



Centre Africain d'Etudes Supérieures En Gestion

CESAG SANTE

MBA GESTION DES SERVICES DE SANTE

OPTION : GPS

26^{ème} Promotion (2015-2016)



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

THEME DU MEMOIRE

CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS A LA CONSULTATION DE LA CLINIQUE EXTERNE DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL D'ENFANTS ALBERT ROYER DE DAKAR

Présentée par :

Mme Mariama CISSOKHO
MBA-GSS

Sous la Direction de :

Dr. Malick NIANG
Enseignant associé au CESAG

Novembre 2016

Dédicace

Ce présent mémoire est dédié à :

A Mon défunt et regretté père **Mady CISSOKHO** qui a guidé mes premières pas dans la sobriété la piété, l'abnégation et le courage, que la terre de Thiès lui soit légère et que son âme repose en paix.

Je souhaite que le bon Dieu l'accueille dans son paradis AMEN.

A ma très chère amie et maman **Aminata DIAKHATE** qui m'a mis au monde m'a protégé et qui ne cesse de prier pour moi.

A mon époux Momar SOW pour son courage, sa patience, son soutien sans faille et ses encouragements durant cette formation. Trouve ici ma profonde gratitude et la preuve de tout mon amour pour toi.

Remerciements

- ✓ A mon Professeur et Directeur de mémoire Docteur **Malick NIANG** pour l'encadrement exceptionnel, avoir accepté de diriger ce travail. Votre assistance, votre soutien, vos conseils et vos remarques pertinentes m'ont permis d'aboutir à la réalisation finale de cette œuvre. Trouvez ici cher professeur le gage de ma profonde gratitude à votre égard.
- ✓ Au docteur **El hadji GUEYE**, chef de département de CESAG SANTE, pour l'enseignement précieux que nous avons reçu sous votre direction
- ✓ Au personnel enseignant de CESAG SANTE pour la qualité de l'enseignement reçu durant toute la durée de la formation
- ✓ A l'assistante des programmes de CESAG SANTE, **Mme Soukeyna GUEYE** pour le soutien que vous avez apporté tout le long de cette formation
- ✓ **Marième DIOP et Yao Bile** pour le soutien que vous avez apporté tout le long de cette formation
- ✓ Au terme de ce travail j'adresse mes sincères remerciements à l'endroit du corps professoral du CESAG, pour leur abnégation, compétence et humilité dans la formation que nous avons reçue ;
- ✓ A la **26^{ème} promotion MBA-GSS** du CESAG, « la grande promotion »...
- ✓ Mes remerciements vont également à l'ensemble du personnel de l'hôpital d'enfants Albert Royer de Dakar ;
- ✓ A M. **Thierno Seydou NDIAYE**, Directeur de l'établissement pour votre soutien moral. Retrouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance. ;
- ✓ A Mme **Khady DRAME BA** Chef de Service des Soins Infirmiers pour ses conseils et son aide merci infiniment pour ton entière disponibilité. je ne saurai te remercier assez,
- ✓ A M. **Alioune SENE AUDIT INTERNE** pour son soutien, ses conseils et ses bonnes orientations,
- ✓ Au **Dr Arame MBENGUE**, mes sincères remerciements, tous mes respects et considérations
- ✓ Je remercie aussi **Mme Aminata DIALLO** et tout le personnel du service de la clinique externe pour leurs disponibilités et les informations fournies ;

- ✓ A Mlle **Cathy NDOYE** merci infiniment pour ton entière disponibilité. je ne saurai te remercier assez,
- ✓ A Mlle **Fatou WADE** , merci pour la collaboration ;
- ✓ A **ma belle-mère Bineta SECK** qui ne cesse pas de me soutenir, de m'encourager. Je ne saurai vous remercier assez, tous mes respects .UN GRAND MERCI.
- ✓ A mes enfants : **Fatou SOW, Aminata SOW, Mady SOW** pour l'affection maternelle qu'ils n'ont jamais cessé de manifester à mon égard.
- ✓ A mes frères et sœurs, surtout à **Yacine et Mamy CISSOKHO**, toujours à mes côtés.
- ✓ A Mme **FatyOuma DIOP** Comme le dit un adage, c'est pendant les moments les plus pénibles qu'on connaît ses vrais amis, tu m'as aidé quotidiennement à oublier mes problèmes. Je te dis simplement un grand Merci
- ✓ Que l'amitié qui nous lie soit toujours sincère.

Liste des sigles, acronymes et abréviations

ASC :	Agents de Santé Communautaire
ANSD :	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
CDBPS :	Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé
CHN :	Centre Hospitalier National
CHNEAR :	Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer
CHNU :	Centre Hospitalier National Universitaire
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CIM :	Cellule d'Information Médicale
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
DSDOM :	Dispensateurs de soins à domicile
EPS :	Etablissement(s) Public(s) de Santé
EPSNH :	Etablissement(s) Public(s) de Santé Non Hospitalier(s)
EDS :	Enquête Démographique Sanitaire
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
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)
PECADOM :	Prise en charge des cas à domicile
PEC :	Prise en Charge
PNDS :	Programme National de Développement Sanitaire
PNA :	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
RA :	Résultat (s) Attendu (s)
SAF :	Service Administratif et Financier
SAMU :	Service d'Assistance Médicale d'Urgence
SAU :	Service d'Accueil des Urgences
SIM :	Service d'Information Médicale
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
ZAO :	Zone d'Accueil et d'Orientation

Liste des tableaux

Tableau 1 : Les principales infrastructures au Sénégal	11
Tableau 2 : Répartition des lits par pavillon	12
Tableau 3 : Répartition des effectifs	13
Tableau 4 : Répartition du personnel par catégorie socio- professionnelle	14
Tableau 5 : Personnel administratif.....	15
Tableau 6 : Les indicateurs hospitaliers et les statistiques au niveau des pavillons d'hospitalisation	23
Tableau 7 : Les principaux motifs d'hospitalisation de l'hôpital.....	27
Tableau 8 : Les zones de provenance.....	29
Tableau 9 : Zone de provenance selon les pays limitrophes	29
Tableau 10 : Priorisation (Choix du problème).....	34
Tableau 11 : Chronogramme des activités	49
Tableau 12 : Profil professionnel du personnel du service de la clinique externe interrogé.....	51
Tableau 13 : Répartition des participants selon l'ancienneté dans le service	52
Tableau 14 : Les plaintes les plus fréquentes.....	56
Tableau 15 : Les motifs les plus fréquents d'évacuation vers d'autres structures hospitalières ...	59
Tableau 16 : Les solutions pour l'amélioration de la qualité d'organisation du service.....	59
Tableau 17 : Que suggérez- vous au service de la clinique externe pour l'amélioration de la prise en charge des malades ?	67
Tableau 18 : Les solutions pour l'amélioration de la qualité d'organisation du service.....	72
Tableau 19 : Priorisation des causes	83
Tableau 20 : Hiérarchisation des causes par fréquence cumulée décroissante	84
Tableau 21 : Priorisation des solutions	88
Tableau 22 : Matrice du cadre logique.....	90
Tableau 23 : Le plan opérationnel.....	92
Tableau 24 : Le Chronogramme des activités.....	93
Tableau 25 : Le budget détaillé des activités	94
Tableau 26 : Cadre de suivi et évaluation	95

Listes des figures

Figure 1 : Carte du Sénégal	5
Figure 2 : Organigramme du Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer	21
Figure 3 : Diagramme des services de consultations	26
Figure 4 : Fréquence par tranche d'âge	28
Figure 5 : Courbe de comparaison de la mortalité en 2014 et 2015.....	28
Figure 6 : Le circuit du patient	32
Figure 7 : Schématisation de la qualité dans le domaine des services et adaptée à la santé	42
Figure 8 : Les dimensions de la qualité.....	44
Figure 9 : Appréciation de l'environnement de travail	53
Figure 10 : Formation sur la prise en charge des urgences	54
Figure 11 : Disponibilité de protocoles de soins	55
Figure 12 : Le niveau de fréquentation du service par les usagers	56
Figure 13 : Les matériels nécessaires.....	58
Figure 14 : Les horaires de travail.....	58
Figure 15 : L'implication sur les prises de décision du service	59
Figure 16 : La démarche qualité.....	60
Figure 17 : La mise en place d'une démarche qualité.....	61
Figure 18 : Le degré d'engagement du personnel	61
Figure 19 : L'accès à l'hôpital.....	62
Figure 20 : La qualité de l'accueil.....	63
Figure 21 : L'accueil au niveau des guichets de l'hôpital.....	63
Figure 22 : La disponibilité du personnel médical	64
Figure 23 : L'opinion sur la durée du temps d'attente	65
Figure 24 : La disponibilité des médicaments.....	66
Figure 25 : L'organisation interne de votre structure.....	67
Figure 26 : Le climat social du service	68
Figure 27 : Le règlement intérieur.....	69
Figure 28 : La prise en charge des patients	69
Figure 29 : Le processus de prise en charge des patients.....	70
Figure 30 : Le montant du budget	71
Figure 31 : La circulation de l'information au niveau du service	72
Figure 32 : La démarche qualité.....	73

Figure 33 : La formation de la démarche qualité	73
Figure 34 : Le diagramme de PARETO	85

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Liste des annexes

Annexe 1 : Charte du malade	104
Annexe 2 : Questionnaire pour le personnel administratif.....	106
Annexe 3 : Questionnaire pour les paramédicaux de l'accueil et de clinique externe.....	110
Annexe 4 : Questionnaire destine aux accompagnants venant à l'accueil et à la consultation externe.....	114
Annexe 5 : Questionnaire pour les médecins de la clinique externe.....	117
Annexe 6 : Grille d'observation	121

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Sommaire

Dédicace	i
Remerciements	ii
Liste des sigles, acronymes et abréviations	iv
Liste des tableaux	vi
Listes des figures	vii
Liste des annexes	ix
Sommaire	x
INTRODUCTION GENERALE	1
PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	4
Chapitre 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE	5
Chapitre 2: CADRE THEORIQUE	36
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE- RESULTATS DE L'ENQUETE	47
Chapitre 3 : METHODOLOGIE	48
Chapitre 4 : PRESENTATION DES RESULTATS	51
TROISIEME PARTIE : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION- IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS- PLAN DE MISE EN ŒUVRE	77
Chapitre 5 : DETERMINATION/ANALYSE ET PRIORISATION DES CAUSES	78
Chapitre 6 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS	86
Chapitre 7 : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION	89
Chapitre 8: RECOMMANDATIONS	96
CONCLUSION GENERALE	98
REFERENCES	100
ANNEXES	103
TABLE DES MATIERES	122

CESAG - BIBLIOTHEQUE

INTRODUCTION GENERALE

L'amélioration de la prise en charge des patients fait partie des objectifs des différents milieux de santé. Ce phénomène d'évaluation et d'amélioration de la qualité est en expansion depuis de nombreuses années. [12] Mais, pour promouvoir des soins efficaces, sécuritaires et de qualité, il faut pouvoir se fier à des indicateurs représentatifs de la qualité des soins.

La satisfaction des clients fait partie de ces indicateurs largement reconnus et par conséquent il est important de connaître et d'appréhender la perception de la clientèle sur les soins reçus. [12].

Sur le plan des relations « client » / hôpital », la notion de « client » confère au malade un statut nouveau qui lui donne le droit d'attendre de l'hôpital

- un meilleur accueil,
- un temps d'attente acceptable,
- un environnement hospitalier plus agréable,
- des soins de qualité.

En effet, l'attitude et le comportement du personnel hospitalier jouent un rôle déterminant à l'accueil du client lors de son admission, celui-ci est généralement inquiet, angoissé.

Si des efforts notables sont réalisés dans l'accueil du client depuis l'introduction de la réforme hospitalière, il n'en demeure pas moins que l'Hôpital actuel rencontre beaucoup de difficultés à satisfaire la population. L'insatisfaction des usagers et de leurs familles est explicite dans la presse grand public, les médias, les enquêtes de satisfaction effectuées au niveau des structures de santé.

Au moment où l'Etat du Sénégal implante la Couverture Médicale Universelle (CMU) et 18 ans après la réforme hospitalière intervenue en 1998 selon la loi n° 98-08 du 12 février 1998 [36], il nous a paru opportun de nous intéresser à la perception qu'ont les usagers sur la qualité des prestations reçues au niveau de nos hôpitaux et particulièrement au CNHEAR de FANN, dans le cadre de ce travail de mémoire.

La dimension « perception des usagers » nous semble centrale et déterminante dans la réussite de la réforme hospitalière et de la Couverture Médicale Universelle.

C'est pour répondre à la question « comment les usagers apprécient la qualité de la prise en charge au Centre Hospitalier National des Enfants Albert Royer (CHNEAR) de Dakar au Sénégal », que nous avons envisagé de réaliser cette étude dans le cadre du travail de fin

d'études au CESAG en vue de l'obtention du Diplôme de MBA Gestion des Services de Santé, option : Programme au CESAG.

Au-delà de la sanction académique visée, l'intérêt de ce travail pour le CHNEAR pourrait se situer à trois niveaux :

- pour la clinique, il est important de connaître la perception des patients dans le contexte afin d'améliorer la qualité des soins globaux ;
- pour la formation, il semble nécessaire d'obtenir des informations sur la satisfaction des patients afin de permettre de poursuivre le perfectionnement des prestations fournies par les soignants;
- pour la recherche, cette étude permet de contribuer au développement de connaissances empiriques et méthodologiques

Ce mémoire est constitué de cinq chapitres :

- le premier chapitre, fait 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),
- Le deuxième chapitre identifie les problèmes inhérents au fonctionnement du Service d'accueil et de la clinique externe et de les prioriser. Il est aussi question de comprendre l'importance de la qualité des services offerts dans une organisation et comment les usagers/clients qui les reçoivent les apprécient-ils. La satisfaction des clients dépend-elle plus des caractéristiques techniques que des caractéristiques relationnelles du soin ?
- Le troisième chapitre, quant à lui détermine les principales causes ces problèmes,
- Le quatrième chapitre identifie des solutions et permet de choisir une solution prioritaire à mettre en œuvre,
- Le cinquième chapitre aborde les recommandations à prendre en compte pour l'amélioration de la qualité, la formation et la recherche au CHNEAR. Une conclusion critique est finalement faite sur l'étude et ses résultats.
- En annexe, sont exposés tous les documents pertinents de ce travail.

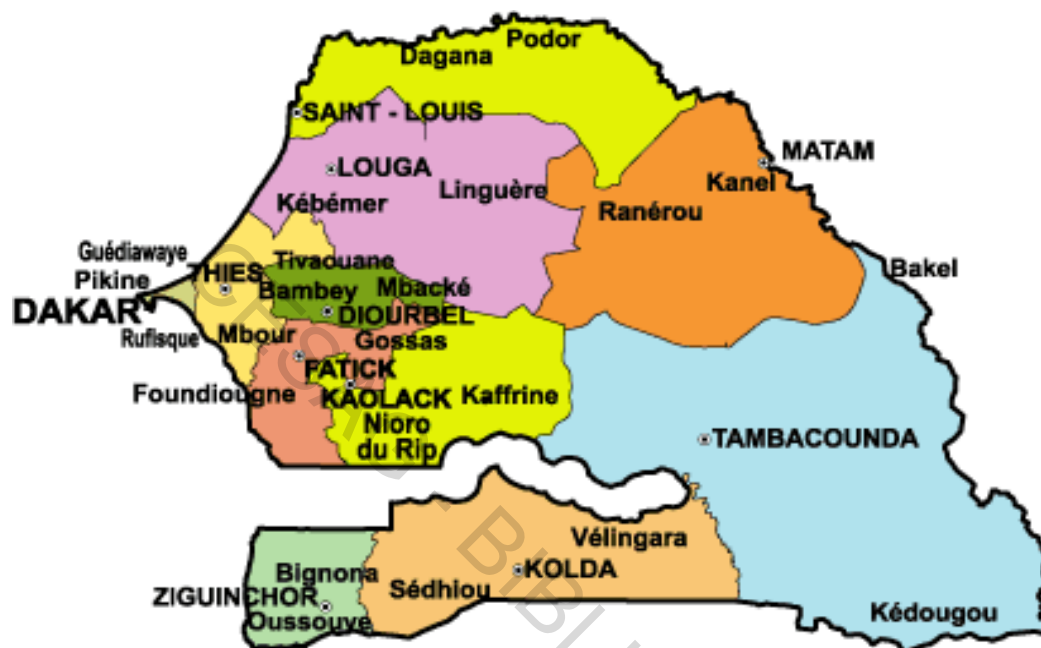
PREMIERE PARTIE :
ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE
THEORIQUE DE L'ETUDE

Chapitre 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE

1.1. Analyse de l'environnement externe

1.1.1. Généralités sur le Sénégal

Figure 1 : Carte du Sénégal



1.1.2. Présentation du pays

1.1.2.1. Géographie

Pays Soudano-Sahélien situé à l'extrême Ouest du continent africain, le Sénégal est limité, au nord, par la République de Mauritanie, à l'est, par le Mali, au sud, par la Guinée Bissau et la Guinée et, à l'ouest, par l'Océan Atlantique. Il est traversé par la Gambie qui est une enclave de terre située entre les régions de Kaolack et de Ziguinchor, sur le cours inférieur du fleuve du même nom. D'une superficie de 196 722 kilomètres carrés, le Sénégal possède une grande ouverture sur l'Océan Atlantique avec ses 700 kilomètres de côtes. C'est un pays plat, l'altitude dépassant rarement 100 mètres et le point culminant, le mont Assiriki, situé au sud-est du pays, a une hauteur de 381 mètres. Au plan hydrographique, le pays est traversé d'est en ouest par quatre fleuves, le Sénégal, la Gambie, la Casamance et le Saloum et leurs affluents. Ce réseau est complété par quelques cours d'eau temporaires et une contribution significative du lac de Guiers au nord du pays. [34]

1.1.2.2. Économie

Le Sénégal s'est engagé dans un nouveau modèle de développement à travers une stratégie qui vise l'émergence dans la solidarité à l'horizon 2035. Cette stratégie constitue le référentiel de la politique économique et sociale. Elle met l'accent sur la création de richesses et d'emplois, le renforcement de la gouvernance, le développement des secteurs stratégiques ayant des impacts significatifs sur l'amélioration du bien-être des populations, particulièrement par la protection des groupes vulnérables et la garantie de l'accès aux services essentiels. Les indicateurs sur la période 2015-2016 révèlent une progression des exportations qui a profité à la balance courante, dont le déficit a été réduit de près de 9 % en 2014 à 7,6 % en 2015, malgré l'augmentation des importations liée à la vigueur de la croissance. De même, la hausse des recettes a soutenu les efforts d'assainissement budgétaire entrepris par les pouvoirs publics et entraîné une réduction du déficit budgétaire de 8,5 à 7,7 % du PIB entre 2014 et 2015. La dette s'est creusée à près de 57 % du PIB, mais reste soutenable. 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. De ce fait, comme la plupart des pays en développement, le Sénégal s'est engagé à atteindre d'ici 2030 les 17 ODD. Il s'agit entre autre de faire passer, le taux de mortalité maternelle et infantile ; mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles. IL s'agit également d'assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation. En clair il faudra faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable(ODD 3).[34]

1.1.2.3. Population

Le Sénégal dispose d'une masse importante de données sociodémographiques et économiques grâce à de nombreuses enquêtes réalisées au cours des trente dernières années. En effet, en dehors de quatre recensements généraux (RGP de 1976, RGPH de 1988, RGPH de 2002 et RGPHAE de 2013), plusieurs enquêtes d'envergure nationale ont été menées, parmi lesquelles on peut citer l'Enquête Sénégalaise sur la Fécondité de 1978, l'Enquête sur les Migrations et l'Urbanisation au Sénégal en 1993, l'Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages (1994/1995 et 2001/2002), sept Enquêtes Démographiques et de Santé (1986, 1992-1993, 1997, 2005, 2010-

2011, 2012-2013 et 2014), l'Enquête Nationale sur le Travail des Enfants au Sénégal en 2005 et l'Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal en 2006 et en 2011. Ces différentes investigations ont permis d'obtenir des indicateurs démographiques de base à différentes dates qui contribuent au suivi et à l'évaluation des projets et programmes de développement. La population du Sénégal recensée en 2013 est de 13 508 715 habitants¹ dont 6 735 421 hommes et 6 773 294 femmes. Cette population s'établissait en 2002 à 9 858 482 habitants, soit un taux d'accroissement annuel moyen intercensitaire de 2,7 % entre 2002-2013. Avec 4 958 085 en 1976 et 6 881 919 en 1988, les taux d'accroissement intercensitaires étaient respectivement de 2,7 % et 2,6 % pour 1976-1988 et 1988-2002. La densité moyenne est de 65 habitants au km². Cependant, cette population est inégalement répartie entre les 14 régions administratives du pays. Les effectifs de population les plus élevés se retrouvent dans les régions de Dakar, Thiès et Diourbel avec, respectivement, 3 139 325 habitants (23,2 % de la population totale), 1 789 923 habitants (13,3 %) et 1 499 867 habitants (11,1 %) alors que les régions septentrionales et orientales du pays se caractérisent toujours par la faiblesse de leur population. La région de Kédougou enregistre le plus faible effectif de population avec 151 715 habitants (1,1 %). La région de Tambacounda, qui représente la région la plus vaste du pays (21,5 % de la superficie du pays), ne compte que 5,0 % de la population du Sénégal. La population croît rapidement : le fort taux de croissance démographique de 2,7 % observé entre 2002 et 2013 résulte essentiellement d'une fécondité encore élevée (ISF de 5,0 en 2012-2013) et d'une mortalité infantile en baisse (61 ‰ en 2005, 47 ‰ en 2010-2011 et 43 ‰ 2012-2013). De cette forte croissance, résulte une extrême jeunesse de la population : l'âge moyen de la population est de 22,7 ans et la moitié de la population a moins de 18 ans (âge médian). Au niveau national, Les résultats du RGPHAE révèlent que près d'un Sénégalais sur deux âgé d'au moins dix ans (46 %) sait lire et écrire dans une langue quelconque (53,8 % chez les hommes contre 37,7 % chez les femmes). Le taux d'alphabétisation est plus élevé en milieu urbain où on enregistre 57,9 % contre 33,8 % en milieu rural. Selon la région de résidence, c'est Ziguinchor (72 %) et Dakar (69 %) qui affichent les taux les plus élevés. La population du Sénégal est essentiellement musulmane (96,1 %). On y trouve aussi des chrétiens (3,8 %) ; les animistes et autres religions constituent les 0,1 % restant. [34]

1.1.2.4. Administration

Le Sénégal compte 14 régions, 45 départements, 121 Arrondissements, soit un total de 180 circonscriptions administratives. Il compte 543 collectivités locales réparties comme suit: 113 Communes, 46 communes d'arrondissement, 370 communautés rurales en plus des 14 régions.

Mais avec l'avènement de l'acte III de la décentralisation entré en vigueur en 2014, toutes les communautés rurales sont érigées en communes. [34]

1.1.3. Le système de santé au Sénégal

1.1.3.1. Organisation du système sanitaire au Sénégal

Le système de santé du Sénégal est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : **Central, intermédiaire** constitué par les Régions Médicales et **périphérique** appelé district sanitaire.

Niveau Central

Le niveau central regroupe, outre le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, des Directions et des Services rattachés. Trois ordres de difficultés gênent le fonctionnement des services sur le plan institutionnel : (i) le nombre important de services rattachés, (ii) le conflit de compétences entre services centraux partageant les mêmes missions, (iii) le manque de précision dans les missions du fait de l'absence d'arrêtés d'application. [32]

Niveau intermédiaire : Il correspond à la région médicale (RM) ; il compte 14 RM dont l'aire d'intervention de chacune d'elle correspond à celle de la région administrative. La RM assure l'inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région. Elle organise la collaboration technique entre toutes les structures régionales de santé et les assiste dans leur tâche d'administration, de gestion et de planification. Cependant, elles jouent difficilement ce rôle essentiellement du fait de l'insuffisance des capacités (ressources humaines, logistiques).

Le niveau périphérique : Il correspond au District Sanitaire (DS) ; il comprend 75 districts sanitaires qui constituent une subdivision sanitaire proche des populations. Le district est l'unité opérationnelle la plus petite de la pyramide sanitaire. Il s'y applique la médecine dans son aspect quadridimensionnel : curatif, préventif, social et éducatif. Le district est constitué de centres de santé (au total 78) englobant un réseau de postes de santé (au total 1112), eux-mêmes supervisant les cases de santé (au total 1703) et les maternités rurales. Les districts comme les régions médicales manquent de capacités. Cette situation explique la faiblesse des équipes cadres. Chaque district comprend au minimum un centre de santé et un réseau de poste de santé. Le district couvre une zone géographique pouvant épouser un département entier ou une partie d'un département. Dans tous les cas, la population couverte se situe entre 50 000 et 150 000 habitants. Les postes de santé sont implantés au niveau des chefs-lieux des communautés rurales

ou parfois dans certains villages centres relativement peuplés; ce qui fait que la population de la zone de responsabilité du poste de santé se situe autour de 10 000 habitants et que chaque village puisse avoir accès à un poste à moins de 15 Km. Le poste santé s'appuie sur des infrastructures communautaires de villages (cases de santé et maternités rurales) créées par les populations qui en assurent également la gestion. [32]

1.1.3.2. 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... » [34]

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

1.1.4. La situation sanitaire au Sénégal : Les infrastructures sanitaires

On distingue quatre types d'infrastructures sanitaires :

- ❖ **Le Poste de Santé (PS)** qui est le premier niveau de contact des populations avec une structure publique. Il est dirigé par un Infirmier diplômé d'Etat qui occupe la fonction d'Infirmier Chef de Poste (ICP). Son plateau technique lui permet de dispenser des soins de santé de base. Le poste polarise et supervise un ensemble de structures de santé communautaire que sont les cases de santé et maternités rurales situées au niveau

villageois et gérées par des Agents de Santé Communautaire (ASC) ou des Matrones. En outre, pour améliorer l'accessibilité des populations aux soins, le PNLN a développé la stratégie PECADOM (Prise en charge des cas à domicile) avec les DSDOM (Dispensateurs de soins à domicile) qui agissent au niveau communautaire. Ces structures communautaires font recours au poste de santé en cas d'urgence. Les postes sont implantés dans les communes, les chefs-lieux de communauté rurale ou les villages relativement peuplés. [32]

- ❖ **Le Centre de Santé (CS)**, second palier du schéma des infrastructures sanitaires publiques, est le niveau de référence des postes de santé. Il est implanté au niveau de la commune. Il polarise et supervise un ensemble de postes. Il est dirigé par un médecin qui assure la fonction de Médecin chef.
- ❖ **Le centre hospitalier** est le troisième maillon de la chaîne et constitue le recours pour le centre de santé. C'est un établissement public de santé qui a une autonomie de gestion. En fonction de sa localisation, il peut être communal, départemental ou régional. Il est implanté au niveau du chef-lieu de région, de département ou dans une commune et dispense des soins en médecine interne, obstétrique, gynécologie, pédiatrie, chirurgie et parfois d'autres spécialités chirurgicales ou médicales. La norme nationale de couverture est d'un hôpital pour 150 000 habitants. [32]
- ❖ **Le Centre Hospitalier National (CHN)** est le dernier maillon de la chaîne, le sommet de la pyramide sanitaire et le dernier recours. Il en existe sept au niveau de Dakar, la capitale. Le CHN est une structure sanitaire nationale qui dessert l'ensemble de la population eu égard à son plateau technique très spécialisé et à la diversité de ses gammes de services.

