

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Ambulance militaire à HPD : 1980-2017.....	6
Figure 2 : Entrée de l'hôpital principal de Dakar et la localisation du Sénégal.	10
Figure 3 : Régions Médicales et District Sanitaires au Sénégal	13
Figure 4 : Organisation interne	18
Figure 5 : Répartition des ressources humaines de l'HPD par catégorie professionnelles	19
Figure 6 : Paradigme de la confirmation des attentes	24
Figure 7 : Interactions client/entreprise relativement aux différents types de qualité	26
Figure 8 : Salle d'accueil et de tri	30
Figure 9 : Salle d'accueil et de tri porte	31
Figure 10 : Attente assise	31
Figure 11 : Attente couchée	32
Figure 12: L'UHTCD.....	32
Figure 13 : Un box de SAUV en attente d'un patient grave.....	33
Figure 14 : UHCD	34
Figure 15 : Fauteuil de nébulisation.....	34
Figure 16 : Salle de décontamination.....	35
Figure 17 : Table de radiologie	35
Figure 18 : Salle de soins	36
Figure 19 : Salle d'attente accompagnants	36
Figure 20 : Organigramme du service.....	38
Figure 21 : Organisation du tri et circuit des patients	40
Figure 22 : Codage des patients en couleur selon les symptômes	41
Figure 23 : Différentes procures du service des urgences	42
Figure 24 : Répartition selon le sexe.....	44
Figure 25 : Répartition selon l'âge.....	45

Figure 26 : Répartition selon la personne qui a répondu	45
Figure 27 : Répartition selon le nombre de passage aux urgences	46
Figure 28 : Répartition selon le nombre d'accompagnant	46
Figure 29 : Répartition selon le jour de consultation	47
Figure 30 : Répartition selon l'heure de la consultation	48
Figure 31 : Répartition selon l'orientation des patients	49
Figure 32 : Répartition selon le moyen de transport.....	50
Figure 33 : Appréciation de l'accès aux urgences	50
Figure 34 : L'appréciation du stationnement des véhicules à l'hôpital	51
Figure 35 : Répartition selon le premier contact aux urgences.....	52
Figure 36 : Répartition selon le délai d'attente aux urgences	52
Figure 37 : Répartition selon la qualité de l'accueil aux urgences	53
Figure 38 : Répartition selon l'appréciation de la salle d'attente	53
Figure 39 : Répartition selon la possibilité d'occupation durant l'attente	54
Figure 40 : Répartition selon la demande du motif de recours	54
Figure 41 : Répartition selon l'information sur la prise en charge	55
Figure 42 : Répartition selon l'information donnée sur les délais d'attente	55
Figure 43 : Répartition selon les motifs de recours aux urgences	56
Figure 44 : Répartition selon le type de traumatisme	56
Figure 45 : Répartition selon le type d'affection somatique.....	57
Figure 46 : Répartition selon l'information donnée sur l'état de santé des patients.....	57
Figure 47 : Répartition selon la demande ou non d'examens complémentaires	58
Figure 48 : Répartition selon l'information donnée sur le déroulement des examens complémentaires.....	59
Figure 49 : Répartition selon le délai d'attente des examens complémentaires	59
Figure 50 : Répartition selon l'appréciation sur la courtoisie du personnel	60
Figure 51 : Répartition selon l'appréciation sur l'installation des patients	60

Figure 52 : Répartition selon l'appréciation sur le respect de l'intimité et de la pudeur	61
Figure 53 : Répartition selon l'appréciation sur la patience du personnel.....	61
Figure 54 : Répartition selon l'appréciation sur l'attention portée au confort des patients.....	62
Figure 55 : Répartition selon l'appréciation sur la sécurité lors de la prise en charge	62
Figure 56 : Répartition selon l'appréciation de la douleur à l'arrivée aux urgences.....	63
Figure 57 : Répartition selon l'administration ou non de traitement en cas de douleur.....	63
Figure 58 : Répartition selon l'appréciation du soulagement de la douleur	64
Figure 59 : Répartition selon la nécessité d'hospitalisation.....	64
Figure 60 : Répartition selon l'information donnée au membre de la famille des patients sur l'hospitalisation.....	65
Figure 61 : Répartition selon le temps d'attente avant le départ des urgences vers l'hospitalisation.....	65
Figure 62 : Appréciation du temps d'attente.....	66
Figure 63 : Appréciation de la clarté des consignes à la sortie	66
Figure 64 : Appréciation globale de la confidentialité aux urgences	67
Figure 65 : Appréciation globale sur les locaux des urgences.....	67
Figure 66 : Appréciation globale du passage	68
Figure 67 : Recommandations à un proche.....	68
Figure 68 : Retour dans le service en cas de besoin	69

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Evolution des ressources financières de l'hôpital durant les quatre dernières années	20
Tableau II : Capacité en lits	21
Tableau III : Trois phases qui conduisent à la formation de la satisfaction.....	25
Tableau IV : Plan d'action après enquête de satisfaction aux urgences de HP.	78

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE	5
1.Analyse situationnelle de l'hôpital principal de Dakar	6
1.1. Historique	6
1.2. Le cadre juridique.....	7
1.3. Missions.....	7
1.4. Objectifs	8
1.5. Analyse de l'environnement	9
1.5.1. Analyse de l'environnement externe	9
1.5.1.1. Situation géographique.....	9
1.5.1.2. Situation démographique du Sénégal.....	10
1.5.1.3. Situation économique du Sénégal	11
1.5.1.4. L'organisation sanitaire au Sénégal.....	12
1.5.1.5. L'état sanitaire de la population.....	13
1.5.1.6. L'offre de soins hospitaliers sur Dakar.....	14
1.5.1.6. 1. Aspect quantitatif de l'offre de soins	14
1.5.2. Analyse de l'environnement interne	15
1.5.2.1. Organisation structurelle de l'hôpital Principal de Dakar.....	15
1.5.2.1.1. La Direction.....	15
1.5.2.1.2. Structures d'aide à la décision et de concertation	17
1.5.3. Les moyens actuels.....	19
1.5.3.1. Les ressources humaines	19
1.5.3.2. Les ressources financières	20
1.5.3.3. Les ressources matérielles	21
2. Rappels sur les enquêtes de satisfaction.....	22
2.1. La mesure de la satisfaction	22
2.2. Le paradigme de la confirmation des attentes.....	23

2.3. La manifestation de la satisfaction	24
2.4. Satisfaction et qualité	25
2.5. Le modèle multidimensionnel	26
2.6. Pourquoi prendre la mesure de la satisfaction de la clientèle?	27
2.7. Les étapes de la mesure de la satisfaction	27
2.8. Les éléments qui influencent la satisfaction des patients au SAU.....	28
DEUXIEME PARTIE.....	29
1. Patients et méthodes	30
1.1. Cadre de l'étude.....	30
1.1.1. Les différents secteurs	30
1.1.2. Le matériel.....	37
1.1.4. La nouvelle réorganisation du service.....	39
1.1.4.1. Organisation de l'accueil et du tri	39
1.1.4.2. L'approche processus du Service d'accueil des Urgences.....	42
1.2.1. Type et durée de l'étude.....	43
1.2.2. Critères d'inclusion.....	43
1.2.3. Critères de non inclusion.....	43
1.2.4. Recrutement des patients.....	43
1.2.5. Recueil et exploitation des données	43
2. RESULTATS	44
2.1. Effectif.....	44
2.2. Données sur les patients	44
2.2.1. Répartition selon le sexe	44
2.2.2. Répartition selon l'âge	44
2.2.3. Personne ayant répondu au questionnaire	45
2.2.4. Fréquentation du service des urgences.....	46
2.2.5. Nombre d'accompagnant	46
2.2.6. Le jour de votre consultation.....	47
2.2.7. L'heure de votre consultation.....	47

2.3. L'orientation vers le service des urgences de l'hôpital principal de Dakar	48
2.3.1. Vous avez été orienté vers le service des urgences par qui ?	48
2.4. Les moyens d'accès aux urgences	49
2.4.1. Vous avez été transporté par?	49
2.4.2. Dans le cadre d'un déplacement personnel, avez-vous trouvé facilement le service des urgences ?	50
2.4.3. Le stationnement à l'hôpital	51
2.5. Votre arrivée aux urgences, l'accueil et les formalités administratives	51
2.5.1. La première personne ayant accueilli le patient à l'arrivée	51
2.5.2. Votre avis sur le délai d'attente avant de voir un médecin	52
2.5.3. Votre avis sur la qualité de l'accueil, la courtoisie et la serviabilité	53
2.5.4. Votre avis sur la salle d'attente : disponibilité des sièges, discréetion	53
2.5.5. Votre avis sur la possibilité d'occupation au niveau de la salle d'attente	54
2.5.6. Concernant votre motif de recours	54
2.5.7. Concernant le déroulement de votre prise en charge	55
2.5.8. Concernant vos délais d'attente	55
2.6. Quel est le problème qui fut la cause de votre venue aux urgences	56
2.6.1. Motifs de recours	56
2.6.2. S'il s'agit d'un accident, quel était le type ?	56
2.6.3. S'il s'agit d'une affection somatique, quel était le type ?	57
2.7. La prise en charge médicale et paramédicale	57
2.7.1. Avez-vous eu des informations précises sur votre état de santé?	57
2.7.2. Vous a-t-on fait des examens complémentaires (radiographie, scanner, IRM, biologie, échographie)?	58
2.7.3. Informations sur la nature et le déroulement des examens complémentaires	58
2.7.4. Le délai d'attente avant les examens complémentaires	59
2.7.5. La courtoise du personnel pendant les soins	60
2.7.6. Votre installation	60

2.7.7. Le respect de votre intimité	61
2.7.9. L'attention portée à votre confort	62
2.7.10. Le sentiment de sécurité.....	62
2.7.11. Votre douleur.....	63
2.7.12. Le traitement de votre douleur	63
2.7.13. Le soulagement de votre douleur	64
2.8. Hospitalisation.....	64
2.8.1. Nécessité d'hospitalisation.....	64
2.8.2. A-t-on avertit un membre de votre famille	65
2.8.3. Le temps d'attente avant votre départ pour hospitalisation	65
2.8.4. Comment jugez-vous le délai d'attente avant une hospitalisation?	66
2.9. Votre sortie	66
2.9.1. La clarté des consignes à la sortie	66
2.10. Votre appréciation globale	67
2.10.1. Votre appréciation globale sur la confidentialité aux urgences	67
2.10.2. Votre appréciation globale sur les locaux des urgences	67
2.10.3. Votre appréciation globale sur la prise en charge	68
2.10.4. Recommanderiez-vous ce service à vos proches ?	68
2.10.5. Reviendriez-vous dans ce service en cas de nécessité?	69
DISCUSSION	70
CONCLUSION	75
REFFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	79
ANNEXES	

INTRODUCTION

Soulignons d'emblée qu'il n'existe pas de consensus sur la définition et la mesure de la satisfaction. Évidemment, cela ne facilite pas la tâche d'une entreprise qui désire évaluer le degré de satisfaction de sa clientèle. Néanmoins, il est possible de dégager quelques éléments théoriques qui ont acquis une certaine notoriété au cours des dernières années. Présentons tout d'abord quelques définitions de la satisfaction [1].

- La satisfaction est fondée sur une comparaison de la performance perçue du service avec un standard préétabli [1].
- La satisfaction est le résultat d'un processus de comparaisons psychiques et complexes, la comparaison d'une valeur théorique avec une valeur effective : paradigme de confirmation/infirmation [1].
- La satisfaction est un jugement de valeur, une opinion, un avis qui résulte de la confrontation entre le service perçu et le service attendu [1].
- La satisfaction est un état psychologique mesurable et consécutif à une expérience de consommation [1].

Ce qui découle de ces définitions est que la satisfaction est basée sur des perceptions et des attentes. Comme l'explique le spécialiste en marketing Benoît Gauthier, il s'agit d'un sentiment subjectif qui ne peut exister que si le client réalise qu'il y a eu un événement de service, et qui n'existe pas dans l'absolu, mais seulement sur une base comparative. Retenons donc que la satisfaction repose sur trois principales notions [2] : Comparaison – Attente – Perception.

La médecine factuelle associe aux progrès techniques une nécessaire prise en compte de la dimension humaine du patient dans le soin. Dans une idée de satisfaction globale des usagers, les hôpitaux proposent des enquêtes pour améliorer leur prise en charge. La part subjective de la satisfaction basée sur les attentes, la perception, les attitudes, les croyances, le vécu et l'histoire antérieure du patient est difficile à évaluer. Cependant cette évaluation est considérée comme un indicateur de la qualité des soins et de bonne pratique médicale et paramédicale. Elle est utilisée dans les démarches d'accréditation [3-4]. La

mesure de la satisfaction est un moyen d'évaluer la performance car, « une entreprise qui ne fait pas de compétition est appelée à disparaître ».

Bien qu'elle fasse partie des éléments permettant d'apprécier la qualité des soins, et quoi que la législation ait rendu obligatoire son évaluation depuis 1996 en France [5], la satisfaction des patients reste souvent sous-évaluée dans les services d'urgence. L'absence de continuité des soins et le contact épisodique avec le patient peuvent compliquer ces enquêtes.

L'accroissement de la satisfaction des patients est corrélé à une diminution du nombre de plaintes [6] et présuppose un comportement plus respectueux vis-à-vis des soignants. Cet élément induit une ambiance de travail positive au sein de l'équipe. Dans douze des treize études citées dans le travail de Perruche [7], le facteur de satisfaction le plus souvent retrouvé est la relation et l'interaction avec le personnel médical et /ou paramédical. Dans la plupart de ces études ce facteur est le plus prédictif de la satisfaction du patient.

La satisfaction des patients aux urgences fait l'objet de nombreux travaux. Cependant la définition de la satisfaction est difficile à appréhender. Dans une revue de la littérature, Trout et al [8] relèvent qu'il existe plusieurs définitions en fonction des auteurs. Pour Rhee et Bird [3], elle se définit par la confiance, le fait d'envisager une consultation future dans le même établissement et la recommandation de l'hôpital à un proche. Pour Thompson et Yarnold [4], la satisfaction est obtenue si l'équipe soignante répond aux attentes du patient. Hostutler et al [9] mettent en avant une relation entre la satisfaction et les attentes, les besoins et la perception du patient. Baker et al [10] mesurent la satisfaction par des questions autour du respect, de la gentillesse et du temps passé avec le patient. Bjorvell et Stieg [11] ainsi que Carrasquillo et al [12] évaluent comme facteur de satisfaction les impressions après la consultation aux urgences et l'hypothétique nouvelle consultation en cas de nécessité. D'autres études comme celles de Krishel et Baraff [13], de Lewis et Woodside [14] et celle de Yarnold [5] mesurent la satisfaction globale. Au final Trout et al [8]

recommandent d'évaluer la satisfaction en fonction de la réalisation des traitements et des soins souhaités par le patient.

La satisfaction est très souvent mesurée par de simples questions [4, 11, 15, 16]. D'autres études ciblent divers paramètres comme le bien être du patient, le respect, le confort, l'intimité [10], l'information, l'écoute [3,10, 17] et les capacités techniques du personnel [3].Les temps d'attente réels et perçus sont aussi étudiés dans le cadre du contentement du patient [17]. Les méthodologies des études de satisfaction diffèrent (échelles de mesure, recueil des informations, durée du recueil). Un grand nombre d'entre elles utilisent l'échelle de Likert pour évaluer la satisfaction (définissant le degré d'accord) [3, 4, 10, 12, 13, 15, 16, 18, 34-36], l'échelle visuelle analogique [9] ou les questions ouvertes [10, 16, 17, 34, 35, 37]. Seule une étude parue en 1995 utilise une échelle numérique à 10 points [38].

L'hôpital Principal de Dakar dans le cadre de son plan stratégique qui définit ses objectifs pour l'horizon 2016-2020 a élaboré une politique qualité conforme aux exigences de la norme ISO 9001 Vs 2015, dont l'axe principal demeure la **satisfaction des clients et parties intéressées**.

L'objectif primaire de l'étude était d'évaluer la satisfaction des patients par rapport aux soins

Les objectifs secondaires étaient de :

- évaluer la satisfaction concernant la durée de prise en charge,
- identifier les points forts et les points faibles de la prise en charge des patients
- évaluer les éléments de satisfaction les plus importants.

PREMIERE PARTIE

1. Analyse situationnelle de l'hôpital principal de Dakar

1.1. Historique

L'histoire de l'hôpital principal de Dakar (HPD) débute en 1880 suite à la terrible épidémie de fièvre jaune survenue en 1878 qui décime 22 des 26 médecins et pharmaciens militaires français de l'hôpital de Gorée. Les autorités décidèrent de transférer sur Dakar, les structures d'accueil hospitalières [40].

L'hôpital est situé sur la presqu'île de Dakar, dans la zone du plateau. Il se trouve en bordure de l'Anse Bernard et fait face à l'île de Gorée. Il couvre une superficie de huit hectares [40].

