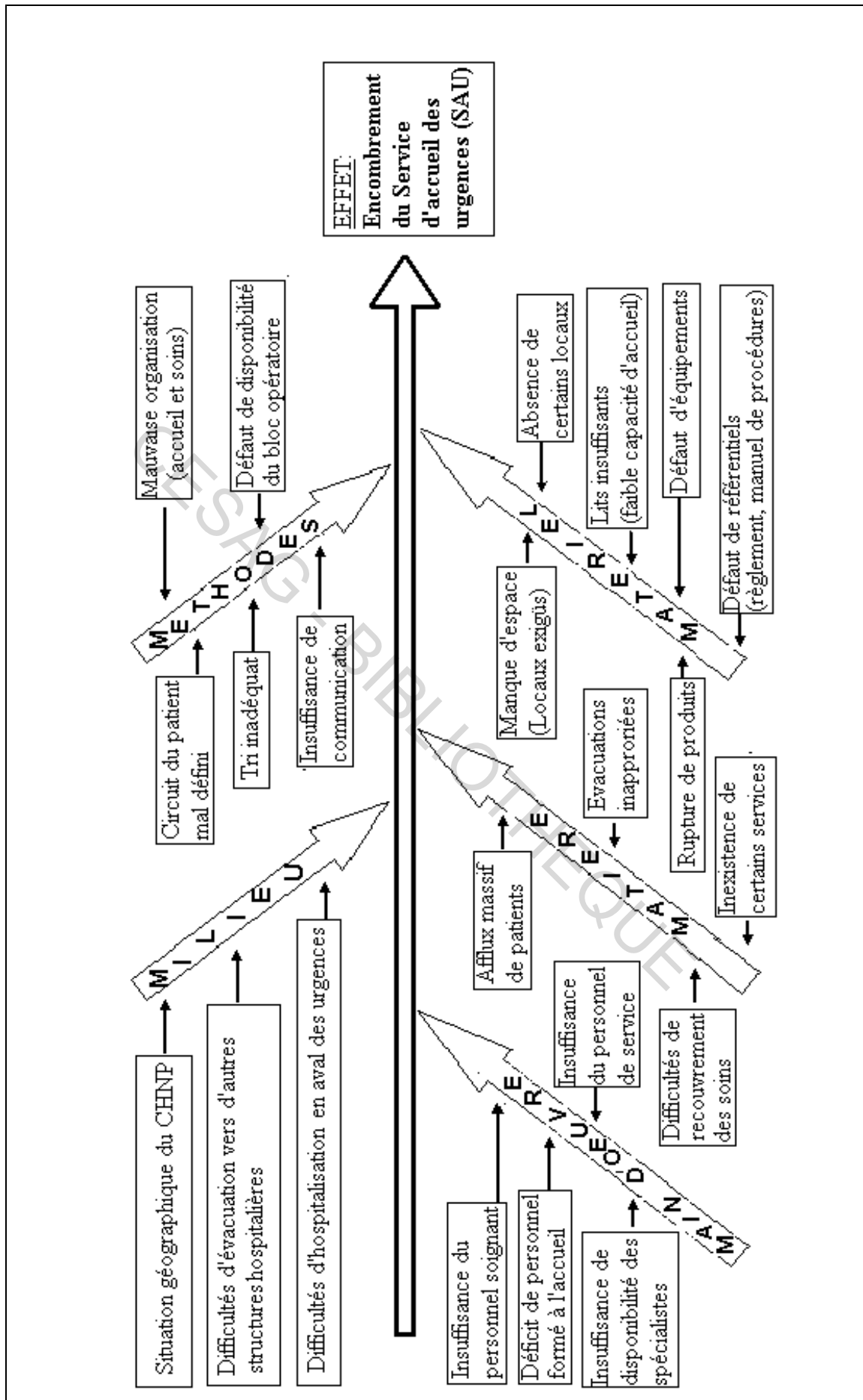
Les résultats de nos investigations, nous ont permis, de relever les principales causes, de l'encombrement du SAU du CHNP. Les réponses données par les trois groupes cibles de nos questionnaires (personnel du SAU, personnel hors SAU et usagers) sur les causes probables de l'encombrement du SAU du CHNP, les informations issus d'entretiens individuels et de discussions en groupe nominal ainsi que nos propres observations, nous ont permis d'établir le diagramme de causes et effets ou diagramme d'ISHIKAWA (*Figure 9*).

⁴ **Kaoru ISHIKAWA** : ingénieur chimiste japonais, né en 1915, précurseur et un des théoriciens de la gestion de la qualité.

(https://fr.wikipedia.org/wiki/Kaoru_Ishikawa)

Dr David Simon DIÉMÉ, MBA/GSS, CESAG-SANTÉ, DAKAR, Année académique 2014-2015- 25^{ème} Promotion

Figure 9 : Diagramme d'ISHIKAWA



(Source : nous-même)

5.2.1. Causes liées à la main d'œuvre (au personnel)

- Insuffisance du personnel soignant : qui se répercute sur la charge de travail, et impacte négativement sur la durée des soins, les délais d'attente avant PEC, donc occasionne nécessairement une situation d'encombrement du service des urgences.
- Déficit de personnel formé à l'accueil : l'insuffisance de formation du personnel à l'accueil est source d'incompréhension, de problèmes de communication avec les patients et accompagnants donc de conflits avec de nombreuses conséquences (stress et démotivation du personnel, perte d'efficacité...)
- Insuffisance du personnel de service (brancardiers, ambulanciers...): le déficit de ce type de personnel est souvent à l'origine de pertes de temps énormes, lorsqu'il s'agit de déplacer des patients, qui du fait de leur état ne peuvent le faire eux-mêmes.
- Insuffisance de disponibilité des spécialistes : outre le fait que la spécialité de médecin urgentiste n'est pas très répandue dans nos hôpitaux, les autres spécialistes (neurologues, cardiologues, orthopédistes...), dont l'avis est fréquemment sollicité aux urgences, ne sont pas disponibles en permanence à l'hôpital (contractuel, vacataire ou stagiaire). Certains patients sont donc maintenus aux urgences dans l'attente de l'avis du spécialiste concerné.

5.2.2. Causes liées à la méthode

- L'insuffisance de communication: liée d'une part, au déficit de formation en accueil, comme souligné précédemment, mais aussi d'autre part, à la signalétique de la structure et du service (affichage, panneaux d'indication, dépliants), dont l'absence pousse l'utilisateur à aller lui-même rechercher le renseignement, au risque d'interférer sur l'organisation du travail.
- Le circuit du patient : s'il n'est pas bien défini occasionne les mêmes soucis de canalisation des patients et accompagnants que le déficit de communication.
- Le tri inadéquat : il est pour notre cas, lié au déficit de personnel car aux urgences du CHNP, le triage est effectué par un infirmier, (aidé du vigile posté à l'entrée), qui, du fait de l'importance de l'affluence des patients ne joue pas le seul rôle d'IOA, mais intervient pleinement avec l'équipe soignante de jour. Il en est de même pour la mauvaise organisation des soins évoquée parmi les causes d'encombrement.

- Le défaut de disponibilité du bloc opératoire : les interventions programmées et certaines interventions chirurgicales (obstétricales notamment), sont privilégiées, au détriment de ceux en provenance des urgences le plus souvent non-programmées. Il s'en suit un prolongement du temps de séjour de certains patients aux urgences, dans l'attente de la libération du bloc opératoire.