Le secteur privé joue un rôle important dans le dispositif de santé. Toutefois, mis à part le privé confessionnel, il n'est pas toujours mis à profit en ce qui concerne la mise en œuvre des interventions contre le paludisme. On y distingue le secteur privé à but lucratif et celui non lucratif (secteur confessionnel et médecine d'entreprise). Parmi les enfants de moins de 5 ans qui ont présenté une fièvre ou une toux, 16% ont eu un recours aux soins au niveau du secteur privé.[32]

Tableau 1 : Les principales infrastructures au Sénégal

Désignation	2013		2014		2015	
	Nombre existant	Nombre fonctionnel	Nombre existant	Nombre fonctionnel	Nombre existant	Nombre fonctionnel
<i>Secteur Public</i>						
Région Médicale	14	14	14	14	14	14
Districts Sanitaires	76	76	76	76	76	76
Hôpitaux	25	23	36	35	36	35
Etablissement Publics de Santé non hospitaliers	6	6	7	7	7	7
Centres de santé	89	89	98	98	99	99
Postes de Santé	1247	1237	1237	1237	1237	1237
Cases de Santé	2 162	2162				
Maternité rurales	129	129				
Sites PECADOM	1992	1992	2115	1851	2115	1926
<i>Secteur Privé</i>						
Cliniques	37	37	46	46	46	46
Cabinets médicaux	555	555	389	389	389	389
Cabinets paramédicaux	570	570	570	570	570	570
Structures d'entreprises	23	23	23	23	23	23
Postes de Santé privé	77	77	77	77	77	77

Source : compilations données DSIS 2015

1.1.5. Historique

Le Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer (C.H.N.E.A.R) est le centre de référence pédiatrique au niveau de la pyramide sanitaire du Sénégal.

IL dispense l'essentiel des soins médicaux destinés aux enfants de 0 à 15 ans et sert de cadre à la recherche et à la formation du personnel médical et paramédical.

Le C.H.N.E.A.R a été créé en 1981 sur des fonds Canadiens grâce à un pédiatre dont il porte son nom. Le C.H.N.E.A.R a été mis en service en février 1982. Considéré à l'origine et à tort, comme le pavillon de pédiatrie de l'hôpital de FANN, dans l'enceinte duquel il a été construit, il est en fait un Etablissement Public de Santé.

Le C.H.N.E.A.R constitue la première structure pédiatrique du Sénégal fonctionnant comme un hôpital autonome. C'est un hôpital de niveau III. (Ce sont les hôpitaux dont les plateaux techniques sont élevés, on trouvera de la médecine générale, la chirurgie générale, des spécialités et la césarienne sont disponibles).

1.1.6. Statut juridique

A l'origine considéré comme le pavillon de pédiatrie de l'Hôpital de FANN, l'hôpital d'enfants Albert Royer est un Etablissement Public de Santé érigé par décret n°99-854 du 27 août 1999. En référence à son plateau technique, à son personnel et aux différentes spécialités qui y sont exercées il est classé niveau 3.

1.1.7. Situation géographique et répartition physique des services

Cette structure enclavée au sein du Centre Hospitalier National Universitaire de FANN s'étend actuellement sur 3000m² et compose cinq blocs abritant plusieurs services :

- **BLOC 1** : accueil central, S.I.M., consultations externes, bureaux médicaux, direction, agence comptable, service soins infirmiers, cellule des marchés, audit interne, contrôle de gestion, service administratif et financier, buanderie, salle de cours, chambre de garde.
- **BLOC 2** : laboratoires, stomatologie, pavillon K, radiologie,
- **BLOC3** : pavillon M, pavillon N pavillon O, ancienne pharmacie
- **BLOC 4** : pavillon des mères (salles de consultation, service social, service ressources humaines, programme Esther, service de maintenance, cuisine.
- **BLOC 5** : chirurgie, pharmacie

CAPACITE LITIERE :

Sa capacité litière est de 175 unités installées.

Tableau 2 : Répartition des lits par pavillon

Pavillons	Cabines	Salles communes	Nombre total de	Observations
Pavillon K	4	24	28 lits	Urgences et soins intensifs
Pavillon O	3	36	39lits	Enfants de 3 à 15 ans
Pavillon M	3	30	33 lits	Enfants de 2 mois à 3 ans
Pavillon N	3	17	20 lits	Enfants de 0 à 2 mois
CHIRURGIE	3	52	55 lits	
Total	16	159	175 lits	

Source : SIM, CHNEAR, 2015

ACTIVITES :

Il a été réalisé pour l'année 2014 :

- 53 075 consultations
- 4635 hospitalisations
- 104 825 actes d'analyses
- 14 509 actes d'imageries médicales

En 2015 étaient réalisés :

- 50 590 consultations
- 4352 actes d'hospitalisation
- 76 928 actes d'analyses
- 18361 actes d'imagerie médicale.

EFFECTIF :

Tableau portant répartition des effectifs:

Tableau 3 : Répartition des effectifs

STATUT	EPS	ETATIQUES	TOTAL
Personnel médical	1	38	39
Personnel paramédical	35	74	109
Personnel exploitation	15	7	22
Personnel administratif	28	21	49
Personnel technique	7	3	10
TOTAL	86	143	229

Source : SIM, CHNEAR, 2015

L'hôpital Albert Royer a un effectif global de **229** dont **143** agents relevant de l'Etat et **86** contractuels. **21** universitaires y exercent.

Tableau 4 : Répartition du personnel par catégorie socio- professionnelle

Personnel médical		Personnel paramédical et technique		Personnel de soutien	
<i>Catégorie professionnelle</i>	<i>Nbre</i>	<i>Catégorie professionnelle</i>	<i>Nbre</i>	<i>Catégorie professionnelle</i>	<i>Nbre</i>
- Professeur pédiatrie	5	- Techniciens supérieurs		- Garçons et filles de salle	21
- Professeur biologie	2	* Biologie	3		
- Assistant universitaire	3	* Ophtalmologie	2		
- Assistant universitaire en biologie	2	* Radiologie	1	- Aide infirmier	44
- Assistant universitaire chirurgien-dentiste	2	* Maintenance hosp.	2		
- Pédiatre praticien hospitalier	6	- Sage-femme	11		
- Médecin généraliste	2	- Infirmier	9		
- Ophtalmologue	1	- Agents sanitaires	1		
- Radiologue	1	- Aide Puériculture	1		
- Chirurgien-dentiste hospitalier	1	- Préparateur Pharmacie			
- Pharmacien	2				
Total	27	Total	32	Total	65

Source : SIM, CHNEAR, 2015

Tableau 5 : Personnel administratif

Personnel administratif		Personnel administratif		Personnel administratif	
<i>Catégorie professionnelle</i>	<i>Nbre</i>	<i>Catégorie professionnelle</i>	<i>Nbre</i>	<i>Catégorie professionnelle</i>	<i>Nbre</i>
Administrateur de Services de Santé	01	Secrétaire de Direction	01	Comptable Matières	01
Intendant	01	Comptable	05	Contrôleur de Gestion	01
Cadre de gestion	02	Agent Comptable Particulier	01	Agent de Recouvrement	05
Agents de Facturation	05	Chauffeur	04	Vendeur en pharmacie	04
Secrétaire dactylographe	03	Secrétaire médicale	02	Standardiste	02
Technicien supérieur en hôtellerie	01	Cuisinier	02	Aide-cuisinier	02
Aide-cuisinière	05	Assistant social	06	Jardinier	03
Lingère	03	Manceuvre	04	Electricien	01
Plombier	01	Menuisier	01		
Total	22	Total	26	Total	19

Source : SIM, CHNEAR, 2015

1.1.8. Missions

Sa vocation est triple :

- Une vocation de structure de soins.

Il s'agit d'administrer des soins de qualité et de haut niveau ,chez des sujets référés pour des pathologies ou un état qui ne peut pas être pris en charge ailleurs .Pour cela , outre les activités que l'on peut appeler des activités de pédiatrie générale , il développe des activités de sous spécialités pédiatriques dans le cadre des services autonomes pour tendre vers l'excellence

- Une vocation de centre de formation

Le C.H.N.E.A.R est impliqué de manière effective à la formation des:

- étudiants en médecine dans le cadre des études médicales générales .Le C.H.N.E.A.R reçoit ainsi près d'une centaine d'étudiants de 5^{ème} année par an.
 - médecins spécialités dans le cadre du certificat d'études spéciales de pédiatrie .Ce certificat attire des étudiants venus de différents pays africains et contribue et des autres écoles de formation paramédicale.
- Une vocation de centre de recherches

Le C.H.N.E.A.R représente par excellence un cadre de recherches sur les maladies de l'enfant au Sénégal

1.1.9. Objectifs

C .H.N.E.A.R vise essentiellement à

- Assurer des prestations médicales de qualité à la population.
- Prendre en charge les patients dont l'état de santé nécessite une hospitalisation.
- Prendre en charge les patients référés des autres établissements de santé du Sénégal et de l'Afrique de l'ouest
- Assurer la formation et la recherche

1.1.10. Analyse de l'environnement externe

Position du C.H.N.E.A.R au regard de l'offre globale de soins

Les hôpitaux de référence de la capitale (C.H.N.E.A.R. hôpital A le Dantec, hôpital Principal, HOGGY et hôpital de Diamniadio) pour une ville de près de 4 millions d'habitant dont 47.5% ont moins de 15 ans.

Le C.H.N.E.A.R à lui seul, reçoit à peu près 40% des patients, joue le rôle clé de centre hospitalier pédiatrique le plus sollicité.

L'édification du C.H.N.E.A.R au sein de l'hôpital de FANN présente certes quelques avantages, mais a des inconvénients.

Le C.H.N.E.A.R fait recours à certains services de l'hôpital de FANN :

- Imagerie Médicale /Scanner /IRM
- Neurochirurgie
- Psychiatre

Toutefois, l'image du C.H.N.E.A.R peut être masquée par celle de l'hôpital de FANN.les partenaires du C.H.N.E.A.R, au niveau du district (Médecins et Bénéficiaires), ont dégagé les opportunités et les menaces suivants :

❖ **OPPORTUNITES**

- Proximité par rapport aux quartiers résidentiels
- 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...)
- Présence de partenaires potentiels (Banques, fournisseurs, industries...)

❖ **MENACES**

- Non-respect de la pyramide sanitaire
- Zone de forte démographie.

Les relations que les hôpitaux publics de niveau II entretiennent avec le C.H.N.E.A.R sont essentiellement

- La référence en vue d'une hospitalisation
- La référence en vue consultation par des spécialistes

1.1.11. Analyse de l'environnement interne

Le C.H.N.E.A.R comprend plusieurs unités ou pavillons reliés entre eux par de longs couloirs. Les différents usagers peuvent y circuler facilement, protégés des intempéries grâce à la configuration des locaux dessinés dans un style africain avec un bâtiment principal prolongé par une véranda, le tout recouvert d'un toit en pente avec un haut plafond.

Après avoir analysé L'environnement interne de l'hôpital, nous avons décelé les forces et les faiblesses ci-dessous :

❖ **LES FORCES**

- Accessibilité
- Cadre général agréable
- Compétence du personnel
- Personnel qualifié
- Service d'aide au diagnostic disponible
- Efficacité de la prise en charge

❖ **LES FAIBLESSES**

- Condition d'accueil
- Exiguïté des salles
- Capacité d'accueil limitée en termes de lits
- Absence de scanner
- Absence D'IRM
- Conditions d'accès
- Longue file d'attente
- Etroitesse des locaux
- Absence de mécanismes de prise en charge
- Non existence d'un projet d'établissement

Un service de chirurgie a été créé en 2006

Le service de radiologie est confronté à un problème d'exiguïté des locaux qui explique l'absence de salle de garde, de même que l'absence de salles de préparation et de cabines de déshabillage ; ce qui facilite la violation de la salle d'examen par des patients toujours pressés et exposés aux radiations.

Les attributions ne sont pas toujours clairement définies et « certains font le travail des autres ».

Coordination entre les services et la communication interne et externe

IL n'y a pas assez de réunion de coordination au CHNEAR et on note également une insuffisance de communication entre les équipes.

Les accompagnants ignorent pour la plupart l'organisation et le fonctionnement du CHNEAR ils ne connaissent pas non plus leurs droits et leurs devoirs ; ils sont aussi, peu informés sur les

changements intervenus après la réforme .Les populations en règle générale ne connaissent pas bien le CHNEAR et les spécialités qui y existent.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Services annexes : laboratoire et radiologie

- Service de radiologie
- Service de laboratoire

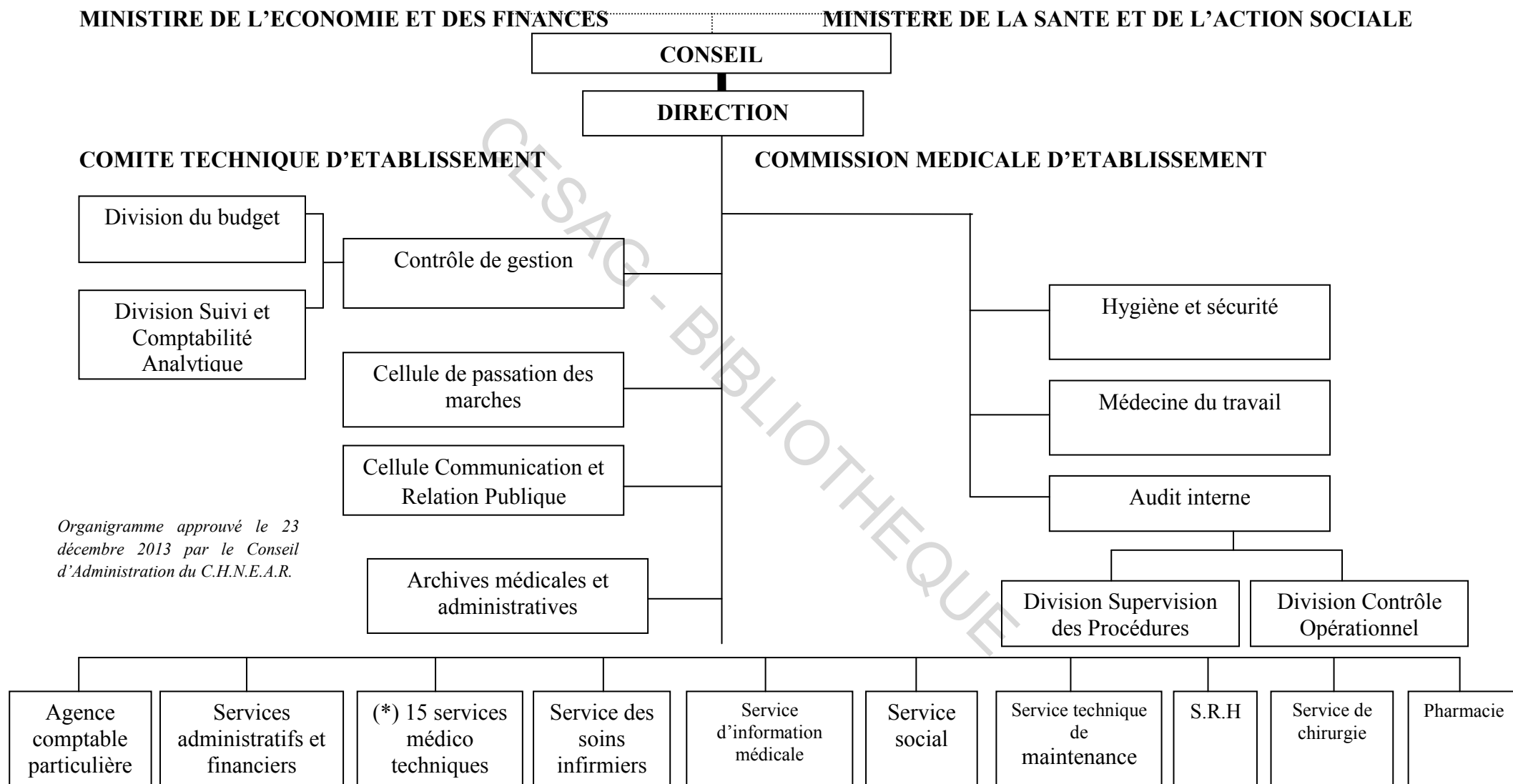
1.1.12. Organisation et activités

1.1.12.1. Organisation

L'organisation et le fonctionnement du CHNEAR s'articulent sur un organigramme de type hiérarchique.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Figure 2 : Organigramme du Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer



Organigramme approuvé le 23 décembre 2013 par le Conseil d'Administration du C.H.N.E.A.R.

(*) Clinique externe, Soins urgence et réanimation, Néonatalogie, Pédiatrie A, Pédiatrie B, Ophtalmologie, Odontologie Pédiatrique, ORL, Radiologie, Laboratoire.

➤ Les organes d'aide à la décision

Ils sont constitués :

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

➤ Les services

Les différents services recensés au CHNEAR 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 des soins infirmiers
- 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, ophtalmologie, ORL, odontostomatologie, pédiatrie, dermatologie, chirurgie, cardiologie, neurologie.)
 - Le service d'accueil des urgences médicales (Objet de notre étude)
 - Les services d'hospitalisation qui comprennent

- la chirurgie
 - les soins intensifs
 - les pavillons
- La pharmacie
 - L'imagerie médicale
 - Le laboratoire d'analyses médicales

1.1.12.2. Les activités

❖ Les consultations

Un service de consultation externe et de soins ambulatoires polyvalent ou clinique externe dont la vocation est d'organiser une consultation de pédiatrie générale et des consultations de spécialités pédiatriques et de prodiguer des soins en ambulatoire. Ce service comporte ainsi un hôpital de jour qui reçoit des malades connus, ayant une pathologie chronique qui vont séjourner juste une journée pour recevoir leurs soins.

Tableau 6 : Les indicateurs hospitaliers et les statistiques au niveau des pavillons d'hospitalisation

CHNEAR	Année	1 ^{er} trimestre	2 ^{ème} trimestre	3 ^{ème} trimestre	4 ^{ème} trimestre	Annuel
Nombre de lits	Année 2015	140	146	150	164	164
	Année 2014	181	145	133	133	133
Malades hospitalisés	Année 2015	1082	1222	1494	1520	5318
	Année 2014	1404	1169	897	1135	4605
Journées d'hospitalisation	Année 2015	8935	9692	10802	11475	33958
	Année 2014	12449	11298	7621	8438	39806
TOM	Année 2015	70,9	72,9	78,3	76,1	74,5
	Année 2014	76,4	85,6	62,3	63,6	82
DMS	Année 2015	8,3	7,9	7,2	7,5	7,7
	Année 2014	8,9	9,7	8,5	7,6	8,6
IRL	Année 2015	7,7	8,4	10	9,3	35,4
	Année 2014	7,8	8,1	6,7	7,7	34,6

Source : SIM, CHEAR, 2015

Malgré le rétablissement partiel du nombre de lits (164 contre 133 en 2014) et l'augmentation significative du total des admissions, l'on constate une forte réduction du nombre de journées d'hospitalisation qui passe de 39806 en 2014 à 33958 en 2015. Ce qui reflète par les indicateurs hospitaliers avec une baisse du taux d'occupation moyen (TOM : 74,5% contre 82% en 2014) et de la durée de séjour (DMS : 7,7 contre 8,6) avec une augmentation de l'indice de rotation des lits (IRL : 35,4 contre 34,6 en 2014).

1.1.13. Présentation de la clinique externe

La clinique externe est le premier service auquel le visiteur accède en entrant au sein du CHNEAR de FANN .elle est composée :

- D'une salle d'attente où des chaises sont installées pour recevoir les patients qui doivent accéder dans la salle de tri ou dans le box du médecin.
- Deux ventilateurs muraux et deux plafonniers sont mis à leur disposition ainsi qu'un téléviseur écran plat pour assurer leur confort.
- Deux toilettes : l'une destinée aux visiteurs et l'autre au personnel
- D'une grande salle qui est dotée de :
 - o Chaises pour recevoir les patients et leur accompagnant,
 - o Une table,
 - o Trois ventilateurs,
 - o Une armoire de rangement,
 - o Un charriot,
 - o Un poupinel,
 - o Une pèse personne,
 - o Une pèse bébé,
 - o Un téléphone,
 - o Un aspirateur non fonctionnel,
 - o Deux matériels d'aérosol,
 - o Un compresseur d'oxygène,
 - o Une poubelle avec pédale,

Six bouches d'oxygène ont été installées mais ne sont pas encore fonctionnelles.

C'est dans cette grande salle où on fait :

- L'accueil du malade,
- Le tri,
- La prise des constantes (température-poids),
- L'aérosolthérapie,
- L'oxygénothérapie,
- Les premiers soins aux malades hospitalisés,
- Certains prélèvements,
- Le TDR,
- Les soins aux malades externes,
- La mise en observation des patients dont l'état ne nécessite pas une hospitalisation.

En longeant le couloir, on accède aux box de consultation des médecins et au poste réservé aux infirmiers six box sont réservés aux médecins pédiatres de la clinique externe.

Chaque box dispose :

- d'un bureau et d'une chaise destinés au médecin ;
- d'une table de consultation ;
- d'une chaise pour le patient et ou l'accompagnant ;
- d'un escabeau ;
- d'un climatiseur ;
- d'une montre murale.

Un magasin qui sert au stockage des produits pharmaceutiques et des produits d'entretien est mis à la disposition de la clinique externe.

Il faut noter que le service d'ophtalmologie , de ORL, le secrétariat médical, le bureau et le box d'un professeur du pavillon K, le bureau d'un professeur du pavillon O logent dans le bloc de la clinique externe ainsi qu'une toilette et un magasin et le bureau du médecin-chef de l'hôpital.

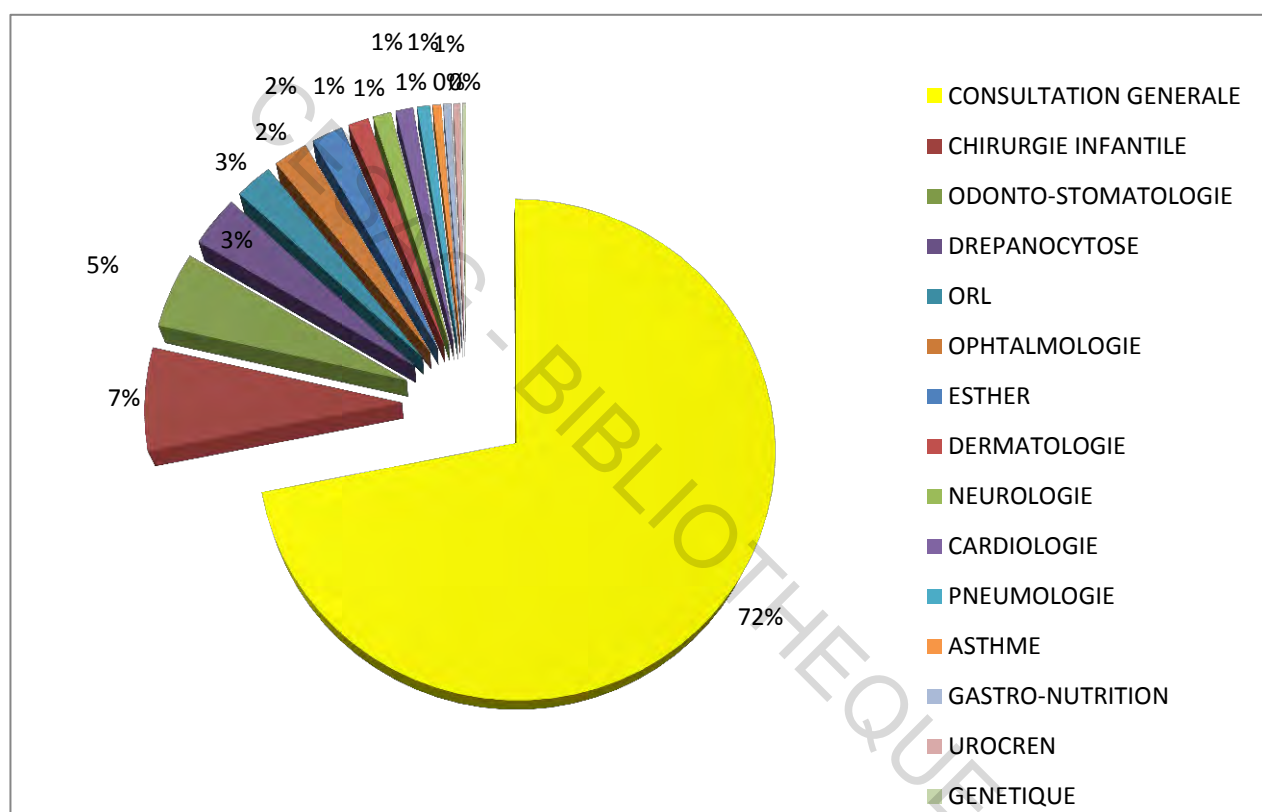
Au niveau du pavillon des mères, des bureaux sont attribués à la consultation externe :

- Un bureau où consulte un médecin pédiatre,

- Deux bureaux pour la consultation des malades drépanocytaires gérée par quatre médecins.

Certaines consultations externes comme la dermatologie et la neuro-pédiatrie se font dans les locaux du pavillon des mères mais elles sont gérées par le service du secrétariat médical. Et les autres consultations concernant les spécialités sont gérées par les services d'hospitalisations. (Source : Surveillante de service de la clinique externe et nous-mêmes).