L'hôpital colonial militaire à l'origine, l'hôpital principal de Dakar a été placé en 1971 sous double tutelle du Ministère des Forces Armées du Sénégal et du Ministère de la Défense de la République Française. Plus récemment la convention Franco-sénégalaise de coopération signée le 24 décembre 1999 transférait toutes les responsabilités au Sénégal, la France continuant une aide technique que ce soit au niveau des spécialités médicales ou pharmaceutiques et des domaines administratifs [40].



Figure 1: Ambulance militaire à HPD : 1980-2017

1.2. Le cadre juridique

Suite à la loi sur la réforme hospitalière du 12 Février 1998 sous le numéro 98-08, la gestion de l'hôpital a été transférée aux autorités Sénégalaises par la convention Internationale Franco-sénégalaise du 24 Décembre 1999 qui définit les modalités transfert de responsabilité [40].

La loi 2000-01 du 10 Janvier 2000 a porté création d'un établissement public de santé à caractère spécial dénommé Hôpital Principal de Dakar, et cette loi définit les missions, le régime financier et les organes d'administration, de tutelle et de contrôle [40].

Le décret 2000-89 /PR/MFA du 07 Février 2000 portant organisation et fonctionnement de l'établissement a défini les règles d'organisation et de fonctionnement de l'hôpital classé Centre hospitalier de 3^{ème} niveau (Loi n°2000-01 du 10 Janvier 2000). Son projet d'établissement est conforme à la carte sanitaire du Sénégal [40].

De ce fait, comme tout autre établissement public de santé, l'Hôpital Principal de Dakar doit répondre aux obligations de la loi portant Réforme Hospitalière au Sénégal N°98-88 du 12 Février 1998 et du fait des textes réglementaires, l'hôpital devient éligible au financement des bailleurs de fond ; mais il reste sous la double tutelle du Ministère des Forces Armées et du Ministère de la Santé et de la Prévention médicale du Sénégal [40].

1.3. Missions

Les missions de l'hôpital Principal de Dakar sont de Deux ordres :

➤ Les missions de service public au titre d'Etablissement Public de Santé
L'hôpital Principal de Dakar, centre hospitalier de 3^{ème} niveau, a pour mission de garantir à tout citoyen un accès équitable aux soins . Il doit, par conséquent, disposer de services cliniques et de plateaux techniques adéquats pour un centre hospitalier de 3^{ème} niveau. Il doit comporter en son sein différents services qui

doivent répondre au cahier de charges défini dans le texte de loi relatif à la carte sanitaire. Ces services sont :

- un service des urgences médicochirurgicales ;
- une capacité d'hospitalisation en médecine, spécialités médicales en chirurgie et spécialités chirurgicales en Gynécologie Obstétrique et Pédiatrique
- un service d'imagerie médical ;
- des laboratoires de biologie ;
- une banque de sang
- une pharmacie.

➤ Les missions spécifiques au titre d'établissement de référence pour Forces Armées

L'Hôpital Principal de Dakar, suite au transfert de responsabilité aux autorités Sénégalaises, maintient le partenariat avec la France pour permettre à l'hôpital de :

- Confirmer sa vocation d'expertise en médecine tropicale ;
- Constituer une plateforme d'accueil humanitaire et de formation aux urgences ;
- Devenir un pôle permanent en Afrique de l'Ouest pour la prise en charge des situations d'exception civile et militaire ;
- Assurer un rôle de référence, de formation des personnels et de soutien aux structures des Forces Armées [41].

1.4. Objectifs

Les objectifs de l'hôpital tels que stipulés dans le projet d'établissement sont les suivants :

- assurer la pérennité de la structure et faire de l'hôpital un pôle d'excellence et de référence pour le Sénégal ;
- améliorer la qualité des soins dispensés aux malades ;
- améliorer l'accueil des urgences ;

- développer la sécurité des malades (vigilances hospitalière) et des Personnels,
- regrouper les unités pour une meilleure utilisation des ressources humaines et matérielles ;
- assurer la polyvalence du personnel et leur mobilité interne ;
- élaborer des protocoles écrits ;
- mettre en place des mécanismes de communication interne ;
- développer la démarche évaluation et audit interne ;
- optimiser le soutien administratif et logistique des activités médicales et des soins infirmiers;
- stabiliser l'équilibre financier de l'hôpital en impliquant les acteurs de la vie hospitalière (activités, recettes) et le secteur financier de l'Etat [41].

1.5. Analyse de l'environnement

1.5.1. Analyse de l'environnement externe

1.5.1.1. Situation géographique

Le Sénégal se situe à l'avancée la plus occidentale du continent africain dans l'Océan Atlantique. D'une superficie de 196 722 km², il est limité au nord par la Mauritanie, à l'est par le Mali, au sud par la Guinée et la Guinée Bissau, à l'ouest par la Gambie, et par l'Océan Atlantique sur une façade de 500 km. Il est divisé administrativement en : 14 Régions ; 45 Départements ; 117 Arrondissements et 557 Communes. Dakar (550 km²), la capitale, est une presqu'île située à l'extrême Ouest [42].

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 [42].



Figure 2: Entrée de l'hôpital principal de Dakar et la localisation du Sénégal [43].

1.5.1.2. Situation démographique du Sénégal

Les régions sont subdivisées en départements (au nombre de 45). On dénombre 554 collectivités locales composées de 46 communes d'arrondissement, 125 communes (assimilées au milieu urbain) et 383 communautés rurales [42].

La population sénégalaise est composée des wolofs (43,3 %), les halpulaaren (23,8 %), des sérères 14,7 %, les diolas (3,7 %), des mandingues (3 %), malinkés, socés, bambaras, diakhankés et les soninkés (1,1 %). Peu nombreux, Bassaris et Bédiks vivent sur les hauteurs du Sénégal oriental, autour de Kédougou [42].

Selon les projections, la population du Sénégal en 2016 est de 14 799 859 habitants dont 7 372 487 hommes et 7 427 372 femmes. Le taux d'accroissement annuel moyen intercensitaire est de 2,7 % entre 2002-2013[42]. 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, 3 139 325 habitants soit 23,2 % de la population totale, 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 [44].

La fécondité reste encore élevée avec un **ISF** de 5,09 en 2015 et la mortalité infantile continue de baisser (61 % en 2005, 47 % en 2010-2011 et 43 % 2012-2013). L'âge moyen de la population est de 22,7 ans et la moitié de la population à moins de 18 ans (âge médian). Le taux d'alphabétisation est plus élevé en milieu urbain où on enregistre 57,9 % contre 33,8 % en milieu rural. L'espérance de vie à la naissance est de 65,6 ans [42].

1.5.1.3. Situation économique du Sénégal

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 [42].

Les indicateurs sur la période 2005-2011 révèlent une stagnation relative de la pauvreté, expliquée en partie par un taux de croissance du PIB par tête d'environ de 0,5 % en moyenne par an. Même si l'incidence de la pauvreté a légèrement baissé, elle a été accompagnée par une augmentation absolue du nombre de pauvres sur la période. La pauvreté est plus élevée en zone rurale que dans les centres urbains. 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 [42].

En outre, selon la Direction de la prévision et des études économiques (DPEE), de 3 738 milliards en 2014, la dette publique projetée est évaluée à 4 109 milliards en 2015. L'encours de la dette publique totale connaîtra par conséquent un accroissement de 9,9 % comparativement à 2014.

Cette dette reste cependant en adéquation avec les normes communautaires puisqu'elle est projetée à 49,9 % du Pib en 2015 [42].

1.5.1.4. L'organisation sanitaire au Sénégal

Le système de santé sénégalais est un système mixte reposant sur une offre de soins publique et privée. Le secteur public fournit l'essentiel des soins ambulatoires et hospitaliers à travers des structures de santé organisées selon un schéma pyramidal à trois niveaux : le niveau national (central), le niveau régional (intermédiaire) et le niveau district opérationnel (périphérique). À l'heure actuelle, le Sénégal compte un total de **3 084** structures de santé (dont **86** hôpitaux, **242** centres de santé, **1 250** postes de santé y compris les infirmeries des maisons d'arrêt et de correction (MAC) et **1 506** cases de santé. Cependant, en termes de couverture en infrastructures sanitaires, le Sénégal n'a pas encore atteint les normes préconisées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [42].



Figure 3: Régions Médicales et District Sanitaires au Sénégal [42].

1.5.1.5. L'état sanitaire de la population

Malgré les progrès réalisées, la santé de la population demeure relativement précaire au Sénégal et les structures sanitaires restent encore bien en deçà des normes de l'OMS (en 2014, 1 médecin pour 7142 habitants alors que OMS, 1 médecin pour 5 000 à 10 000 habitants). En raison des difficultés économiques, la situation sociale s'est dégradée progressivement, ce qui a aggravé l'état sanitaire déjà déficient de la population. En outre des disparités sérieuses existent et la région de Dakar est privilégiée par rapport au reste du pays. L'équipement et la logistique sont insuffisants et vétustes dans la plupart des structures sanitaires.

En ce qui concerne la situation socio sanitaire, les données recueillies révèlent une nette prévalence du paludisme. Cette maladie demeure l'endémie la plus préoccupante avec 33% des affections et aussi la plus meurtrière avec plus de 50% des décès. Les enfants de moins de 5ans et les femmes enceintes sont les

plus vulnérables. Les autres causes de mortalité sont les maladies diarrhéiques (11.1%) et les maladies cardio-vasculaires (7.8%).

Le programme de développement intégré du Sénégal (PDIS) est la traduction concrète de la priorité en matière de santé définie dans le plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS) qui couvre une période de 10 ans (1998-2007)

Les objectifs sont :

- La réduction de la mortalité maternelle
- La réduction de la mortalité infantile et juvénile
- La maîtrise de la fécondité

Le programme accorde une large place à la surveillance épidémiologique à la santé de la reproduction, aux IST, au VIH/SIDA, et au contrôle des maladies endémiques comme le paludisme, la bilharziose, l'onchocercose la tuberculose [44]. En 2011 la mortalité infantile était de 64,8/10000 celle maternelle de 3,7/10000. L'espérance de vie était de 60 ans pour l'homme et 58 ans pour la femme.

1.5.1.6. L'offre de soins hospitaliers sur Dakar

1.5.1.6. 1. Aspect quantitatif de l'offre de soins

La région de Dakar compte quatre départements fortement urbanisés que sont Dakar, Pikine, Guédiawaye et Rufisque. La région de Dakar qui occupe 0.3% du territoire avec une densité de 4456 habitants au km², rassemble plus de 25% de la population nationale.

Il faut cependant noter une inégalité dans la répartition géographique avec une forte concentration hospitalière sur Dakar au détriment de Pikine, Guédiawaye et Rufisque. Il existe une inégalité dans la prise en charge des malades dans le secteur public et le secteur privé. Les cliniques privées de Dakar se caractérisent par la qualité de leur hôtellerie et des plateaux techniques adéquats. Les hôpitaux publics sont caractérisés par leur plateau technique élevé (scanner, dialyse, équipement de réanimation etc.) et la prise en charge des pathologies

lourdes et coûteuses (grands brûlés, cardiologie intensive). Ils accueillent aussi bien une clientèle aisée qu'une clientèle démunie pour répondre à leur mission de service public [44].

1.5.1.6. 2. Aspects qualitatif de l'offre de soins

Tous les Etablissements Publics de Santé (EPS) de niveau 3 sont concentrés dans la région de Dakar qui comporte par ailleurs un nombre élevé de districts sanitaires. Il existe dans la commune urbaine de Dakar 8 hôpitaux publics. Il s'agit de :

- l'Hôpital Principal de Dakar, - l'Hôpital Aristide Le Dantec, - Centre Hospitalier de Fann,- Hôpital Général de Pikine, - Hôpital Albert Royer,- Hôpital Général de Grand Yoff, - Hôpital Abass Ndao,
- Hôpital Psychiatrique de Thiaroye.

En plus de ces hôpitaux on dénombre :

-7 cliniques privées et 327 cabinets tenus par des médecins de spécialités diverses -10 laboratoires d'analyses médicales,-8 cabinets privés de radiologie.

L'offre de soins hospitaliers à Dakar se caractérise par la richesse en nombre de lits d'hospitalisation (1850), la concentration géographique de cette capacité d'hospitalisation et la difficulté d'accès à cette offre (les problèmes de circulation urbaine qui s'aggravent d'année en année rendant l'accès des hôpitaux de Dakar - Plateau de plus en plus difficile)[44].

1.5.2. Analyse de l'environnement interne

1.5.2.1. Organisation structurelle de l'hôpital Principal de Dakar

1.5.2.1.1. La Direction

Pour accomplir sa mission, le Médecin Chef, Directeur de l'Hôpital dispose d'une équipe de Direction composée de la Chefferie proprement dite et des structures d'aide à la décision et de concertation.

La Chefferie de l'Hôpital est structurée comme suit :

- Le Médecin Chef, Directeur : Il est seul responsable devant la tutelle et le conseil d'administration. Il dirige, anime, coordonne, contrôle et évalue l'activité de l'Hôpital. Il est assisté dans sa mission par le Médecin Chef, Directeur adjoint.
- Le Médecin Chef, Directeur adjoint, Officier supérieur. Il est chargé d'assister et de suppléer le Médecin Chef, Directeur. Il assure son intérim lorsque son absence s'étale sur un délai de plus de 24 heures.
- Le Gestionnaire, Officier supérieur du Corps technique et administratif du Service de santé des armées. Sous l'autorité du Médecin Chef, Directeur, il est chargé de diriger les services administratifs, financiers et logistiques.
- L'Infirmier Principal, technicien supérieur de soins. Il a pour mission de coordonner sous l'autorité directe du Médecin Chef, l'organisation et la gestion des services de soins infirmiers dans l'Hôpital en collaboration avec les chefs de services.
- L'Agent comptable particulier est nommé par arrêté du Ministre chargé des Finances sur proposition du Trésorier général dont il est le correspondant. Il gère la trésorerie de l'établissement et assure à ce titre le recouvrement des créances tout en veillant à la rentrée effective des autres catégories de ressources. Dans le cadre du strict respect des normes réglementaires, il assure le règlement des dépenses par le biais de la validation de la créance et en fonction de la disponibilité des crédits. L'Agent comptable particulier assure dans les délais la production mensuelle de la comptabilité (générale, analytique et budgétaire) et la tenue des états financiers conformément à la réglementation du SYSCOA (bilan, compte de résultat, tableau financier des emplois et des ressources)[45].

1.5.2.1.2. Structures d'aide à la décision et de concertation

Les organes d'aide à la décision sont :

- Le Conseil Supérieur d'Etablissement ;
- Le Département d'Information Hospitalière ;
- Le service Contrôle de gestion et d'audit interne.

L'Hôpital Principal de Dakar comprend également des structures de conseil, d'évaluation et de concertation. Les structures de conseil et d'évaluation qui comprennent :

- ✓ le Comité d'Ethique,
- ✓ la Commission d'Hygiène Hospitalière,
- ✓ le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN),
- ✓ le Comité de lutte contre la douleur (CLUD),
- ✓ le Comité des vigilances sanitaires (COVIRIS),
- ✓ la Commission d'aptitude médicale,
- ✓ la Commission d'Arbitrage Thérapeutique,
- ✓ le Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance,
- ✓ la Commission de Surveillance et de Distribution de Gaz à usage médical,
- ✓ le Comité de Matériovigilance,
- ✓ la Commission Pédagogique et la commission d'évaluation des pratiques hospitalières.

Structure de concertation constituée par le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT). Les représentants des syndicats font partie de cette structure de concertation.

L'organigramme de l'Hôpital schématise l'ensemble des services et leurs relations. Il met aussi en évidence les différentes tutelles de la structure (Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Ministère des Forces Armées, Ministère de l'Economie et des Finances) [45].