5.2.3. Causes liées au milieu

- Les difficultés d'hospitalisation en aval des urgences : qui constitue une des causes majeures de l'engorgement du SAU. Le temps de séjour des patients aux urgences est prolongé, car pour diverses raisons, on ne parvient pas à trouver de lits disponibles dans les services d'hospitalisation ou ils doivent être suivis.
- Les difficultés d'évacuation vers d'autres structures hospitalières : pour les mêmes raisons l'hospitalisation en aval, plusieurs patients évacués vers d'autres hôpitaux disposant des services adéquats sont renvoyés au SAU du CHNP pour manque de place.
- La situation géographique du CHNP (proximité de l'autoroute à péage et de la Nationale N°1), fait du SAU de l'hôpital de Pikine, le point privilégié d'évacuation des urgences en provenance de toute la presqu'île du Cap vert.

5.2.4. Causes liées au matériel

- Le manque d'espace (locaux exigus) : elle est évoquée presque unanimement par toutes les personnes interrogées comme facteur d'encombrement au SAU du CHNP.
- L'absence de certains locaux : zone de réception des urgences, salle de tri (au CHNP, la salle d'attente du SAU, fait également office de local de tri, ce qui peut être à l'origine du tri inadéquat cité plus haut)
- L'insuffisance des lits (faible capacité d'accueil) : qui, combinée aux autres facteurs favorisant l'allongement du temps de séjour aux urgences, ne peut qu'accentuer l'encombrement du SAU.
- Défaut d'équipement : certains matériels vieillissants tombent souvent en panne (défaut de maintenance), et ralentissent les soins.
- Ruptures de produits, de plus en plus fréquentes
- Absence de référentiels (règlement intérieur, manuel de procédure)

5.2.5. Causes liées à la matière

Dans la description de méthode d'Ishikawa, la matière correspond à tout ce qui est consommable ou à transformer par le processus. Par conséquent les causes liées à la matière, dans notre cas d'encombrement du SAU correspondront :

- à l'afflux massif de patients et d'accompagnants
- aux évacuations et références inappropriées
- à l'inexistence de certains services
- aux difficultés de recouvrement des soins

5.3. HIERARCHISATION DES CAUSES

Notre étude a révélé une multiplicité de facteurs, susceptibles de causer l'encombrement, au niveau du service d'accueil des urgences. Nous avons choisi d'en hiérarchiser une quinzaine. Ainsi nous avons demandé à un groupe essentiellement constitué des principaux responsables du SAU, d'attribuer à chaque cause, selon son importance, une note pouvant aller de 1 à 5. Nous avons totalisé les points et les résultats ont été reportés sur le tableau ci-dessous :

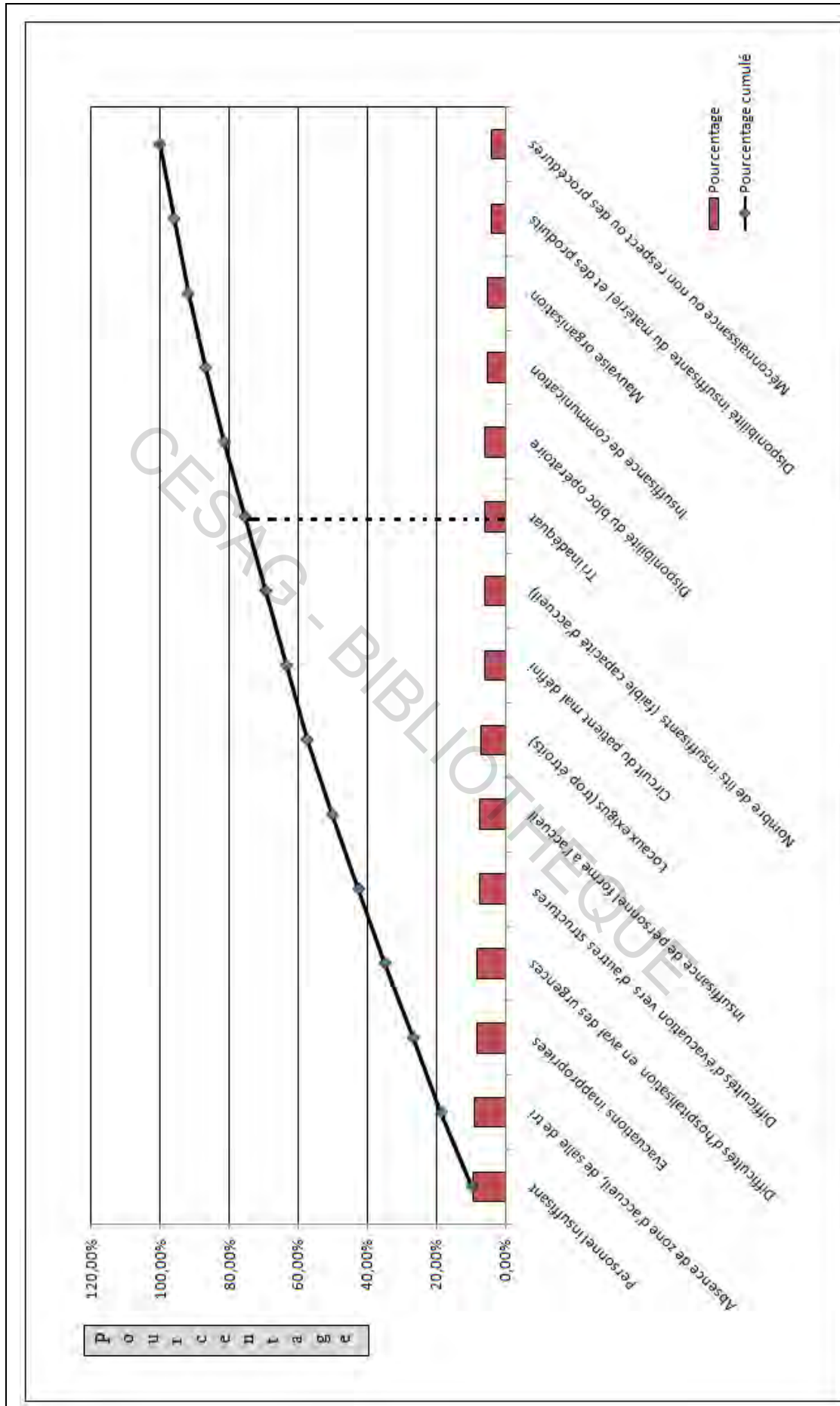
Tableau 22 : Classification des principales causes de l'encombrement du SAU du CHNP

CAUSES	Nombre de points	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Personnel insuffisant	30	9,5%	9,5%
Absence de zone d'accueil, de salle de tri	28	8,9%	18,4%
Evacuations et références inappropriées	26	8,2%	26,6%
Difficultés d'hospitalisation en aval des urgences	26	8,2%	34,8%
Difficultés d'évacuation vers d'autres structures	24	7,6%	42,4%
Insuffisance de personnel formé à l'accueil	24	7,6%	50%
Locaux exigus (trop étroits)	23	7,3%	57,3%
Circuit du patient mal défini	19	6,0%	63,3%
Nombre de lits insuffisants (faible capacité d'accueil)	19	6,0%	69,3%
Tri inadéquat	19	6,0%	75,3%
Disponibilité du BO	19	6,0%	81,3%
Insuffisance de communication	17	5,4%	86,7%
Mauvaise organisation	16	5,1%	91,8%
Disponibilité insuffisante du matériel et des produits	13	4,1%	95,9%
Méconnaissance ou non-respect ou des procédures	13	4,1%	100%
Total	316	100,0%	

(Source : nous-même)

Il en ressort que les principales causes de l'encombrement sont liées à l'insuffisance de personnel, de l'absence de zone d'accueil et de tri et des évacuations et références inappropriées.