Figure 3 : Diagramme des services de consultations



Source : SIM, CHNEAR, 2015

La progression de l'activité de consultation se poursuit de façon soutenue et durable : (74 471 patients contre 70064 en 2014 soit 204 quotidiennement contre 192 en 2014. Inversement, l'observation en 2014 d'une augmentation de la part revenant aux spécialités aux dépens de la consultation de pédiatrie générale ne se confirme pas ; bien au contraire, cette dernière accroît son pourcentage par rapport à 2013 (72% contre 70% et 62% en 2014)

Les 20 principaux motifs d'hospitalisation de l'hôpital

Tableau 7 : Les principaux motifs d'hospitalisation de l'hôpital

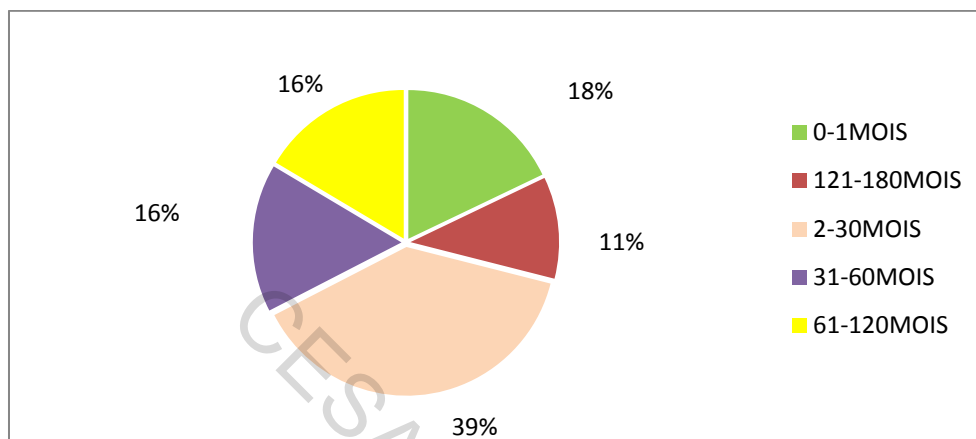
Motifs	Nombre	Age moyen en mois	Durée moyenne deSéjour
Broncho-pleuropneumopathie	605	37	8
Drépanocytose	265	90	7
Paludisme grave	215	81	6
Gastro enterite aigue	193	27	6
Cardiopathie congénitale	180	73	13
Malnutrition aigue sévère	147	24	11
Méningite bactérienne	142	43	12
Infection néonatale	137	2	8
Hernie ombilicale	127	39	1
Sténose caustique œsophagienne	102	30	6
Fracture	100	71	7
Crises convulsives	97	52	5
Crise d'asthme	82	53	4
Prématurité	74	0	21
Brulure	73	37	15
Hernie inguinale	70	41	3
Tuberculose	66	80	15
Anémie sévère	55	66	7
Syndrome infectieux	51	46	6
Asphyxie périnatale	48	0	13

Source : SIM, CHEAR, 2015

Dans ce tableau les maladies les plus fréquentes les maladies infectieuses courantes, il apparait que leur hégémonie en pathologie médicale pédiatrique semble de plus en plus concurrencée par les affections congénitales telles que la drépanocytose qui devance désormais les gastro entérites suivies des cardiopathies malformatives. Quant à la troisième place occupée par le paludisme grave, elle conduit à s'interroger sur les performances du Programme National de lutte contre cette grande endémie.

Concernant la pathologie chirurgicale infantile, outre la hernie ombilicale, ce sont les accidents traumatiques ou domestiques (sténose caustique le l'œsophage) qui restent prépondérants.

Figure 4 : Fréquence par tranche d'âge



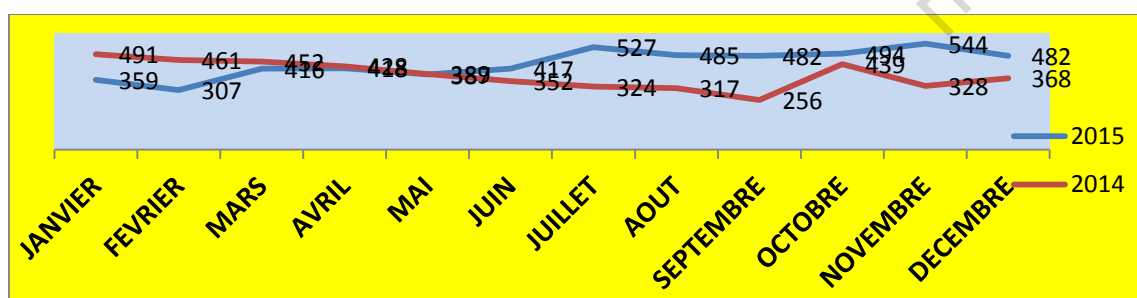
Source : SIM, CHEAR, 2015

La grande stabilité de la distribution des fréquences d'admissions en fonction de l'âge en est d'autant plus remarquable.

1.1.14. La Mortalité

Nous avons enregistré 519 malades décédés pour 5318 malades hospitalisés soit une mortalité proportionnelle de 9,7%.

Figure 5 : Courbe de comparaison de la mortalité en 2014 et 2015



Source : SIM, CHNEAR, 2015

Le constat d'un tel redressement par rapport à l'année précédente vient confirmer *a posteriori* l'hypothèse émise par le SIM qui attribuait dans son rapport 2014, la chute brutale du niveau des admissions aux gros travaux engagés dans plusieurs pavillons de l'hôpital. Ce retour à la

stabilité pluriannuelle observée antérieurement atteste donc du caractère conjoncturel et explicable de l'épisode 2014.

Les zones de provenance

Tableau 8 : Les zones de provenance

LES LOCALITES	NOMBRES
Dakar	2443
Pikine	1353
Guediawaye	400
Thiès	226
Rufisque	191
Touba	116
Diourbel	47
Louga	44
Kaolack	41
Saint louis	36
Matam	25
Fatick	18
Tambacounda	18
Ziguinchor	14
Kolda	3

Source : SIM, CHNEAR, 2015

ZONE DE PROVENANCE SELON LES PAYS LIMITOPHES

Tableau 9 : Zone de provenance selon les pays limitrophes

PAYS	NOMBRE
Mauritanie	17
Gambie	6
Guinée	5

Source : SIM, CHNEAR, 2015

1.1.15. Présentation du personnel relevant de la CE

La clinique externe est un service de consultation générale et spécialisée, composée de :

- 11 pédiatres assurent la consultation de la CE,
- Une infirmière d'état qui est la surveillante de service,
- 3 infirmiers d'état qui assurent le tri, la collecte des données et qui veillent à la bonne exécution de la couverture maladie universelle (CMU),
- 8 infirmières brevetées qui assurent la garde,
- Un garçon de salle,
- Un agent de sécurité est également mis en place,
- 2 agents de l'accueil ont été mis officieusement à la disposition de la clinique externe pour assurer le suivi des fiches des patients et aider à l'organisation de la consultation tout en veillant à l'orientation et à l'information des accompagnants.

Elle a pour objectif la satisfaction des patients et la prise en charge effective de ceux-ci. La clinique externe fonctionne sous la tutelle d'un médecin nommé médecin chef secondé dans sa tâche par son adjointe.

- Les médecins travaillent du lundi au vendredi de 8h à 14h,
- A partir de 14h, la garde commence et est assurée par un médecin interne et 2 médecins CES venant des pavillons d'hospitalisation pour se terminer le lendemain à 8h.
- Les infirmières sont réparties en 4 équipes et fonctionnent de 8h à 20h et de 20h à 8h avec un repos compensateur de 48h,
- Deux infirmiers d'état et une infirmière brevetée assurent le service général,
- Le garçon de salle fonctionne de 8h à 14h et prend des gardes établies par le service des soins infirmiers.

1.1.16. Circuit du malade

La clinique externe travaille en parfaite synergie avec le service d'accueil qui relève du service social .le malade qui vient à l'accueil et donne toutes les informations le concernant, un jeton bleu lui est délivré .il se met en règle au niveau du service de facturation (4000frs le matin et 6000 frs le soir et les jours fériés) muni de sa fiche de liaison, de sa fiche de rendez-vous et de sa facture. (Voir schéma page suivante)

1.1.17. Salle de tri, de soins et d'observation

IL se dirige vers la salle de tri pour la prise des constantes.

Une fois cet acte terminé, la fiche est acheminée dans le box du médecin et le patient attend son tour à la salle d'attente pour être consulté.

Pour les urgences, un jeton rouge accompagne leurs fiches et sont immédiatement pris en charge par le médecin.

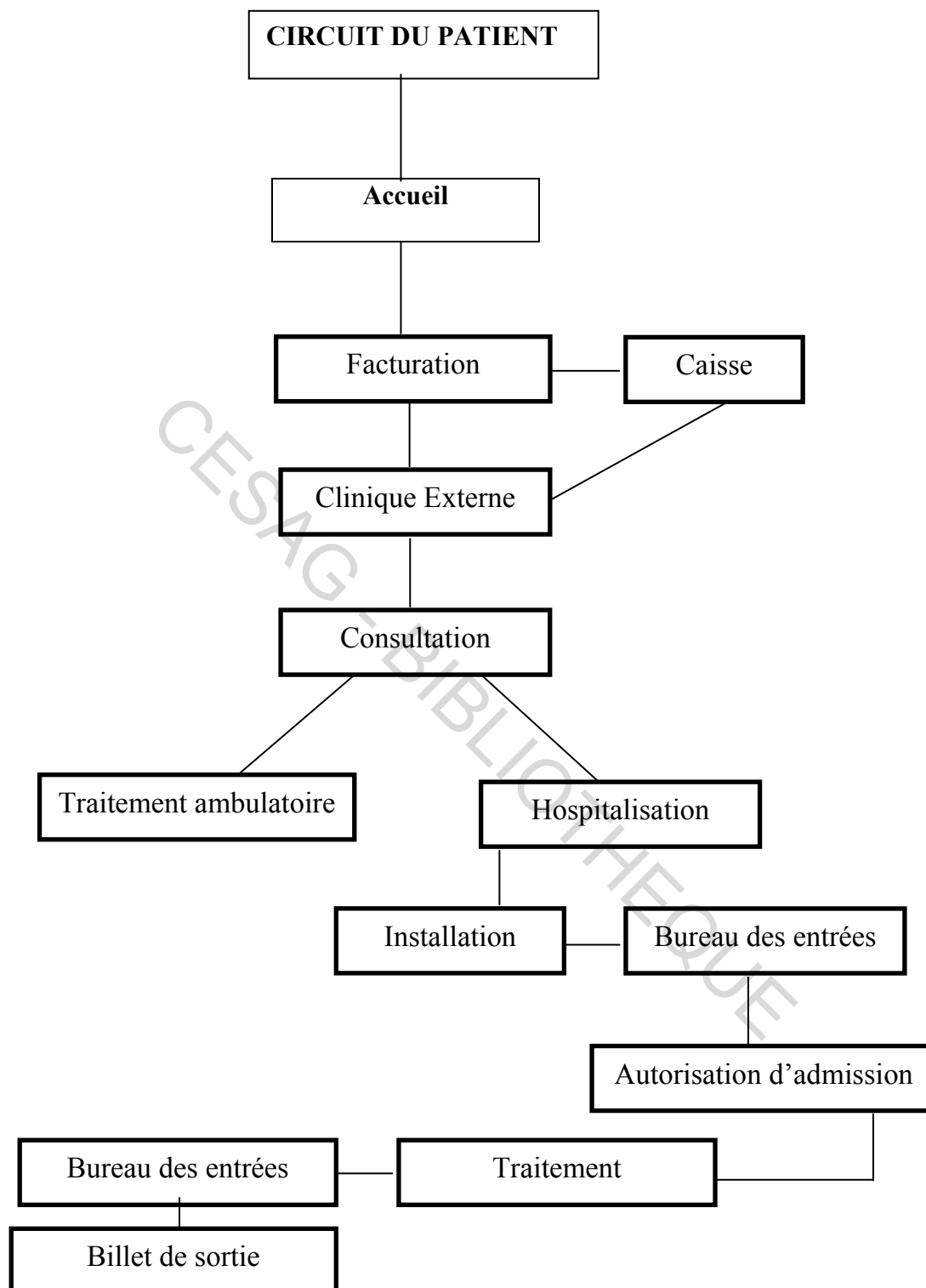
Les malades ayant la tranche d'âge comprise entre 0 et 5 ans sont pris en compte dans le programme de la couverture maladie universelle s'ils remplissent les critères de gravité établis et la consultation est gratuite. Les patients devant recevoir des soins externes et ceux devant être hospitalisés sont acheminés dans la salle de tri après la consultation et là, les infirmiers se chargent de l'exécution des inscriptions du médecin ; ceux qui doivent être internés sont amenés dans les salles d'hospitalisations après délivrance d'une fiche d'information à présenter au bureau des entrées.

- **Une zone d'observation ou** (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

Des registres sont mis en place pour le recueil des données avec toutes les informations concernant le patient et sa pathologie :

- Un registre pour les malades hospitalisés et ceux mis en observation et les arrivés décédés, les décès,
- Un registre pour les malades entrant dans les programmes de la couverture maladie universelle,
- Un registre pour les malades de la consultation générale un TDR (Teste Diagnostic Rapide),
- Deux registres sont mis à la disposition des médecins de garde.

Figure 6 : Le circuit du patient



Source : Mariama Cissokho

1.2. Identification des problèmes et priorisation (choix du problème)

Nous avons identifié et priorisé les problèmes recensés au niveau de la clinique externe, 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.

1.2.1. Identification des problèmes

Les informations issues des entretiens avec le personnel et les responsables de l'établissement ainsi que celles obtenues à l'aide de la grille d'observations figurant en annexe), 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
- Lenteurs des résultats et interprétation d'examen
- Le temps d'attente long
- Conditions de travail difficiles
- Déficit en personnel
- Lourdeurs administratives
- Lenteurs dans les soins
- Insuffisance de matériel ou d'équipement
- Ruptures de produits de plus en plus fréquentes

1.2.2. Priorisation (Choix du problème)

Pour la priorisation du problème, un groupe de travail da été constitué. Il est composé de :

- Deux médecins
- Deux infirmiers
- Un personnel administratif
- Le stagiaire

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** = 3 points
- ❖ Niveau **élevé** = 5 Points

Tableau 10 : Priorisation (Choix du problème)

Critères Problème	L'importance	L'ampleur	La perception	La solvabilité	Total	Score
Insuffisance de matériel ou d'équipement	6	3	2	6	17	5 ^{ème}
Longue file d'attente	6	6	6	6	24	1^{er}
Lourdeurs administratives	6	3	2	4	15	7 ^{ème}
Lenteurs dans les soins	6	3	2	6	17	6 ^{ème}
Lenteurs des résultats et interprétation d'examen	3	3	2	3	10	10 ^{ème}
Déficit de personnel	5	6	5	6	22	2 ^{ème}
Difficultés de prise en charge de certaines urgences	4	3	2	5	14	8 ^{ème}
Inexistence de certaines spécialités	4	3	2	4	13	9 ^{ème}
Exigüité des locaux	5	4	5	4	19	3 ^{ex}
Absence de salle de tri	5	4	5	4	19	3 ^{ex}

Source : Mariama Cissokho

Suite à la cotation de chaque problème en fonction des critères, longue file d'attente vient en première position avec un score de 20 suivi du déficit de personnel avec un score de 18 .Au vu des résultats le groupe de travail a choisi le temps d'attente comme problème prioritaire auquel nous devons nous attaquer.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Chapitre 2 : CADRE THEORIQUE

2.1. Problématique

La prise en charge des patients est l'un des défis majeurs de tout système de santé et qu'un système qui arrive à maintenir le degré de satisfaction de ses utilisateurs à un niveau optimal gagne le pari de l'adéquation de l'offre des soins par rapport aux besoins réels de la population. La perception constitue une dimension importante de la qualité des soins, par conséquent, l'évaluation de la perception devient un exercice intéressant en ce sens qu'elle permet aux décideurs du système de faire les ajustements nécessaires en leur donnant une idée précise de l'écart perceptible ou avéré entre l'offre des services et les besoins.

Au niveau des hôpitaux, Les personnes arrivent malades ou accompagnent des proches malades. Elles sont inquiètes pour leur corps, mais aussi pour leur famille qu'elles ont laissée à la maison et pour leurs occupations habituelles qu'elles ne pourront pas honorer à temps voulu. Elles sont stressées, et potentiellement irritables. C'est à ce niveau-là que les choses changent avec des professionnels de santé chargés de les accompagner dans cette épreuve.

La prise en charge des patients reste un fait complexe dans les hôpitaux, les gens viennent à l'hôpital parce qu'ils ont un problème de santé où ils sont sensés trouver des professionnels capables de prendre en considération la satisfaction de leurs attentes. Alors que pour les professionnels de santé en général la solution des problèmes cliniques des usagers, constitue leur seule préoccupation.

Le système hospitalier sénégalais a connu, d'importantes innovations ces dernières années avec notamment la réforme hospitalière intervenue depuis 1998, le plan SESAME, la gratuité de la césarienne pour les femmes enceintes et plus récemment la mise en œuvre de la politique de Couverture Médicale Universelle(CMU) entre autres. Ces innovations ont induit un changement dans les pratiques et dans la prise en charge du patient.

Des efforts notables ont été réalisés dès l'introduction de la réforme hospitalière : élaboration et adoption d'une chartre du malade, érection d'un service d'accueil et d'orientation là où cela n'existait pas, formation et recyclage des professionnels sur l'accueil, amélioration du plateau technique avec l'acquisition de nouveaux matériels et équipements entre autres scanners, échographes, etc.

Il n'en demeure pas moins que l'insatisfaction des usagers est très explicite dans la presse grand public, les médias et les rares enquêtes de satisfaction effectuées.

A l'occasion de la Journée mondiale de la santé en avril 2014, l'Association Sénégalaise pour la Défense des Droits du Malade (ASDDMA), a rendu compte des résultats d'une enquête de satisfaction des usagers sur les différentes prestations médicales, 14 ans après la mise en œuvre de la réforme hospitalière. Quand bien même ces résultats révèlent que presque 80% des usagers sont satisfaits globalement de la qualité des soins, ils notent bien des insatisfactions qui cachent bien des défaillances spécifiques. Par exemple, parmi les patients interrogés,

- 50% trouvent que les délais de prise en charge des soins d'urgence sont longs,
- 30% déplorent le manque d'information à l'accueil,
- 40% notent une insuffisance au niveau de la qualité des soins et de la disponibilité du personnel soignant.

Ces constats de l'ASDDMA, démontrent si besoin en était encore, que les hôpitaux du Sénégal doivent encore faire beaucoup d'efforts dans l'amélioration de la qualité des services offerts. [28]

Ces plaintes mettent en exergue la remise en question du droit à la santé inscrit dans la constitution de la République du Sénégal qui garantit à tous les citoyens les libertés individuelles fondamentales, les droits économiques et sociaux ainsi que les droits collectifs notamment le droit à la santé dans son article 8 .

Dans le cadre de la réforme hospitalière, l'hôpital doit assurer, entre autres missions, celle de «service public » c'est-à-dire, de veiller à ce que chaque citoyen puisse accéder aux services essentiels, quelles que soient ses conditions de vie. Sur le plan des relations « client » / « hôpital », la notion de « client » confère au malade un statut nouveau qui lui donne le droit d'attendre de l'hôpital :

- un meilleur accueil,
- un temps d'attente acceptable,
- un environnement hospitalier plus agréable,
- des soins de qualité,

Ainsi, la satisfaction des usagers et la qualité des services sont fondamentalement liées.

Il est admis que la satisfaction des patients est un indicateur de la qualité des soins. L'objectif de ce travail est de mesurer la satisfaction des usagers du CHNEAR.

Plus d'une décennie après l'implantation de la réforme hospitalière il m'a paru important et utile de réaliser une enquête sur la satisfaction des usagers du CHNEAR et sur la qualité des services reçus. Comment les usagers du CHNEAR apprécient-ils globalement les services reçus, la qualité de l'accueil, le temps d'attente, les relations avec le personnel, la qualité des soins reçus ; dans le but d'apporter ma modeste contribution à l'amélioration continue de la qualité des services [29].

2.1.1. Contexte et justification

Les établissements hospitaliers de nos jours ont de nombreux défis à relever dans le domaine de la qualité des soins qui est désormais incontournable. La mission de service public qui est la leur, impose à ces établissements des prestations de soins de qualité. La réforme hospitalière initiée au Sénégal en 1998 met à point nommé un accent particulier sur la qualité des soins. C'est dans cette logique que les Hôpitaux doivent s'engager dans une démarche qualité et à entamer une démarche de certification. La certification est capitale pour tous les hôpitaux qu'ils soient publics, ou privé. Elle est une procédure d'évaluation externe à un établissement de soins, effectuée par des professionnels indépendants de l'établissement ou de ses organismes de tutelle, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques.

Elle vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement.

2.1.2. But de l'étude

Améliorer l'offre de service pour la satisfaction des usagers.

2.1.3. Objectifs général

- Contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients à la clinique externe du CHNEAR de Dakar

2.1.4. Objectifs spécifiques

- Identifier les problèmes liés à la prise en charge des patients au niveau de la clinique externe
- Proposer des solutions pour l'amélioration de la prise en charge
- Mettre en œuvre la solution retenue
- Formuler des recommandations

2.2. Cadre conceptuel

Cette section portera principalement sur la définition des concepts.

❖ La qualité des soins

Les définitions de la qualité des soins sont nombreuses et cette multiplicité entraîne une certaine confusion chez les professionnels de santé. La « qualité des soins » dépend du type d'entité évaluée, depuis la qualité d'un professionnel jusqu'à la qualité globale du système de santé ; mais également des valeurs du sujet qui l'apprécie et de sa place dans le système de santé.

La qualité des soins dépend d'une part des caractéristiques techniques et d'autre part des caractéristiques relationnelles des soignants.

La technicité est liée aux connaissances médicales et aux capacités de jugement du producteur de soins, ces dernières devant permettre d'obtenir une adéquation des soins au cas identifié.

Le développement des connaissances scientifiques et des compétences techniques ne suffit pas pour assurer la qualité : la dérive technologique et la déshumanisation de la médecine, maintes fois dénoncées ces dernières années ; Les capacités relationnelles du médecin ou du soignant sont capitales et intègrent différents éléments comme l'écoute, le tact, l'empathie, la sensibilité, la confidentialité ... mais aussi l'information du patient sur sa maladie et la prise en charge proposée. [15]

❖ Accueil

Le mot accueil signifie la manière de recevoir quelqu'un, de se comporter avec lui quand on le reçoit ou quand il arrive et part.

Accueil = Réception

L'accueil devrait être la mission de toute personne : médecin, Infirmier France quel que soit son poste, cadre administratif, sécurité et hôtesse. C'est un temps à la fois social, psychologique et médical. L'accueil est un soin à part entière qui a toute son importance malgré la charge du travail. Sa qualité traduit la qualité d'un service et détermine très souvent l'opinion et le jugement du patient à l'égard de l'hôpital. Le premier contact du patient ou du visiteur avec l'hôpital est fortement mémorisé, il détermine très souvent l'opinion et le jugement à l'égard de l'équipe soignante et de l'hôpital [13]

❖ **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) 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). [13]

❖ **SOINS** : Ce sont les moyens par lesquels on s'efforce de rendre la santé à un patient. [13]

❖ **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 de la clinique externe, jusqu'à l'obtention de la prestation.

❖ **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 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 [23]

❖ **Concept des soins d'urgence de qualité dans les SAU**

L'urgence est toute circonstance médicale aiguë, qui, par son apparition brutale ou son évolution rapide, induit ou laisse supposer un risque vital ou pour l'intégrité physique du patient si un traitement n'est pas entrepris rapidement. Porte d'entrée des patients dans le système hospitalier et relai de la phase pré-hospitalière de prise en charge des urgences, le SAU est chargé d'accueillir et de procurer les premiers soins à tout patient présentant une urgence médicale ou chirurgicale, réelle ou ressentie. Il évalue les patients puis les stabilise et les oriente vers les services adaptés pour des soins plus spécifiques.

Des soins d'urgence de qualité intègrent la notion de délai d'accueil et de prise en charge :

Immédiat pour les extrêmes urgences, 6 heures pour la première urgence et 24 heures pour la deuxième urgence. Le respect des délais suppose l'absence de préalable financier aux soins en urgence. En plus de la diligence, la qualité de l'accueil et de la prise en charge dans les SAU comporte des composantes objectives et subjectives.

La qualité des soins est la capacité de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques, lui assurant le meilleur résultat en termes de santé,

Conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats et contacts humains à l'intérieur du système de soins [4]. Ainsi, la satisfaction des usagers et la qualité des services sont fondamentalement liées, et les six dimensions des soins de qualité.[8]

En tenant compte des points de vue des acteurs (patients, familles et soignants), il est important de distinguer quatre types de qualité :

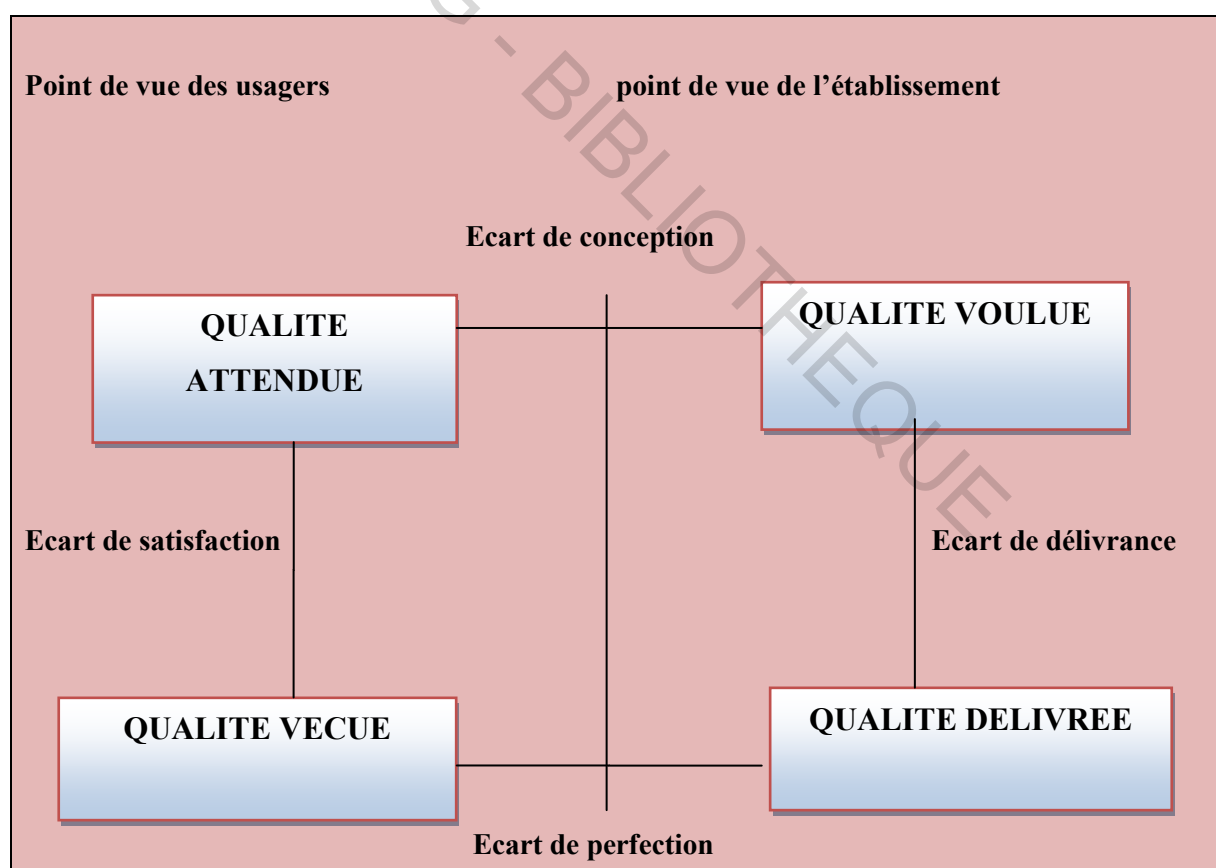
(1) la qualité attendue par le patient, qui traduit ses besoins et son expérience antérieure du service ;

(2) la qualité perçue ou vécue, qu'expérimente le patient et qui dépend à la fois de la qualité attendue et de la qualité délivrée ;

(3) la qualité voulue, formulée par l'établissement de santé sous forme de critères explicites qui permettent d'apprécier la conformité des prestations et ;

(4) la qualité délivrée, celle que reçoit réellement le patient.