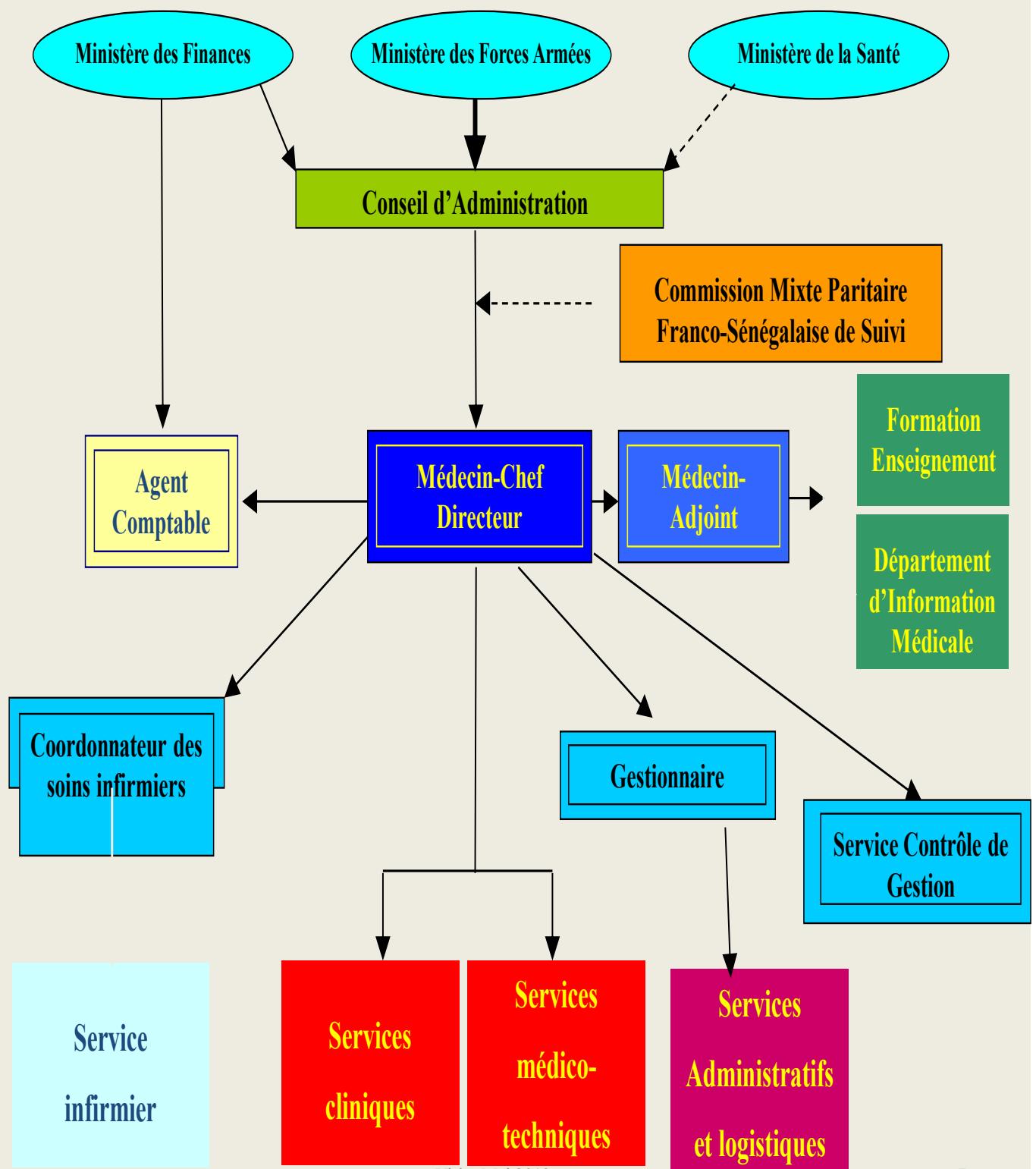


Figure 4: Organisation interne [45].

1.5.3. Les moyens actuels

1.5.3.1. Les ressources humaines

L'HPD est un établissement militaire public de santé qui emploie 1073 personnels civils et militaires. Répartie ainsi :

- Civils : 805 dont 732 CDI et 73 CDD
- Militaires officiers : 104 dont 14 professeurs agrégés, 43 spécialistes, 30 assistants, 01 vétérinaire, 04 pharmaciens spécialistes, 05 pharmaciens assistants, 05 officiers d'administration et 02 officiers biomédicaux.
- Militaires sous-officiers et militaires du rang : 268
- Total personnels permanents 1000
- Personnel médical : 98
- Personnel paramédical : 640
- Personnel administratif et logistique : 337

L'encadrement est militaire dirigé par un officier supérieur du corps des médecins [45].

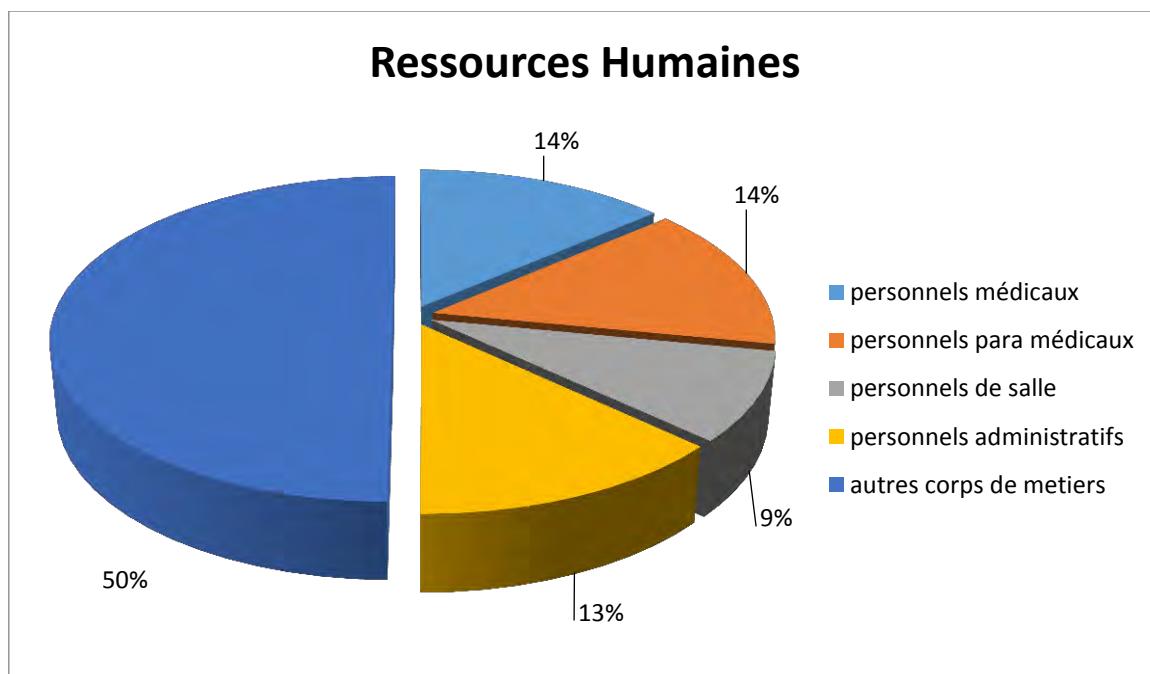


Figure 5: Répartition des ressources humaines de l'HPD par catégorie professionnelle [44]

1.5.3.2. Les ressources financières

Tableau I: Evolution des ressources financières de l'hôpital durant les quatre dernières années (montant en FCFA) [45]

Désignation	Années				Variations		
	2012	2013	2014	2015	2013/2012	2014/2013	2015/2014
Budget de Fonctionnement	9 290 984 700	9 519 856 621	9 293 509 482	10 271 108 104	2%	-2%	+10 %
Budget d'investissement	500 000 000	433 100 639	623 219 938	1 307 147 712	6%	-33%	+52%

1.5.3.3. Les ressources matérielles

Tableau II: Capacité en lits [45].

SERVICES	CAPACITE (LITS)	
	Theorique	Installé
Secteur Urgences-réanimation	35	35
Département Urgences – Réanimation		
Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)	12	12
Réanimation médicale	12	12
Réanimation chirurgicale	12	12
Secteur Chirurgical	175	157
Département chirurgie traumatologie, orthopédie, neuroch.	55	43
Chirurgie orthopédique et traumatologique	21	18
Neurochirurgie	9	9
Chirurgie orthopédique	25	16
Département chirurgie viscérale - urologie - gynécologie - obstétrique	100	98
Chirurgie viscérale	31	29
Chirurgie urologique et gynécologique	15	15
Chirurgie gynécologique -obstétrique (Maternité)	54	54
Département chirurgies spéciales	20	16
Ophtalmologie	10	8
O.R.L.- Stomatologie	10	8
Secteur médical	192	189
Département de médecine spécialisée	113	110
Pathologies infectieuses et Pneumologie	24	24
Hépato-gastroentérologie	22	21
Gastro-entérologie (Brévié)	21	21
Pathologies cardiovasculaires	19	19
Psychiatrie	27	25
Département de pédiatrie	79	79
Pédiatrie A - Crèche	56	56
Pédiatrie B	23	23
TOTAL HPD	403	382

2. Rappels sur les enquêtes de satisfaction

Selon la littérature, les évaluations de satisfaction auprès des patients ont débuté aux Etats-Unis dans les années 50, alors qu'en Europe (dans les pays germanophones en particulier) l'intérêt pour cet aspect des soins ne s'est accru que récemment de même que le nombre d'études à ce sujet [46].

Le projet d'une enquête statistique sur les pratiques de recrutement des entreprises est né en 1999 en France sous l'égide du Centre d'études de l'emploi. Un groupe de travail réuni régulièrement pendant 2 ans a défini la problématique, la méthodologie et élaboré un projet de questionnaire de cette nouvelle enquête. Ce groupe de travail comprenait des chercheurs du centre d'études de l'emploi et du Centre d'études et de recherches sur les qualifications ainsi que des représentants de l'administration [47].

2.1.La mesure de la satisfaction

Dans les systèmes actuels de santé, le service des urgences représente un maillon important de la chaîne de prise en charge des patients [1]. Il est bien souvent le service du premier recours pour beaucoup de souffrance physique ou morale. Son objectif primaire est de prendre en charge rapidement et de façon efficace les patients dont l'état de santé nécessite des soins techniques immédiats de type hospitalier. Le service des urgences doit également évaluer les modalités de suivi des patients, soit en milieu hospitalier ou en ambulatoire. Tout autre recours au service des urgences est inadéquat. Son usage inapproprié entraîne les conséquences suivantes:

- des files d'attente importantes avec corrélativement une surcharge de travail administratif et médical;
- une entrave à l'efficacité de la prise en charge des patients par le détournement de l'attention en raison du nombre important de pseudo-urgences;
- une surveillance insuffisante des patients ainsi qu'un suivi mal assuré;

- un rapport coût-efficacité défavorable;
- un déficit de satisfaction des usagers.

Le concept de satisfaction comprend également des aspects culturels, socio-démographiques et cognitifs [10, 11]. Il y a donc bien un écart entre ce qui est observé par le patient et ce qui est attendu. La satisfaction globale du patient dépend également de la bonne réalisation de chaque étape qu'il va rencontrer durant son hospitalisation. L'accueil en fait partie [12]. Le fait d'évaluer la satisfaction du patient de manière continue permettrait de mieux appréhender ses attentes, de mieux prendre en considération ses besoins et d'y répondre dans les meilleures conditions [11]. D'après le rapport n° RM2007-045P de l'IGAS de 2007, les établissements de santé utilisent de multiples moyens pour mesurer la satisfaction de leurs patients: l'analyse des plaintes, les questionnaires de sortie et les enquêtes spécifiques ou générales menées à l'initiative des établissements [13]. D'après ce rapport, le développement des enquêtes de satisfaction permettrait aux établissements de santé de poursuivre trois objectifs essentiels pour améliorer la qualité du système de soin.

Ces trois objectifs sont:

- l'amélioration de la qualité des soins
- l'optimisation de l'affectation des ressources disponibles pour répondre au mieux aux besoins de soins de la population
- l'amélioration de l'information de l'usager, de manière à ce qu'il puisse s'orienter dans le dispositif de soins en fonction de ses attentes [13]

2.2. Le paradigme de la confirmation des attentes

La recherche sur la mesure de la satisfaction s'est essentiellement structurée autour du paradigme de la confirmation des attentes. Ce dernier conceptualise la satisfaction à partir des trois notions que sont la comparaison, les attentes et les perceptions. Selon ce modèle, lorsque la qualité perçue est inférieure à la qualité attendue, il en résulte de l'insatisfaction. Au contraire, quand la qualité perçue

est supérieure à la qualité attendue, le client ressent une forte satisfaction. Enfin, lorsque la qualité perçue est égale à la qualité attendue, le client éprouve une simple satisfaction (ce sentiment se situe dans une zone de normalité) [1]. Le paradigme de la confirmation des attentes est schématisé dans la figure suivante :

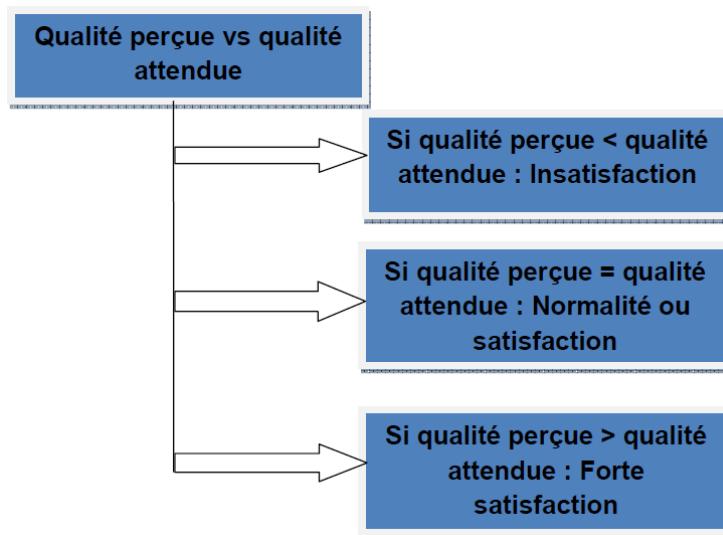


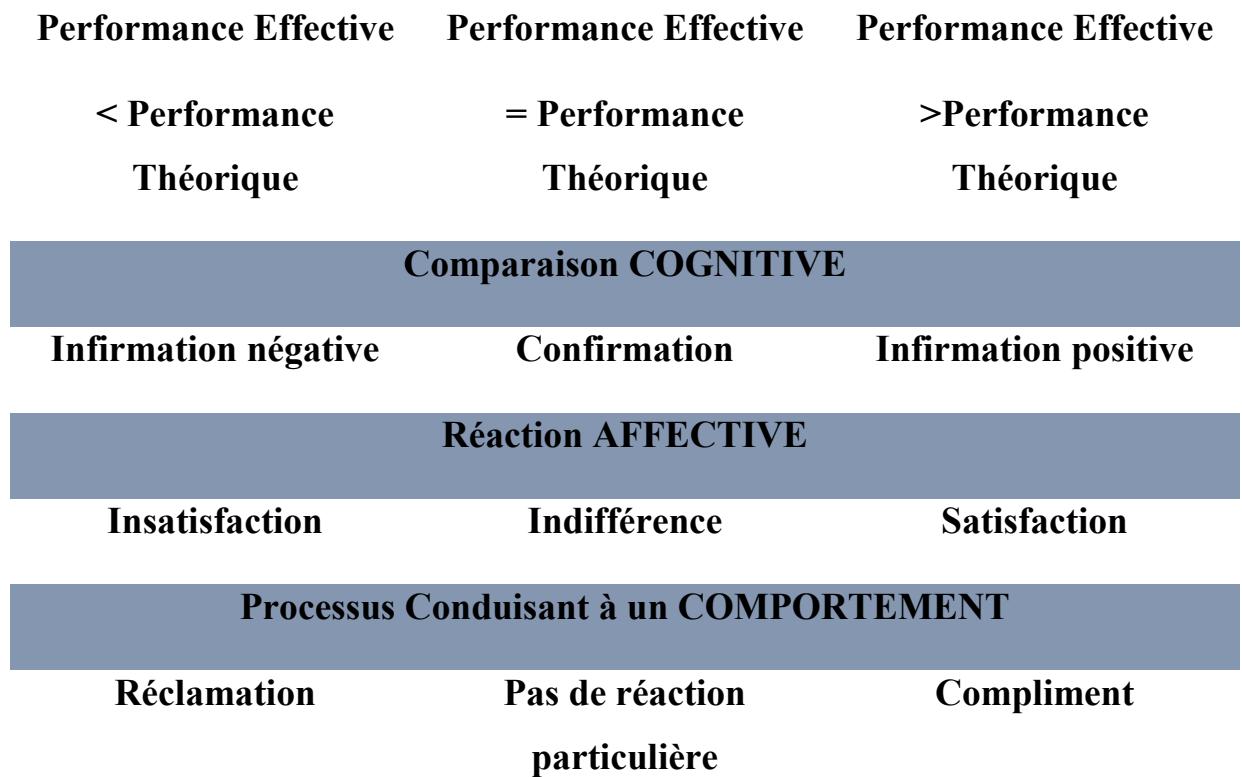
Figure 6: Paradigme de la confirmation des attentes [1]

2.3. La manifestation de la satisfaction

Il est possible d'étudier la satisfaction selon la perspective comportementale. C'est le cas du théoricien Heribert Gierl qui s'est attaché à comprendre l'interaction entre le paradigme de la confirmation des attentes, la réaction affective et le comportement du client. Gierl identifie trois phases principales du processus qui conduit à la formation de la satisfaction. Lorsque la performance effective est inférieure à la performance théorique, la comparaison cognitive mène à une infirmation négative qui provoque une réaction affective d'insatisfaction pouvant résulter en un comportement de plainte (ou réclamation). Lorsque la performance effective est égale à la performance théorique, la comparaison cognitive mène à une confirmation qui provoque une réaction affective d'indifférence qui ne devrait engendrer aucune réaction ou comportement particulier. Enfin, lorsque la performance effective est supérieure

à la performance théorique, la comparaison cognitive mène à une infirmation positive qui provoque une réaction affective de satisfaction pouvant résulter en un compliment. Le tableau III schématise le propos de Gierl [1].