Figure 10 : Diagramme de PARETO



(Source : nous-même)

CHAPITRE VI : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS

6.1. IDENTIFICATION DES SOLUTIONS POSSIBLES

6.1.1. Revue de littérature

De nombreuses mesures ont été prises pour lutter contre l'encombrement des services d'urgences, à travers le monde et les stratégies varient, en fonction des contextes socioéconomiques, du niveau de développement et de la situation sanitaire de chaque pays concerné. Ces mesures s'attaquant toujours à l'un ou l'autre des facteurs liés au phénomène :

- facteurs liés aux ressources : formation, augmentation de personnel, augmentation d'équipements et matériels, de la capacité d'accueil (lits), ...
- facteurs liés aux patients : canalisation du flux massif d'usagers et d'accompagnants,
- facteurs liés à la structure : amélioration de l'architecture, de la superficie, de l'ergonomie des locaux, création d'unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD), d'unités de court séjour gériatrique (UCSG)...).
- facteurs liés à l'organisation : Gestion informatisée des lits d'hospitalisation en aval, création de circuit courts pour les examens complémentaires...

Au Maroc, la Direction de l'hôpital Ibn Sina de Rabat a implanté une cellule d'accueil au SU et envisageait, dans son projet d'établissement hospitalier (PEH 2007-2011), de construire un nouveau service d'urgences qui répond aux normes. [13]

Au Cameroun, une note d'information stratégique (NIS) rédigée en 2011, par le Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé (CDBPS), et l'équipe camerounaise de l'initiative (EVIPNet⁵) de l'Organisation Mondiale de la Santé, préconisait, entre autres, de renforcer les capacités et d'améliorer les conditions de travail et la motivation du personnel des SAU pour résoudre le problème d'accès aux soins, en urgence. [18]

Au Mali, le Docteur SANOGO D. [14], dans son mémoire pour le CESAG en 2014, retient la réorganisation du Service des urgences médicales du Centre de santé de référence de Sikasso, fondée sur la formation du personnel, la réduction du temps d'attente des usagers et l'amélioration des conditions de travail, comme solution au problème de la qualité de l'accueil aux urgences.

⁵ Evidence Informed Policy Networks

Au Sénégal, comme nous l'avons souligné plus haut, la plupart des études menées au niveau des services d'urgences hospitalières, ont eu pour objet, l'amélioration de la qualité de l'accueil. Ces études ont certes, apporté des éléments de réponse aux maux liés à l'encombrement des SAU mais, ne s'y sont pas focalisé spécifiquement. Elles ont surtout concerné la satisfaction des usagers en général :

En 2002, Monsieur FAYE D. [11] préconise, dans son mémoire intitulé : «Contribution à l'amélioration de l'accueil des urgences dans les EPS de 3^{ème} niveau : cas de l'Hôpital Principal de Dakar », la formation et le recrutement du personnel paramédical et suggère même la sous-traitance de l'accueil avec un prestataire externe, afin d'améliorer la qualité de l'accueil au SAU.

En 2005, Madame ATTOUMOH M. [9] quant à elle, propose pour la même structure, la réorganisation du service des urgences porte, fondée sur la formation du personnel à l'utilisation du diagramme de circulation, en ce temps, nouvellement établi, et des NTIC.

Madame DIEDHIOU M. [10] en 2007, sur la réduction du temps d'attente avant consultation au SAU de l'HPD propose la mise en place d'une organisation efficace, susceptible d'améliorer les conditions de travail et prévoir de activités de recrutement, de formation et de recyclage du personnel, pour d'améliorer la qualité de l'accueil au SAU de l'HPD.

Monsieur NIBIZERE E. [12] en 2013, s'est également penché sur la réduction du temps d'attente des patients au SAU du CHNU de Fann et a proposé « la mise en place d'une bonne organisation du service » comme solution.

Monsieur SOW A. [15] dans son mémoire, portant sur l'amélioration de la qualité de l'accueil au CHNP, présenté en 2012, propose entre autres solutions l'augmentation de la capacité d'accueil du SAU et la formation du personnel à l'accueil.

6.1.2. Revue des solutions possibles au SAU du CHNP

Après la priorisation des causes de l'encombrement du service des urgences, et à l'issu de nos entretiens avec certains responsables de la structure, nous avons réparti les solutions proposées, selon leur lien avec le personnel, la structure ou l'organisation :

6.1.2.1. Solutions relatives au personnel

- le recrutement de personnel médical, paramédical et du personnel de service du SAU
- la formation de ce personnel, surtout à l'accueil,

6.1.2.2. Solutions relatives à la structure

- l'extension des locaux du SAU,
- organiser un service de tri, à l'entrée de l'hôpital
- la création d'une salle de tri
- l'augmentation du nombre de lits au SAU
- l'amélioration du plateau technique

6.1.2.3. Solutions relatives à l'organisation

- la mise en place de référentiels, pour le triage et la prise en charge des patients du SAU,
- l'élaboration et la mise en œuvre d'un circuit du patient clair et bien défini qui prend en compte les niveaux d'urgence du triage, et l'établissement d'une signalétique suffisante (affichage, panneaux d'indication, plan global de l'hôpital...)
- la réorganisation de la coordination avec les autres services de l'hôpital, les autres structures sanitaires de la place, les forces de sécurité (Sapeur, gendarmerie, police...) et les services de secours (SAMU).

6.2. PRIORISATION DE LA SOLUTION RETENUE

L'analyse et le choix de la solution à notre problème s'est faite avec le même groupe de travail que pour la priorisation du problème et à l'aide d'un diagramme multicritères, (outil mis au point au Japon, en complément des outils de base de la qualité) (*Tableau 24*). C'est « une matrice se présentant sous la forme d'un tableau à 2 entrées permettant d'analyser plusieurs sujets en fonction de critères prédéterminés, pour réaliser un choix. » [2]

Tableau 23 : Critères de priorisation des solutions

CRITERES	Attributs des critères	Pondération (Points à attribuer)
Efficacité de la solution	Très efficace	5
	Efficace	3
	Peu efficace	1
Coût de la solution	Peu coûteux	5
	Coûteux	3
	Très coûteux	1
Facilité de mise en œuvre de la solution (Faisabilité)	Très facile	5
	Facile	3
	Pas facile	1

(Source : nous-même)

Tableau 24 : Priorisation des solutions

SOLUTION	CRITERES			Score	Rang
	Efficacité	Coût	Facilité		
Recrutement du personnel	5+5+3+5+5	3+1+1+1+3	3+1+1+3+3	43	6 ^{ème}
Formation du personnel à l'accueil	5+3+1+1+3	5+5+5+3+3	3+5+5+5+3	55	3 ^{ème}
Extension des locaux du SAU	5+5+5+5+5	3+1+3+1+1	3+3+3+1+3	47	5 ^{ème ex}
Création d'une salle de tri (Local d'accueil et le triage des urgences)	5+5+5+5+5	5+3+5+3+3	5+5+5+5+3	67	1 ^{er}
Création service de tri porte	5+3+5+5+3	3+1+1+1+1	3+3+1+3+3	41	7 ^{ème}
Augmentation le nombre de lits du SAU	5+3+1+3+5	3+1+3+3+1	3+3+3+3+3	43	6 ^{ème}
Amélioration du plateau technique	5+5+3+1+5	1+1+1+1+1	3+1+1+3+3	35	8 ^{ème}
Mise en place de référentiels	3+3+1+1+1	5+3+3+5+3	3+3+5+5+3	47	5 ^{ème ex}
Mise en place d'un circuit patient adéquat	5+3+3+1+1	5+5+5+5+3	5+5+3+5+5	59	2 ^{ème}
Réorganisation de la coordination avec les autres collaborateurs	5+3+5+3+1	3+3+5+3+5	1+3+3+3+3	49	4 ^{ème}

(Source : nous-même)

La solution retenue sera donc prioritairement : **la création d'un local de tri des urgences au niveau du SAU**, qui doit s'accompagner d'une réorganisation du tri. Cependant, puisque notre étude englobe la réduction des facteurs d'encombrement, nous avons jugé plus intéressant, en accord avec les responsable du SAU, d'associer à la solution retenue, le renforcement de la communication avec les usagers par la mise en place d'un circuit du patient adéquat et la formation du personnel en accueil ; ces solutions ayant obtenu des scores élevés et leur mise en œuvre ne nécessitant pas des moyens relativement importants.