Figure 7 : Schématisation de la qualité dans le domaine des services et adaptée à la santé



Source : Schématisation de la qualité dans le domaine des services et adaptée à la santé adaptation du cycle de la qualité, AFNOR, (Sambuc, 2005)

L'écart de conception [**Attendue R Voulue**], l'écart de perception [**Perçue R Délivrée**] et l'écart de satisfaction [**Perçue R Attendue**] peuvent être réduits par l'écoute des patients.

Quant à l'écart de délivrance [**Délivrée R Voulue**] relevant du domaine de la recherche de conformité, il peut être assuré par les démarches d'amélioration des processus et de résolution de problèmes.[8] Pour cela, l'existence d'un référentiel et de données de mesure de la qualité sont indispensables.

Selon Donabedian (1980).[3] la satisfaction des usagers peut être abordée de différentes façons.

- La satisfaction peut être considérée comme un résultat de la prestation de soins et de services. On constate d'ailleurs, à ce chapitre, que les usagers plus satisfaits sont davantage fidèles au traitement.
- Les usagers peuvent contribuer à définir la qualité. L'un des avantages à ce propos est que les usagers ont généralement une vision plus large qu'elle des praticiens, principalement en ce qui concerne les aspects interpersonnels. Ils permettent donc de proposer une définition moins limitative de la qualité des services.

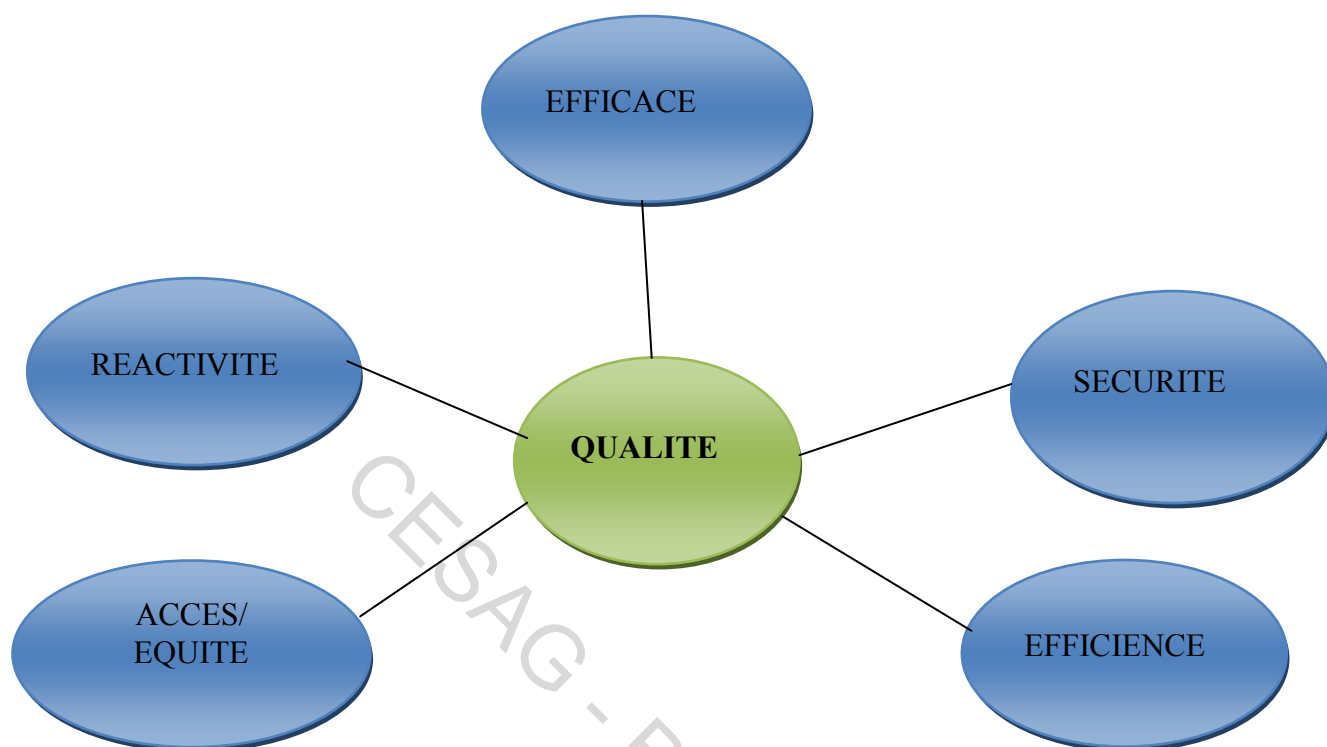
En exprimant leur satisfaction à l'égard des services qu'ils reçoivent, les usagers révèlent des informations importantes pour l'évaluation de la qualité des services. [16]

❖ **Dimensions principales de la qualité des soins**

Les principales dimensions élaborées dans ces cadres peuvent être regroupées dans cinq

Catégories : efficacité, sécurité, réactivité, accès et efficience. Ces dimensions englobent souvent une série d'autres dimensions parfois nommées différemment selon les cadres, telles que la pertinence, la ponctualité, l'aptitude, la continuité, la satisfaction, la compétence technique, etc. Les travaux de l'OCDE sur les indicateurs de qualité permettent de faire un état de lieux des informations et des indicateurs disponibles dans un grand nombre de pays.

Figure 8 : Les dimensions de la qualité



Source : La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? Zeynep Or, Laure Com-Ruelle IRDES 1^{er} Décembre 2008

❖ Les approches de mesure de la satisfaction

La satisfaction peut être considérée de différentes façons et être abordée sous des angles différents. Le choix d'une perspective ou d'un paradigme dépend de ce que l'on entend mesurer et oriente, par conséquent, le choix de l'instrument de mesure qui sera utilisé.

À l'examen des nombreux articles publiés sur le sujet, il est possible de dégager trois grands types d'enquête de satisfaction auprès des usagers. Bien que ces approches ne soient pas mutuellement exclusives, on constate que les différentes études s'orientent davantage vers

conséquences majeures sur la définition de l'objet d'étude, ainsi que sur les choix méthodologiques. Cette perspective laisse peu de place aux attentes des individus telles qu'ils les définissent eux-mêmes.

❖ La satisfaction comme évaluation de la performance (Benchmarking)

La seconde approche consiste à aborder la satisfaction selon une perspective de *benchmarking*. Cette approche vise à comparer les performances des fournisseurs de services à partir d'un nombre limité d'indicateurs sur lesquels ceux-ci peuvent être comparés. Lorsque cette approche est privilégiée, on s'attarde à observer les variations entre les sites (différentes régions, différents établissements ou différents points de services) ; l'objectif étant d'établir un rang parmi ceux-ci. Cette approche permet également d'observer, pour un site donné, l'évolution de la satisfaction dans le temps. À ce propos, l'État du Rhode Island a adopté, en 1998, des mesures législatives visant la reddition de comptes à la population sur la performance hospitalière et les résultats des sondages de satisfaction¹⁰. L'évaluation de l'impact de ces changements législatifs a révélé que les établissements de santé utilisaient les résultats des enquêtes de satisfaction standardisées, menées à l'échelle de l'État, afin d'identifier des cibles d'amélioration, d'évaluer la performance, de faire le suivi de l'amélioration de la qualité et d'identifier les meilleures pratiques. [26]

Puisqu'elle vise avant tout la comparaison, cette approche doit nécessairement porter sur un nombre limité d'indicateurs qui constituent le plus petit dénominateur commun des caractéristiques pouvant être comparées entre les différentes entités.

Les propriétés métrologiques recherchées seront axées sur la fidélité et à la précision de l'instrument de mesure. Celui-ci doit permettre de reproduire la même évaluation d'un endroit à l'autre et d'un moment à l'autre. Il sera donc conçu de façon à neutraliser les biais qui seraient attribuables à des contextes socioéconomiques ou culturels non comparables. Il devra également être assez précis pour permettre d'établir des différences significatives entre les sites comparés.[5]

À l'instar de la première approche, le *benchmarking* laisse moins de place aux attentes des usagers, telles qu'ils les définissent eux-mêmes, et comporte des limites similaires lorsqu'il s'agit d'évaluer la qualité des services dans une perspective d'amélioration continue.

❖ La satisfaction comme évaluation de la qualité des services

La satisfaction peut enfin être considérée dans une optique d'évaluation des soins et des services. En vertu de cette approche, le point de vue des usagers constitue une composante essentielle dans l'évaluation de la qualité des soins et des services parce qu'ils peuvent avoir

leurs propres critères de qualité et parce qu'ils sont les mieux placés pour nous renseigner à ce sujet. À ce propos, nous invite à la prudence dans le choix des questions ,puisque'une évaluation qui ne tient pas compte des critères propres aux usagers pourrait afficher des résultats positifs alors que, dans les faits, les usagers peuvent être insatisfaits pour d'autres critères sur lesquels ils n'ont pas été interrogés. Les répondants sont donc sollicités à titre d'informateurs-clés afin qu'ils donnent leur opinion sur la qualité des services à partir de leur point de vue. Leurs réponses nous permettent déposer un regard à la fois différent et complémentaire sur la qualité des services. Lorsque la satisfaction est considérée comme une évaluation de la qualité, c'est la qualité des soins et des services qui constitue l'objet d'étude et non pas les individus. Plus particulièrement on s'intéressera à la variation du niveau de satisfaction entre les différents aspects des soins et services. L'objectif étant ici d'identifier les aspects des services qui obtiennent un niveau de satisfaction plus élevé et ceux qui obtiennent un niveau moins élevé. En d'autres termes, on cherche à identifier les points forts et les aspects à améliorer. En ce qui concerne les exigences méthodologiques, l'accent est mis sur la validité de contenu, c'est-à-dire que l'on doit s'assurer que les items inclus dans l'instrument de mesure reflètent bien, de façon exhaustive, les différents aspects des services sur lesquels les répondants peuvent et désirent s'exprimer. Cette dernière approche a été retenue puisqu'elle permet d'atteindre les objectifs d'amélioration de la qualité des services tout en permettant aux usagers d'exprimer leur satisfaction à partir du point de vue qui leur est propre. Puisque notre démarche d'évaluation n'avait pas pour objectif de se substituer à d'autres démarches qui visent à vérifier si les services de l'Hôpital s'inscrivent en conformité avec les différentes normes liées à la prestation de soins et de services, ni de savoir si les usagers de l'Hôpital sont plus ou moins satisfaits que les usagers d'autres hôpitaux, les autres approches n'ont pas été retenues. [5]

DEUXIEME PARTIE :
METHODOLOGIE- RESULTATS DE
L'ENQUETE

Chapitre 3 : METHODOLOGIE

La démarche traitera différents aspects relatifs à la méthodologie dont l'élaboration et la validation de l'outil de collecte, la population étudiée, l'échantillonnage, l'analyse des données et la façon d'interpréter les résultats. C'est une étude de résolution de problème, à la fois quantitative et qualitative.

3.1. Population

Le Personnel médical, paramédical du service de la clinique externe et les administratifs.

Les usagers constitués des patients venant en consultation.

Questions de recherche :

Comment les populations qui fréquentent le CHNEAR perçoivent elles la qualité des services

3.2. L'élaboration de l'outil de collecte

Méthode et outil de Recueil des données

Pour recueillir les données, nous avons utilisé les méthodes et outils suivants :

- **la revue documentaire** : Notre revue documentaire a essentiellement porté sur des mémoires et autres documents portant sur l'accueil et la prise en charge des patients consultés à la bibliothèque du CESAG et sur internet et les cours du module sur l'amélioration de la qualité des soins ,identification des problèmes du programme de MBA/GSS du CESAG et des documents stratégiques au niveau de l'hôpital.
- **des entretiens informels** que nous avons eus avec le personnel durant la période de stage,
- **le brainstorming** ; il est utilisé lors des entretiens de groupe et de toutes les séances de planification de la mise en œuvre des solutions,
- **des questionnaires** (voir annexes) comportant plusieurs rubriques comme l'opinion sur la qualité de l'accueil, sur le temps d'attente, sur la disponibilité du personnel, sur la permanence des soins, sur la prise en charge des patients.

Après l'élaboration du questionnaire, nous avons procédé à un pré-test d'abord au niveau de la Clinique externe. Le document a été soumis à notre encadreur pour une validation. C'est à la suite de cette validation qu'il a été administré aux différents agents trouvés sur place.

En raison du caractère sensible de toute démarche impliquant une collecte de données auprès de personnes vulnérables utilisant des services de santé ainsi que des dispositions de la loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels diverses mesures seront prises :

- consentement éclairé des informateurs
- anonymat dans le traitement des données
- la confidentialité des données

Pour l'échantillon de l'étude, nous avons inclus tout le personnel concerné par l'étude (médecin(11) para médical(11) et administratif20).

Pour l'échantillon des usagers un échantillonnage de 50 patients a été interrogé soit 5 patients par jour. L'ordre d'arrivée a constitué le critère d'inclusion. En effet n'étaient inclus dans notre échantillon que les cinq (05) premiers usagers (patient ou accompagnant) qui venaient en consultation. De ce fait la collecte d'information auprès des usagers a duré dix (10) jours.

3.3. Déroulement de l'enquête

Notre étude a démarré effectivement au début du mois d'août et s'est étendue jusqu' en mi-octobre soit 2 mois et demi.

Tableau 11 : Chronogramme des activités

Activités	Période
Revue documentaire	Début 3 Avril 2016 jusqu'à la fin
Elaboration de la fiche d'enquête et validation par les encadreurs	17 août jusqu'au 31 Août 2016
Recueil des données	Du 1 au 25 septembre 2016
Analyse, interprétation des données et rédaction	26 Septembre au 28 octobre 2016

Source : Mariama Cissokho

3.4. Difficultés et limites de l'étude

Même si l'esprit d'ouverture et l'accueil chaleureux n'ont pas fait défaut, il faut signaler qu'il ne manquait pas quelques difficultés auxquelles nous avons été confrontées. Il s'agit entre autres :

- d'un manque de disponibilité du personnel qui est très mobile ; compte tenu de la sensibilité du sujet (la qualité de la prise en charge) certains patients ont répondu avec hésitation à certaines questions.
- d'une absence de système de communication sur les activités planifiées ;
- de la réticence de certains agents à répondre à certaines questions.
 - o Certains d'entre eux nous ont fait revenir plusieurs fois.
 - o Contrainte du temps.

3.5. Dépouillement et traitement des données

Les données collectées, 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.

Chapitre 4 : PRESENTATION DES RESULTATS

4.1. Résultats de l'enquête

Après le recueil et le dépouillement de nos données, nous avons présenté nos résultats dans ce chapitre. Ils sont présentés sous forme de tableaux et de graphiques. Nous avons commenté brièvement, et suivant l'ordre chronologique des questions.

Pour les graphiques nous avons préféré les présenter sous forme de « diagrammes en fromage ». Sur chaque part du diagramme en camembère nous avons précisé la variable (réponse) et le pourcentage entre parenthèses.

4.1.1. Résultats du questionnaire soumis au personnel de la clinique externe

(Voir Annexe)

Au niveau de la clinique externe, le personnel est composé du personnel médical et du personnel paramédical.

Tableau 12 : Profil professionnel du personnel du service de la clinique externe interrogé

Profil	Effectifs	Pourcentage
Médecins titulaires	7	28%
Médecins (contractuels)	1	4%
Médecins vacataires	2	8%
Infirmiers titulaires	2	8%
Infirmiers contractuels	5	20%
Infirmiers vacataires	5	20%
Personnels de soutien	3	12%
Total	25	100%

Source : Mariama Cissokho

Commentaire :

D'après les chiffres, le personnel de l'hôpital est composé majoritairement d'infirmiers (titulaires, contractuels et vacataires) avec 48%. Suivis de médecins (titulaires, contractuels et vacataires) avec 40%, et enfin le personnel de soutien 12%.

Organisation du service : Ancienneté dans le service:

Tableau 13 : Répartition des participants selon l'ancienneté dans le service

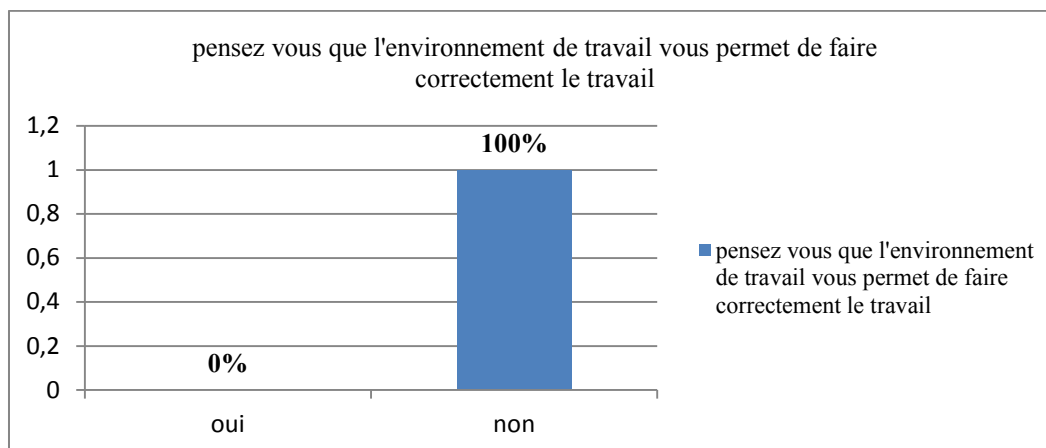
Nombre d'années d'ancienneté	Effectifs	Fréquence relative
<1 an	1	4.54%
1 an à 2 ans	3	13.63%
2 ans à 4 ans	8	36.36%
> 4 ans	10	45.45%
Total	22	100 %

Source : Mariama Cissokho

Commentaire:

Sur vingt-deux (22) agents interrogés, membres du personnel de la clinique externe, dix (10) ont fait plus de quatre ans dans le service, soit (45.45%). Huit (08) ont entre deux et quatre ans de service (soit 36.36%). Trois (03) en ont entre un et deux ans, (soit 13.63%) et un (01) a, moins d'un an d'ancienneté dans le service, soit 4.54% du groupe interrogé. Il ressort de ces chiffres que la majorité du personnel a moins de 5ans d'ancienneté. Ceci peut agir sur la prise en charge des patients.

Figure 9 : Appréciation de l'environnement de travail

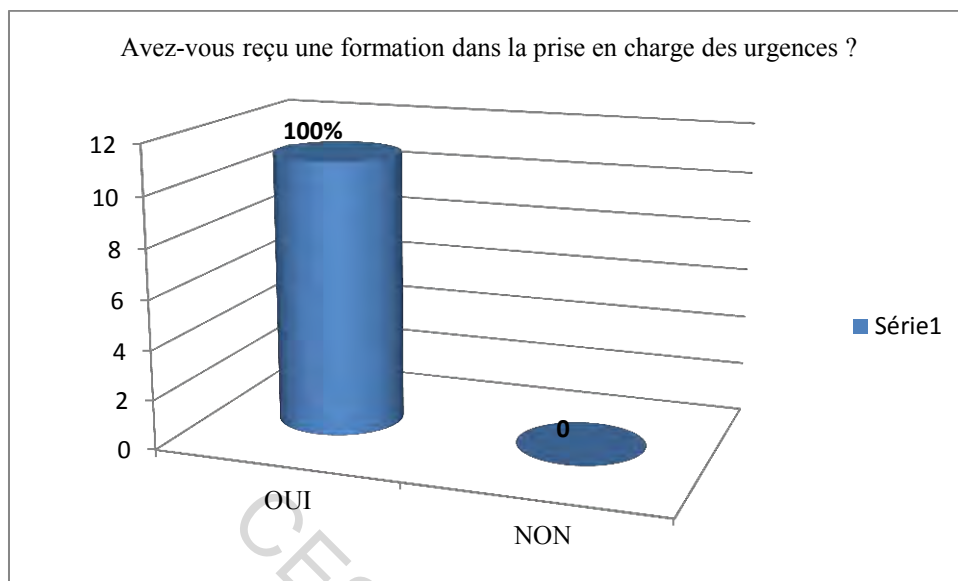


Source : Mariama Cissokho

Commentaire :

À l'unanimité 100% du personnel interrogé déplore l'environnement de travail. Selon eux cet environnement ne permet pas de faire correctement leur travail.

Figure 10 : Formation sur la prise en charge des urgences

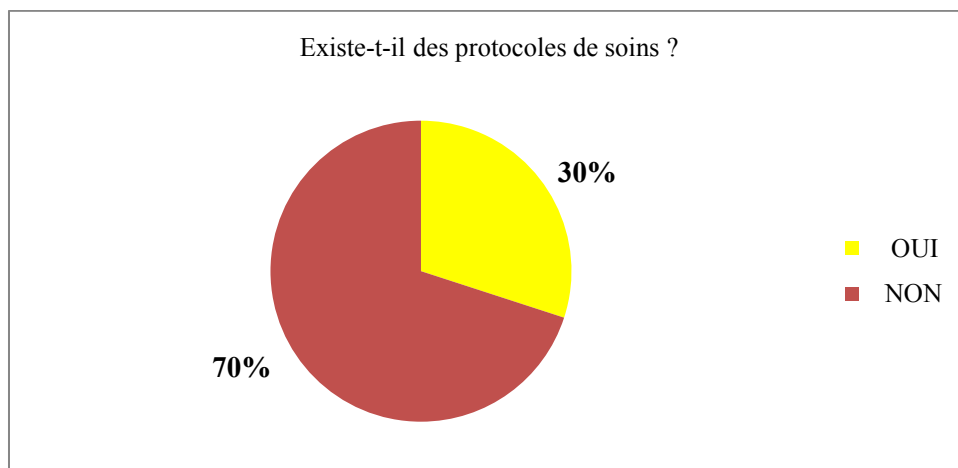


Source : Mariama Cissokho

Commentaire :

100% personnel interrogé ont reçu une formation dans la prise en charge des urgences. Les résultats montrent qu'il ne devrait pas avoir des problèmes liés à la prise en charge vu que la totalité des prestataires reconnaissent avoir reçu une formation à cet effet.

Figure 11 : Disponibilité de protocoles de soins

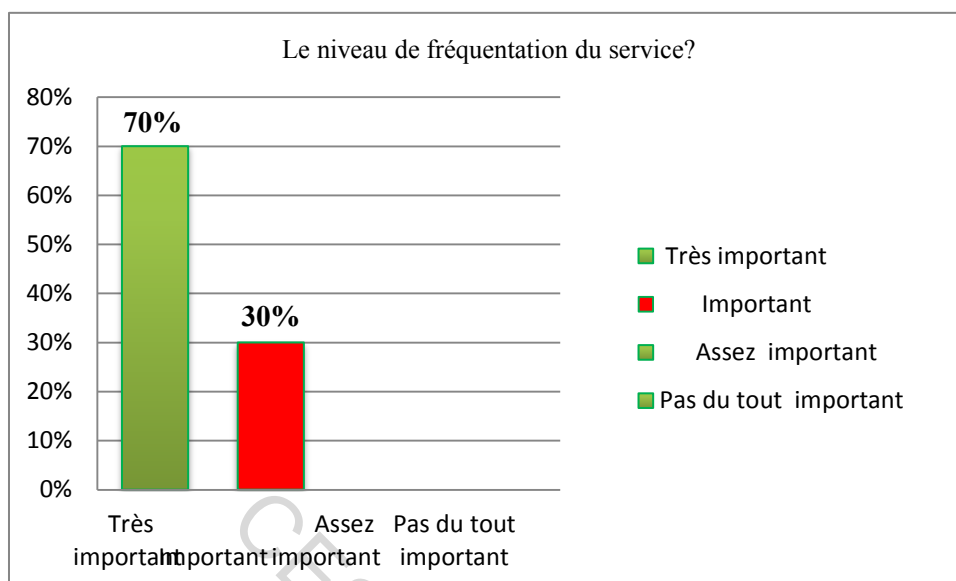


Source : Mariama Cissokho

Commentaire :

- ✓ 70% du personnel ignore l'existence de protocoles de soins. C'est à se demander si ses protocoles existent réellement, à la vérification il n'existe en effet que deux(2) protocoles.
- ✓ 30% du personnel interrogé dit ignorer l'existence même de ces protocoles.

Figure 12 : Le niveau de fréquentation du service par les usagers



Source : Mariama Cissokho

Commentaire :

100% du personnel reconnaissent que le service de consultation de la clinique externe reçoit un flux très élevé de malade.