Tableau III: Trois phases qui conduisent à la formation de la satisfaction [1].



2.4. Satisfaction et qualité

Au cours des années, les chercheurs se sont beaucoup intéressés au concept de qualité perçue qui est l'un des concepts voisins de la satisfaction. Ces deux notions sont occasionnellement confondues dans la littérature. La qualité perçue doit être vue comme « la qualité telle que la perçoit le client et non la qualité objectivement déterminée par des experts ». La qualité perçue résulte de l'évaluation du client lorsqu'il utilise un service. Notons que cette évaluation précède et détermine la satisfaction. La satisfaction est donc consécutive à l'expérience de service et succède à l'évaluation de la qualité. Le chercheur

français Daniel Ray explique l'interaction entre un client et une entreprise relativement aux différents types de qualité. Voyons un schéma adapté de son ouvrage Mesurer et développer la satisfaction clients [1].

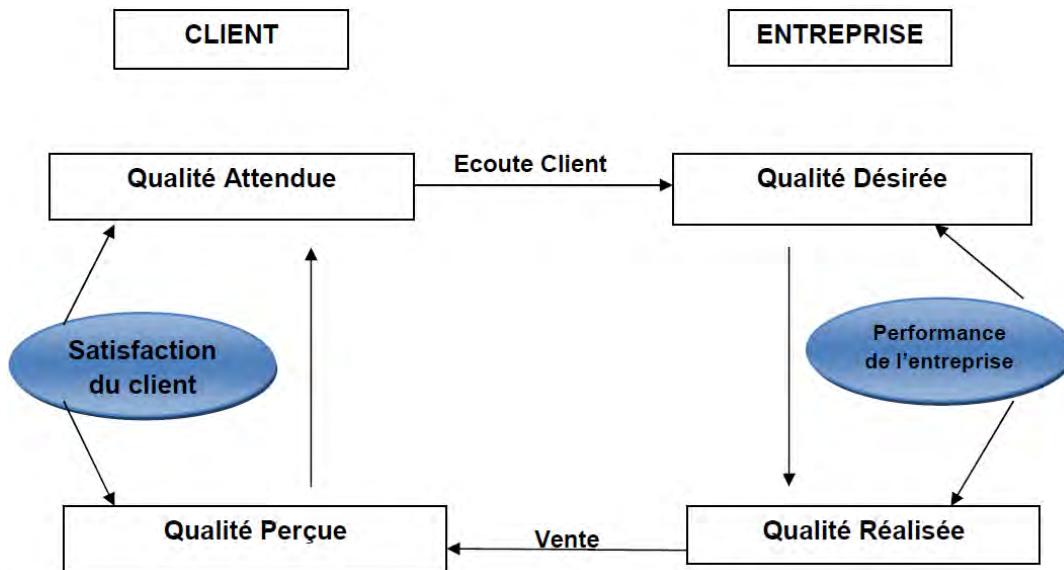


Figure 7: Interactions client/entreprise relativement aux différents types de qualité [1]

2.5. Le modèle multidimensionnel

Le processus de formation de la satisfaction repose sur un modèle du comportement du consommateur appelé modèle multi attribut ou multidimensionnel. Selon ce dernier, le consommateur considère un produit ou service non pas comme un tout, mais comme une somme de bénéfices potentiels. Par exemple, le choix d'un dentiste dépendra de la réputation, du coût, de l'emplacement, de la politesse de la secrétaire lors de la prise du rendez-vous etc. Dans toute expérience de service ou d'achat de biens, chacun cherche à obtenir le maximum de chaque attribut. Certains d'entre eux ont un impact plus important sur la satisfaction globale tandis que d'autres ont un effet nettement moins marqué [1]. La satisfaction est un concept mesurable dès lors que ses critères ont été identifiés par l'entreprise.

2.6. Pourquoi prendre la mesure de la satisfaction de la clientèle?

Fondamentalement, on mesure la satisfaction pour connaître le point de vue du client sur les services, pour déceler les faiblesses et pour décider des améliorations à apporter. De plus, la mesure de la satisfaction est un outil essentiel pour une entreprise qui :

- adopte une philosophie organisationnelle axée sur les services ;
- vise l'amélioration continue ;
- veut répartir plus efficacement les ressources consacrées aux services à la clientèle ;
- cherche des points de comparaison avec d'autres entreprises de services ;
- cherche à prévenir les coûts de l'insatisfaction.

La recherche a amplement démontré que les fournisseurs ont rarement une vue objective des priorités des clients. Comme vous ne pourrez "faire parfaitement ce qui compte le plus" que si vous mesurez ce qui compte le plus, il est essentiel que ce soient les clients qui déterminent les critères à mesurer. Pour y arriver vous devrez passer par une phase de recherche exploratoire qui identifiera les critères les plus importants aux yeux des clients [1].

2.7. Les étapes de la mesure de la satisfaction

Selon le manuel Guide méthodologique de l'enquête de satisfaction totale du logiciel SPHINX, l'élaboration de l'enquête de satisfaction s'articule autour des différents moments suivant :

- définir les préalables : il s'agit de désigner le responsable d'enquête, de définir les objectifs de l'étude
- identifier les attentes des clients : explore en profondeur ce que les clients attendent du service, identifier pour chaque composant les critères qui déterminent leur satisfaction/insatisfaction ;
- élaborer, administrer et analyser les données recueillies : le questionnaire et l'outil de collecte des données et le logiciel permettra de les analyser ;
- communication des résultats et leur exploitation [1].

2.8. Les éléments qui influencent la satisfaction des patients au SAU

La douleur influence le taux de satisfaction. En effet le soulagement de la douleur à l'arrivée du patient aux urgences, avant la prise en charge médicale améliore sa satisfaction. Dans une étude, l'élaboration de protocoles à visée antalgique, administrés dès l'arrivée du patient, ont amélioré la prise en charge de la douleur et donc la satisfaction des patients [49].

Une information sur la prise en charge de la douleur améliore également le degré de satisfaction du patient [50]. De plus, la difficulté d'identifier le personnel soignant participe à l'insatisfaction du patient. Le personnel oublie parfois de se présenter et les badges restent insuffisants. L'identification du personnel soignant pourrait permettre l'humanisation d'une prise en charge perçue à priori par l'usager comme anonyme et trop technique [51,52]. De même, l'inconfort de la salle d'attente, son architecture et sa propreté influencent le jugement du patient [51,52]. La délivrance d'un livret d'accueil améliore aussi le degré de satisfaction et permet de réduire l'anxiété des patients. On y trouve des informations concernant le fonctionnement du service d'accueil des urgences, la durée d'attente et des explications concernant les prises en charges prioritaires [50]. De telles études n'ont pas encore été réalisées dans les services d'accueil des urgences de notre pays.

DEUXIEME PARTIE

1. Patients et méthodes

1.1. Cadre de l'étude

Ce travail a été réalisé dans le service d'accueil des urgences de l'hôpital principal de Dakar. La construction du service d'accueil des urgences(SAU) et d'un secteur d'intervention médicalisée de relève des blessés (SMUR) ont débutés en 2003. Inauguration SAU le 03 février 2005[40]. Depuis le service a connu beaucoup de modifications dans le but d'améliorer la satisfaction des usagers. C'est dans ce cadre qu'une nouvelle réorganisation a été instaurée par l'équipe du Professeur Wade depuis octobre 2015 pour améliorer la qualité, le rendre plus compétitif et plus attractif.

1.1.1. Les différents secteurs

➤ Salle d'Accueil et de TRI par IOA

La salle de Tri IOA (à gauche) et l' accueil par l'infirmier (à droite).



Figure 8: Salle d'accueil et de tri (photo prise le 14/07/2017)

➤ **Consultation externe (zone bleue)**

La consultation externe avec ses deux bureaux de consultation et une salle de soins.



Figure 9: Salle d'accueil et de tri porte (photo prise le 14/07/2017)

➤ **Attente assise (zone verte)**

L'attente assise avec ses trois box de consultation dont un destiné à la décontamination des patients souillés.



Figure 10: Attente assise (photo prise le 14/07/2017)

➤ **Attente couchée (zone orange)**

La salle d'attente couchée avec ses quatre box tous équipés d'arrivée d'oxygène et de vide mural.



Figure 11: Attente couchée (photo prise le 14/07/2017)

➤ **L'unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD)**

Avec quatre lits tous équipés d'arrivée d'oxygène et de vide mural.



Figure 12: L'UHTCD (photo prise le 14/07/2017)

➤ **La salle d'accueil des urgences vitale (SAUV : zone rouge)**

Avec six box dont deux cabines, tous équipés de matériel de monitorage de réanimation, d'arrivée d'oxygène et de vide mural.



Figure 13: Un box de SAUV en attente d'un patient grave (photo prise le

14/07/2017)

➤ **Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)**

Avec onze lits dont une cabine individuelle tous équipés d'arrivée d'oxygène et de vide mural.



Figure 14: UHCD (photo prise le 14/07/2017)

➤ **La salle de nébulisation**

Avec deux fauteuils de nébulisation pour les crises d'asthme simples.



Figure 15: Fauteuil de nébulisation (photo prise le 14/07/2017)

➤ **Salle de décontamination**



Figure 16: Salle de décontamination (photo prise le 14/07/2017)

➤ **Salle de radiologie**



Figure 17: Table de radiologie (photo prise le 14/07/2017)

➤ **Salle de soins**

Pour les petits pansements.



Figure 18: Salle de soins (photo prise le 14/07/2017)

➤ **Salle d'attente accompagnants**

En dehors du service d'accueil des urgences



Figure 19: Salle d'attente accompagnants (photo prise le 14/07/2017)

1.1.2. Le matériel

Le matériel retrouvé dans le service est le suivant :

- Trois respirateurs de transport
- Un respirateur fixe de réanimation
- Un respirateur fixe d'anesthésie
- Deux défibrillateurs externes automatiques biphasiques (DEA)
- 29 sources Oxygène et de vide mural
- Trois obus de réserve d'oxygène
- Deux aspirateurs mobiles
- Deux appareils de mesure de la glycémie capillaire
- Un appareil d'électrocardiogramme (d'ECG)
- Dix seringues auto pousseuses
- Dix moniteurs multi paramétriques
- Deux chariots d'urgence
- Une armoire d'urgence
- Matériel d'intubation

1.1.3. Les ressources humaines

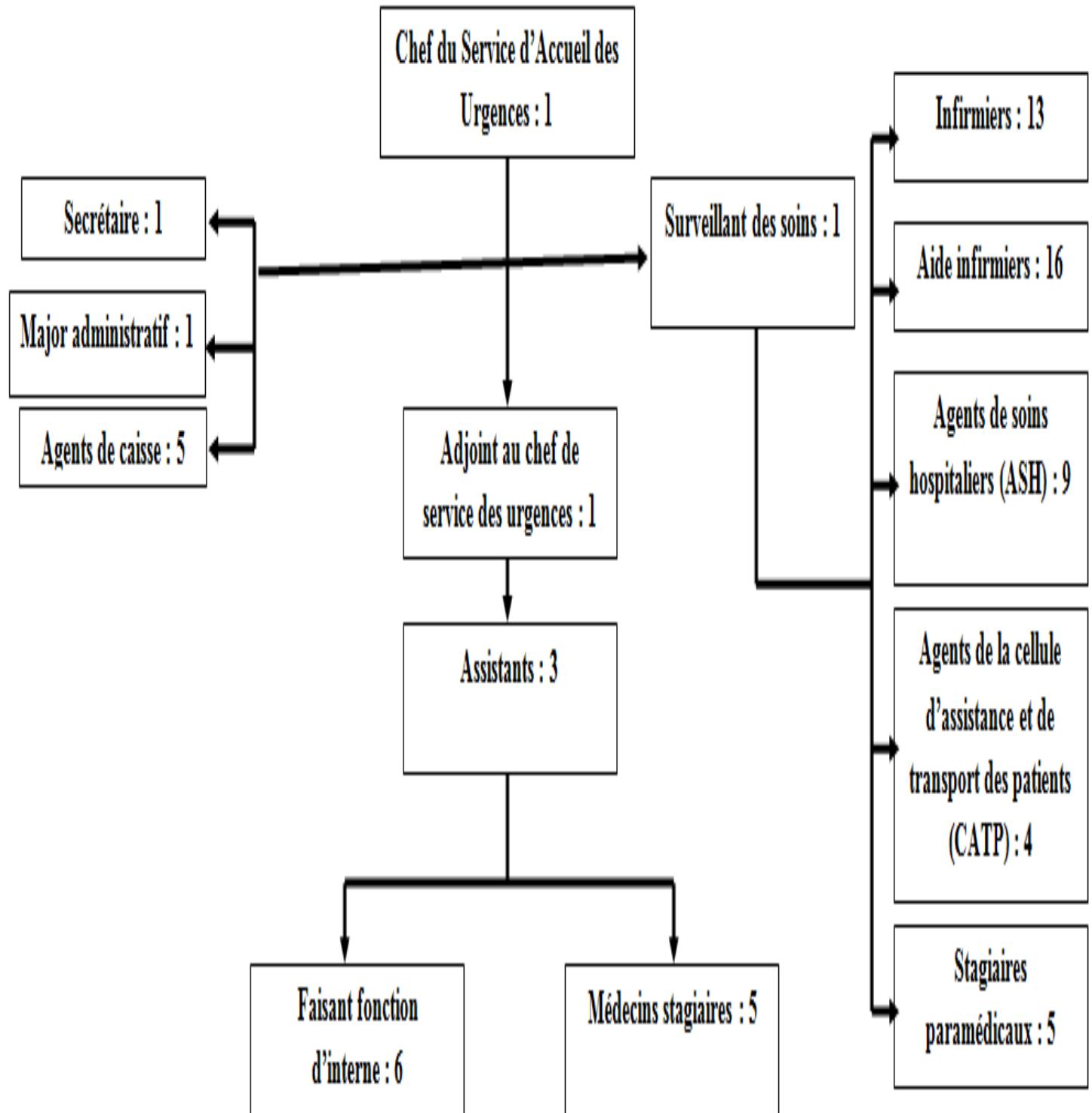


Figure 20: Organigramme du service

1.1.4. La nouvelle réorganisation du service

Depuis Octobre 2015, en vue d'améliorer les conditions d'accueil, les délais de prise en charge et la qualité des soins, le service a été entièrement réorganisé.

1.1.4.1. Organisation de l'accueil et du tri

Tous les patients sont reçus par l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA) qui avec le médecin d'accueil et d'orientation (MAO) vont décider en fonction de l'urgence et de la gravité du lieu de prise en charge des patients selon un code des couleurs.