Le projet d'établissement 2015-2019, du Centre Hospitalier National de Pikine, prévoit entre 2017 et 2018 de « Faire l'extension des urgences afin d'en faire un service d'accueil des urgences performant » [28]. Les autorités de la structure nous ont cependant rassurés, en nous affirmant que cette planification, n'empêchera en aucun cas la mise en œuvre des solutions du présent projet.

QUATRIEME PARTIE :
PLAN DE MISE EN ŒUVRE
DE LA SOLUTION
ET
RECOMMANDATIONS

CHAPITRE VII: PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION

Le plan de mise en œuvre va comporter un cadre logique, un plan d'action, une budgétisation et un volet suivi et évaluation

7.1. JUSTIFICATION

Les résultats de notre enquête, dans la recherche de solutions à l'encombrement du SAU du CHNP, auprès du personnel et des usagers, ont mis en exergue l'étroitesse des locaux, l'inadéquation du tri aux urgences, et l'insuffisance du personnel. On est tenté alors, au vu de l'importance de la fréquentation du service des urgences du CHNP, d'accorder la priorité à l'augmentation du personnel qui par ailleurs est bien apprécié de par son attitude et sa compétence. Cependant, augmenter le personnel, équivaldrait à augmenter les charges (masse salariale, budget...) de la structure, ce qui rend assez difficile de mise en œuvre de cette solution, dans le contexte actuel de recherche d'efficience. Cela nous a poussés à opter pour une solution structurelle (création d'une salle de tri ou zone d'accueil et d'orientation au niveau du SAU) et organisationnelle (Adoption et mise en œuvre d'un circuit du patient adéquat et renforcement de la formation du personnel en accueil. Cette option aura, à notre avis un impact suffisant sur certains problèmes recensés lors de nos investigations (exiguïté des locaux, tri inadéquat, fausses urgences, insuffisance de communication, difficultés de canalisation des patients et accompagnants...) pour réduire le niveau d'encombrement du SAU du CHNP.

7.2. OBJECTIFS DU PROJET

7.2.1. Objectif général

L'objectif général de ce projet est de contribuer à réduire les facteurs d'encombrement au niveau du SAU du CHNP, afin d'accélérer le flux de patients transitant par ledit service.

7.2.2. Objectifs spécifiques

- Doter le SAU du CHNP de locaux mieux adaptés à sa mission : Il s'agit en fait, de réaménager l'espace situé à l'entrée du SAU en zone de réception et d'utiliser partiellement la salle d'attente, comme espace pour le triage et l'attente des patients du SAU.
- Mettre en place un système de tri des urgences aux normes.
- Etablir un circuit du patient adéquat le SAU et dans l'hôpital.
- Former la totalité du personnel du SAU en accueil.

7.3. CADRE LOGIQUE

Le cadre logique, pour rappel est une vue synthétique du projet qui va faciliter la planification de ce dernier.

Tableau 25 : Cadre logique

Résumé des objectifs/activités	Indicateurs immédiatement vérifiables	Moyens / Sources de vérification	Hypothèses
Objectifs			
Objectif général : Contribuer à réduire les facteurs d'encombrement au niveau du SAU du CHNP	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration du niveau de satisfaction du personnel et des usagers - Réduction du temps de passage au SAU - Diminution ou absence de plaintes - Amélioration de la qualité de PEC 	<ul style="list-style-type: none"> - Enquêtes de satisfaction du personnel et des usagers - Observation sur le terrain - Rapports d'activité 	<ul style="list-style-type: none"> - Engagement des autorités et responsables de la structure - Disponibilité des ressources - Collaboration des usagers et prestataires.
Objectif spécifique 1 (OS1) : Doter le SAU de locaux mieux adaptés au tri et à la PEC des urgences	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une zone de réception et de tri des urgences - Désengorgement des locaux et couloirs du SAU - Amélioration de la qualité du tri 	<ul style="list-style-type: none"> - PV de réception des travaux - Factures et devis des équipements et travaux. - Visite des travaux - Observation sur le terrain - Enquête auprès du personnel 	<ul style="list-style-type: none"> - Adhésion des autorités de la structure. - Disponibilité des ressources matérielles et humaines.
Objectif spécifique 2 (OS2) : Mettre en place un circuit patient adéquat	<ul style="list-style-type: none"> - Orientation et circulation des usagers facilitée - Réduction des délais d'attente - Evolution du nombre de patients consultés et de la qualité de la PEC 	<ul style="list-style-type: none"> - PV de réception du matériel - Enquête auprès des usagers - Rapports d'activité - Observation directe 	<ul style="list-style-type: none"> - Adhésion des autorités de la structure. - Disponibilité des ressources matérielles - Implication du personnel - Adhésion des usagers.
Objectif spécifique 3 (OS3) : Former le personnel du SAU en accueil	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation du nombre d'agents impliqués dans l'accueil - Niveau de satisfaction des usagers - Fluidité des files d'attente - Réduction des agressions verbales et physiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapports de formation avec liste des agents formés - Attestations de formation - Enquêtes de satisfaction (usagers et personnel) 	<ul style="list-style-type: none"> - Adhésion des autorités de la structure. - Disponibilité des ressources matérielles et humaines. - Motivation du personnel

Résultats attendus			
<p>Résultats Attendus 1 (RA1) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - RA1a : Locaux mieux adaptés à la PEC des urgences - RA1b : Amélioration de la gestion des accompagnants et visiteurs - RA1c : Amélioration de l'adéquation du tri des urgences (Meilleure qualité du tri) 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de l'espace - Diminution du nombre de personnes à l'entrée du SAU, au niveau de la salle d'attente et à l'entrée de la zone de soins - Réduction des interférences causées par les visiteurs au cours des déplacements de patients - Gains de temps dans la prise de décision - Réduction des délais d'attente 	<ul style="list-style-type: none"> - Compte rendu de visite (surface en m² augmentée.) - Sondage du personnel de service (brancardiers, ambulanciers...) - Enquête de satisfaction auprès du personnel - Observation directe 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité du budget - Engagement et motivation du personnel - Coopération et niveau de compréhension des usagers
<p>Résultats Attendus 2 (RA2) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - RA2a : Réduction du temps de passage aux urgences - RA2b : Amélioration de l'orientation et de la circulation des usagers du SAU 	<ul style="list-style-type: none"> - Evolution du nombre de patients pris en charge - Amélioration de la qualité de PEC - Désencombrement salle d'attente et des couloirs 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport d'activités - Résultats enquêtes de satisfaction - Observation directe 	<ul style="list-style-type: none"> - Adhésion des autorités de la structure et des responsables du service - Engagement et motivation du personnel du SAU - Adhésion des usagers
<p>Résultats Attendus 3 (RA3) : Renforcement des capacités du personnel en techniques d'accueil</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la communication usagers-soignants - Satisfaction des usagers - Réduction des plaintes des usagers 	<ul style="list-style-type: none"> - Attestations de fin de formation - Résultats enquêtes de satisfaction 	<ul style="list-style-type: none"> - Atteinte des objectifs de la formation - Engagement et disponibilité des différents acteurs (Formateurs et formés)