Tableau 14 : Les plaintes les plus fréquentes

Causes	Nombre de fois évoqué	Pourcentage
Long délai d'attente	6	15.78 %
Manque d'informations	3	7.89 %
Mauvais comportement du personnel	4	10.52 %
Formalités administratives	2	5.26 %
Lenteur des soins (Temps de passage)	3	7.89 %
Négligence de la part des soignants	3	7.89 %
Mauvaise organisation des soins	4	10.52 %
Des locaux (inconfort et hygiène)	4	10.52 %
AUTRES (Tarifs des soins)	2	5.26 %

Source : Mariama Cissokho

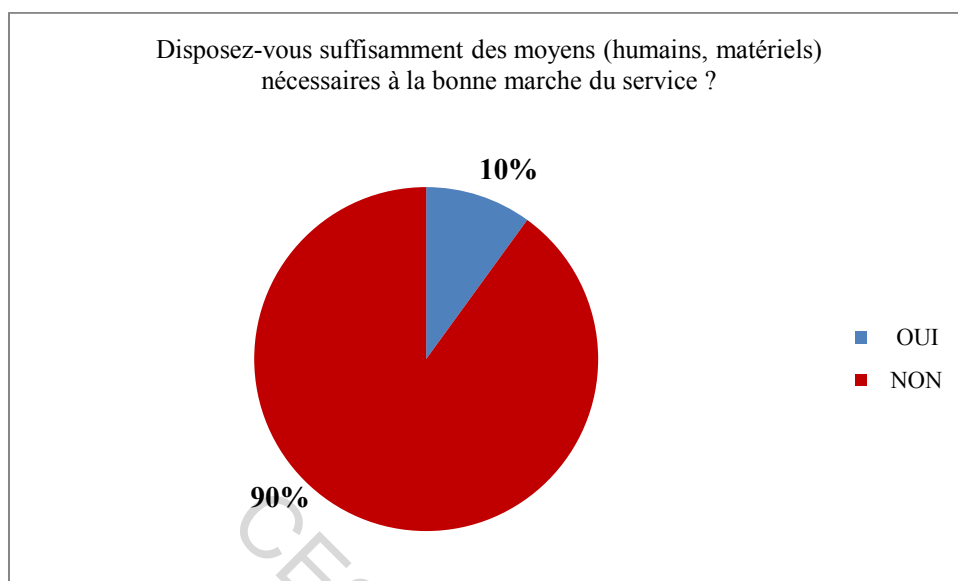
Les plaintes récurrentes des patients, selon le personnel, sont :

- longs délais d'attente avant traitement avec 15.78%

- Mauvais comportement du personnel avec 10.58 %
- lenteur des soins avec 7.89%
- locaux (inconfort/hygiène) avec 10.52%
- Lourdeur des formalités administratives avec 5.26%

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Figure 13 : Les matériels nécessaires

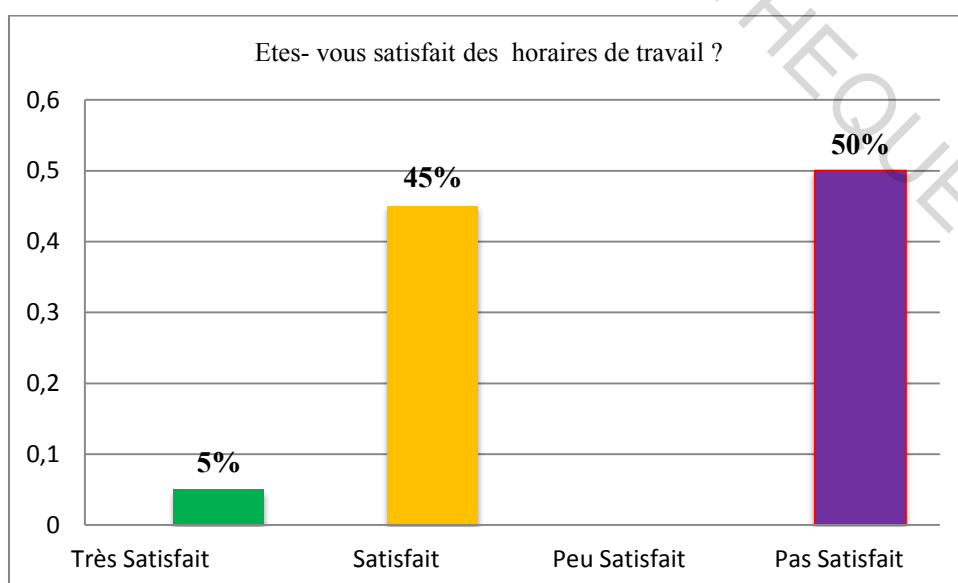


Source : Mariama Cissokho

Commentaire :

Pour les ressources (humaines et matérielles) 90% du personnel disent insuffisantes les ressources existantes au sein du service. Par contre 10% du personnel sont satisfaits.

Figure 14 : Les horaires de travail

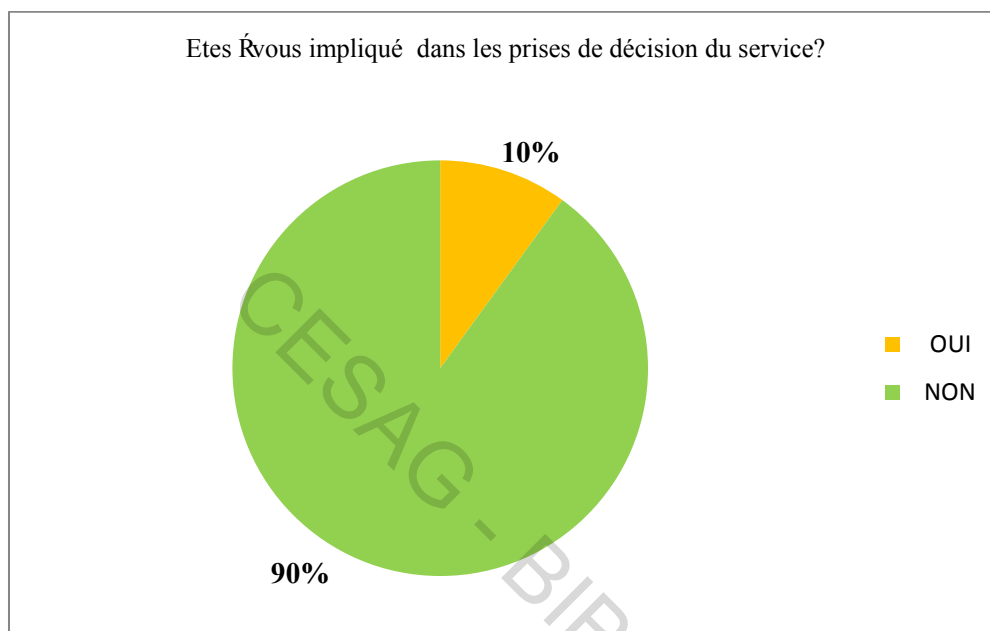


Source : Mariama Cissokho

Commentaire :

La moitié des personnes questionnées pensent que les horaires de travail sont satisfaisants (50%), les autres 50% sont insatisfaits du temps de travail.

Figure 15 : L'implication sur les prises de décision du service



Source : Mariama Cissokho

Commentaire :

90% du personnel estime qu'ils ne sont pas impliqués dans les prises de décision contre 10% du personnel qui disent être impliqués.

Tableau 15 : Les motifs les plus fréquents d'évacuation vers d'autres structures hospitalières

(3 choix maximum autres motifs compris)

CAUSES	POINTS	POURCENTAGE
Défaut d'équipements, de matériel	2	10%
Défaut de personnel qualifié	2	10%
Service non existant dans l'Hôpital	8	40%
Manque de place	8	40%

Source : Mariama Cissokho

Tableau 16 : Les solutions pour l'amélioration de la qualité d'organisation du service

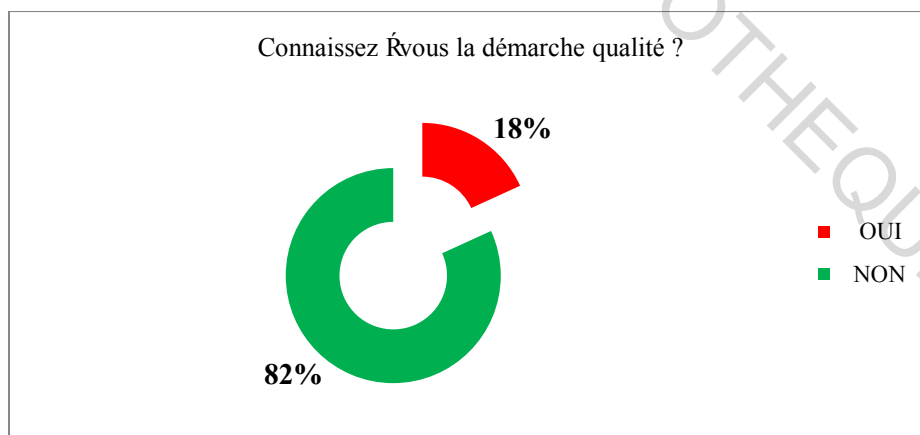
Propositions	POINTS	POURCENTAGE
Bien définir les étapes des différentes activités	11	22.91
Former le personnel	13	27.08
Impliquer le personnel dans les prises de décisions	20	41.66
Autres solutions à préconiser : renforcer le personnel	4	8.33

Source : Mariama Cissokho

Les solutions préconisées pour l'amélioration de la qualité d'organisation du service les plus citées, par ordre d'importance sont :

- L'implication du personnel dans les prises de décision qui compte pour
- Former le personnel
- Bien définir les étapes des différentes activités
- Renforcer le personnel

Figure 16 : La démarche qualité

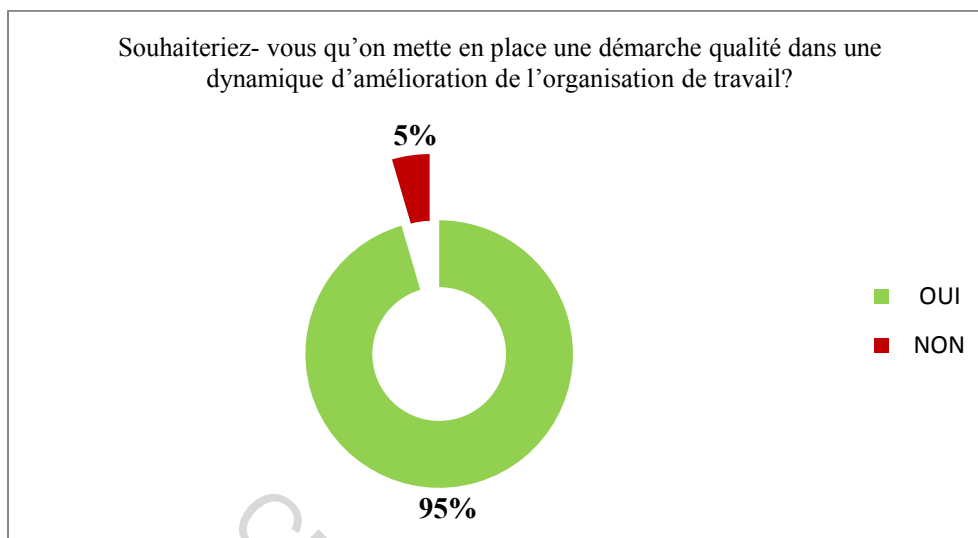


Source : Mariama Cissokho

Commentaire :

Concernant la démarche qualité 82 % du personnel l'ignore. Seulement 18%ont répondu oui. Dans l'ensemble la démarche qualité est méconnue du personnel du service de la clinique externe car plus de la majorité a répondu par la négation.

Figure 17 : La mise en place d'une démarche qualité

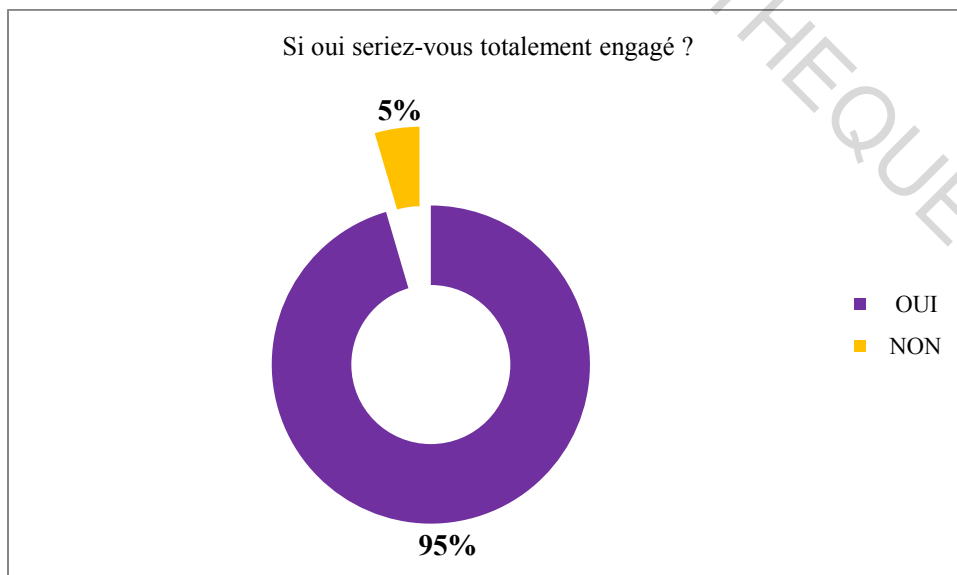


Source : Mariama Cissokho

Commentaire :

95% du personnel contre 5% souhaitent qu'on mette en place une démarche qualité dans une dynamique d'amélioration de l'organisation de travail et totalement engagé.

Figure 18 : Le degré d'engagement du personnel



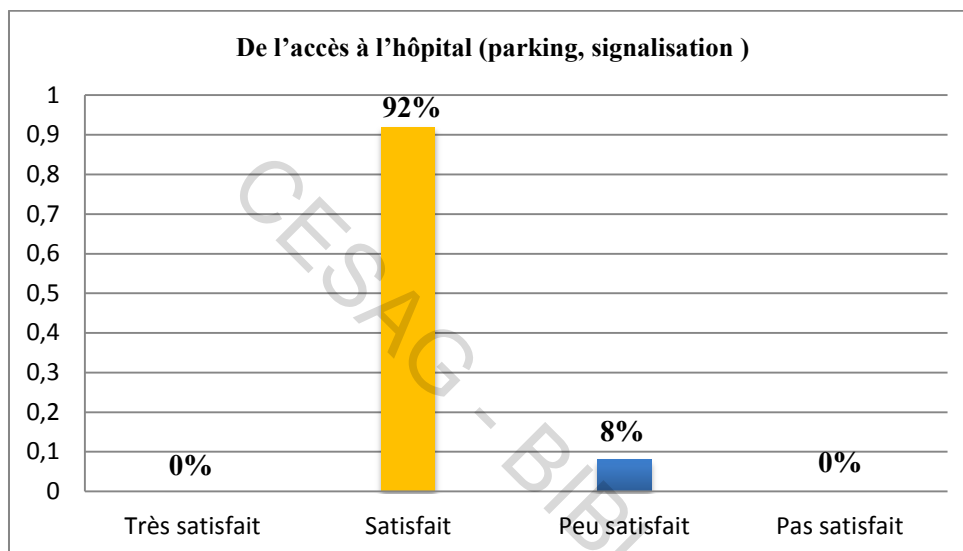
Source : Mariama Cissokho

Commentaire :

Presque la totalité du personnel, soit 95 % sont prêts à s'engager pour une démarche qualité, contrairement à 5%du personnel.

4.1.2. Résultats du questionnaire soumis aux usagers

Figure 19 : L'accès à l'hôpital

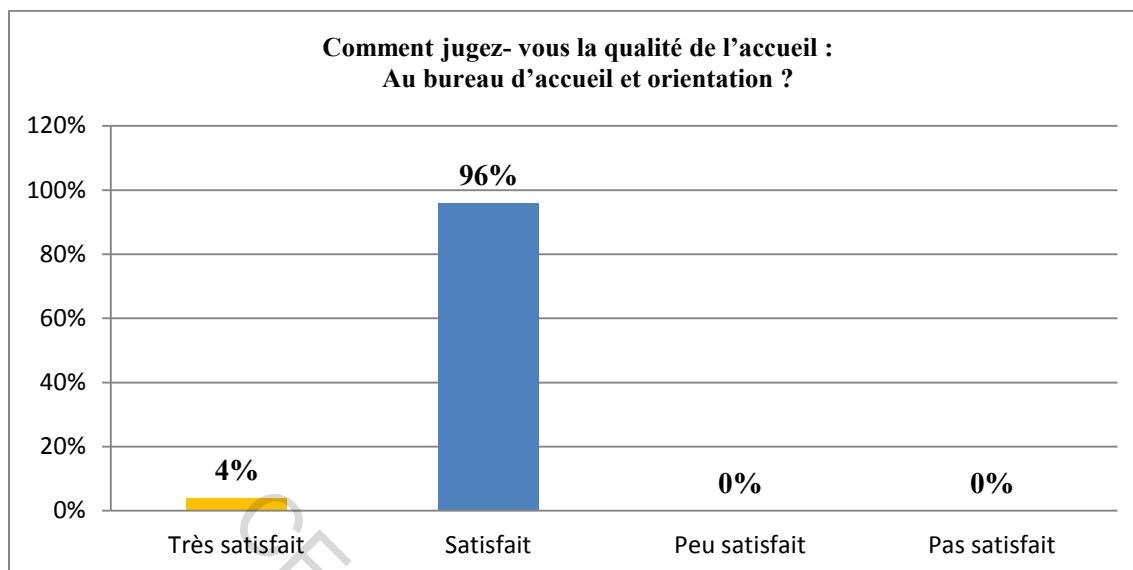


Source : Mariama Cissokho

Commentaire:

92% des patients disent être satisfaits de l'organisation du parking qui selon eux permet l'évacuation rapide du malade, seuls 08 % des patients interrogés sont peu satisfaits de l'accès à l'hôpital.

Figure 20 : La qualité de l'accueil

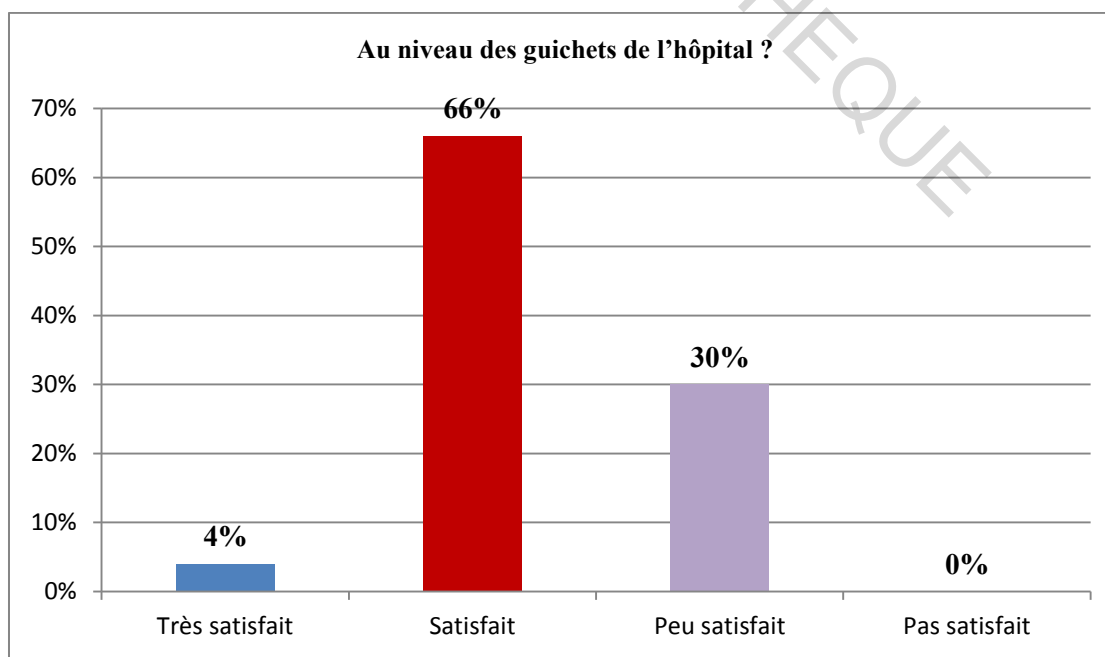


Source : Mariama Cissokho

Commentaire :

96 % des usagers sont satisfaits de la qualité de l'accueil au niveau du bureau d'accueil et orientation. Par contre 4% des usagers ne sont pas satisfaits.

Figure 21 : L'accueil au niveau des guichets de l'hôpital

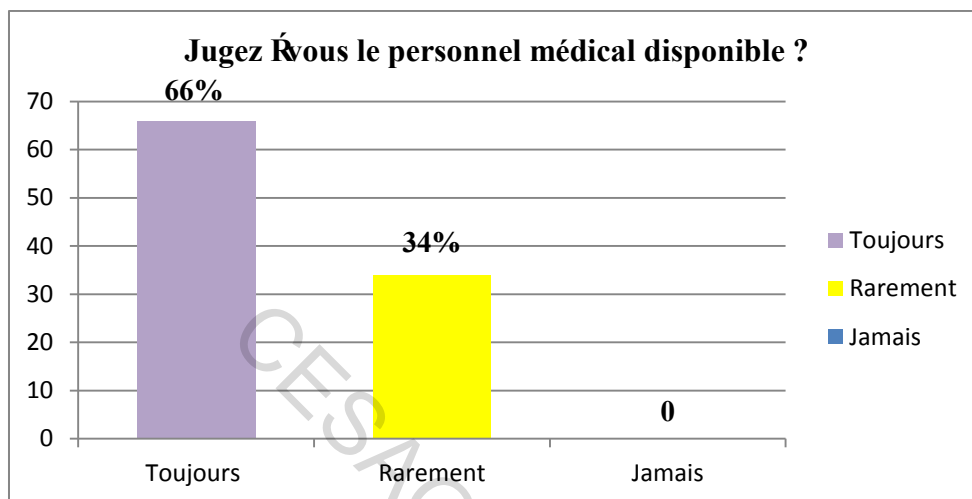


Source : Mariama Cissokho

Commentaire :

70% des patients sont satisfaits du service offert au guichet, contre 30% qui sont peu satisfaits.

Figure 22 : La disponibilité du personnel médical

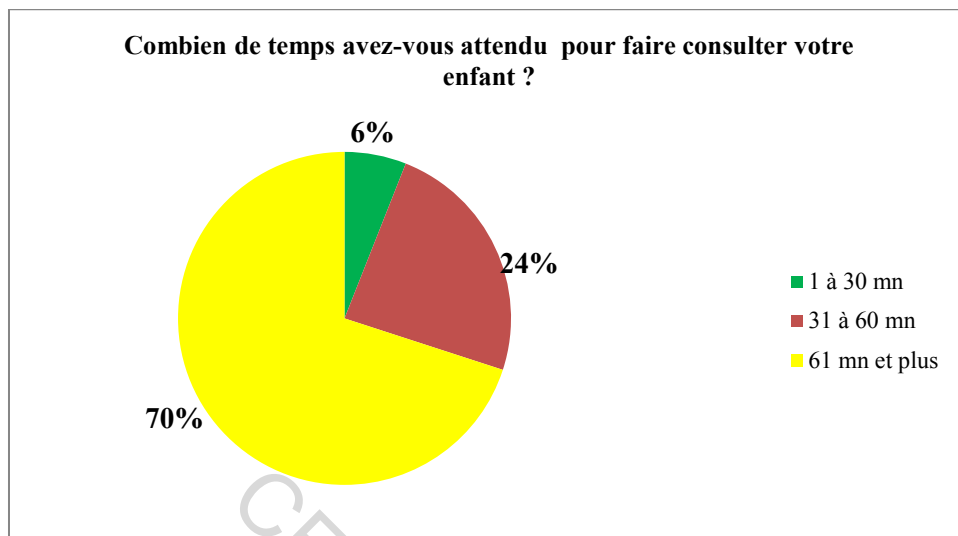


Source : Mariama Cissokho

Commentaire :

Concernant la disponibilité du personnel médical, 34% des usagers disent que le personnel médical est rarement disponible par contre 66% sont satisfaits. Dans l'ensemble on peut retenir que le niveau de satisfaction est moyen concernant la disponibilité des dispensateurs des soins.

Figure 23 : L'opinion sur la durée du temps d'attente

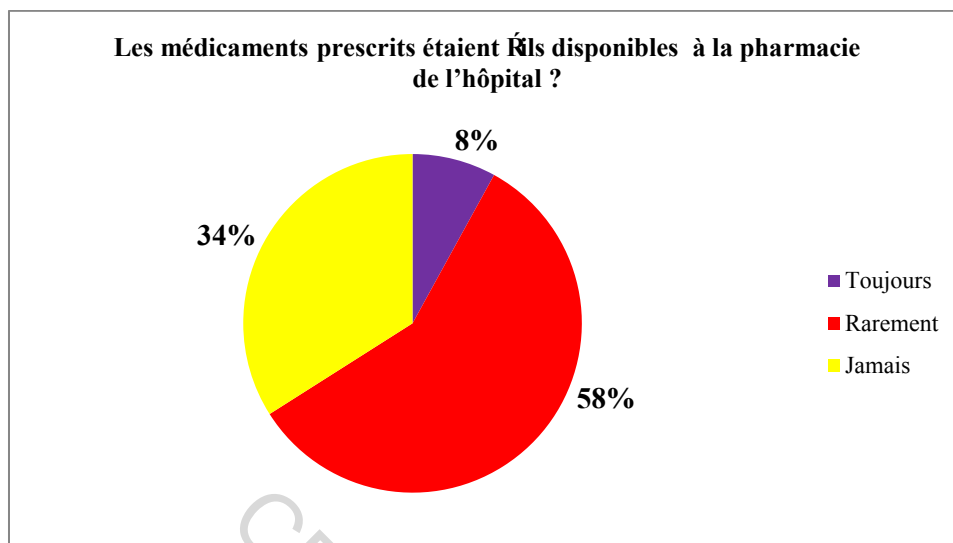


Source : Mariama Cissokho

Commentaire :

70% des patients estiment trop long le temps d'attente (plus de 60mn). 24% ont attendus entre 31 à 60 mn et 6 % des patients interrogés disent avoir attendus entre 1 à 30mn avant la prise en charge. Il apparait que le temps d'attente s'avère très long au service de consultation de la clinique externe .Une chose qui est de nature à entacher la bonne qualité de la prise en charge du malade et produisant chez ce dernier un sentiment d'insatisfaction.

Figure 24 : La disponibilité des médicaments



Source : Mariama Cissokho

Commentaire :

Concernant les médicaments ils sont rarement disponibles pour 58% des usagers interrogés. 34% des patients affirment que les médicaments ne sont jamais disponibles. Seuls 8% des patients reconnaissent la disponibilité des médicaments.

Tableau 17 : Que suggérez- vous au service de la clinique externe pour l'amélioration de la prise en charge des malades ?

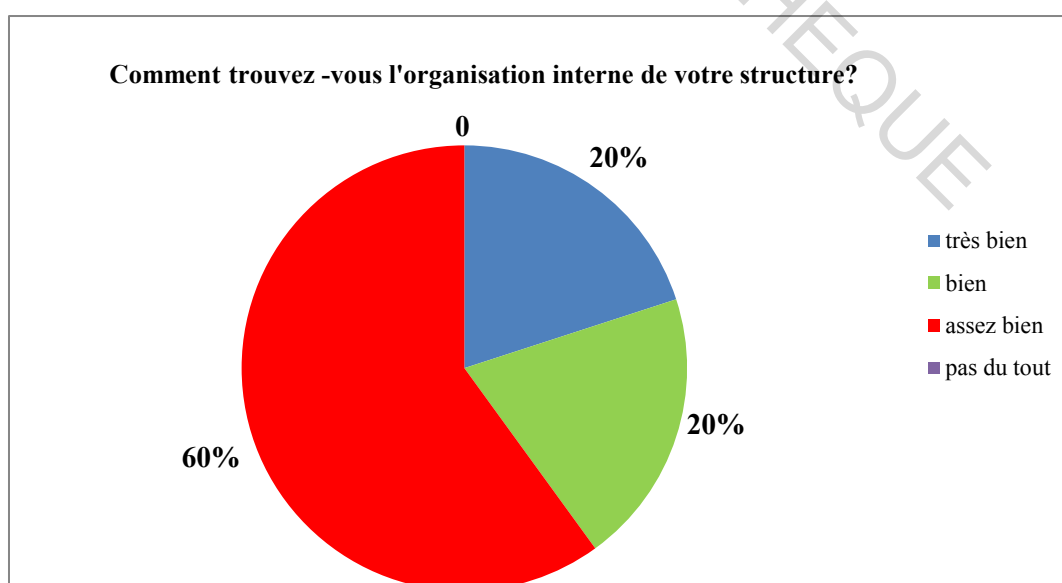
Propositions	Nombre de fois évoqué	Pourcentage
Organisation de l'accueil orientation et des soins	10	20%
Réduction du temps d'attente	23	46%
Revoir le comportement des prestataires de service et des agents d'accueil	8	16%
Veiller à l'hygiène des locaux (moustique ; aire de jeux)	4	8%
Augmentation des guichets, réduction du prix des tickets	2	4%
Augmentation du personnel médical	3	6%
TOTAL	50	100%

Source : Mariama Cissokho

- ✓ Pour une meilleure prise en charge des patients les suggestions préconisées sont : d'abord la réduction du temps qui est évoquée 16 fois avec un pourcentage de 47%, vient ensuite l'hygiène des locaux avec 12% des plaintes.