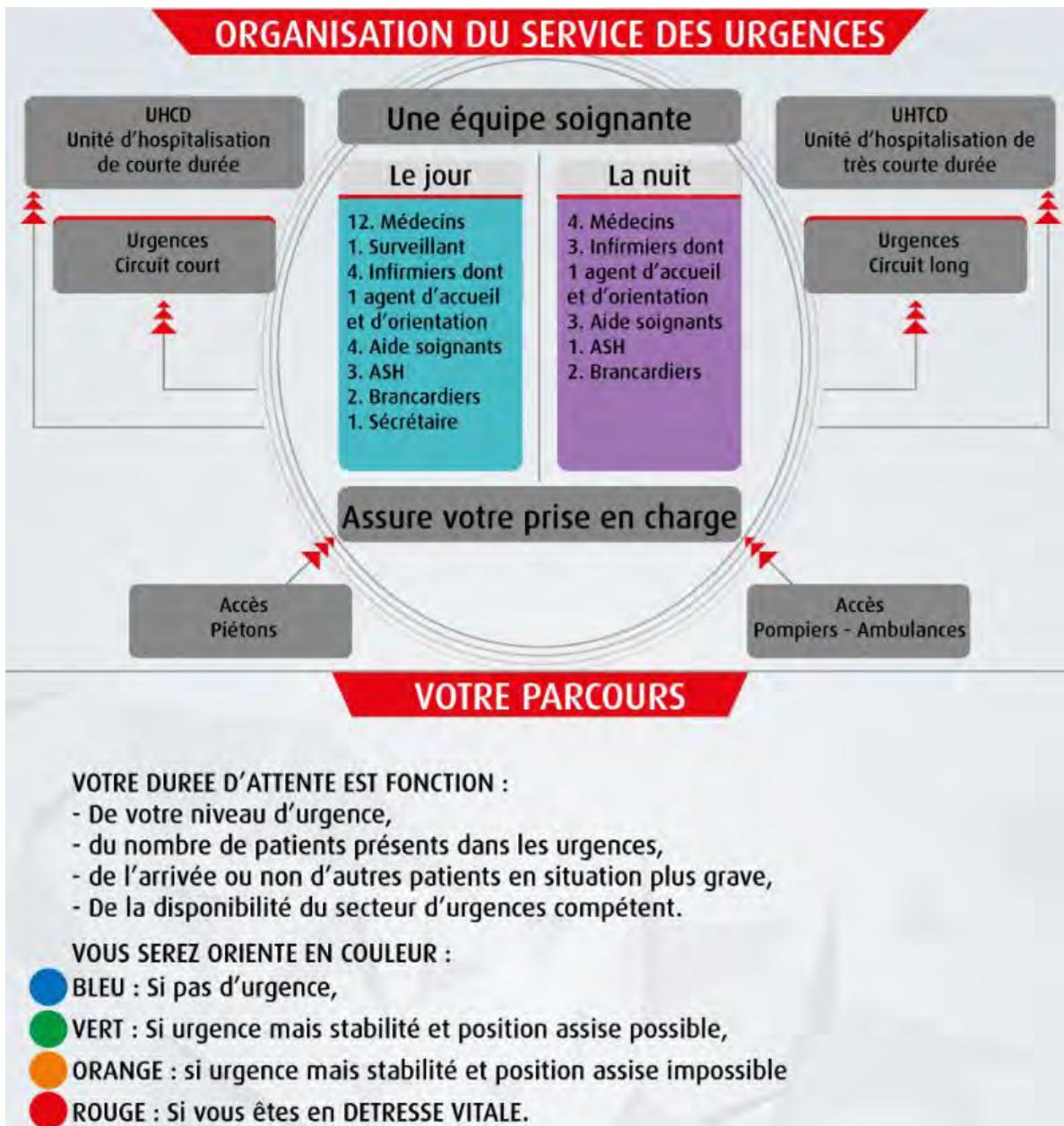


Figure 21: Organisation du tri et circuit des patients

H.I.A PRINCIPAL DE DAKAR	PROCEDURE	Ref
Service d'Accueil et de Traitement des Urgences (SAU)	PROTOCOLE D'ACCUEIL ET DE PRISE EN CHARGE PAR L'IAO	Date application: Pr KA WADE

H.I.A PRINCIPAL DE DAKAR	PROCEDURE	Ref
Service d'Accueil et de Traitement des Urgences (SAU)	PROTOCOLE D'ACCUEIL ET DE PRISE EN CHARGE PAR L'IAO	Date application: Pr KA WADE

Triage par l'IOA selon les symptômes du patient (1)

Niveau d'urgence	I	II	III
Délai prise en charge et réévaluation	Immédiat	30 à 60 min	120 min

CARDIO VASCULAIRE	Code	DIGESTIF	Code
Arrêt cardio-respiratoire ou Gaspes		Douleur abdominale aigue EVA>8	
Douleur thoracique ou palpitations		Hématemèse, rectorragie	
Syncope ou Bradycardie inf à 40		Vomissements, Diarrhées aigues	
HTA mal tolérée avec PAS sup 200		Décompensation edémato ascitique	
PAS inf 90, marbrures, pouls filant		Ingestion de corps étranger	
Hémorragie active		Ictère, hoquet, demande de sevrage	
Ischémie des membres inférieurs		URO NEPHROLOGIE	
Suspicion de thrombophlébite		Lombalgie unilatérale hyperalgique	
Oedèmes des membres inférieurs		Rétention urinaire, anurie	
Température>38°C et souffle cœur		Douleur testiculaire aigue	
RESPIRATOIRE		Infection urinaire et hématurie	
Dyspnée : Fr sup à 30 ou cyanose ou difficultés à l'élocution		ENDOCRINO METABOLIQUE	
Hémoptysie (constatée ou déclarée)		Coup de chaleur	
Asthme en crise, Pneumothorax		Diabète décompensé, Déshydratation	
IRC décompensée		Dysnatrémie, dys kaliémie hypercalcémie	
Suspicion d'embolie pulmonaire		ORL	
Dyspnée: Fr < 25, pas de cyanose		Epistaxis	
Pleurésie, Toux et expectorations		Vertiges aigus avec incapacité de station assise	
NEUROLOGIE		Plaie de l'oreille et affection ORL autre	
Trouble conscience: Glasgow<8		DERMATOLOGIE	
Convulsions en cours		Lyell, purpura, rash, bulles	
Céphalées violentes, algies faciales		Erption, ulcère de jambe	
Aphasie, dysphasie, apraxie, ataxie		Mala dies vénénienes, erythème	
Absence, Amnésie		OPHTHALMOLOGIE	
Paralysie, troubles sensitifs, troubles aigus de la vue		Plaie d'œil et d'annexes, brûlures oculaires	
Convulsion récente, confusion aigue		Œil rouge et/ou douloureux	
Céphalées légères ou chroniques		RHUMATOLOGIE	

Paludisme, Infection cutanée		Altération de l'état général	
TRAUMATOLOGIE			
Polytraumatisme		Piqures, morsures, griffures	
Amputation de membre		Traumatisme avec $5 \leq EVA \leq 8$	
Plaie profonde (arme blanche, à feu)		Plaie superficielle	
Brûlures visage, mains ou étendues		Traumatisme sous anticoagulant	
Fracture ouverte, douleur sous plâtre		Exposition accidentelle au sang	
Traumatisme thoracique, abdominal		Enfants, personnes avec enfants	
Traumatisme crânien ou rachidien		Traumatisme de membre avec $EVA > 5$	
Traumatisme pelvien / du bassin		Pathologie de l'ongle	
Traumatisme maxillo, facial		Demande de soins	
Agression sexuelle, viol		Agression physique, Urgences sociales	
Traumatisme violent (vitesse élevée, chute de plus de 4m, éjection)		Examen à la demande des forces de l'ordre, Personne reconvoquée	

Triage selon les signes d'examen et paramètres physiologiques (2)

Niveau d'urgence	1	2	3
Priorité médicale	Extrême urgence	Urgence de niveau 1	Urgence de niveau 2
Secteur de soins	Déchocage	Salle de soins	Salle de soins
Pression artérielle	$PAS \leq 110$ ou > 180		$120 < PAS < 180$
Fréquence cardiaque	$Fc \leq 50$ ou $Fc \geq 110$ ou pouls filant	$50 < Fc < 60$	$60 < Fc < 110$
Fréquence respiratoire	$Fr \leq 10$ ou $Fr \geq 35$	$18 < Fr < 35$	$10 < Fr < 18$
Score de Glasgow	$GCS \leq 14$		$GCS > 14$
Sa O2	$Sa O2 < 95\%$		$Sa O2 \geq 95\%$
Température	$T \leq 35^{\circ}C$ ou $> 39^{\circ}C$		$35^{\circ}C \leq T < 39^{\circ}C$
EVA	> 7	$3 \leq EVA \leq 7$	$EVA \leq 3$
Dextro	Dextro $< 0,5$ g/l ou HI		
ATCD/terrain	Facteurs de risque		

Figure 22: Codage des patients en couleur selon les symptômes

1.1.4.2. L'approche processus du Service d'accueil des Urgences

Dans le cadre de l'amélioration et d'harmonisation des pratiques, le service d'accueil des urgences a élaboré l'approche processus suivant :

 HÔPITAL PRINCIPAL DE DAKAR	SYSTÈME DE MANAGEMENT DE LA QUALITÉ (SMQ)	Version : 00 Codification: PS2.PR2.M001.ERG05.03.17.00
	MAITRISE DES DOCUMENTS DU PROCESSUS ACCUEIL DES URGENCES	Date d'application : 06/03/2017 Validé par : Pr KA WADE

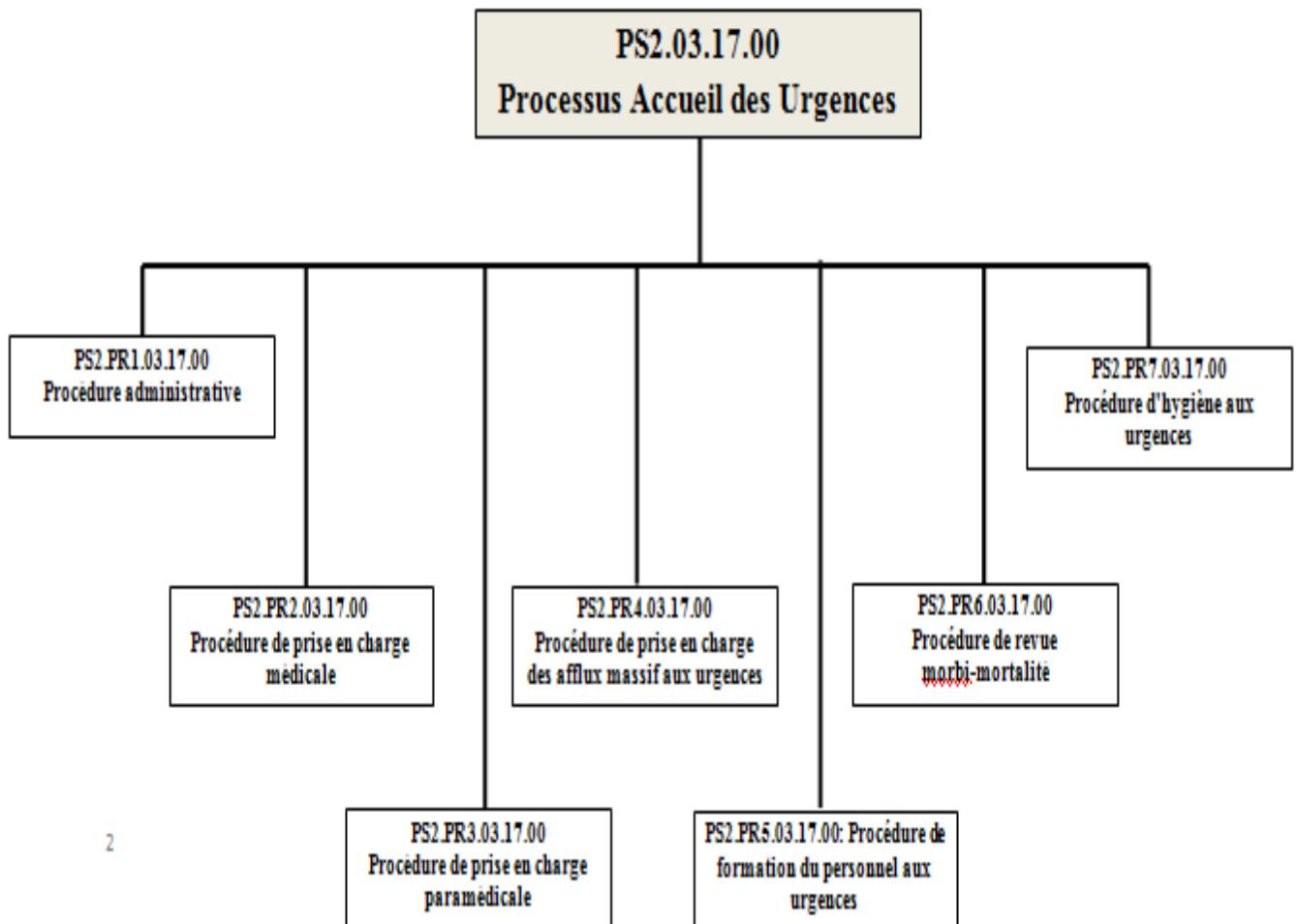


Figure 23: Différentes procédures du service des urgences

1.2. Méthodologie

1.2.1. Type et durée de l'étude

Nous avons réalisé une étude prospective allant du 24/11/ au 07/12/2016 au niveau du secteur des vraies urgences du Service de l'accueil des Urgences de l'hôpital Principal de Dakar.

1.2.2. Critères d'inclusion

Étaient inclus dans cette étude tous les patients reçus aux urgences et ayant accepté volontairement de répondre au questionnaire durant la période de l'étude.

1.2.3. Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans cette étude les personnes atteintes de troubles cognitifs, d'alcoolisation, mais également les personnes avec une barrière linguistique.

Il en est de même des patients dont les fiches d'enquête n'ont pas été correctement remplies.

1.2.4. Recrutement des patients

Le recrutement des patients était effectué quotidiennement au niveau des boxes de tri en collaboration avec l'Infirmier Organisateur de l'Accueil (IOA). Les médecins qui assuraient la garde de nuit étaient sollicités pour continuer le recrutement durant la nuit.

1.2.5. Recueil et exploitation des données

Nous avons réalisé la collecte et l'analyse des données par les logiciels SPHINX et Excel 2016.

2. RESULTATS

2.1. Effectif

Durant notre période d'étude, **250** questionnaires distribués, **250** retournés soit un taux de réponse de **100%**.

2.2. Données sur les patients

2.2.1. Répartition selon le sexe

Nous avons retrouvé 54% de patients de sexe masculin avec un sex-ratio de 1,17.

La figure 24 représente la répartition selon le sexe.

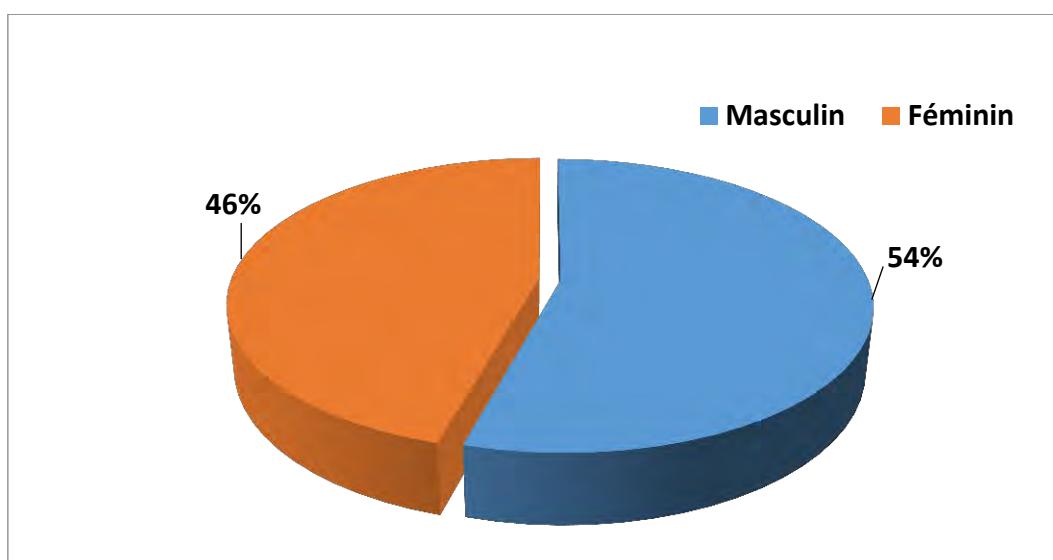


Figure 24: Répartition selon le sexe

2.2.2. Répartition selon l'âge

On a une prédominance des adultes jeunes entre 16 et 40 ans soit 41,6% ; les sujets âgés au-delà de 60 ans représentaient 20,8% et les enfants d'âges pédiatriques représentaient 14,4%.

La figure 25 représente la répartition selon l'âge.

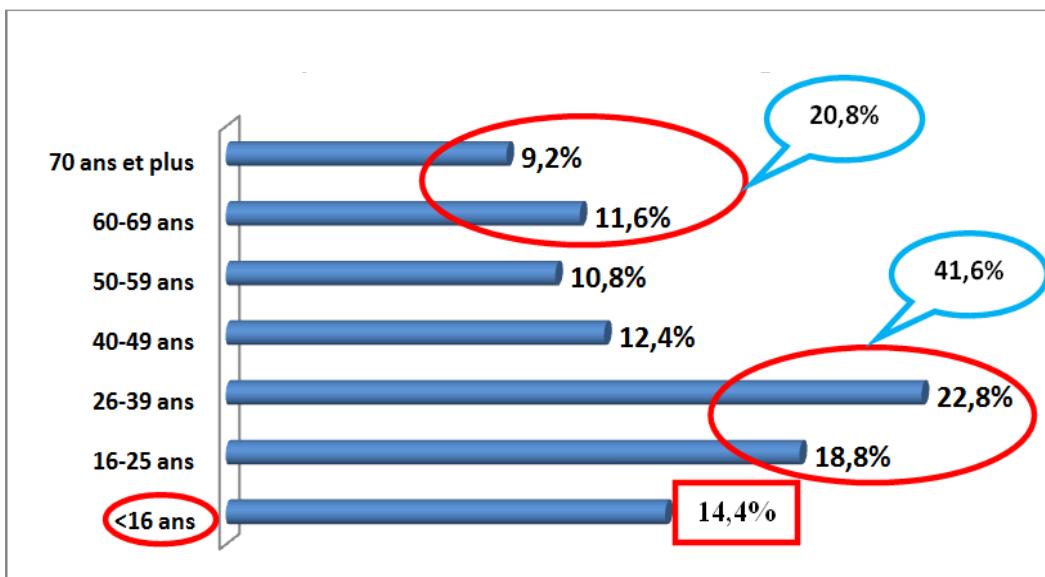


Figure 25: Répartition selon l'âge

2.2.3. Personne ayant répondu au questionnaire

Dans la majorité des cas c'est le patient qui a répondu au questionnaire soit 66% (figure 26).