Activités à mener			
<p><u>Activité 1</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 1a : Construire et équiper un local à l'entrée du SAU pour les accompagnants et les patients non encore enregistrés - 1b : Aménager un poste de réception et de tri pour l'IOA et le vigile préposé à l'entrée - 1c : Réorganiser du tri 	<ul style="list-style-type: none"> - Surfaces augmentées et occupées - Contrôle de l'accès au SAU amélioré - Repérage aisé des cas les plus urgents - Diminution des fausses urgences, des erreurs et d'aggravation de cas - PEC par ordre de priorité (degré d'urgence) - Satisfaction des usagers 	<ul style="list-style-type: none"> - PV de réception du matériel - Devis et facture des équipements et travaux - Liste de consultants - Observation directe - Enquêtes de satisfaction auprès du personnel et des usagers - Rapport d'activité (morbidité, mortalité...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Adhésion des autorités de la structure - Budget disponible - Vigile et IOA, formés à l'accueil - Application des normes de tri par l'IOA
<p><u>Activité 2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 2a : Déterminer les circuits de patients possibles et mieux adaptés en fonction de la configuration du service et des cas d'urgences. - 2b : Valider le circuit adopté - 2c : Rendre visible ledit circuit (Signalétique, communication) 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration du flux à travers le SAU - Diminution du besoin d'information des usagers - Formalités administratives facilitées 	<ul style="list-style-type: none"> - Observation directe - Enquêtes de satisfaction 	<ul style="list-style-type: none"> - Engagement des responsables du SAU - Coopération et niveau d'instruction et de compréhension des usagers
<p><u>Activité 3</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Formation de tout le personnel du SAU à l'accueil 	<ul style="list-style-type: none"> - Implication de tout le personnel dans l'accueil 	<ul style="list-style-type: none"> - Programme de formation (thèmes abordés) - Rapport des activités de formation 	<ul style="list-style-type: none"> - Adhésion des autorités de la structure - Budget disponible - Disponibilité du personnel à former

7.4. PLAN OPERATIONNEL

Nous avons matérialisé notre plan opérationnel par le tableau suivant :

Tableau 26 : Plan opérationnel

Objectif spécifique	Stratégies	Activités	Résultats attendus	Période de réalisation	Responsables de suivi
Objectif spécifique 1 (OS1) : Doter le SAU de locaux mieux adaptés au tri et à la PEC des urgences	<ul style="list-style-type: none"> - Construire et équiper un nouveau local à l'entrée du SAU - Aménager un local de tri des urgences - Réorganiser le tri 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration plans de construction - Evaluation des équipements nécessaires - Elaboration du budget - Construction des locaux - Acquisitions de nouveaux équipements (Bureau de réception, cloisons, paravents, sièges d'attente pour usagers) - Etablissement des normes de tri 	<ul style="list-style-type: none"> - Acquisition d'espace pour la réception des usagers - Désengorgement du SAU - Amélioration de la qualité de tri - Amélioration de la qualité de la PEC - Amélioration de la rapidité de PEC 	Février - Juin 2016	<ul style="list-style-type: none"> - Directeur - CG - Agent comptable - SAF - CME - Responsables SAU (Médecin-chef SAU, Major SAU, IOA) - Service qualité - Service de maintenance
Objectif spécifique 2 (OS2) : Mettre en place un circuit patient adéquat	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer et appliquer un circuit patient permettant de réduire l'encombrement au niveau du SAU 	<ul style="list-style-type: none"> - Réunion d'élaboration et d'adoption du circuit patient - Confection des supports - Affichage et application du circuit du patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration du flux à travers le SAU - Réduction des temps de passage au SAU 	Mai 2016	<ul style="list-style-type: none"> - Médecin-chef SAU - Responsables Services connexes (Imagerie, Laboratoire, BO...) - Service de maintenance
Objectif spécifique 3 (OS3) : Renforcer la formation du personnel en accueil	<ul style="list-style-type: none"> - Former et sensibiliser tout le personnel du service des urgences 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration des plans de formation - Elaboration du budget - Organisation de la formation 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des compétences du personnel en techniques d'accueil - Satisfaction des usagers 	Avril – Mai 2016	<ul style="list-style-type: none"> - Directeur - Responsable de la division formation - SAF - Service qualité

7.5. BUDGET

Le budget est une estimation ou une supposition éclairée des besoins en termes monétaires pour la réalisation des activités d'un projet. Pour notre plan d'action, les activités nécessitant des dépenses concernent la construction du local prévu et la formation du personnel en accueil.

Tableau 27 : Budget

Objectif spécifique	Activités	Période de réalisation	Coût (FCFA)	Source de financement
Doter le SAU de locaux mieux adaptés au tri et à la PEC des urgences	- Construction du local	Février – Juin 2016	8 500 000	Budget CHNP
	- Equipement des locaux		2 000 000	
Renforcer la formation du personnel en accueil	- Formation en accueil du personnel du SAU	Avril – Mai 2016	2000000	Budget CHNP
TOTAL :			12 500 000 FCFA	

Le budget a été arrêté à la somme de **DOUZE MILLIONS CINQ CENT MILLE (12 500 000) francs CFA.**

Le coût des travaux est supportable par le CHNP.

7.6. SUIVI ET EVALUATION

Le suivi du projet appréhende l'état de mise en œuvre du plan d'action en y apportant les correctifs nécessaires au fur et à mesure de son déroulement.

Au moment de terminer notre stage au SAU du CHNP (Octobre 2015) les activités prévues n'avaient pas encore démarré. Nous n'avons pu assister au début de leur mise en œuvre prévue pour février 2016. Cependant, au vu de l'adhésion des autorités du CHNP et du personnel les activités programmées pourraient être menées dans les délais prévus, malgré un retard constaté lors de notre dernier passage dans la structure en mars 2016.

L'évaluation de notre projet portera sur :

- le taux de satisfaction des usagers et du personnel, par rapport à l'encombrement du SAU,
- le taux de satisfaction des usagers, par rapport à la qualité de la PEC et à la durée des soins,
- le taux de satisfaction du personnel soignant par rapport à l'adéquation du tri des urgences,
- le temps de passage moyen des usagers au SAU du CHNP,
- le nombre de membres du personnel du SAU, formé à l'accueil,
- le rapport agents formés/ agents impliqués dans l'accueil.

Des enquêtes de satisfaction, prévues dans le cadre de l'évaluation permettront d'apporter éventuellement les correctifs nécessaires à l'atteinte des résultats attendus à court, moyen et long terme.

CHAPITRE VIII: RECOMMANDATIONS

Dans le but d'étayer les solutions proposées, nous avons formulé quelques recommandations à l'endroit des principaux acteurs, impliqués dans le fonctionnement du SAU du CHNP.

- Les recommandations à l'endroit de la Direction du CHNP seront :
 - de renforcer le personnel du SAU :
 - Recruter un médecin urgentiste (à planifier dans le prochain projet d'établissement)
 - Renforcer le personnel paramédical (le nombre d'infirmiers surtout pour les équipes de nuit)
 - Recruter du personnel de service (il n'y a qu'un seul brancardier de permanence par jour pour le SAU, la morgue et les urgences obstétricales)
 - Augmenter le nombre de vigile pour des raisons sécuritaires (agressions verbales et physiques du personnel par les accompagnants ou les usagers de plus en plus fréquentes)
 - de mettre en place une seconde salle d'intervention au niveau du bloc opératoire pour les interventions non programmées en provenance du SAU, à défaut d'un second BO, (certains patients passent plusieurs jours au niveau du SAU en attente d'une intervention chirurgicale par défaut de disponibilité du bloc opératoire, ce qui accentue l'encombrement du service des urgences)
 - de créer un cadre de concertation des responsables des différents services impliqués dans la prise en charge des urgences pour une meilleure gestion des lits d'hospitalisations afin de faciliter l'orientation des patients en provenance des urgences, (en introduisant par exemple une fonction de « coordinateur de flux » dont le rôle sera d'avoir une vue d'ensemble du flux des patients aux urgences et de la situation des lits en aval dans les services d'hospitalisations)
 - de mettre en place un cadre de concertation avec les responsables des autres structures sanitaires de la place, pour faciliter les évacuations des cas urgents vers structures appropriées en cas de manque de place.
- Au Chef de service du SAU, nous recommanderons :
 - de mettre en place un règlement intérieur au niveau du SAU et de veiller au respect des procédures.