4.1.3. Résultats du questionnaire soumis au personnel administratif de l'hôpital

Figure 25 : L'organisation interne de votre structure



Source : Mariama Cissokho

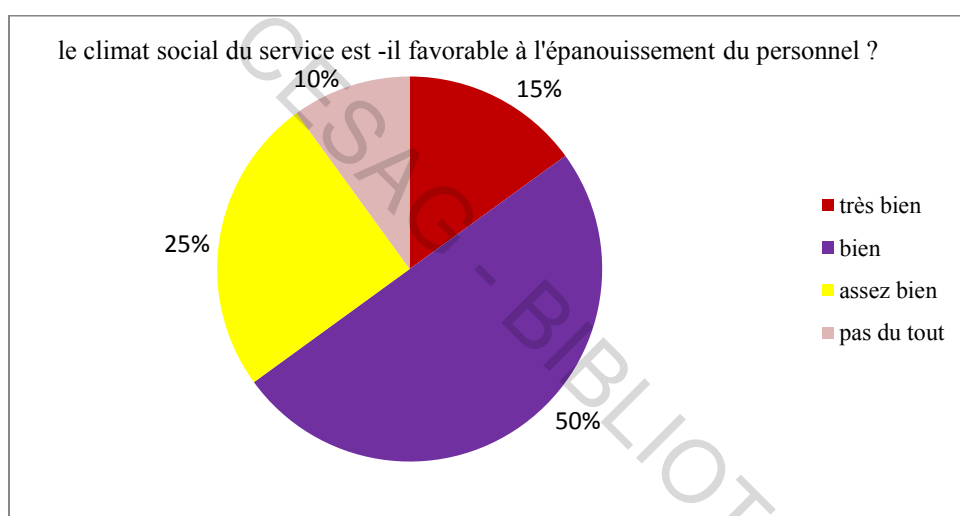
Commentaire :

Sur la totalité du personnel interrogé sur l'organisation interne

- ✓ 60% ont jugé assez bien l'organisation
- ✓ 20% ont jugé bien
- ✓ 20% ont jugé très bien

L'ensemble du personnel à travers les réponses obtenues trouve, l'organisation interne bonne

Figure 26 : Le climat social du service

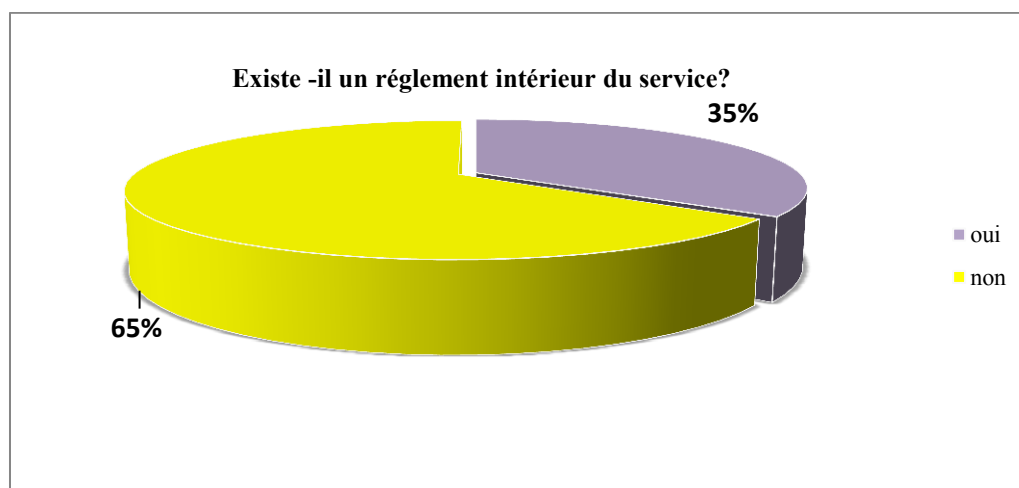


Source : Mariama Cissokho

Commentaire :

Sur le climat social 50% disent qu'il est favorable, 25 % du personnel quant à eux disent que le climat est assez favorable, 15 % disent que le climat est très favorable et 10% disent que le climat social n'est pas du tout favorable. Dans l'ensemble on note un climat de travail satisfaisant.

Figure 27 : Le règlement intérieur

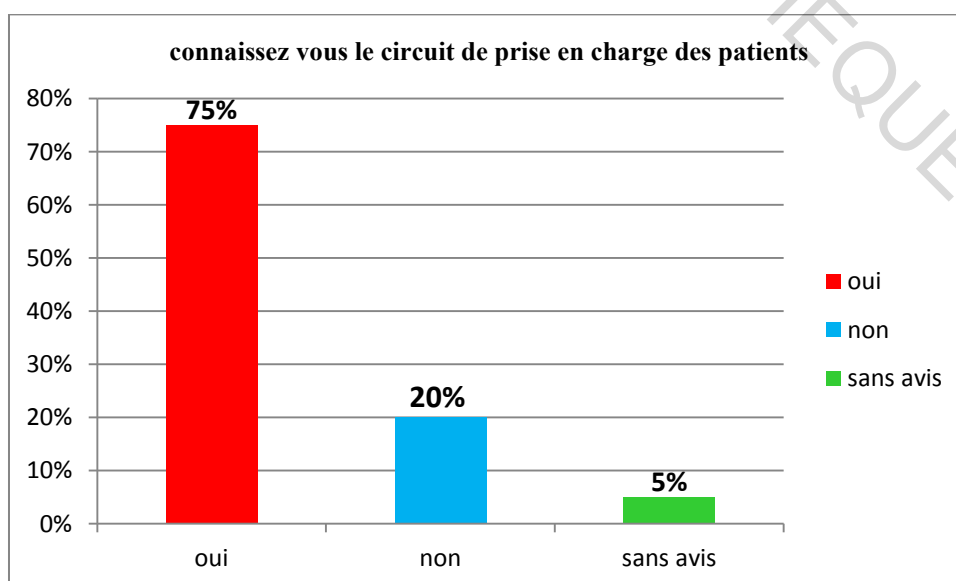


Source : Mariama Cissokho

Commentaire :

Concernant le règlement intérieur, 65% du personnel interrogés disent ignorer l'existence d'un quelconque règlement intérieur. Par contre 35 % disent connaître son existence. Cet état de fait ne pourrait-il pas impacter négativement la prise en charge des patients, vu qu'il n'existe pas de règlement pouvant guider et/ou ramener les prestataires à l'ordre ?

Figure 28 : La prise en charge des patients

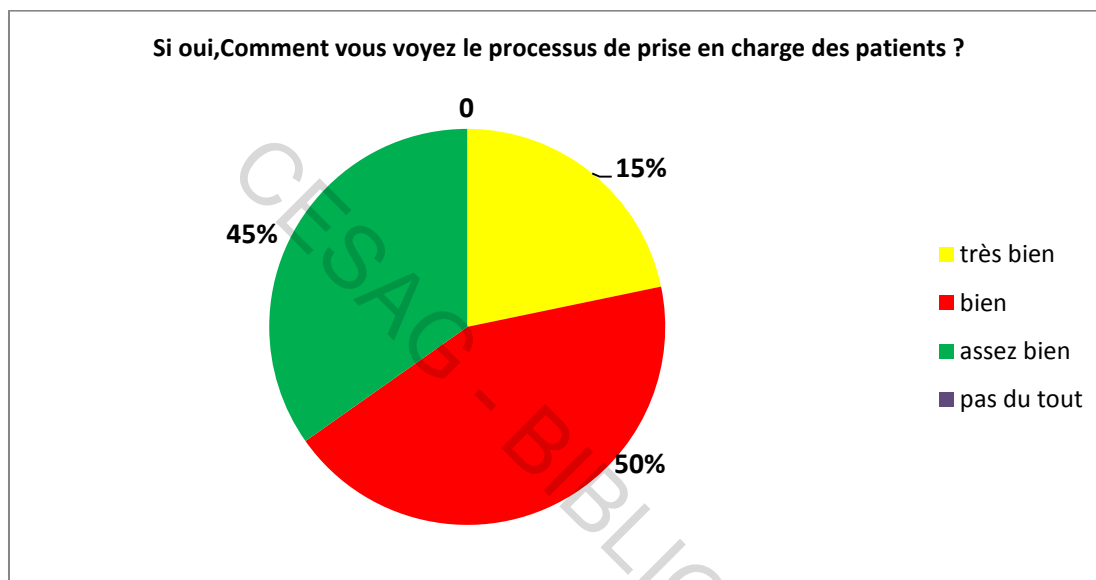


Source : Mariama Cissokho

Commentaire :

Le circuit de la prise en charge est bien connu de l'administration. En effet 75% de son personnel ont répondu « oui » à la question : Connaissez-vous le circuit de prise en charge du patient ? Seuls 20% de ceux-ci ont répondu « non ». 5% des interrogés n'ont pas voulu partager leurs avis.

Figure 29 : Le processus de prise en charge des patients

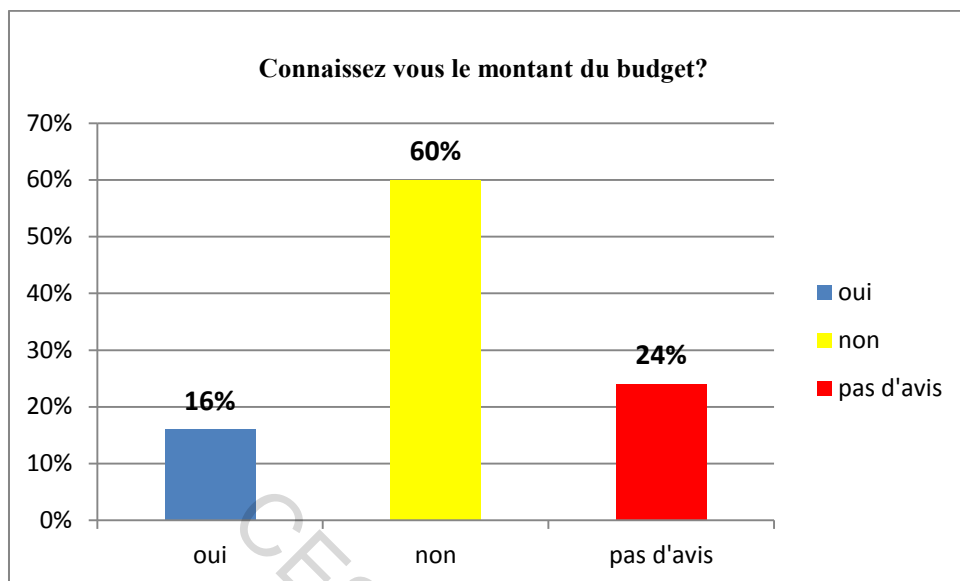


Source : Mariama Cissokho

Commentaire :

Parmi ceux qui disent connaître le processus de la prise en charge, 50% le trouve bien contre 45% pour la mention assez bien et 15% pour la mention très bien. La majorité du personnel administratif trouve le processus de prise en charge des patients bon dans l'ensemble.

Figure 30 : Le montant du budget

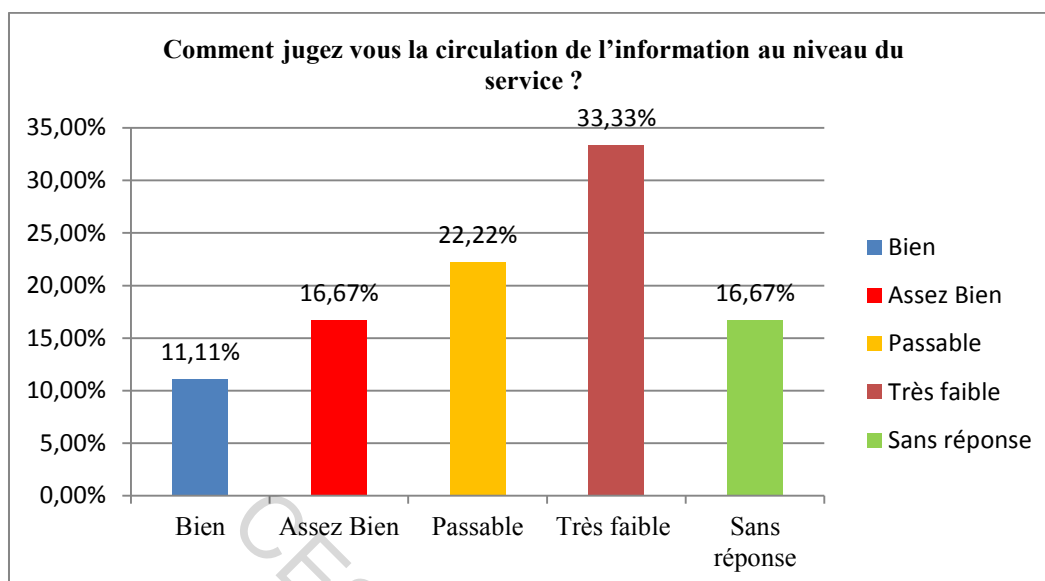


Source : Mariama Cissokho

Commentaire :

Au niveau du personnel administratif 60 %disent qu'ils ne savent pas le budget contre 16% qui disent oui.

Figure 31 : La circulation de l'information au niveau du service



Source : Mariama Cissokho

Commentaire :

À l'analyse du tableau il ressort que 33,33% du personnel administratif avouent que l'information circule très faiblement. La mention passable occupe la deuxième place avec 22,22 % des personnes interrogées dans l'administration. 16,67 % de personnes quant à elles affirment que l'information circule assez bien. Sur les 20 personnes enquêtées, seuls deux soit 11,11% trouvent la circulation de l'information bonne. Au vu de tout cela nous pouvons conclure que de façon générale la circulation de l'information n'est satisfaisante.

Tableau 18 : Les solutions pour l'amélioration de la qualité d'organisation du service

Proposition	Point
Bien définir les étapes des différentes activités	15
Former le personnel	13
Impliquer le personnel dans les prises de décision	12

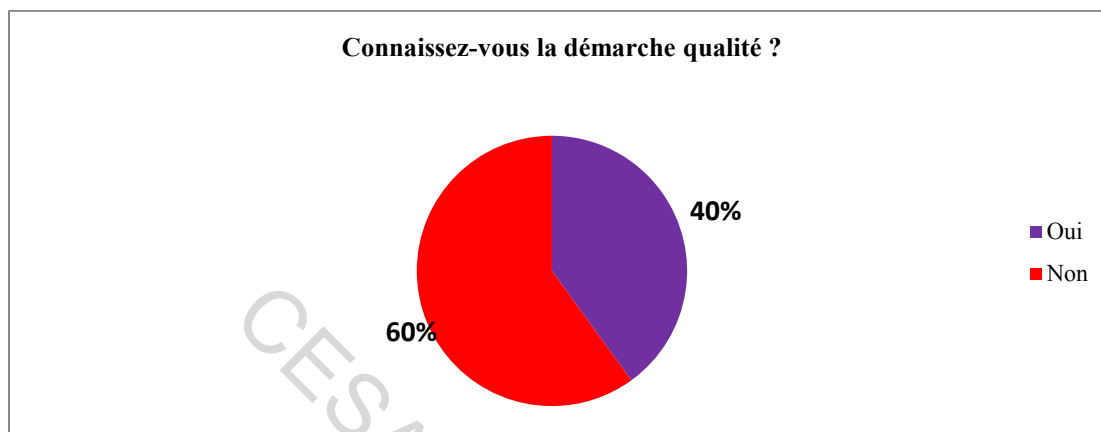
(Source : Nous-mêmes)

Commentaire :

- ✓ les solutions pour l'amélioration de la qualité d'organisation du service proposées par le personnel administratif sont les suivantes :

- ✓ Bien définir les étapes des différentes activités avec 15 points soit
- ✓ Former le personnel avec 13 points soit
- ✓ Impliquer le personnel dans les prises de décision avec 12 points soit

Figure 32 : La démarche qualité

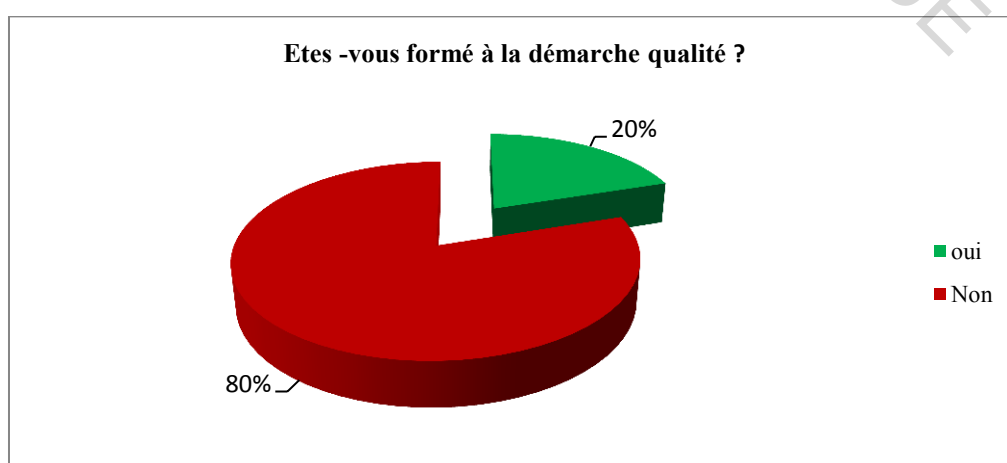


Source : Mariama Cissokho

Commentaire :

La démarche qualité est connue dans 60% contre 40%. Les résultats montrent au vu des résultats, que la démarche qualité est connue un peu plus de la moitié (60%) du personnel. Cette situation est de nature à influencer négativement la qualité de la prise en charge des patients.

Figure 33 : La formation de la démarche qualité



Source : Mariama Cissokho

Commentaire :

- ✓ Sur 100% du personnel administratif 80% n'ont pas été formés contre 20% des enquêtés avouent avoir reçu une formation sur la démarche de qualité ont été formés par la démarche de qualité.

4.2. Résumé des principaux résultats des questionnaires soumis au personnel médical et administratif du CHNEAR.

4.2.1. Résumé des résultats du questionnaire soumis aux personnels

L'accueil au service des urgences est l'affaire de tout médecin, infirmier, sécurité ...

Au triage le problème relevé par les praticiens c'est la charge de travail importante. L'infirmier fait les trois tâches enregistrement, triage et orientation. Ainsi le triage ne se base sur aucune grille d'évaluation de gravité. Tout le personnel estime que l'environnement de travail ne lui permet pas de faire correctement le travail.

L'effectif limité des soignants ploie sous la charge de travail du fait de la disparité voire l'absence d'organisation, de référentiels et de procédures de travail notamment de triage et circuits du malade, de protocoles d'accueil et de soins. Ceci aggrave le surpeuplement relatif de la clinique externe, l'inefficience et la démotivation du personnel.

Enfin, l'insuffisante prise en compte du patient serait liée à la médiocrité de la communication, à l'absence de formation aux notions de qualité des soins, à l'absence de normes de conduites et de système d'évaluation des pratiques.

On note également une indisponibilité des médicaments d'urgence et une mauvaise coordination entre les autres services.

Le nombre élevé des patients entraîne de graves conséquences causant ainsi le stress des prestataires et un temps d'attente excessivement long pour le patient.

4.2.2. Résumé des résultats du questionnaire soumis au personnel de l'administration

Il ressort du questionnaire soumis au personnel de la direction qu'il faudra pour une meilleure prise en charge, bien définir les étapes des différentes activités.

Il s'agit d'accroître les compétences spécifiques de prise en charge des urgences du personnel affecté dans le service depuis la formation initiale jusqu'aux sessions de recyclage en passant par la supervision formative.

Il serait également judicieux de former le personnel et enfin impliquer le personnel dans les prises de décision.

4.2.3. Résumé des résultats du questionnaire soumis aux usagers

Concernant le circuit emprunté par les patients la stratégie mise en place pose problème. En effet, deux circuits rouge et vert sont prévus mais cette démarche n'était pas respectée. Les usagers se plaignent du long temps mis dans la file d'attente avant d'être reçus.

Le surpeuplement de l'urgence survient quand la demande des services d'urgence excède la capacité de dispenser des soins dans un délai raisonnable.

4.2.4. Résultats des observations directes

Voici les résultats de l'observation :

- Le triage est effectué dans la salle de soins, l'infirmier du triage est confronté à trois tâches accueil, enregistrement et triage. Pour l'enregistrement il est doté d'un registre qui reste insuffisamment exploité pour améliorer le triage.
- Nous avons noté une étroitesse des locaux de consultation ainsi une seule salle est utilisée pour le triage, soins et zone d'observation.

On note également une insuffisance de certains matériels des soins.

- Il n'y a pas une politique de maintenance de matériel et de réparation.

Une petite salle d'attente oblige les patients et les accompagnants attendre au niveau des couloirs.

- L'effectif en médecin spécialiste est insuffisant pour assurer des gardes, car l'attente d'un avis spécialisé surtout des jours non ouvrables demandent plus de temps.
- L'urgence ressentie ainsi que les vraies urgences consultent dans les mêmes locaux, seules les urgences vitales arrivées sur brancard d'ambulancier partent directement à la salle de soins.
- Selon les résultats de l'enquête menée en 2015 par l'audit interne de l'hôpital sur le temps d'attente entre 8 heures et 9 heures est long. En effet la relève n'est pas immédiate

TROISIEME PARTIE :
DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET
LEUR PRIORISATION- IDENTIFICATION ET
PRIORISATION DES SOLUTIONS- PLAN DE
MISE EN ŒUVRE

Chapitre 5 : DETERMINATION/ANALYSE ET PRIORISATION DES CAUSES

Dans ce chapitre, après avoir identifié les causes du problème, nous les analyserons en vue d'une meilleure compréhension.

5.1. Présentation des outils

Pour pouvoir ressortir les causes du problème sur la prise en charge des patients à la clinique externe, nous nous sommes appuyés sur les résultats de nos questionnaires, administrés au personnel (Médical et paramédical), administratif 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 le diagramme de causes à effets encore appelé **diagramme d'ISHIKAWA** ou diagramme en arêtes de poisson :

Le **diagramme de causes et effets** ou **diagramme d'ISHIKAWA**: C'est un outil permettant de visualiser et d'identifier de façon ordonnée les causes possibles d'un effet constaté que l'on cherche à analyser, et donc de déterminer les moyens pour y remédier, 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 »**, destinée à mettre en évidence les liens de causalité entre les éléments conduisant à un même effet.[25]

La **notation** ou **vote pondéré** : ces causes ont été priorisées à l'aide d'un vote pondéré. Le groupe de travail a donc attribué des scores à chaque cause en vue de la recherche d'un consensus.

Suite à cette priorisation nous avons fait appel à un outil de confirmation de la priorisation des causes : 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.

5.2. Visualisation des causes à l'aide d'Ishikawa

Les causes ressortis de l'analyse de nos données sont représentées à travers le diagramme d'Ishikawa ou « diagramme en arrêtes de poisson ». Pour une meilleure compréhension ces causes ont été regroupées selon les « 5 M » définis par Ishikawa

Classiquement les causes sont regroupées en famille comme suit:

❖ 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 la prise en charge, ce qui traduit une lenteur sur la prise en charge.
- Manque de formation : l'insuffisance de formation du personnel à l'accueil et sur les urgences ont les sources 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'efficience...)

❖ Causes liées à la méthode

- Inexistence d'un système de pointage
- Absence de référentiels (règlement intérieur, manuel de procédure) dans le service
- L'insuffisance de communication: liée d'une part, au déficit de formation en accueil, l'absence de communication d'affichage, panneaux d'indication pousse l'utilisateur à aller lui-même rechercher le renseignement.
- Le circuit du patient des fois difficile par manque de communication , accès difficile aux patients

❖ Causes liées au milieu

- Le manque d'espace (locaux exigus) : elle est évoquée presque unanimement par toutes les personnes interrogées comme facteur de lenteur dans la prise en charge des patients.
- l'absence de certains locaux (salle de tri).
- les difficultés d'évacuation vers d'autres structures hospitalières : faute de place.