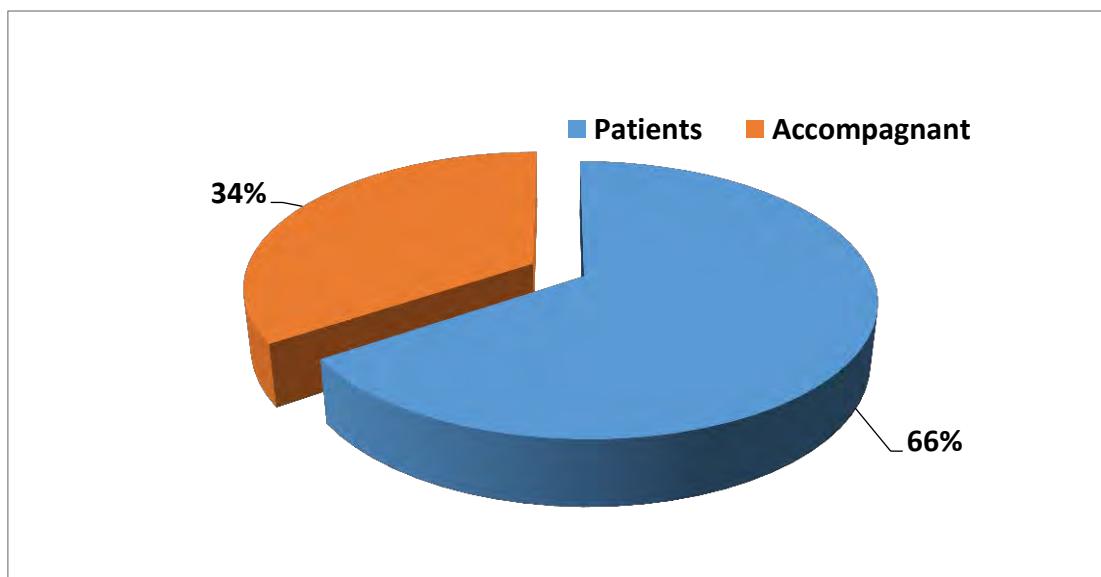


Figure 26: Répartition selon la personne qui a répondu

2.2.4. Fréquentation du service des urgences

La majeure partie des patients (74%) étaient venus aux urgences pour la première fois (figure 27).

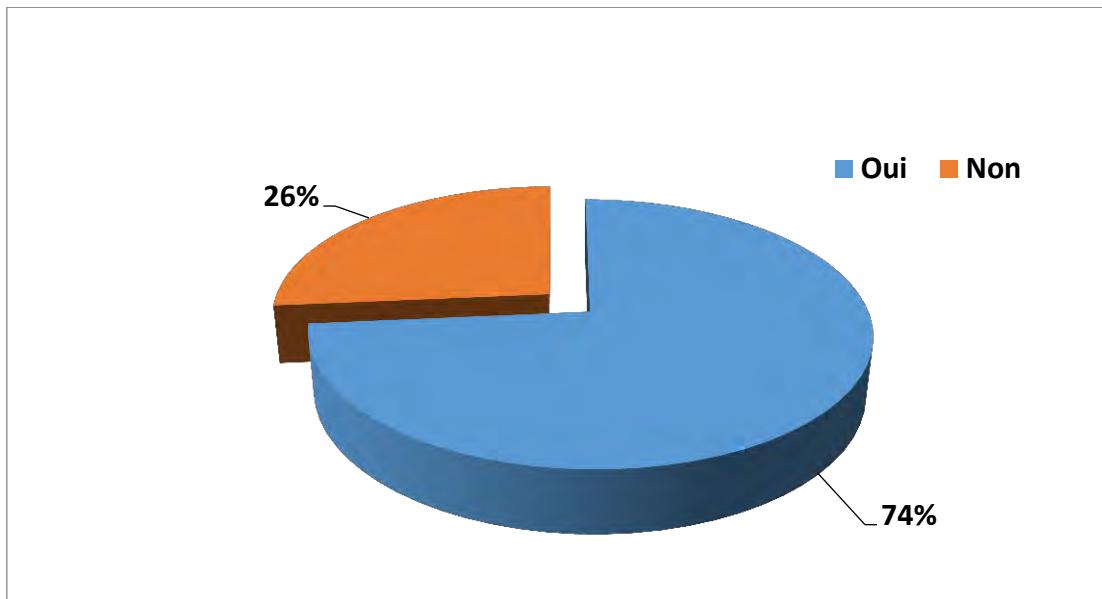


Figure 27: Répartition selon le nombre de passage aux urgences

2.2.5. Nombre d'accompagnant

La majeure partie des patients étaient venus avec deux accompagnants ou moins (figure 28).

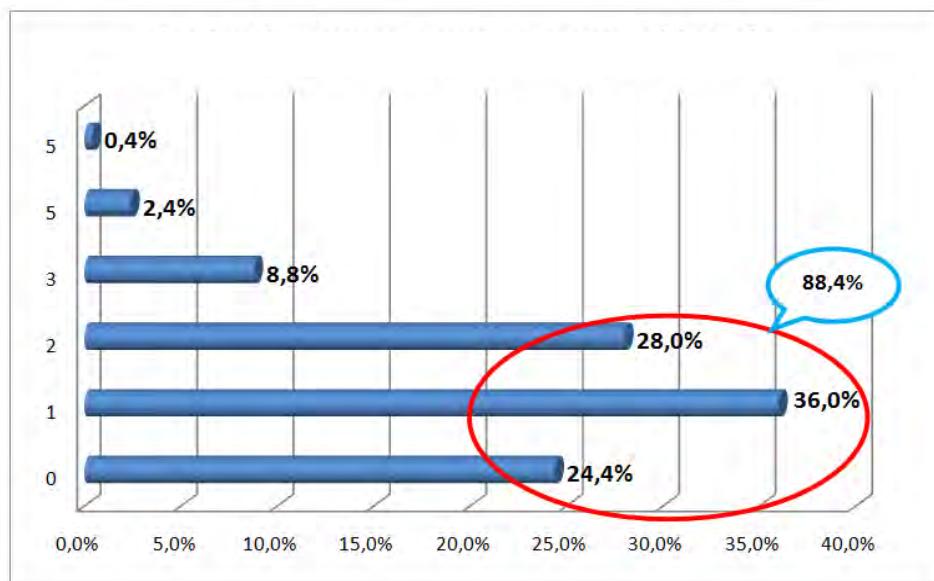


Figure 28: Répartition selon le nombre d'accompagnant

2.2.6. Le jour de votre consultation

La majeure partie des patients venaient en début de semaine (41,2%) et en fin de semaine (35,5%). La figure 29 représente la répartition selon le jour de consultation.

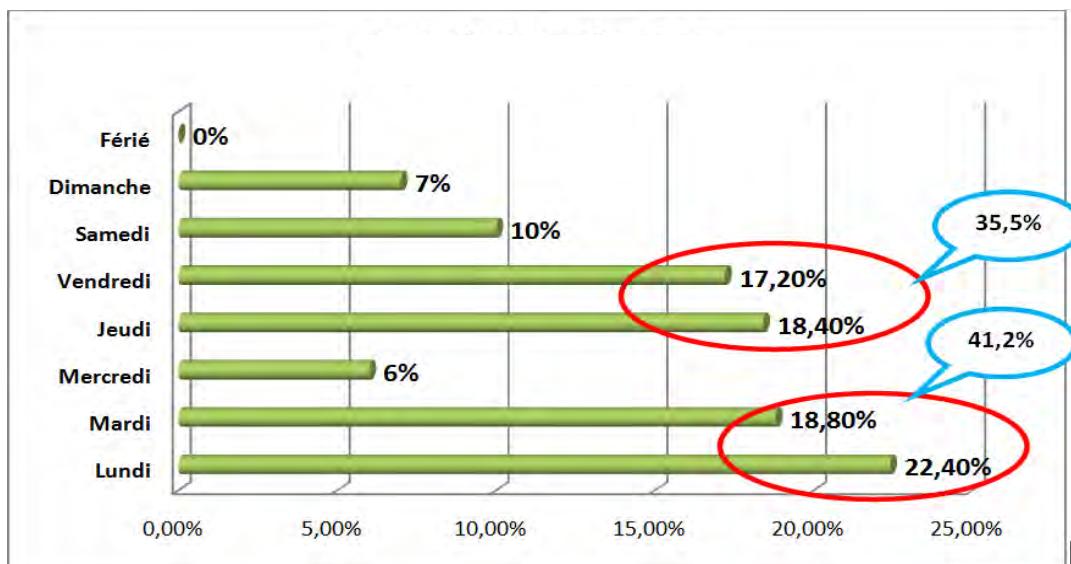


Figure 29: Répartition selon le jour de consultation

2.2.7. L'heure de votre consultation

Les heures de pointes aux urgences étaient représentées par les tranches horaires entre 08h et 14h. La figure 30 représente la répartition selon l'heure de la consultation

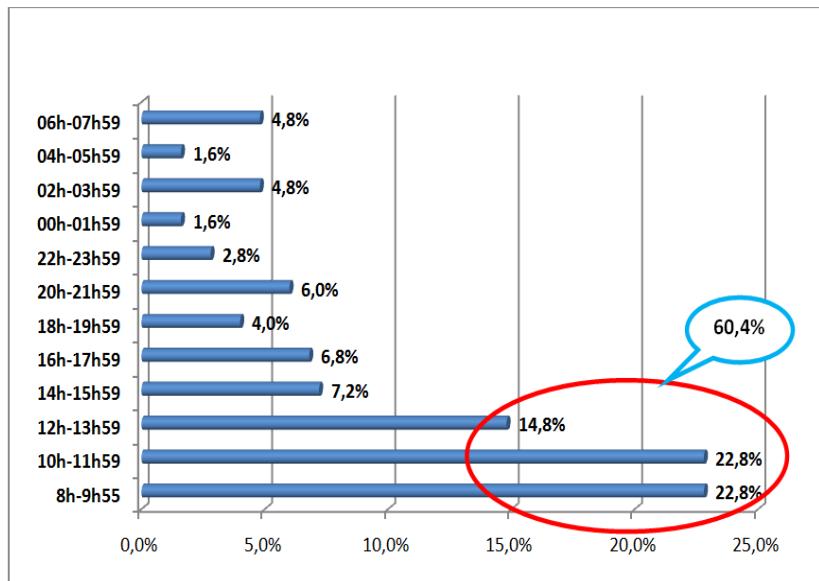


Figure 30: Répartition selon l'heure de la consultation

2.3. L'orientation vers le service des urgences de l'hôpital principal de Dakar

2.3.1. Vous avez été orienté vers le service des urgences par qui ? (Plusieurs réponses possibles)

Les patients étaient venus aux urgences soit du fait d'une bonne réputation supposée pour le service ou pour l'hôpital soit du fait d'une satisfaction lors d'une prise en charge antérieure, soit 24%, alors que dans 25,6%, les patients étaient venus sur conseil médical (figure 31).

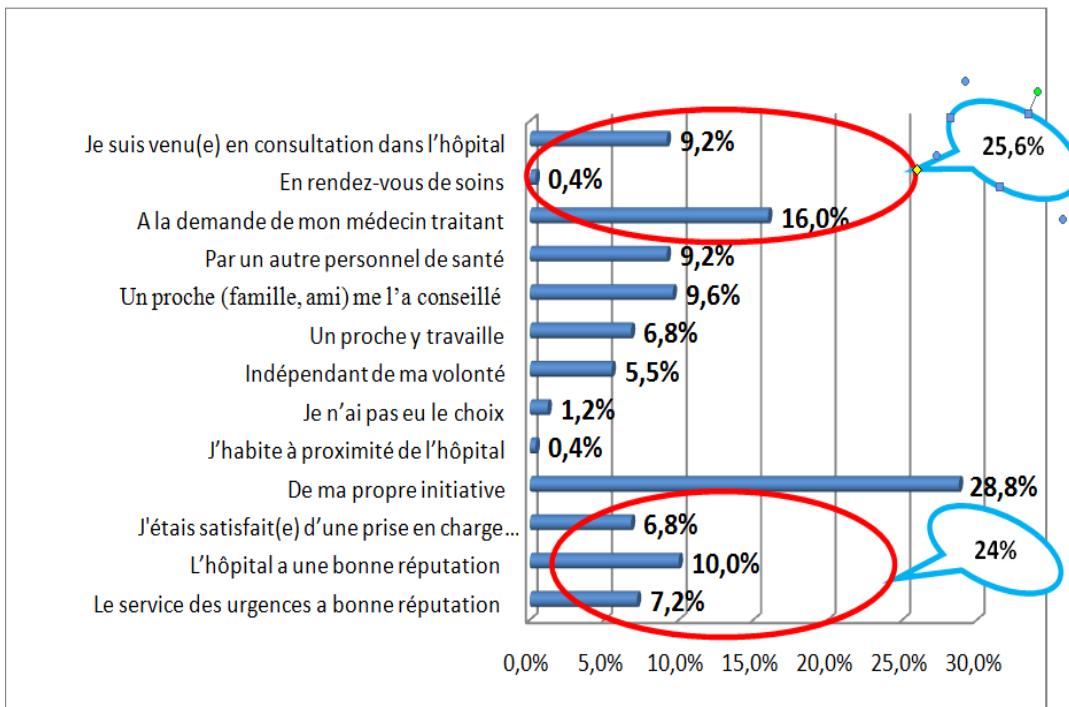


Figure 31: Répartition selon l'orientation des patients

2.4. Les moyens d'accès aux urgences

2.4.1. Vous avez été transporté par?

Les moyens de transport les plus utilisés étaient les moyens propres et les taxis soit 84,8%.

La figure 32 représente la répartition selon le moyen de transport.

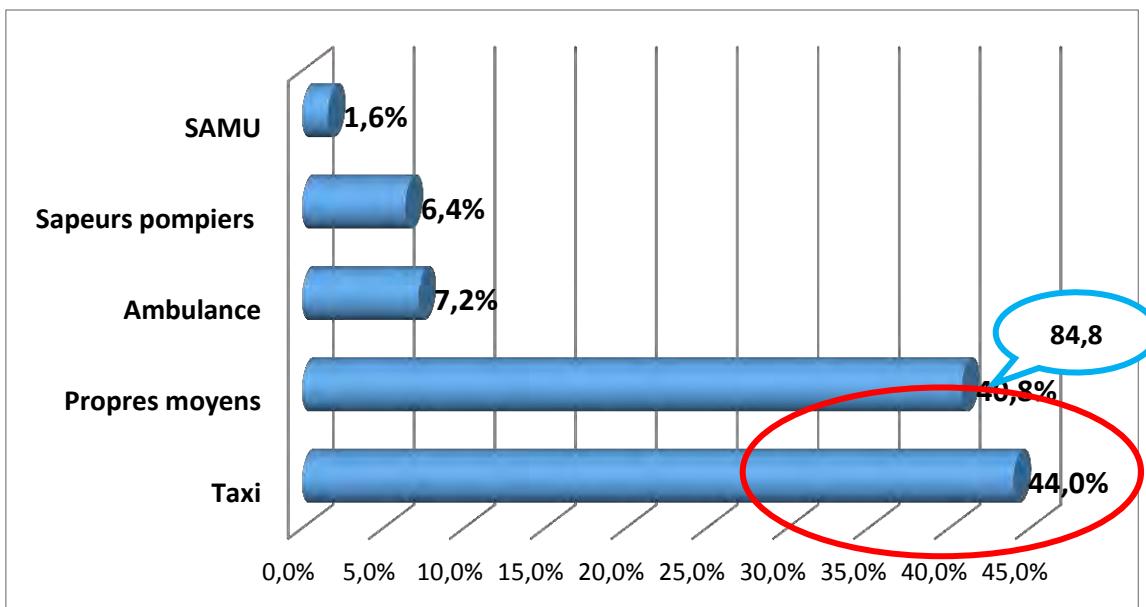


Figure 32: Répartition selon le moyen de transport

2.4.2. Dans le cadre d'un déplacement personnel, avez-vous trouvé facilement le service des urgences ?

Les 96% des répondants estimaient que l'accès aux urgences était très facile. La figure 33 représente l'appréciation de l'accès aux urgences.