- d'élaborer, en accord avec la Direction et les autres services, un plan de crise (plan blanc) en cas de catastrophe.
- Au personnel du SAU :
 - de persévérer dans l'effort continu d'amélioration de la qualité de l'accueil des usagers (application des techniques d'accueil acquise en formation et partage et transmission des acquis en cas d'arrivée de nouveau personnel)
- Aux usagers :
 - de respecter les consignes établies pour leur prise en charge au niveau du SAU. (respect de la pyramide sanitaire, respect du circuit du patient, etc.)

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION

Notre étude a montré que le SAU du CHNP, à l'image de tous les services d'urgences, de par le monde, est confronté au problème multidimensionnel et complexe de l'encombrement. Nos investigations nous ont permis de constater que les causes de cet encombrement sont toujours d'ordre humain (insuffisance de personnel, de qualification ou de formation ...), d'ordre structurel (inadéquation des équipements ou des locaux) et/ou d'ordre organisationnelle (défauts de coordination ou d'organisation des différentes composantes du réseau de prise en charge des urgences).

Le SAU de l'hôpital de Pikine, constitue l'une des portes d'entrée principales de la structure et à ce titre, permet de filtrer les patients en les prenant en charge et en les orientant à l'intérieur du réseau hospitalier. Le SAU du CHNP constitue donc l'endroit propice d'apparition de la plupart des problèmes du système hospitalier : l'allongement des délais d'attente, l'insécurité, la qualité de la PEC, et l'**encombrement** des structures.

Au CHNP, l'encombrement du SAU constitue une préoccupation majeure des responsables de ce service, mais également de la direction de l'hôpital. En témoignage, l'enthousiasme avec lequel notre étude a été accueillie par les autorités de la structure.

Notre enquête auprès des usagers du SAU et du personnel du CHNP nous a permis de recenser les principaux facteurs à l'origine de l'engorgement récurrent des urgences au niveau de l'hôpital de Pikine.

Les principaux facteurs soulignés sont l'insuffisance du personnel, l'inadéquation des locaux (étroitesse, absence de salle de tri), l'absence d'un circuit du patient bien défini, l'insuffisance de formation des soignants à l'accueil et un déficit de communication. Toutefois la qualité de la prise en charge et la compétence du personnel sont bien appréciés par les usagers.

L'objectif de notre étude était de contribuer à la réduction des facteurs d'encombrement au niveau du SAU du CHNP. Nous avons proposé des solutions structurelles (constructions et réaménagement de locaux), organisationnelles (mise en place d'un circuit du patient adéquat, réorganisation du tri) et des solutions liées au personnel (formation en accueil des agents du SAU).

Au terme de notre étude nous avons formulé des recommandations à l'endroit de la direction, des responsables du SAU et des usagers, pour l'amélioration du fonctionnement du SAU du CHNP.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

❖ ARTICLES ET REVUES

- 1- **AFFLECK et al.** : « *L'engorgement des départements d'urgence et le blocage d'accès* » ACMU 2013. (Consulté le 14-11-15)
http://caep.ca/sites/caep.ca/files/caep/PositionStatements/edoc_document_final_fr.pdf
- 2- **BROSSARD A.** : « *Informatique et management - Résolution de problèmes : Le diagramme multicritère* ». Publié le 9 novembre 2014. (Consulté le 14-11-15).
<http://arnaud-brossard.fr/resolution-problemes-diagramme-multicritere/> .
- 3- **CARRASCO V.** : « *L'activité des services d'urgences en 2004. Une stabilisation du nombre de passages.* » Paris, Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques. N° 524, 2006. (Consulté le 14-11-15)
<https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/12700/1/er524.pdf> .
- 4- **DRAME F.M.** : « *Attraction des services de soins de santé primaire et des centres de dépistage du VIH à Dakar. (Sénégal)* », 2006. (Consulté le 12-08-15).
<http://eps.revues.org/1788>.
- 5- **VASSY C.** « *L'organisation des services d'urgences : entre le social et le sanitaire.* » 2004. (Consulté le 12-08-15).
<https://www.cairn.info/revue-mouvements-2004-2-page-67.htm>.

❖ AUTRES DOCUMENTS

- 6- **DESCHAMPS F., LEMAN C.** : « *Une fonction émergente: La formation de l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation : I.A.O. ou infirmière d'organisateur de l'accueil : I.O.A.* » XXI COLLOQUE NATIONAL DES CESU – 8 ET 9 DECEMBRE 2005. REIMS.
http://www.samu-de-france.fr/documents/actus/152/137/ioa_cesu_reims.pdf.
- 7- **DICTIONNAIRE** « Le Petit Larousse Illustré », PLI (Edition 2012).
- 8- **Pr. SECK I.** : « *Les méthodes qualitatives* ». Cours de santé communautaire, MBA-GSS 2014-2015.

❖ MEMOIRES

- 9- **ATTOUMOH M.** : « Contribution à l'amélioration de l'accueil au niveau du service des urgences porte de l'Hôpital Principal de Dakar ». Mémoire pour l'obtention du diplôme de 3^{ème} cycle du DESS de Gestion Hospitalière, CESAG, 2005.
- 10- **DIEDHIOU M.** : « Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil par la réduction du temps d'attente avant consultation au service d'accueil des urgences de l'Hôpital Principal de Dakar ». Mémoire pour l'obtention du diplôme de 3^{ème} cycle du DESS de Gestion Hospitalière, CESAG, 2007.
- 11- **FAYE D.** : « Contribution à l'amélioration de l'accueil des urgences dans les établissements publics de santé de troisième niveau : Cas de l'Hôpital Principal de Dakar ». Mémoire pour l'obtention du diplôme de 3^{ème} cycle du DESS de Gestion Hospitalière, CESAG, 2003.
- 12- **NIBIZERE E.** : « Contribution à la réduction du temps d'attente des patients au service d'accueil des urgences du Centre Hospitalier Nationale Universitaire de Fann au Sénégal ». Mémoire pour l'obtention du diplôme de 3^{ème} cycle du DESS de Gestion des Programmes de Santé, CESAG, 2013.
- 13- **RAHHAOUI M.** : « Les facteurs induisant l'encombrement au niveau du service des urgences de l'hôpital Ibn Sina de Rabat ». Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme de 2^{ème} cycle des E.P.M. Section : Surveillant des Services Sanitaire. Maroc, 2012.
- 14- **SANOGO D. D.** : « Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil dans le service des urgences médicales du centre de santé de référence de Sikasso (Mali) ». Mémoire de fin de formation pour l'obtention du Master of Business (MBA) en Gestion des Services de Santé. CESAG, 2014.
- 15- **SOW Adama** : « Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil au Centre Hospitalier National de Pikine au Sénégal ». Mémoire pour l'obtention du diplôme de 3^{ème} cycle du DESS de Gestion Hospitalière, CESAG, 2012.

❖ OUVRAGES

- 16- **MANOUKIAN A. & MASSEBEUF A.** : « La relation soignant-soigné », 3^e édition. Lamarre, France, 2008. 223 pages.