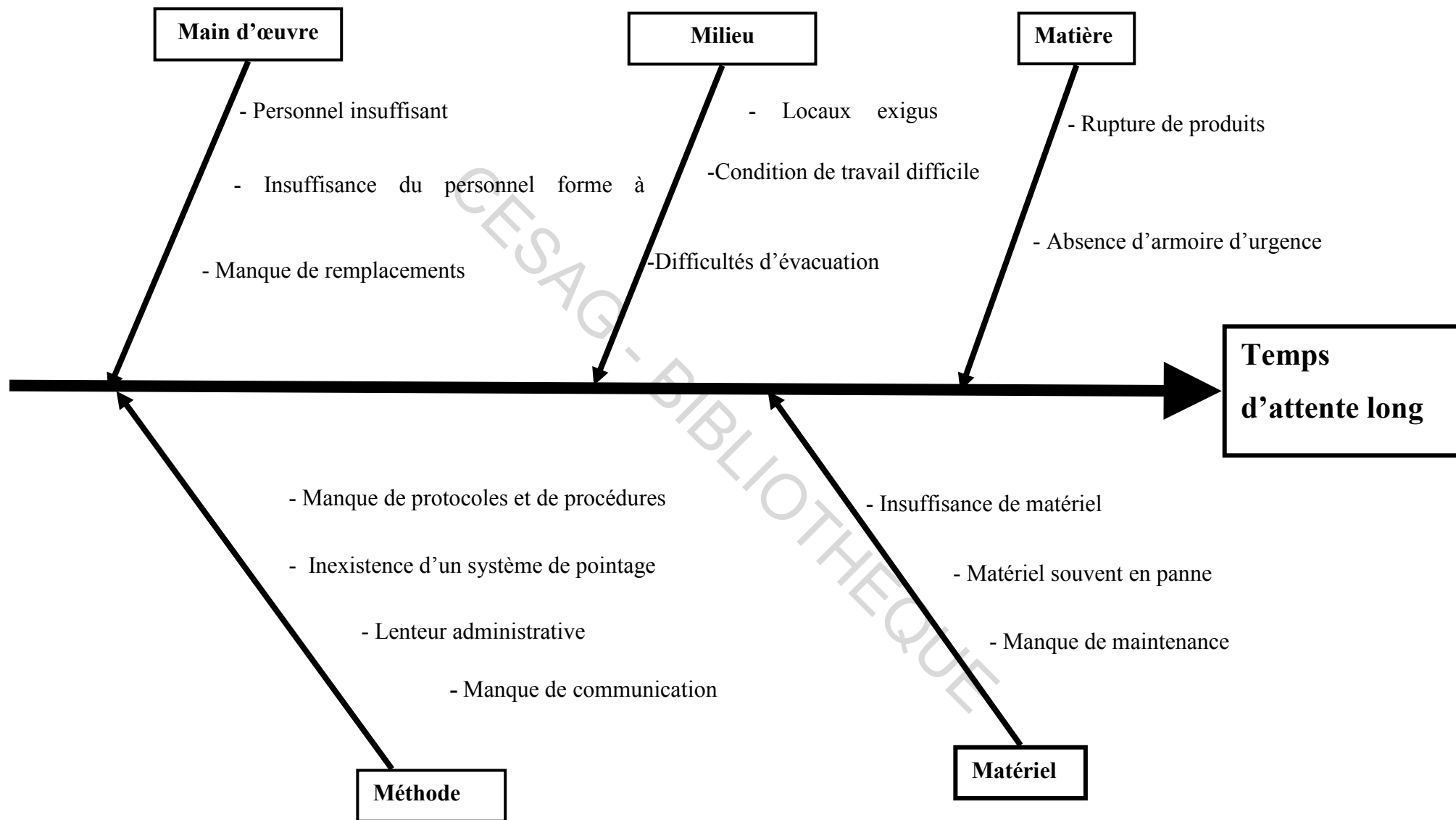
❖ Causes liées au matériel

- Insuffisance de matériel ou d'équipement
- Matériel souvent en panne (défaut de maintenance), et ralentissent les soins.

❖ **Causes liées à la matière**

- l'inexistence de certains services (Labo certaines analyses Radio absence de scanner)
- Ruptures de produits de plus en plus fréquentes (Kit d'urgence)
- Armoire d'urgence.

CESAG - BIBLIOTHEQUE



5.3. Causes selon la littérature

La revue de certains mémoires en rapport avec notre étude, nous a permis de recenser un certain nombre de causes.

- 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...) : Au Cameroun, plusieurs stratégies ont été menées en 2013 pour Améliorer l'Accueil et la Prise en Charge dans les Services d'Accueil des Urgences (SAU) des Hôpitaux Nationaux et Régionaux. Il s'agit de :
- Au Cameroun une étude a été menée en 2013 pour Améliorer l'Accueil et la Prise en Charge dans les Services d'Accueil des Urgences (SAU) des Hôpitaux Nationaux et Régionaux [21]. Les causes ont été rémunérées à savoir que : les populations se plaignent régulièrement des conditions d'accueil et de soins dans les SAU : ces plaintes mettent en exergue la remise en question du droit à la santé inscrit dans la constitution de 1996 et de l'accès universel aux soins urgents. L'écoute des usagers des SAU de Yaoundé révélait en 2011 un taux de satisfaction globale de l'ordre 51% et de 54,7% quant à l'accueil. Les délais d'accueil et de prise en charge sont longs. L'état de santé de l'utilisateur ne préoccupe que très peu les soignants tant que les frais de cession n'ont pas été acquittés. L'accueil manque de chaleur humaine, les agressions verbales sont fréquentes de la part des soignants avec parfois même des cas de refus de consulter ou de traiter des patients (Habiba, 2011).
- Selon ATTOUMOH, Marcelle (en 2005)[18] dans son mémoire sur l'amélioration de l'accueil au niveau de SAU de l'hôpital Principal, les causes évoquées sont la suivante inéquation au niveau de la division du travail, inexistence du système de tri, le niveau faible de l'information, la surcharge du travail, les conditions de travail, sur le temps d'attente.

5.4. Causes selon le groupe de travail

Les causes présentées à l'aide du diagramme d'Hishikawa ont été priorisée par le groupe de travail. Le diagramme de Pareto a ensuite été utilisé pour confirmer la priorité de ces causes.

Tableau 19 : Priorisation des causes

Causes	pertinence	impact	Faisabilité	Score	Rang
Locaux exigus (trop étroits)	5	4	4	13	3 ^e
Personnel insuffisant	5	5	5	15	1^e
Inexistence d'un système de pointage	5	4	5	14	2^e
Insuffisance de personnel formé à l'accueil	4	5	3	12	4 ^e
condition de travail difficile	3	4	3	10	6 ^e
Matériel souvent en panne	4	3	4	11	5 ^e
Insuffisance de communication	2	4	2	8	7 ^{ex}
Manque de remplacements,	2	4	2	8	7 ^{ex}
Lenteur administrative	2	3	2	7	9 ^{ex}
manque de protocoles et de procédures	3	2	2	7	9 ^{ex}
Rupture de médicaments	2	2	1	5	11 ^e

Source : Mariama Cissokho

A l'issu du vote pondéré, le groupe de travail a retenu **l'insuffisance de personnel** comme cause prioritaire du long temps d'attente. L'**Inexistence d'un système de pointage** vient en deuxième position.

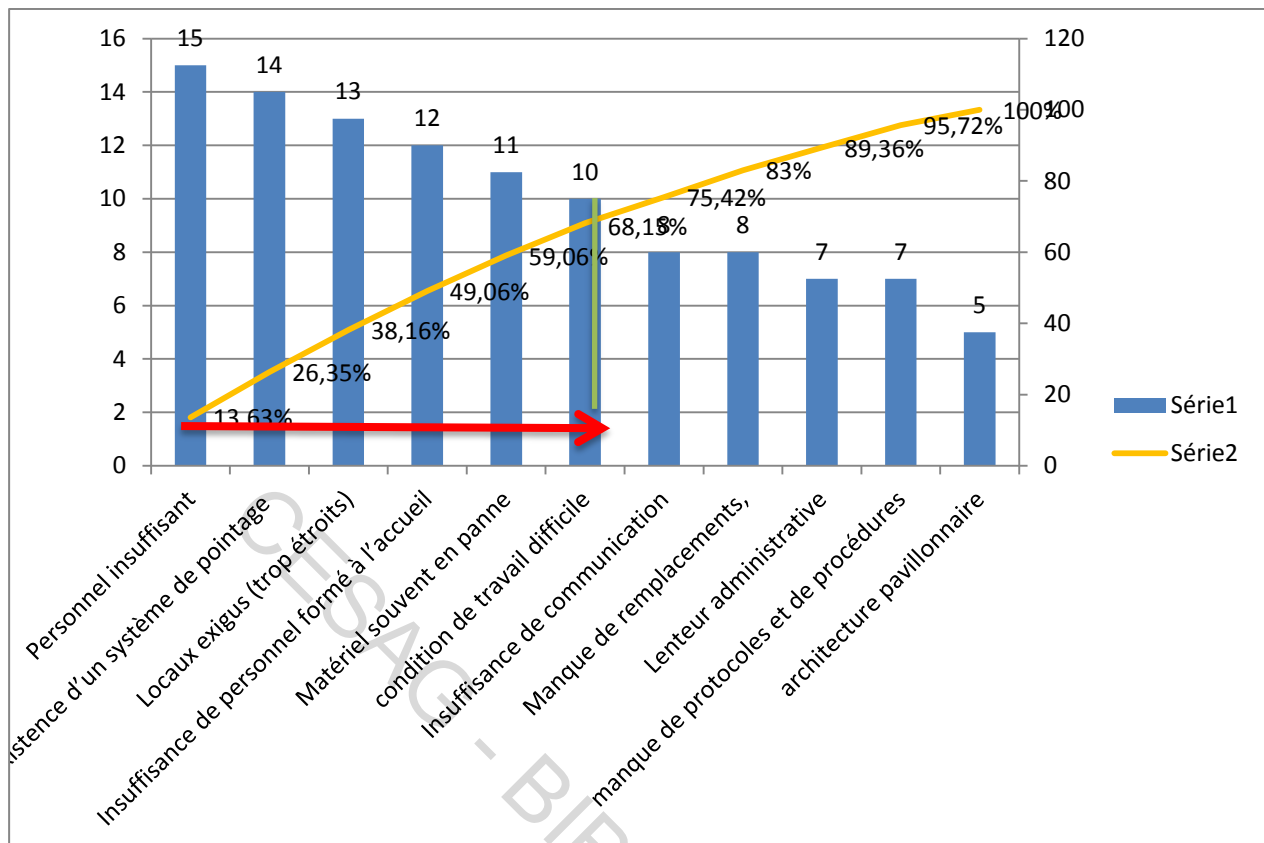
Tableau 20 : Hiérarchisation des causes par fréquence cumulée décroissante

Causes	Score	Fréquence en %	Fréquence cumulée	Rang
Personnel insuffisant	15	13,63	13,63	1 ^e
Inexistence d'un système de pointage	14	12,72	26,35	2 ^e
Locaux exigus (trop étroits)	13	11,81	38,16	3 ^e
Insuffisance de personnel formé à l'accueil	12	10,90	49,06	4 ^{ex}
Matériel souvent en panne	11	10	59,06	5 ^{ex}
condition de travail difficile	10	9,09	68,15	6 ^{ex}
Insuffisance de communication	8	7,27	75,42	7 ^{ex}
Manque de remplacements,	8	7,27	83	7 ^{ex}
Lenteur administrative	7	6,36	89,36	8 ^{ex}
manque de protocoles et de procédures	7	6,36	95,72	8 ^{ex}
architecture pavillonnaire	5	4,54	100	9 ^{ex}
TOTAL	110			

Source : Mariama Cissokho

Pour une hiérarchisation des causes priorisées par le groupe de travail, nous allons faire recours au « diagramme de Pareto ». Celui-ci a pour avantage de mettre en évidence les causes qui expliquent en grande partie le problème à l'étude et sur lesquelles il faudra agir en priorité.

Figure 34 : Le diagramme de PARETO



Source : Mariama Cissokho

Commentaire :

Il ressort de ce diagramme que 20% des causes sont à la base de 80% des problèmes. Autrement dit 80% de l'effet est produit par 20 % des causes. D'où la loi de « 80/20 ». En effet le graphique, le personnel insuffisant, l'inexistence d'un système de pointage, les locaux exigus, insuffisant de formation du personnel à l'accueil, condition de travail difficile, sont les causes prioritaires sur lesquels il faut agir en premier. Ne pouvant pas résoudre toutes les causes à la fois, l'insuffisance du personnel a été mis en avant dans la résolution du problème du long temps d'attente.

Chapitre 6 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS

6.1. Identification des solutions possibles

6.1.1. Solutions selon la littérature

- ❖ Au Mali, le Docteur SANOGO D [21]. 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 .
- ❖ Au Cameroun, plusieurs stratégies ont été menées en 2013 pour améliorer l'Accueil et la Prise en Charge dans les Services d'Accueil des Urgences (SAU) des Hôpitaux Nationaux et Régionaux. Il s'agit de:
 - Mettre en place un programme national de gestion coordonnée des SAU et une instance nationale de régulation pour améliorer l'efficacité et l'efficience.
 - Mettre en œuvre la Démarche Qualité au sein des SAU après l'adoption d'un référentiel pour les SAU et les soins d'urgence
 - Améliorer les compétences, les conditions de travail et la motivation du personnel des SAU.

De ces stratégies, découlent plusieurs actions, dont la définition des procédures et protocoles adaptés aux urgences permettra de mieux gérer la charge de travail en fluidifiant le flux des usagers. Les stratégies prouvées efficaces sont : (1) la systématisation du triage, (2) la simplification du circuit du malade et des procédures administratives, (3) le développement et l'adoption de protocoles d'accueil, de diagnostic et de soins en urgence » [31]

Selon DRISSISAID Driss [19] l'amélioration de la satisfaction des usagers et la valorisation de l'image de marque de l'hôpital pas nécessairement par l'amélioration de l'accueil et de l'orientation à l'hôpital. L'accueil est une affaire de tout le monde, il doit être organisé au niveau des différentes étapes du processus de PEC. L'ensemble des intervenants dans ce processus sont concernés par cette activité. Il serait souhaitable d'installer une procédure d'évaluation périodique des réponses aux urgences médicales dans le pays et d'en suivre les indicateurs clés. De cette manière il sera possible de connaître l'évolution des services dans ce domaine et d'ajuster régulièrement. Par ailleurs, le renforcement des actions de mise à niveau et de la modernisation des structures et des unités d'urgences des établissements de soins

devrait se poursuivre. Elle a pour but de répondre aux exigences de la population en termes de rapidité, de disponibilité et de qualité des soins ainsi qu'aux besoins des professionnels de santé en termes d'amélioration des conditions de travail et de modernisation des plateaux techniques. »

6.1.2. Solutions selon le groupe de travail

Après un brainstorming, le groupe de travail a proposé des solutions visant à réduire le temps d'attente. Ces solutions sont présentées dans la liste ci-dessous :

- le recrutement de personnel médical, paramédical et du personnel de surface ;
- la formation de ce personnel, surtout à l'accueil, au tri des malades ;
- construction d'un service d'accueil et d'urgence ;
- l'amélioration du plateau technique ;
- améliorer le circuit des patients ;
- mettre en place des outils pour la gestion du temps ;
- la réorganisation de la coordination avec les autres services de l'hôpital, les autres structures sanitaires de la place, les forces de sécurité.

6.2. Priorisation de la solution retenue

La priorisation de la solution retenue s'est faite sur la base des critères suivants :

Coût Faible =3	moyen =2	élevé =1
Efficacité Grande =3	moyenne =2	minime =1
Impact Court terme =3	moyen terme=2	long terme=1

Les scores ont été affectés à chaque solution sur une échelle de 1 à 3. Les résultats ont été compilés dans le tableau suivant :

Tableau 21 : Priorisation des solutions

Solutions	Critères			Score	rang
	Coût	Efficacité	Impact		
Création d'une salle d'observation	13	10	10	35	5ex
Recrutement du personnel	15	15	15	45	1er
Mettre en place un outil de Gestion du temps d'attente	15	15	14	44	2é
Formation du personnel à l'accueil	15	13	12	40	3e
La mise en place d'un réseau Intranet fonctionnel	10	10	5	25	8 ^{ème}
La nomination d'un responsable chargé de la communication interne	13	12	10	35	5ex
Mise en place de référentiels	10	12	8	30	7 ^e
Mise en place d'un circuit patient adéquat	15	13	10	38	4 ^e

Source : Mariama Cissokho

Commentaire :

Justification de la solution retenue : A l'issue du vote pondéré le recrutement du personnel a été retenu comme solution prioritaire, suivi de la mise en place d'outil de gestion du temps. Après analyse le groupe de travail a décidé que la deuxième solution soit retenue comme solution à mettre en œuvre.

En effet compte tenu du fait que le recrutement du personnel de l'hôpital n'est pas exclusivement du ressort de la direction, le groupe de travail a jugé opportun de faire un plaidoyer auprès du ministère de la santé et d'action sociale pour le renforcement de son effectif. De ce qui précède la première solution bien qu'étant pertinente, ne sera pas mise en œuvre.

Chapitre 7 : 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. Objectifs du projet

7.1.1. But

Contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients au niveau de la clinique externe du CHNEAR.

7.1.2. Objectif général

L'objectif général de ce projet est de réduire le temps d'attente des patients au niveau de la clinique externe du CHNEAR.

7.1.3. Objectifs spécifiques

- Mettre en place un système de pointage électronique pour le personnel
- Former le personnel de prise en charge sur la gestion du temps
- Créer une salle de tri
- Mettre en place un circuit court pour les patients

❖ RESULTATS ATTENDUS

- R1 : un système de pointage électronique pour le personnel est mis en place
- R2 : Personnel formé en gestion du temps
- R3 : Salle de tri créée
- R4 : Le circuit des patients est raccourci

LES ACTIVITES

Résultat 1

- A1 : Installation d'un système de pointage électronique
- A2 : Responsabilisation d'un membre du personnel
- A3 : Former le chargé du traitement des données de pointage en informatique

Résultat 2

A1 : Former les 22 acteurs du service de la consultation sur la gestion du temps

Résultat 3

- A1 : Choisir le local
- A2 : Evaluation du coût des travaux
- A3 : Exécution des travaux

Résultat 4

- A1: Augmenter les services de facturation et de caisse de 2 guichets chacun
- A2 : Informatiser le système du circuit des patients

7.2. Cadre logique

Tableau 22 : Matrice du cadre logique

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources et moyens de vérification	Conditions critiques
<u>But</u>	Contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients au niveau du service de consultation de la clinique externe de l'HEAR	Proportion de patients satisfait de la prise en charge	Résultat des enquêtes de satisfaction auprès des patients	Engagement de la direction et des acteurs de prise en charge
<u>Objectif General</u>	Réduire le temps d'attente des patients au niveau du service de consultation de la clinique externe	Temps moyen d'attente	- rapport d'activité (enquête auprès des patients) - PV (Observation directe)	- Engagement de la direction - Disponibilité des ressources
<u>Objectifs spécifiques</u>	OS1 : Mettre en place un système de pointage électronique	Disponibilité du système de pointage électronique	- Rapport d'activité - PV (Observation directe)	Disponibilité des ressources

	OS2 : Former le personnel de prise en charge en gestion du temps	Pourcentage des prestataires qui ont une meilleure gestion du temps	- Rapport d'activité (enquête auprès des patients)	
	OS3 : Créer une salle de tri	Nombre de salle de tri disponible	Visite des locaux	
	OS4 : Raccourcir le circuit du patient	Temps mis par un patient pour remplir les formalités avant la consultation	Rapport d'activité (enquêtes auprès des patients/ou parents des malades)	- Volonté de la direction de l'hôpital - Disponibilité des ressources
Résultats	R1 : un système de pointage est mis en place	Disponibilité du système de pointage	- Rapport d'activité (Enquête auprès des prestataires) - PV (Observation directe)	Disponibilité des ressources
	R2 : le personnel de prise en charge est formé en gestion du temps	Proportion des prestataires qui ont une meilleure gestion du temps	- Rapport d'activité	
	R3 : une salle de tri est créée	Nombre de salle de tri disponible	Visite des locaux	
	R4 : Le circuit du patient est raccourci	Temps mis par un patient pour remplir les formalités avant la consultation	Résultat d'enquêtes auprès des patients et / parents de malades	- Volonté de la direction - Disponibilité des ressources
Activités	R1-A1 : Installation d'un système de pointage	Disponibilité du système de pointage	- Rapport d'activité (enquête auprès des prestataires) - Observation directe	Disponibilité des ressources
	R1-A2: Responsabilisation d'un membre du personnel pour le traitement mensuel des données de pointage	Nombre de membre responsabilisé	Résultats d'enquête auprès du personnel	
	R1-A3 : Former le chargé du traitement des données de pointage en informatique	Le chargé de traitement des données formé et compétent	Rapport de formation	Disponibilité des ressources financières Disponibilité du formateur
	R2-A1 : Former les 22 acteurs de prise en charge à la gestion du temps	Pourcentage d'acteurs de prise en charge formés en gestion du temps	Rapport de formation	

	R3-A1 : Choix du local	Local choisi	Rapport d'activité	
	R3-A2 : Evaluation du coût des travaux	Evaluation réalisée	Rapport d'activité	
	R3-A3 : Exécution des travaux	Matériel médical installé	Visite du local	Disponibilité des ressources financières
	R4-A1: Augmenter les services de facturation et de caisse de 2 guichets chacun	Pourcentage de guichets réalisés		- Volonté des autorités de l'hôpital - Disponibilité des ressources financières
	R4-A2 : Informatiser le système du circuit des patients	système du circuit des patients informatisé	- Observation - Résultats (enquête auprès des usagers)	Disponibilité des ressources financières

Source : Mariama Cissokho

7.3. Le plan opérationnel

Tableau 23 : Le plan opérationnel

Activités	Début	Fin	Budget	Responsable	Source de financement
Installation d'un système de pointage électronique	10 Mars 2017	10 Avril 2017		-DRH -SSI - service de maintenance	HEAR
Responsabilisation d'un membre du personnel pour le traitement mensuel des données de pointage	20 Déc. 2016	24 Déc. 2016	-	Directeur	=
Former le chargé du traitement des données de pointage en informatique	16 Jan. 2017	20 Jan. 2017	100000	Responsable de la formation	HEAR
Former les 22 acteurs de prise en charge à la gestion du temps	27 Fév. 2017	29 Fév. 2017	1010000	Responsable de la formation	-Partenaire -HEAR
Choix du local	05 Déc. 2016	10 Déc. 2016	-	-Directeur -SSI	-
Evaluation du coût des travaux	12 Déc.2016	15 Déc.2016	-	-SSI -Service de maintenance	HEAR
Exécution des travaux	01 Avril 2017	30 Avril 2017	200000	Service de maintenance	HEAR
Augmenter les services de facturation et de caisse de 2	10 Avril 2017	10 Mai 2017	1200000	-Directeur	HEAR Partenaires

guichets chacun						
Informatiser le système du circuit des patients	01 Juillet 2017	31 Juillet 2017	3000000	Chef du service de maintenance	HEAR Partenaires	

Source : Mariama Cissokho

7.4. Le Chronogramme des activités

Tableau 24 : Le Chronogramme des activités

ACTIVITES	PERIODE								OBSERVATIONS
	D	J	F	M	A	M	J	J	
Installation d'un système de pointage électronique									
Responsabilisation d'un membre du personnel pour le traitement mensuel des données de pointage									
Former le chargé du traitement des données de pointage en informatique									
Former les 22 acteurs de prise en charge à la gestion du temps									
Choix du local									
Evaluation du coût des travaux									
Exécution des travaux									
Augmenter les services de facturation et de caisse de 2 guichets chacun									
Informatiser le système du circuit des patients									

Source : Mariama Cissokho

7.5. Budget détaillé

Les matériels ou équipements disponibles qui seront utilisés n'ont pas été intégrés dans la budgétisation.

Tableau 25 : Le budget détaillé des activités

Rubriques	Nb	Jrs	Prix unitaire	Total
Installation d'un système de pointage électronique				6000000
Appareil électronique	01	-	5200000	5200000
Logiciel	01	-	500000	500000
Frais d'installation	-	-	300000	300000
Former le chargé du traitement des données de pointage en informatique				100000
Perdiem formateur	01	05	20000	100000
Former les 22 acteurs de prise en charge à la gestion du temps				1010000
Perdiem des facilitateurs	10	03	17500	525000
Perdiem des participants	22	03	2500	165000
Fourniture de bureau	32	-	1000	32000
Repas	32	03	3000	96000
Exécution des travaux				200000
Peinture	-	-	50000	50000
Achat de matériel de bureau	-	-	70000	70000
Main-d'œuvre	-	-	80000	80000
Augmenter les services de facturation et de caisse de 2 guichets chacun				1200000
Achat d'ordinateurs	04	-	250000	100000
Frais d'installation	-	-	40000	40000
Achat matériel de bureau	-	-	200000	200 000
Informatiser le système du circuit des patients				20000000
Achat de logiciel + Formation à l'utilisation	01	-	2000000	2000000
TOTAL				13 300 000

Source : Mariama Cissokho

Le présent budget est arrêté à la somme de **13 300 000FCFA** pour la période allant du 01 Décembre 2016 au 31 juillet 2017 soit 08 mois d'activité.

7.6. Cadre de suivi et évaluation

Tableau 26 : Cadre de suivi et évaluation

Indicateurs	Méthode de Calcul	Sources de collecte	Méthode de collecte	Fréquence
Proportion de patients satisfait de la prise en charge	Nb de patients satisfait / Nb total de patients reçu fois 100	Registre usagers	Enquête	Annuelle
Temps moyen d'attente	Temps total d'attente / Nb total de patient	Fiche d'observation	Enquête quantitative	Hebdomadaire
Disponibilité du système de pointage électronique	Système de pointage disponible/ Nb prévu	Facture d'achat	Enquête	Trimestrielle
Pourcentage des prestataires qui ont une meilleure gestion du temps	Nb de prestataires qui ont une meilleure gestion du temps / Nb total de prestataires formés fois 100	Rapport d'activité	Enquête	Mensuelle
Nombre de salle de tri disponible	Nombre de salle de tri disponible / Nb prévu	Rapport d'activité	Enquête	Semestrielle
Nombre de membre responsabilisé	Nombre de membre responsabilisé / Nb prévu	Rapport d'activité	Enquête	Hebdomadaire
Le chargé de traitement des données formé et compétent	Nb formé / Nb prévu	Rapport de formation	Enquête	Hebdomadaire
Local choisi	Nb de local disponible / Nb prévu	Rapport d'activité	Enquête	Mensuelle
Evaluation réalisée	Evaluation réalisée / évaluation prévue	Rapport d'activité	Enquête	Mensuelle
Matériel médical installé	Matériel installé / Matériel prévu	Rapport d'activité	Enquête	Trimestrielle
Pourcentage de guichets réalisés	Nb de guichets réalisés / Nb de guichets prévu fois 100	Rapport d'activité	Enquête	Trimestrielle

Source : Mariama Cissokho

Chapitre 8: RECOMMANDATIONS

A l'issue de notre étude, les recommandations suivantes sont formulées à l'égard des acteurs ci-après :

- Le ministère de la Santé et de l'action sociale ;
- La Direction du CHNEAR ;
- Le Chef de service et les prestataires de la Clinique Externe ;
- Les usagers.

❖ Le ministère de la Santé et de l'action sociale

- Renforcer le personnel de la clinique externe de l'hôpital ;
- Améliorer les conditions de travail du personnel (matériels techniques).

❖ La Direction du CHNEAR

- Allègement du circuit du patient en instaurant un circuit court
- matérialiser le circuit court par la mise en place des supports d'orientation et de communication comme les signalétiques et le fléchage afin d'aider le patient à mieux circuler au sein de l'hôpital.
- Création d'une unité de triage.
- Bureau des Usagers avec la précision du rôle dudit bureau et de ses missions.
- Evaluer le dernier projet d'établissement 2005-2008 et élaborer un nouveau projet d'établissement.

❖ Le Chef de service et les prestataires de la Clinique Externe

- **Création d'une salle de prise en charge rapide** destinée à l'accueil des patients ayant une détresse vitale existante ou potentielle. La durée de séjour dans cette salle doit être la plus courte possible.