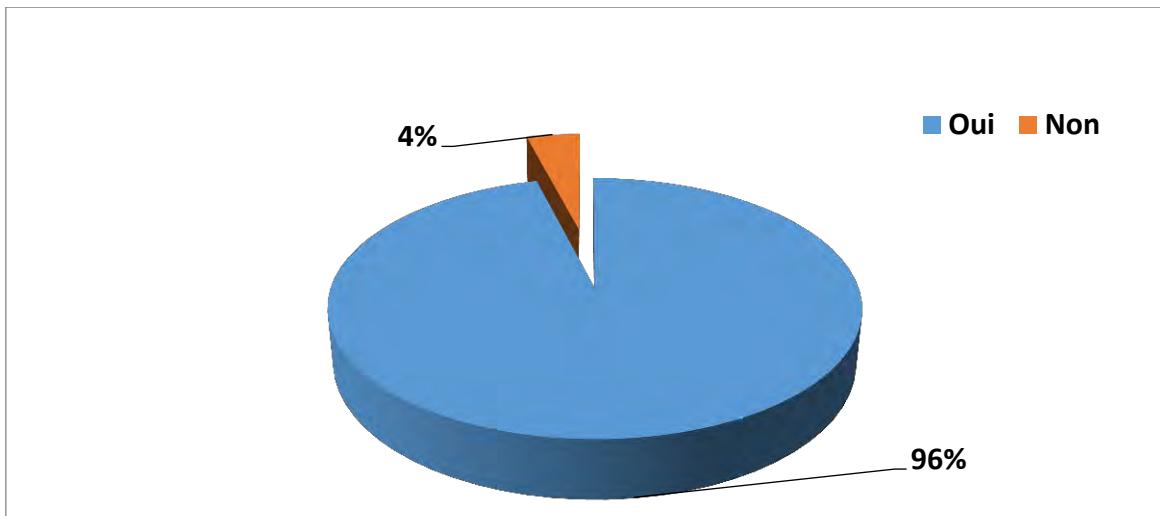


Figure 33: Appréciation de l'accès aux urgences

2.4.3. Le stationnement à l'hôpital

Plus de la moitié (59,6%) des répondants trouvaient le stationnement dans l'hôpital satisfaisant. La figure 34 représente l'appréciation du stationnement des véhicules à l'hôpital.

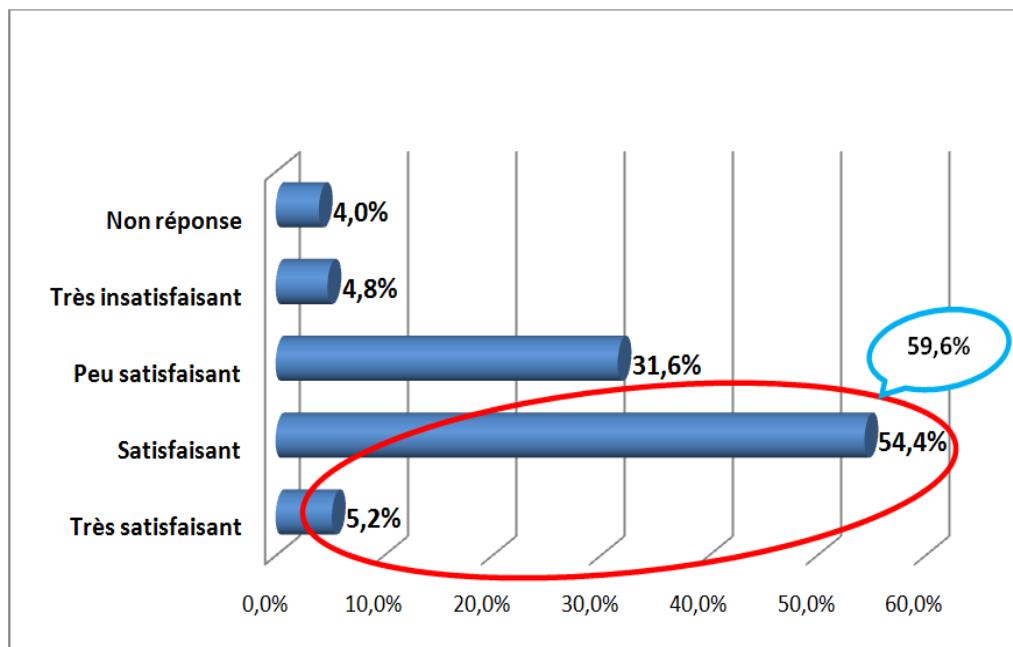


Figure 34: L'appréciation du stationnement des véhicules à l'hôpital

2.5. Votre arrivée aux urgences, l'accueil et les formalités administratives

2.5.1. La première personne ayant accueilli le patient à l'arrivée

Le premier contact avec le patient était un personnel de soins dans 92,8% des cas.

La figure ci-dessous représente le premier contact du patient aux urgences.

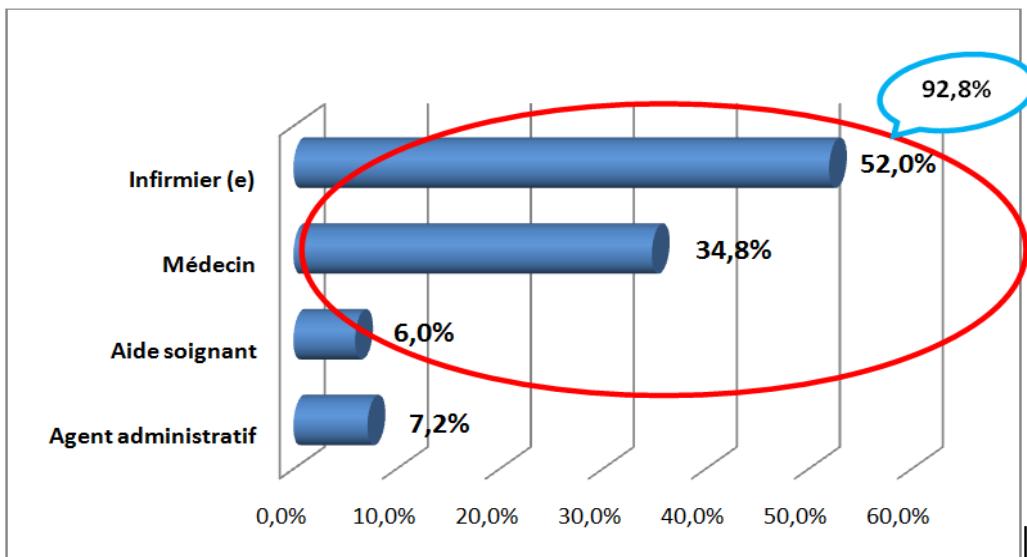


Figure 35: Répartition selon le premier contact aux urgences

2.5.2. Votre avis sur le délai d'attente avant de voir un médecin

Les 76% des patients trouvaient que le délai d'attente avant de voir un médecin était satisfaisant. La figure 36 représente la répartition selon le délai d'attente aux urgences.

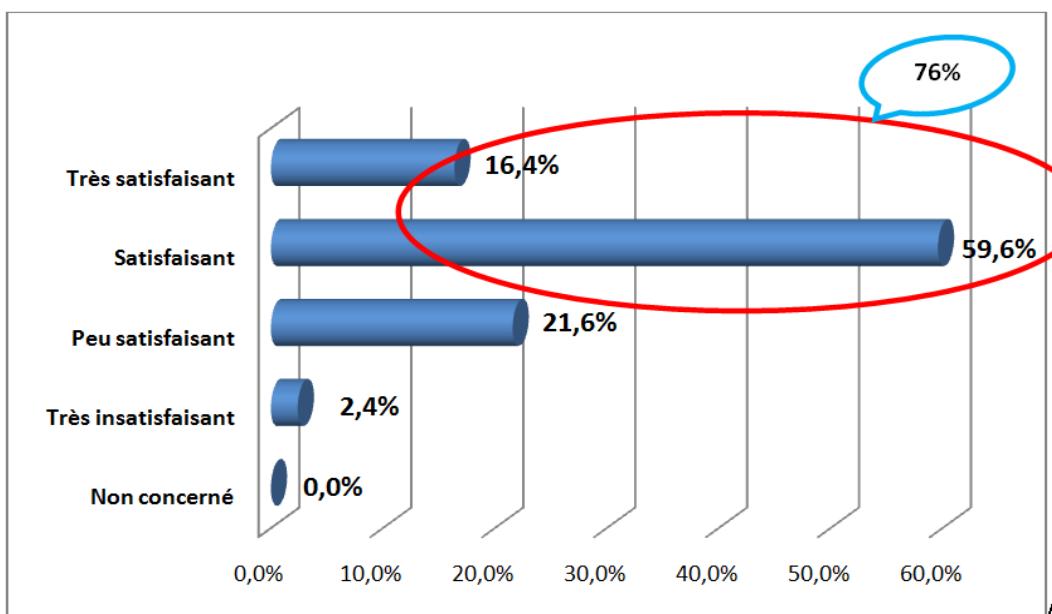


Figure 36: Répartition selon le délai d'attente aux urgences

2.5.3. Votre avis sur la qualité de l'accueil, la courtoisie et la servabilité

Plus de la moitié (85,2%) des répondants trouvaient la qualité de l'accueil satisfaisante (figure 37).

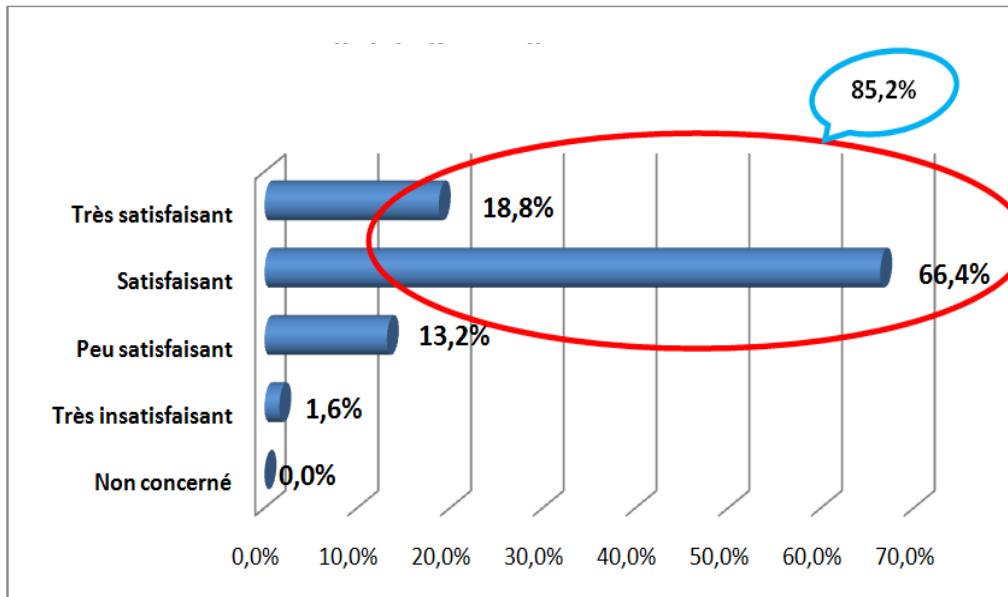


Figure 37: Répartition selon la qualité de l'accueil aux urgences

2.5.4. Votre avis sur la salle d'attente : disponibilité des sièges, discréction

Les 83,6% des répondants étaient satisfaits de la salle d'attente. La figure 38 représente la répartition selon l'appréciation de la salle d'attente.

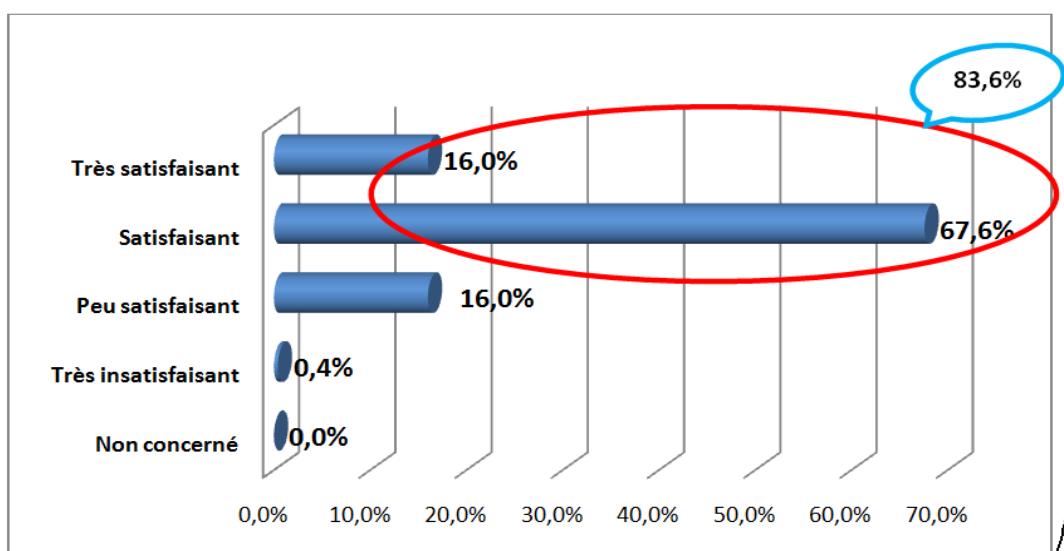


Figure 38: Répartition selon l'appréciation de la salle d'attente

2.5.5. Votre avis sur la possibilité d'occupation au niveau de la salle d'attente

Les 81,6% des répondants étaient satisfaits de la possibilité d'occupation durant l'attente (figure 39).

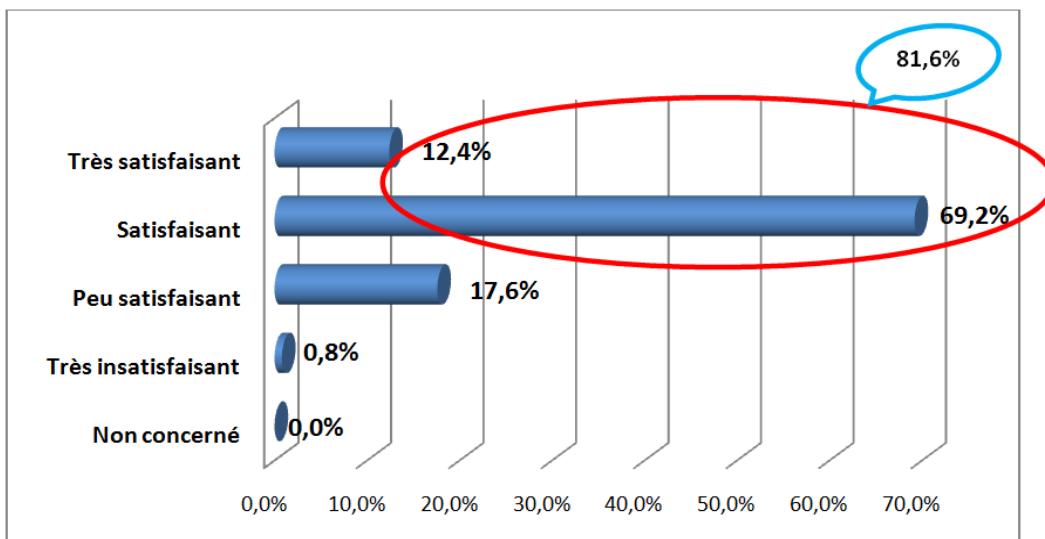


Figure 39: Répartition selon la possibilité d'occupation durant l'attente

2.5.6. Concernant votre motif de recours

Les 5% des répondants estimaient qu'on ne leur a pas demandé pourquoi ils étaient venus aux urgences. La figure 40 représente la répartition selon la demande du motif de recours.

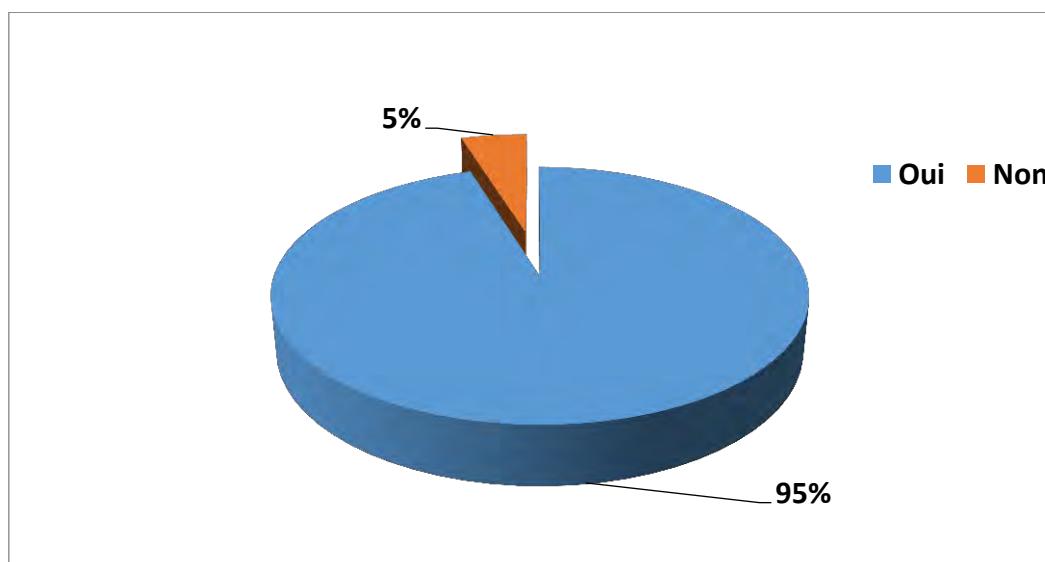


Figure 40: Répartition selon la demande du motif de recours

2.5.7. Concernant le déroulement de votre prise en charge

Les 25% des répondants estimaient qu'on ne leur avait pas expliqué le déroulement de leur prise en charge. La figure 41 représente la répartition selon l'information sur la prise en charge.