❖ RAPPORTS ET ETUDES

- 17- ENDA GRAFT SAHEL** : « Pikine, aujourd'hui et demain ». Diagnostic participatif de la ville de Pikine (Dakar, Sénégal), 2009.
- 18- REPUBLIQUE DU CAMEROUN, CDBPS, Note d'information stratégique (NIS), Février 2013** : « *Améliorer l'accueil et la prise en charge dans les Services d'Accueil des Urgences (SAU) des Hôpitaux Nationaux et Régionaux au Cameroun* ».
- 19- REPUBLIQUE DE FRANCE, Cours des Comptes**, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, 2014 : « *Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser.* » (Consulté le 14-11-15). https://www.ccomptes.fr/.../rapport_securite_sociale_2014_urgences
- 20- REPUBLIQUE DU SENEGAL**, Agence Nationale de la Statistique et de la démographie (ANSD) : « *Enquête démographique et de santé continue au Sénégal (EDS-Continue) 2012-2013, Rapport final 1^{ère} année* ».
- 21- REPUBLIQUE DU SENEGAL**, Agence Nationale de la Statistique et de la démographie (ANSD) : « *Rapport définitif Recensement général de la population et de l'habitat, de l'agriculture et de l'élevage (RGPHAE). Sept 2013* ».
- 22- REPUBLIQUE DU SENEGAL** : Arrêté ministériel n° 4807 MSPM-DS en date du 15 juin 2007, fixant le ressort territorial et la liste des districts sanitaires.
- 23- REPUBLIQUE DU SENEGAL** : Document de Politique Economique et Sociale (DPES), 2011-2015, « *Un Sénégal sur la rampe de l'émergence dans un environnement harmonieux et solidaire* », 2011.
- 24- REPUBLIQUE DU SENEGAL** : Loi 98-08 du 02 Mars 1998, portant réforme hospitalière.
- 25- REPUBLIQUE DU SENEGAL** : MSP. PNDS-II, 2009-2018.
- 26- REPUBLIQUE DU SENEGAL** : « *Plan Sénégal émergent* ». Février 2014. <http://www.gouv.sn/IMG/pdf/PSE.pdf> . (Consulté le 14-11-15)
- 27- CENTRE HOSPITALIER NATIONAL DE PIKINE** : Etat des lieux et perspectives. Août 2015.
- 28- CENTRE HOSPITALIER NATIONAL DE PIKINE** : Projet d'établissement 2015-2019.

❖ THESES

- 29- LATAPPY M.** : « *Influence des admissions en service inadéquat sur la durée moyenne de séjour hospitalière.* » *Médecine humaine et pathologie* <Dumas-00619167>. Thèse de Doctorat en Médecine. France, 2011.

ANNEXES

Annexe 1 : Evolution du personnel du CHNP entre 2011 et 2015 (Source : CHNP: Etat des lieux et perspectives [27])

1- Tableau comparatifs du personnel administratif 2011 / 2014.

Services	Personnel 2011	Personnel 2014
Direction	4	4
CG	1	2
SAF	26	38
AC	4	13
RH	2	3
STM	9	10
QUALITE	1	2
SSI	1	1
SOCIAL	3	4
AUDIT	1	2
SIM	1	1
Cellule Com	0	1
TOTAL	53	81

2- Tableau comparatifs du personnel médical et paramédical 2011 / 2014.

Services	Personnel 2011	Personnel 2014
Pédiatrie	17	27
Chirurgie	12	13
Médecine	17	21
Réa	11	14
Urgences	23	37
Consultations Externes	3	12
Ophthalmologie	4	6
ORL	3	4
Odonto stomatologie	6	4
Accueil	1	1
Maternité	27	38
Laboratoire	13	16
Radiologie	10	14
Pharmacie	4	5
TOTAL	151	182

Annexe 2 : Investissements aux urgences (2015) (Source : CHNP [27])

N°	Désignation	Quantité	Date de mise en service
01	Moniteur de surveillance Marque CONTEC	02	31/03/2015
02	Lit de transport pour urgence	03	17/06/2015
03	Lit d'urgence	01	17/06/2015
04	Chariot de réanimation d'urgence	01	17/06/2015
05	Chariot de soins	01	17/06/2015
06	Pousses seringue à 1voie/ART	03	17/06/2015
07	Défibrillateur /SCHILLER	01	17/06/2015
08	Moniteur de surveillance/EDAN/IM50	02	17/06/2015
09	Respirateur de transport /CARE Fusion	01	17/06/2015
10	Electrocardiogramme /EDAN	01	17/06/2015
11	Aspirateur de marque SMAF	02	17/06/2015
12	Saturomètre de marque EDAN	01	17/06/2015

Annexe 3 : Grille d'observation pour l'état des lieux au Service d'Accueil des Urgences (SAU) du Centre Hospitalier National de Pikine (CHNP). (Par l'enquêteur)

- 1- La configuration du service est-elle adéquate pour un SAU ? Oui Non
- 2- La signalétique du service est-elle suffisante ? Oui Non
- 3- Les locaux sont-ils bien conçus (Carrelage, peinture, installations électriques, éclairage, aération, climatisation) ? Oui Non
- 4- Existe-t-il des toilettes en nombre suffisant dans le service ? Oui Non
- 5- Les locaux d'attente sont-ils adéquats (espace, hygiène, confort...) Oui Non
- 6- L'ergonomie du service permet-elle le déplacement facile des malades, des brancards et charriots ? Oui Non
- 7- Le service dispose-t-il d'assez d'équipements (lits, brancards, charriots) ? Oui Non
- 8- Les locaux sont-ils bien entretenus (Nettoyage, entretien, réfections...) ? Oui Non
- 9- La maintenance est-elle assurée (Portes ou fenêtres défectueuses, ampoules grillées, problèmes de plomberie, appareils en panne...) ? Oui Non
- 10- Le personnel vient-il à l'heure ? Oui Non
- 11- L'identification du personnel est-elle satisfaisante ? Oui Non
- 12- Le personnel technique (Agents d'hygiène, brancardiers, vigiles) est-il performant et suffisant en nombre ? Oui Non
- 13- Le climat social du service est-il favorable à l'épanouissement du personnel ?
Oui Non
- 14- Existe-il des fiches de description de poste établissant le rôle des chaque membre du personnel ? Oui Non
- 15- Existe-il un règlement intérieur du service ? Oui Non

Annexe 4 : Questionnaire et guide d'entretien pour la collecte de données sur le service d'accueil des urgences (SAU) du Centre Hospitalier National de Pikine (CHNP) destiné au personnel du SAU

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité des services du Centre Hospitalier National de Pikine (CHNP) et plus particulièrement celle du Service d'accueil des urgences, ce questionnaire anonyme et volontaire vous est soumis. Merci d'y consacrer quelques minutes de votre temps. (Cocher la case correspondante à votre réponse)

Sexe : Masculin Féminin

Vous êtes : Médecin Paramédical Administratif Technique

Spécialité : Titulaire Prestataire Stagiaire

1- Avez-vous déjà travaillé aux urgences dans une autre structure sanitaire ? Oui Non

2- Depuis combien de temps travaillez-vous au SAU du CHNP ?

3- Avez-vous reçu une formation dans la prise en charge des urgences ? Oui Non

4- Avez-vous reçu une quelconque formation en accueil ? Oui Non

5- Pensez-vous être suffisamment formé en accueil aux urgences ? Oui Non

6- Les patients que vous recevez au SAU Du CHNP, se plaignent-ils souvent ? Oui Non

7- Si **oui**, de quoi se plaignent-ils le plus souvent ? (3 choix maximum autres plaintes

comprises)

Longs délais d'attente Manque d'informations

Lenteur des soins (Temps de passage) Manque de place

Négligence de la part des soignants Mauvaise organisation des soins

Formalités administratives Des locaux (inconfort/hygiène)

Autres plaintes

8- Lorsque vous demandez des examens complémentaires (Radiographies, Imagerie, bilan sanguin...), les résultats vous parviennent en un délai :

Assez court Raisonnable Trop long Sans avis

9- Quels en sont les motifs les plus fréquents d'évacuation vers d'autres structures

hospitalières ? (3 choix maximum autres motifs compris)

Défaut d'équipements, de matériel Service non existant dans l'Hôpital

Défaut de personnel qualifié Manque de place Autres.....