Tous les médecins de garde ou d'astreinte de l'hôpital doivent intervenir selon des modalités et des délais définis à l'avance par discipline et figurant dans un règlement intérieur validé par les instances médico-administratives de l'établissement

- **Mise en place des procédures et protocoles des soins sous forme de référentiel.**
- **Veiller à la Satisfaction des Usagers et à la valorisation de l'image de marque de l'hôpital**
- Renforcement des actions de mise à niveau du personnel de la clinique externe et modernisation de la structure.
- Instauration d'une bonne communication avec l'implication de tous ses collaborateurs, conformément aux articles 4 et 6 de la charte sénégalaise du malade (**Arrêté N° 005776 / MSP / DES du 17 / 07 / 2001, Annexe 1**).

❖ **Les Usagers**

- **Respect des conseils des prestataires** (Respect des rendez-vous et traitements prescrits etc.)
- **Respect de la propreté de l'environnement hospitalier**
- **Respect des heures de visite, de l'intimité et de la tranquillité des patients**

CONCLUSION GENERALE

La performance d'un hôpital passe inexorablement par une bonne qualité des soins et des services. Tout ceci en vue de garantir la satisfaction du patient. Conscient de ces enjeux en tant qu'acteur de santé de l'hôpital de niveau 3, Albert ROYER, spécialisé dans la prise en charge des enfants, nous voulons apporter notre contribution à l'atteinte de cette mission. L'hôpital Albert Royer est un hôpital de référence en matière de soins des enfants, c'est pourquoi il ne désemplit pas. En effet l'on enregistre un flux de malades chaque jour, rendant ainsi leur prise en charge difficile. C'est pourquoi, certains malades sont obligés d'attendre longtemps avant être pris en charge. Qu'est ce qui explique ce long délai d'attente ?

Pour répondre à cette interrogation nous avons mené une enquête auprès des prestataires, des usagers et de l'équipe dirigeante de l'hôpital. L'analyse des résultats de l'enquête a relevé plusieurs facteurs explicatifs du long temps d'attente. Il s'agit entre autre, des dysfonctionnements à plusieurs niveaux et plus particulièrement au niveau de l'organisation des différents circuits au niveau de ce service, l'exiguïté des locaux et les contraintes liées aux moyens humains et matériels limités. Ces facteurs influencent la fluidité au niveau du service où un afflux massif de patients est imprévisible. Pour résoudre cet écart un groupe de travail a été mis en place pour proposer des solutions adéquates. A l'issue de ce travail des propositions de solutions et un plan d'action ont été établis sur une base scientifique afin d'enrichir et d'améliorer la prise en charge des patients au niveau de la clinique externe. Les urgences vitales dans un service d'urgence, nécessitent une stratégie préétablie et une organisation des moyens humains et matériels. La formation continue des médecins et des infirmiers contribuent amplement à l'amélioration et à la rationalisation des prestations. Les relations entre le service d'accueil des urgences et les autres services hospitaliers devraient être évaluées et réglementées. Enfin, on peut dire que les résultats de cette étude, ne sont qu'une étape dans la réflexion pour améliorer la prise en charge des patients. D'autres réflexions sur l'ensemble des étapes du processus de prise en charge des patients au niveau du service de consultation de la clinique externe devront être menées.

REFERENCES

❖ ARTICLES ET REVUES

1. **BOVIER P, et al.** : Mesurer la qualité des soins en médecine de premier recours: difficultés et solutions: Médecine ambulatoire. Med Hyg. 2004;62:1833-6.
2. Cronbach : Par le biais notamment d'analyses de consistance interne (1951).
3. **DONABEDIAN A.** The quality of care: How can it be assessed? (JAMA. 1988; 260:1743-8). [[PubMed](#)] .
4. OMS, Hürlimann : Améliorer l'Accueil et la Prise en Charge dans les Services d'Accueil des Urgences (SAU) des Hôpitaux Nationaux et Régionaux au Cameroun (2001).
5. **Rosenthal et Shannon** : L'utilisation des perceptions des patients dans l'évaluation des systèmes de prestation de soins de santé (1997) .
6. Sambuc, **Schématisation de la qualité dans le domaine des services et adaptée à la santé adaptation du cycle de la qualité, AFNOR, (2005).**
7. Zeynep Or, Laure Com-Ruelle, IRDES La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? (Décembre 2008).

❖ OUVRAGES

8. **Grenier R** : La qualité des soins sous l'angle de la satisfaction des patients. Université de Montréal.1998.
9. **IHEB Bougmiza, et al.** : Evaluation de la satisfaction des patientes hospitalisées au service de gynécologie obstétrique de Sousse, Tunisie. 2011 avr. 18.
10. **ISABELLE marguerat, et al** : QUALITÉ DES SOINS AMBULATOIRES, Opinion des patients infectés par le VIH. Hospices cantonaux Département universitaire de médecine et de santé communautaires Lausanne Institut universitaire de médecine sociale et préventive. (2002).
11. **Lausanne** : MAITRISE DE LA QUALITE DANS LES HOPITAUX UNIVERSITAIRES Satisfaction des patients (1997).
12. **LEPROHON, J.** : Vers une culture d'amélioration continue. L'Infirmière du Québec, 8(5), 25-42. (2000).
13. Le Petit Larousse Illustré », PLI (Edition 2012).

14. **Manuel Gimenez** : La psychologie de la perception. Collection « domino », Flamarion, (1997).
15. Martinez F. : Les principes généraux de la qualité. ADSP (AP-HP), 35, juin 2001 : 18-23.
16. **Rhode Island General Law (R.I.G.L.)** laws sections 23-17.17-3 Establishment of health care quality performance measurement and reporting program.
17. **Le centre de recherche fernand RÉSéguin de l'hôpital Louis RH** : Sondage sur les attentes et la satisfaction des usagers hospitalisés à l'égard des services offerts à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, (2006.)

❖ MEMOIRES

18. **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.
19. **DRISSISAID Driss** dans son Mémoire de fin d'étude en Juillet 2012 sur les Facteurs influençant le processus de prise en charge des patients au niveau d'un service des urgences : cas de l'hôpital Mohamed V de Casablanca dit dans ses recommandations.
20. **LEILA GUESMIA** Mémoire sur étude descriptive de la perception des patients sur la qualité de la prise en charge globale des soins durant la période péri opératoire dans un hôpital universitaire.
21. **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)* ».

❖ PAGES WEB

22. <https://fr.wikipedia.org/wiki/Perception>
23. <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/12700/1/er524.pdf>
24. <http://medidacte.timone.univmrs.fr/webcours/Comiteetudes/ItemsENC/sitelocal/disciplinesniveaudiscipline/niveaumodule/Item11/Item11.ht>].(Sambuc R, Gentile S. Principes d'une démarche d'assurance qualité et évaluation des pratiques professionnelles. Faculté de Médecine de Marseille R Université de la Méditerranée. 2005).
25. (https://fr.wikipedia.org/wiki/Kaoru_Ishikawa).

26. <http://www.qualiteperformance.org/comprendre-la-qualite/outils-d-evaluation-enquete-de-satisfaction>
27. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3201608>. [Pub Med]
28. Seneweb 14 avril 2014, Goundji D, Compte rendu de la journée mondiale de la santé.

❖ **RAPPORTS ET ETUDES**

29. **Constitution du Sénégal**. Titre II : Des libertés publiques et de la personne humaine, des droits économiques et sociaux et des droits collectifs (page 4).
30. **Julie Cantin Louis Rocheleau** : Sondage sur les attentes et la satisfaction des usagers hospitalisés à l'égard des services offerts à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (2006).
31. Note d'Information Stratégique basée sur les Données Probantes Améliorer l'Accueil et la Prise en Charge dans les Services d'Accueil des Urgences (SAU) des Hôpitaux **Nationaux** et Régionaux au Cameroun Février 2013(rapport d'activité).
32. **PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME AU SENEGAL 2016 à 2020**, octobre 2015.
33. Projet de loi no 25 (2003, chapitre 21) Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux .
34. **REPUBLIQUE DU SENEGAL** : Agence Nationale de la Statistique et de la démographie (ANSD):« *Enquête démographique et de santé continue au Sénégal (EDS-Continue) 2014-2015, Rapport final 1^{ère} année* ».
35. **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.
36. **REPUBLIQUE DU SENEGAL**: Loi 98-08 du 02 Mars 1998, portant réforme hospitalière.
37. **REPUBLIQUE DU SENEGAL** : MSP. PNDS-II, 2009-2018.
38. **REPUBLIQUE DU SENEGAL** : « *Plan Sénégal émergent* ». Février 2014.

ANNEXES

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexe 1 : Charte du malade

REPUBLIQUE DU SENEGAL

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE

DIRECTION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Charte du malade

ARTICLE 1 : L'accès au service public hospitalier est garanti à tous les malades sans discrimination et aucune.	ARTICLE 7 : Le malade a droit au respect de sa vie, des croyances ainsi que la confidentialité des informations personnelles médicales et sociales le concernant.
ARTICLE 2 : Les personnes handicapées doivent être prises en compte dans l'aménagement des sites d'accueil.	ARTICLE 8 : Le malade peut accéder à son dossier médical par l'intermédiaire d'un médecin de son choix.
ARTICLE 3 : Les Etablissements publics de Santé Hospitaliers garantissent un accueil et des soins de qualité ; ils veillent au soulagement de la douleur.	ARTICLE 9 : Le malade hospitalisé peut exprimer ses observations sur la qualité de l'accueil et des soins. Il dispose du droit de demander réparation des préjudices qu'il estime avoir subi.
ARTICLE 4 : L'information destinée au malade doit être accessible et juste afin que ce dernier accepte les choix thérapeutiques.	ARTICLE 10 : Le malade et les personnes qui l'accompagnent doivent se conformer aux normes de conduite requises pour sauvegarder la sécurité de l'hôpital et de la salubrité de son environnement.
ARTICLE 5 : Aucun soin ne peut être dispensé au malade sans son consentement libre et éclairé, celui des parents ou des représentants légaux, sauf en cas de force majeure.	ARTICLE 11 : Le malade et son entourage doivent protéger le patrimoine de l'hôpital. Ils ne doivent rien abuser, ni le détourner de son utilisation.
ARTICLE 6 : Le malade hospitalisé dans un établissement public de santé, peut à tout moment le quitter sauf exceptions prévues par la	ARTICLE 12 : Le malade doit participer à la préservation et au renforcement de l'harmonie sociale au sein de l'hôpital.

loi, après avoir été informé des risques éventuels qu'il encourt et signé une décharge.	
	ARTICLE 13 : Les droits et devoirs de chaque malade s'exercent dans le respect du droit d'autrui, de la morale et de l'intérêt commun.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexe 2 : Questionnaire pour le personnel administratif

Dans le cadre de L'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS A LA CLINIQUE EXTERNE du Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer (CHNEAR) et plus particulièrement de la clinique externe, ce questionnaire anonyme et volontaire vous est soumis. Merci d'y consacrer quelques minutes de votre temps. (Cocher la case correspondante à votre réponse)

FONCTION :

I Réorganisation du service

Identification :

Statut :

Ancienneté dans le service:

1. Comment trouvez-vous l'organisation interne de votre structure ?

Très bien tout Bien Assez bien Pas du tout

2. Le climat social du service est-il favorable à l'épanouissement du personnel ?

Très bien tout Bien Assez bien Pas du tout

3. Les tâches sont-elles bien définies?

Très bien tout Bien Assez bien Pas du tout

4. Les étapes des différentes activités du service sont-elles bien déterminées?

Très bien tout Bien Assez bien Pas du tout

II - Gestion des ressources humaines

5. Le personnel vient-il à l'heure ?

Oui Non

6. Le climat social du service est-il favorable à l'épanouissement du personnel ?

Très bien Bien Assez bien Pas du tout

7. Existe-il des fiches de description de poste établissant le rôle des chaque membre du personnel ?

Oui Non

8. Existe-il un règlement intérieur du service ?

Oui Non

9. Disposez-vous de l'ensemble des moyens (humains, matériels) nécessaires à la bonne marche des services?

Oui Non

10. connaissez-vous le processus de prise en charge des patients

Oui Non

11. si oui ; Comment vous voyez le processus de prise en charge des patients ?

Très bien Bien Assez bien Pas du tout

12. Estes-vous satisfait de vos expressions de besoin ?

Oui Non

13. connaissez-vous le montant du budget ?

Oui Non

14. si oui ; Le budget vous permet-il de couvrir l'ensemble de vos dépenses ?

Oui Non

15. Recevez-vous les commandes des services à temps ?

Oui Non

16. Etes-vous confronté à des ruptures de stock des produits utilisés dans le cadre de votre travail ?

Oui Non

SI oui Comment vous gérez cette phase de rupture ?

- Dépannage des collègues
- Arrêt de travail
- Autres
-
-
-
-

17. Comment appréciez-vous la circulation de l'information au niveau du service ?

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

18. Les réunions périodiques sont- elles organisées ?

- Oui Non

19. Quelles solutions préconisez vous pour l'amélioration de la qualité d'organisation du service?

- Bien définir les étapes des différentes activités
- Former le personnel
- Impliquer le personnel dans les prises de décisions
- **Autres solutions à préconiser**
-
-
-

III - La mise en place d'une démarche qualité

20. Connaissez-vous la démarche qualité ?

- Oui Non

21. Etes-vous formé sur la démarche qualité ?

- Oui Non

22. Si oui, définissez la qualité?

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

23.Souhaitez-vous qu'on mette en place une démarche qualité dans une dynamique d'amélioration de l'organisation de travail?

Oui Non

24.Si oui seriez-vous totalement engagé?

Oui Non

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexe 3 : Questionnaire pour les paramédicaux de l'accueil et de clinique externe

Dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des patients à la clinique externe du centre hospitalier national d'enfants Albert Royer (CHNEAR), ce questionnaire anonyme et volontaire vous est soumis. Merci d'y consacrer quelques minutes de votre temps. (Cocher la case correspondante à votre réponse)

Identification

Statut :

Ancienneté dans le service:

Fonction :

I Réorganisation du service :

1- La configuration du service est-elle adéquate pour un Service de consultation ?

Très bien Bien Assez bien Pas du tout

2- Pensez-vous que l'environnement de travail vous permet de faire correctement votre travail ?

Oui Non

3- Existe-t-il des toilettes en nombre suffisant dans le service ?

Oui Non

4- Les locaux d'attente sont-ils adéquats (espace, hygiène, confort...)

Très Bien Assez Pas du

5 -votre description de tâche est-elle bien définie ?

Très bien Bien Assez bien Pas du tout

6- Existe-t-il des protocoles de soins ?

Oui Non

7-Comment trouvez-vous l'organisation de votre service?

Très bien Bien Assez bien Pas du tout

8-Avez-vous reçu une formation dans la prise en charge des urgences ?

Oui Non

9- Le niveau de fréquentation du service?

Très important Important Assez important Pas du tout important

10- Disposez-vous suffisamment des moyens (humains, matériels) nécessaires à la bonne marche du service?

Oui Non

11- Des réunions périodiques sont-elles organisées?

Oui Non

12- Si oui, êtes-vous associés à ces réunions ?

Oui Non

13- est ce que les recommandations issues des réunions sont appliquées

Toujours rarement jamais

14- Comment jugez-vous votre horaire de travail ?

.....
.....

15 -Avez-vous besoin de formations continues?

Oui Non

16- Si oui, dans quels domaines?

.....
.....

II. QUESTIONS RELATIVES A L'IMPACT DE CONDITIONS DE TRAVAIL

17- Comment jugez-vous globalement vos conditions de travail ?

Bonnes à améliorer mauvaises

18- Etes-vous impliqué dans les prises de décision du service?

Oui Non

19- Évaluez-vous votre travail?

Oui Non Ne sais pas

Si oui, qui l'évalue?.....

.....

20- Quels sont les supports utilisés pour évaluer le travail effectué ?

Protocole de soins

Procédures

Autres(A préciser)

21- Travaillez-vous en équipe ?

Oui Non

Si oui, comment est organisé votre travail en équipe ?

.....
.....
22- Quelles solutions préconisez-vous pour l'amélioration de la qualité d'organisation du service?

- Bien définir les étapes des différentes activités
- Former le personnel
- Impliquer le personnel dans les prises de décisions
- Autres solutions à préconiser

.....
.....
V- La mise en place d'une démarche qualité

23- Avez-vous la possibilité de prendre des initiatives dans votre travail en vue de l'améliorer ?

Oui Non

24- Comment trouvez-vous la communication interne au niveau de la direction?

très satisfaisante satisfaisante satisfaisante satisfaisante

25- connaissez-vous la démarche qualité

Oui Non

26- Etes-vous formé à la démarche qualité ?

Oui Non

27- Souhaiteriez-vous qu'on mette en place une démarche qualité dans une dynamique d'amélioration de l'organisation de travail?

Oui Non

28- Si oui seriez-vous totalement engagé?

Oui Non

Annexe 4 : Questionnaire destine aux accompagnants venant à l'accueil et à la consultation externe

Dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des patients à la clinique externe du Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer (CHNEAR), ce questionnaire anonyme et volontaire vous est soumis. Merci d'y consacrer quelques minutes de votre temps. (Cocher la case correspondante à votre réponse)

I - Admission

➤ De l'accès à l'hôpital (parking, signalisation ...) ?

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas Satisfait

➤ Opinion sur la qualité de l'accueil

1) Comment jugez- vous la qualité de l'accueil :

- Au bureau d'accueil et orientation ?.....

Très satisfaisante, Satisfaisante, Peu satisfaisante, Pas Satisfaisante

- Au niveau des guichets de l'hôpital ?.....

Très satisfaisante, Satisfaisante, Peu satisfaisante, Pas Satisfaisante

II Qualité de la prise en charge

➤ Opinion sur la disponibilité du personnel de l'hôpital

2) Jugez- vous le personnel paramédical disponible ?

Toujours Rarement Jamais

3) Avez vous facilement trouvé le personnel paramédical à votre écoute pour la prise en charge de votre enfant ?

Oui Non

4) Jugez vous le personnel médical disponible ?

Toujours Rarement Jamais

➤ Opinion sur la durée du temps d'attente

5) Combien de temps avez-vous attendu pour faire consulter votre enfant ?

1 à 30 mn 31 à 60 mn 61 mn et plus

6) Après la consultation de votre enfant, avez-vous été référé ?

Oui Non

Si **Oui** pourquoi ?,,

7) Après une prescription médicale, avez-vous reçu une bonne prise en charge à la clinique externe ? (prélèvement, aérosol, injection,...)

Oui Non

Si Non pourquoi.....

III Disponibilité des médicaments et des examens biologique et radiologique

8) Les médicaments prescrits étaient-ils disponibles à la pharmacie de l'hôpital ?

Toujours Rarement Jamais

9) Est-ce que le bilan prescrit pour votre malade a été effectué à l'heure par l'hôpital ?

Oui Non

Si non, où
.....

IV Accessibilité à l'information et retour à la maison

10) Êtes-vous satisfait de la prise en charge de votre enfant?

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas satisfait

Comment jugez-vous la confidentialité de la maladie de vos enfants ?

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas satisfait

11) Comment trouvez-vous le prix des tickets?

Très cher Cher Acceptable Pas cher du tout

12) Que suggérez-vous au service de la clinique externe pour l'amélioration de la prise en charge des malades ?

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

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexe 5 : Questionnaire pour les médecins de la clinique externe

Dans le cadre de l'amélioration de la de la prise en charge des patients à la clinique externe du centre hospitalier national d'enfants Albert Royer (CHNEAR), ce questionnaire anonyme et volontaire vous est soumis. Merci d'y consacrer quelques minutes de votre temps. (Cocher la case correspondante a votre réponse)

Identification

Statut :

Ancienneté dans le service:

Fonction :

I Réorganisation du service :

1-votre description de tâche est-elle bien définie ?

Tr rien Bi A z bien Pa u tout

2- Existe-t-il des protocoles de soins ?

Oui Non

3- Comment trouvez vous l'organisation de votre service?

rès bien ien ssez bien as du tout

4- Le niveau de fréquentation du service?

Tr mportant Im tant Assez imp ant Pas du tout im tant

5- Combien de malades consultez-vous ?

Nbre.....

6- Quelle est la durée de consultation pour chaque patient ?

.....

7- Les patients que vous recevez à la clinique externe, se plaignent-ils souvent

Oui No

Si oui, cochez 03 plaintes les plus fréquentes?

- Longs délais d'attente Manque d'informations
- Mauvais comportement du personnel Formalités administratives
- Lenteur des soins (Temps de passage) Manque de place
- Négligence de la part des soignants Mauvaise organisation des soins
- Des locaux (inconfort/hygiène)

Autres plaintes

8- Disposez-vous suffisamment des moyens (humains, matériels) nécessaires à la bonne marche du service?

Oui Non

9- Faites-vous des réunions périodiques ?

Oui No

10- Est ce que les recommandations issues des réunions sont appliquées ?

Toujours rarement jamais

11- Etes- vous satisfait des horaires de travail ?

Très satisfait Satisfait peu satisfait pas satisfait

II-Management

12- Etes-vous impliqué dans les prises de décision du service?

Oui No

III-Questions relatives a l'impact de conditions de travail

13- Quelles sont les conséquences issues de ces conditions de travail ?

Selon la priorité (1 ,2 ,3)

Insatisfaction

Stress

Fatigue

Autres à préciser ?

.....

14- Comment jugez vous les locaux ?

.....

.....

.....

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

sez court

Rahnable

Trong

Savis

16- 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 à préciser.....

.....

17- Quelles solutions préconisez-vous pour l'amélioration de la qualité d'organisation du service?

Bien définir les étapes des différentes activités

Former le personnel

Impliquer le personnel dans les prises de décisions

- Autres solutions à préconiser ?

.....
.....

IV- La mise en place d'une démarche qualité

18- Connaissez-vous la démarche qualité ?

Oui

Non

19- Avez-vous la possibilité de prendre des initiatives dans votre travail en vue de l'améliorer ?

Oui

Non

20-Définissez la qualité?

.....
.....

21-Souhaiteriez-vous qu'on mette en place une démarche qualité dans une dynamique d'amélioration de l'organisation de travail?

Oui

Non

22-Si oui seriez-vous totalement engagé?

Oui

Non

Annexe 6 : Grille d'observation

Appréciation de l'état des lieux	Local : propreté, électricité, eau courante, capacité de la salle d'attente
Disponibilité des matériels et d'équipements	Présence de Balance, Thermomètre, tables de consultation stéthoscope, autoclave, gants stériles, gaze, seringues, équipements de laboratoire réfrigérateur fonctionnels
Déroulement des activités	Durée de consultation, Temps d'attente des malades, heure d'arrivée des malades, confidentialité, prise en charge des malades, éducation institutionnelle
Disponibilité de ressources	ruptures de stock, heure d'arrivée et de départ du personnel

TABLE DES MATIERES

Dédicace	i
Remerciements	ii
Liste des sigles, acronymes et abréviations.....	iv
Liste des tableaux	vi
Listes des figures.....	vii
Liste des annexes.....	ix
Sommaire	x
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	4
Chapitre 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE	5
1.1. Analyse de l'environnement externe	5
1.1.1. Généralités sur le Sénégal	5
1.1.2. Présentation du pays	5
1.1.2.1. Géographie	5
1.1.2.2. Économie	6
1.1.2.3. Population	6
1.1.2.4. Administration	7
1.1.3. Le système de santé au Sénégal	8
1.1.3.1. Organisation du système sanitaire au Sénégal	8
1.1.3.2. La politique de santé au Sénégal.....	9
1.1.4. La situation sanitaire au Sénégal : Les infrastructures sanitaires.....	9
1.1.5. Historique	11
1.1.6. Statut juridique	12
1.1.7. Situation géographique et répartition physique des services	12
1.1.8. Missions	15
1.1.9. Objectifs	16
1.1.10. Analyse de l'environnement externe.....	16
1.1.11. Analyse de l'environnement interne	17
1.1.12. Organisation et activités	20
1.1.12.1. Organisation	20
1.1.12.2. Les activités	23

1.1.13. Présentation de la clinique externe.....	24
1.1.14. La Mortalité.....	28
1.1.15. Présentation du personnel relevant de la CE.....	30
1.1.16. Circuit du malade.....	30
1.1.17. Salle de tri, de soins et d'observation.....	31
1.2. Identification des problèmes et priorisation (choix du problème).....	33
1.2.1. Identification des problèmes.....	33
1.2.2. Priorisation (Choix du problème).....	33
Chapitre 2: CADRE THEORIQUE.....	36
2.1. Problématique.....	36
2.1.1. Contexte et justification.....	38
2.1.2. But de l'étude.....	38
2.1.3. Objectif général.....	38
2.2. Cadre conceptuel.....	39
DEU XIEME PARTIE : METHODOLOGIE- RESULTATS DE L'ENQUETE.....	47
Chapitre 3 : METHODOLOGIE.....	48
3.1. Population.....	48
3.2. L'élaboration de l'outil de collecte.....	48
3.3. Déroulement de l'enquête.....	49
3.4. Difficultés et limites de l'étude.....	50
3.5. Dépouillement et traitement des données.....	50
Chapitre 4 : PRESENTATION DES RESULTATS.....	51
4.1. Résultats de l'enquête.....	51
4.1.1. Résultats du questionnaire soumis au personnel de la clinique externe.....	51
4.1.2. Résultats du questionnaire soumis aux usagers.....	62
4.1.3. Résultats du questionnaire soumis au personnel administratif de l'hôpital.....	67
4.2. Résumé des principaux résultats des questionnaires soumis au personnel médical et administratif du CHNEAR.....	74
4.2.1. Résumé des résultats du questionnaire soumis aux personnels.....	74
4.2.2. Résumé des résultats du questionnaire soumis au personnel de l'administration.....	74
4.2.3. Résumé des résultats du questionnaire soumis aux usagers.....	75
4.2.4. Résultats des observations directes.....	76

TROISIEME PARTIE : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION- IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS- PLAN DE MISE EN ŒUVRE.....	77
Chapitre 5 : DETERMINATION/ANALYSE ET PRIORISATION DES CAUSES.....	78
5.1. Présentation des outils	78
5.2. Visualisation des causes à l'aide d'Ishikawa.....	79
5.3. Causes selon la littérature	82
5.4. Causes selon le groupe de travail	82
Chapitre 6 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS.....	86
6.1. Identification des solutions possibles	86
6.1.1. Solutions selon la littérature	86
6.1.2. Solutions selon le groupe de travail	87
6.2. Priorisation de la solution retenue	87
Chapitre 7 : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION	89
7.1. Objectifs du projet	89
7.1.1. But.....	89
7.1.2. Objectif général.....	89
7.1.3. Objectifs spécifiques	89
7.2. Cadre logique.....	90
7.3. Le plan opérationnel	92
7.4. Le Chronogramme des activités	93
7.5. Budget détaillé.....	93
7.6. Cadre de suivi et évaluation.....	95
Chapitre 8: RECOMMANDATIONS	96
CONCLUSION GENERALE	98
REFERENCES.....	100
ANNEXES	103
TABLE DES MATIERES	122