10- Au niveau du SAU du CHNP, comment appréciez-vous :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Non satisfaisant	Sans avis
a. La qualité de l'environnement d'accueil				
b. L'organisation des formalités administratives				
c. La disponibilité des équipements (Matériel et objets de soins)				
d. Le personnel du SAU en nombre				
e. La qualification du personnel du SAU				
f. Le comportement du personnel envers les patients				
g. L'organisation des soins et des examens				
h. Votre environnement de travail				
i. Vos relations avec les autres membres du service				
j. La coordination du travail avec les autres services				

11- Selon vous le SAU du CHNP est-il bien équipé (matériel et objets de soins) pour jouer son rôle ? Oui Non Ne sais pas

12- La disposition des locaux du SAU du CHNP est-elle adéquate ?

Oui Non Ne sais pas

Si **non**, pourquoi ?-----

13- Le nombre de lits du SAU du CHNP est-il suffisant ? Oui Non Ne sais pas

14- Votre charge de travail est-t-elle : Insuffisante Normale Excessive

15- Le SAU est-il : Toujours encombré Souvent encombré Rarement encombré

16- Selon vous à quoi est dû cet encombrement ? (5 choix maximum autres raisons comprises)

- Personnel insuffisant Formation insuffisante du personnel
 Afflux de patients important. Mauvaise organisation des soins
 Défaut d'équipement ou de produits Circuit du patient mal défini
 Faible capacité d'accueil (nombre de lits) Difficultés d'hospitalisation en aval du SAU
 Difficultés d'évacuation vers d'autres structures hospitalières Tri inadéquat
 Manque d'espace (locaux exigus) Autres raisons :

17- Pensez-vous que l'encombrement du service retentit sur la qualité de la prise en charge des urgences ? Oui Non Ne sais pas

18- Quelles sont les difficultés liées à l'encombrement que vous rencontrez dans votre travail au SAU du CHNP ?

.....
.....
.....

19- Que pouvez-vous suggérer pour réduire l'encombrement au SAU du CHNP ?

.....
.....
.....

20- Quels appuis attendez-vous de la Direction pour l'amélioration du fonctionnement du SAU du CHNP ?

.....
.....
.....

Merci de votre collaboration.

Annexe 5 : Questionnaire pour la collecte de données sur le Service d'Accueil des Urgences (SAU) du Centre Hospitalier National de Pikine (CHNP) destiné aux usagers / patients

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité des services du Centre Hospitalier National de Pikine (CHNP) et plus particulièrement celle du Service d'accueil des urgences, ce questionnaire anonyme et volontaire vous est soumis. Merci d'y consacrer quelques minutes de votre temps. (Cocher la case correspondante à votre réponse)

Sexe : Masculin Féminin Age : ans

Niveau d'instruction : Primaire Secondaire Supérieur Autre
Aucun

Activités : Fonctionnaire Privé Retraité Sans emploi

Elève/Étudiant Secteur informel Autre

Résidence/Provenance (Quartier / Ville)

1- Par quel moyen de transport êtes-vous venu à l'hôpital ?

Voiture particulière Transport en commun Autre

Taxi Ambulance

2- Comment êtes-vous venu au Service d'Accueil des Urgences (SAU) du CHNP?

Evacué Référé Venu de vous-même

Transféré Autre

3- Est-ce la première fois que vous venez au SAU du CHNP ? Oui Non

4- Si **oui**, avez-vous éprouvé des difficultés pour retrouver le SAU du CHNP ?

Oui Non Sans objet

5- A votre arrivée, vous a-t-on fourni des renseignements ou informations quelconques ?

• Spontanément (Sans que vous ne les demandiez) Oui Non

• A votre demande Oui Non

6- Comment avez-vous trouvé le SAU du CHNP ? :

Très encombré Encombré pas encombré

7- A votre avis le personnel du SAU du CHNP est-il suffisant par rapport à la fréquentation ?

Oui Non Sans avis

8- Comment appréciez-vous le personnel du SAU du CHNP ?

Très compétent Compétent Peu compétent Sans avis

9- Que pensez-vous de locaux du SAU du CHNP par rapport à la fréquentation ?

Adaptés Non adaptés* Sans avis

* Si non adaptés pourquoi ?.....

10- Globalement comment qualifieriez-vous l'organisation du SAU du CHNP ?

Bien organisé Mal organisé Sans avis

11- Au niveau du SAU du CHNP comment appréciez-vous

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Non satisfaisant	Sans avis
a. Votre réception (Premier contact)				
b. Les formalités administratives				
c. Le délai d'attente avant prise en charge				
d. La durée des soins				
e. L'attention que vous a portée le personnel soignant				

12- Qu'avez-vous le plus apprécié lors de votre passage au SAU du CHNP ?

13- Qu'est-ce qui vous a le plus déplu lors de votre passage au SAU du CHNP ?

14- En cas de besoin, êtes-vous prêt à revenir dans notre service (SAU du CHNP) ?

Oui Non

15- Si **non** que suggérez-vous comme changements, qui pourraient vous inciter à revenir, en cas de besoin ?

Merci de votre collaboration.

Annexe 6 : Questionnaire pour la collecte de données sur le Service d'accueil des urgences (SAU) du Centre Hospitalier National de Pikine (CHNP), destiné au personnel hors SAU, de l'hôpital.

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité des services du Centre Hospitalier National de Pikine (CHNP) et plus particulièrement celle du Service d'accueil des urgences, ce questionnaire anonyme et volontaire vous est soumis. Merci d'y consacrer quelques minutes de votre temps. (Cocher la case correspondante à votre réponse)

Sexe : Masculin Féminin
Médecin Paramédical Administratif Autre

1- Avez-vous déjà été dans un service d'accueil des urgences autre que celui du CHNP ?

Oui Non

2- Avez-vous déjà sollicité le service des urgences de l'hôpital de Pikine ? Oui Non

3- Pour quel motif êtes-vous allé au service d'accueil des urgences (SAU) du CHNP ?
(2 choix maximum autre motif compris)

Pour vous-même (Soins) Motif administratif
Accompagner un malade Transférer un malade d'un autre service
Autre motif

4- Avez-vous rencontré des difficultés au niveau de ce service ? Oui Non

Si **oui** de quel ordre : (citez-en 2 au maximum)
.....

5- Comment avez-vous apprécié l'accueil au SAU du CHNP ?

Très satisfaisant Satisfaisant Non satisfaisant
Autre appréciation

6- Comment appréciez-vous la compétence du personnel du SAU du CHNP ?

Très compétent Compétent Peu compétent Sans avis

7- Comment appréciez-vous, en effectifs, le personnel, du SAU du CHNP ?

Suffisant Non suffisant Sans avis

8- Comment avez-vous trouvé le SAU du CHNP ? :

Très encombré encombré pas encombré

9- Selon vous à quoi est surtout dû cet encombrement ? (5 choix maximum autres raisons

comprises)

- Personnel insuffisant Formation insuffisante du personnel
Afflux de patients important. Mauvaise organisation des soins
Défaut d'équipement ou de produits Circuit du patient mal défini
Faible capacité d'accueil (nombre de lits) Manque d'espace (locaux exigus)
Autres

10- Que pouvez-vous nous suggérer pour réduire l'encombrement et améliorer le fonctionnement du SAU du CHNP ?

Merci de votre collaboration.

CESAG - BIBLIOTHEQUE