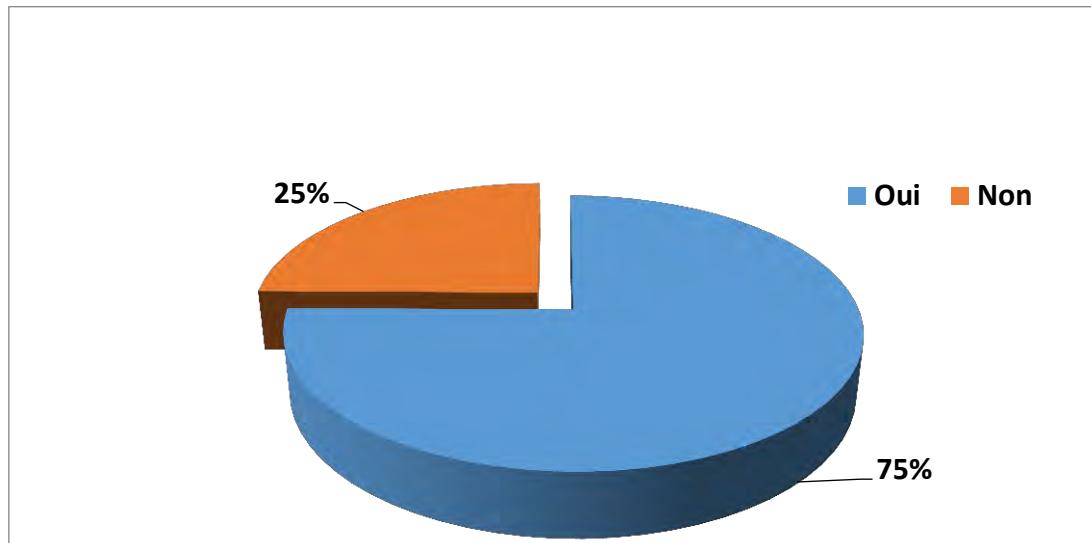


Figure 41: Répartition selon l'information sur la prise en charge

2.5.8. Concernant vos délais d'attente

Plus de la moitié (51%) n'avaient pas eu des renseignements sur leur délai d'attente (figure 42).

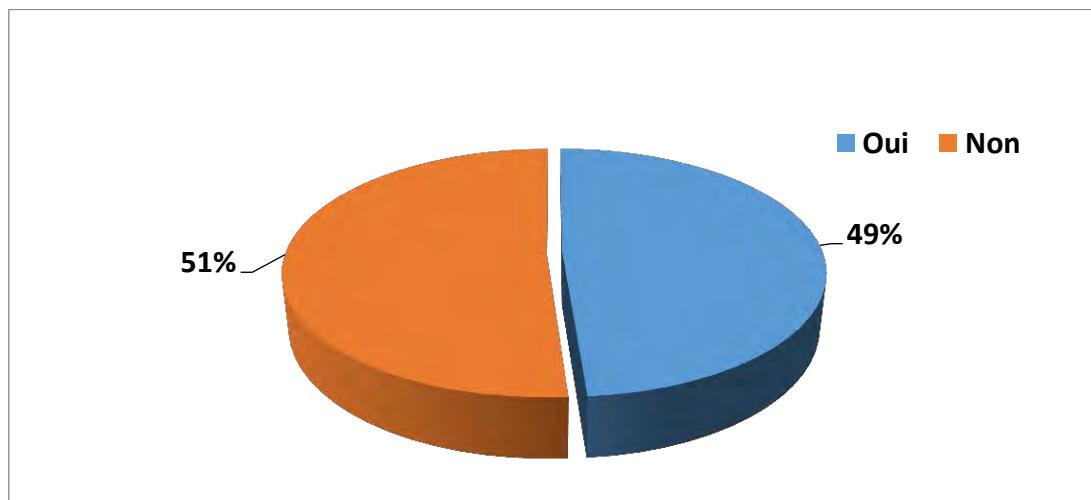


Figure 42: Répartition selon l'information donnée sur les délais d'attente

2.6. Quel est le problème qui fut la cause de votre venue aux urgences

2.6.1. Motifs de recours

Les affections somatiques dominaient les motifs de recours aux urgences soit 69% (figure 43).

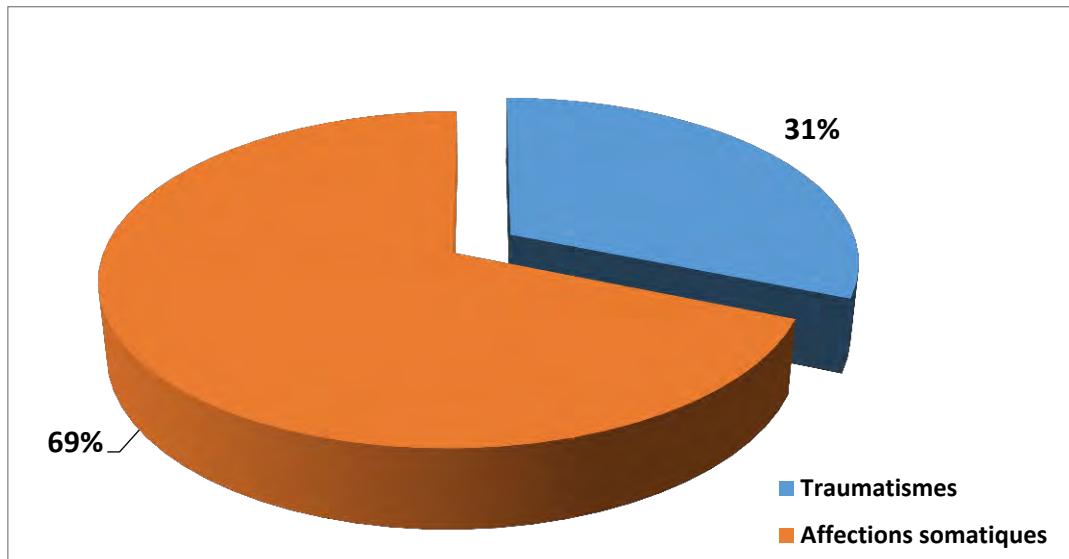


Figure 43: Répartition selon les motifs de recours aux urgences

2.6.2. S'il s'agit d'un accident, quel était le type ?

Les accidents domestiques étaient les premiers motifs pour traumatismes soit 28,2% ; suivis des accidents de travail 24,4% ; ensuite les accidents de la voie publique 23,1% (figure 44).

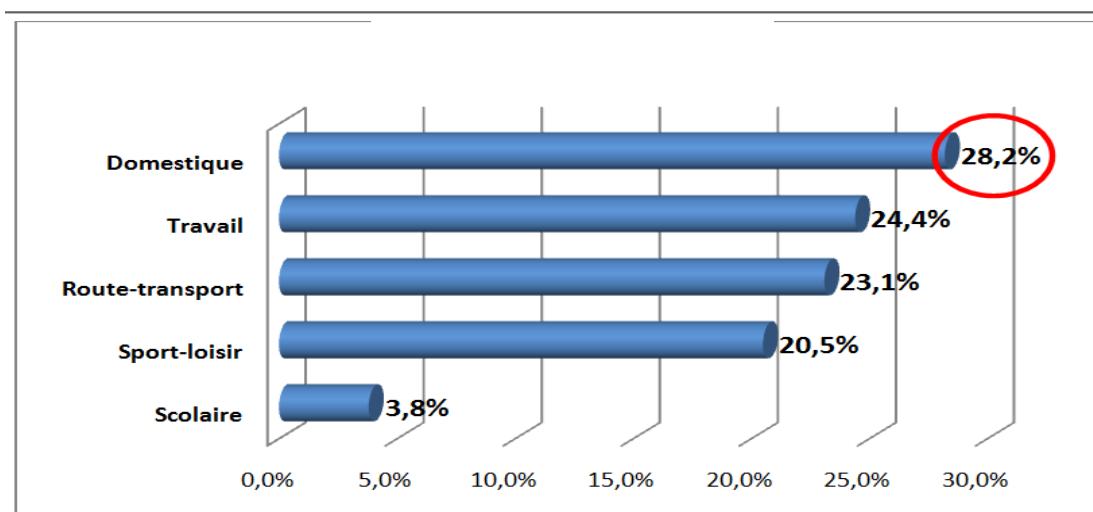


Figure 44: Répartition selon le type de traumatisme

2.6.3. S'il s'agit d'une affection somatique, quel était le type ?

La douleur constituait le premier motif de consultation aux urgences pour les affections somatiques soit 52,7%. La figure 45 représente la répartition selon le type d'affection somatique.

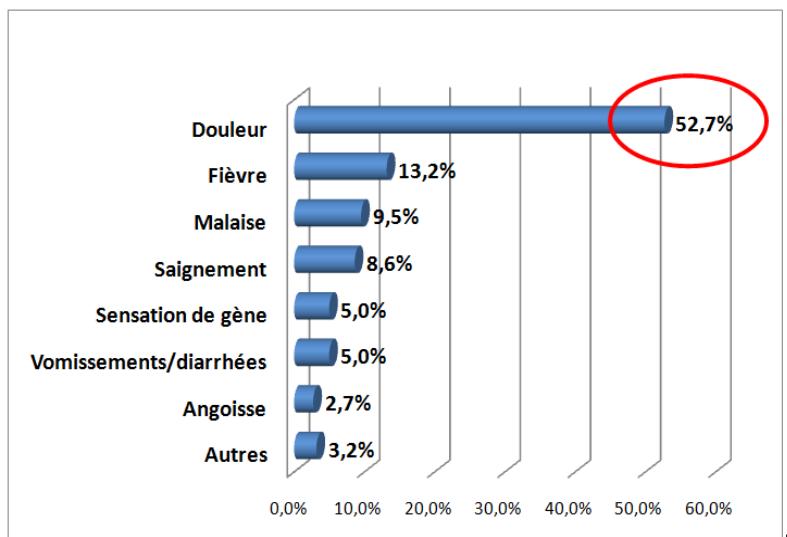


Figure 45: Répartition selon le type d'affection somatique

2.7. La prise en charge médicale et paramédicale

2.7.1. Avez-vous eu des informations précises sur votre état de santé?

Les 89% des patients estimaient qu'ils avaient eu des informations précises sur leur état de santé (figure 46).

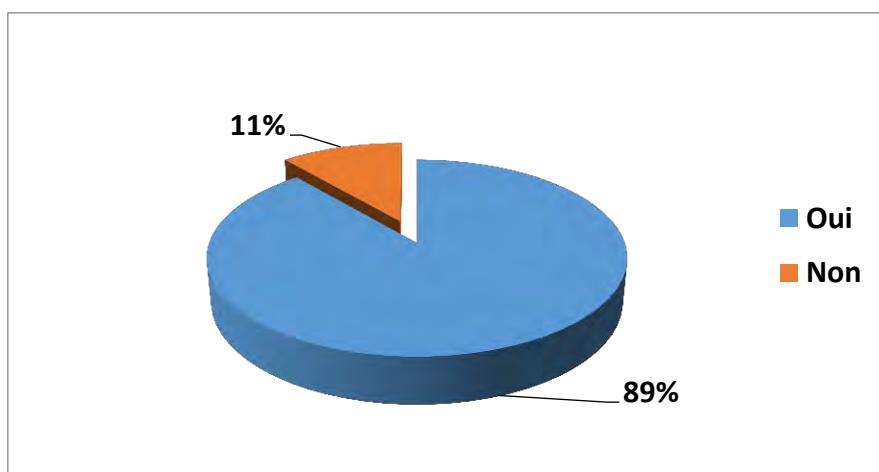


Figure 46: Répartition selon l'information donnée sur l'état de santé des patients

2.7.2. Vous a-t-on fait des examens complémentaires (radiographie, scanner, IRM, biologie, échographie)?

Les 53% des patients avaient eu des examens complémentaires aux urgences.

La figure ci-dessous représente la répartition selon la demande d'examens complémentaires

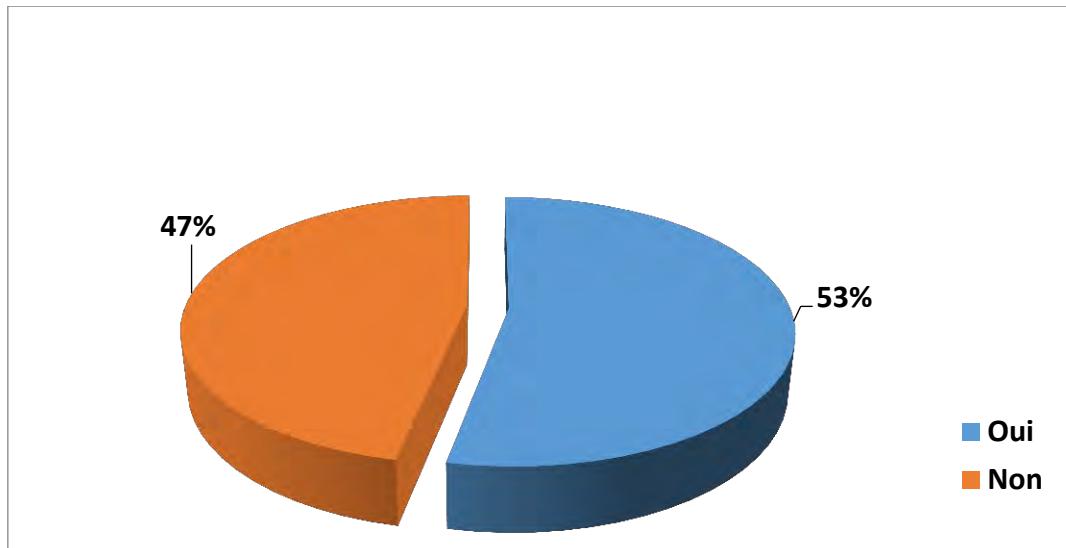


Figure 47: Répartition selon la demande ou non d'examens complémentaires

2.7.3. Informations sur la nature et le déroulement des examens complémentaires

Les 83% des répondants estimaient qu'ils avaient eu des informations claires sur le déroulement de leurs examens complémentaires. La figure 48 représente la répartition selon l'information sur le délai d'attente des examens complémentaires.

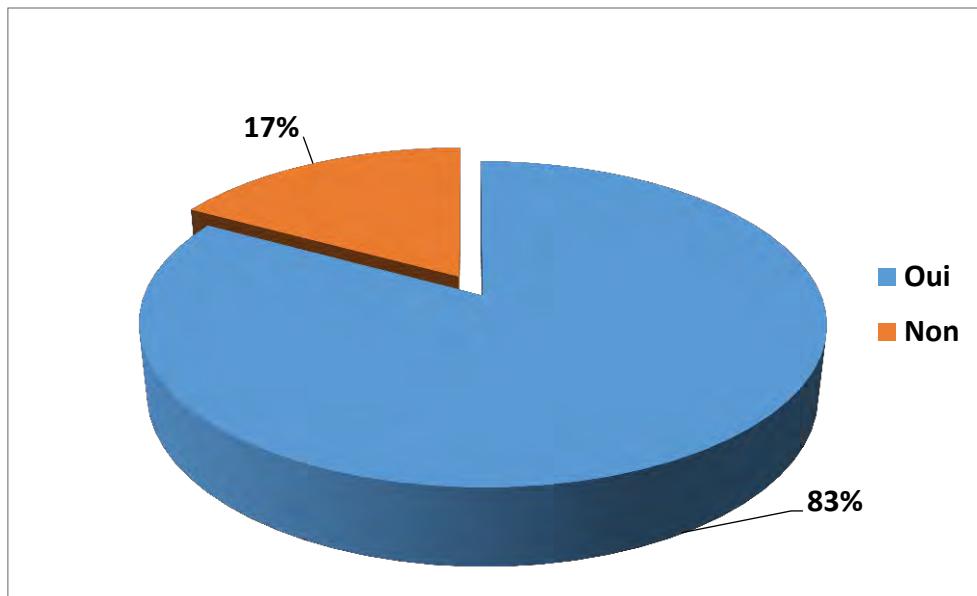


Figure 48: Répartition selon l'information donnée sur le déroulement des examens complémentaires.

2.7.4. Le délai d'attente avant les examens complémentaires

Le délai d'attente avant la réalisation des examens complémentaires a été jugé satisfaisant chez 78,5% des répondants (figure 49).

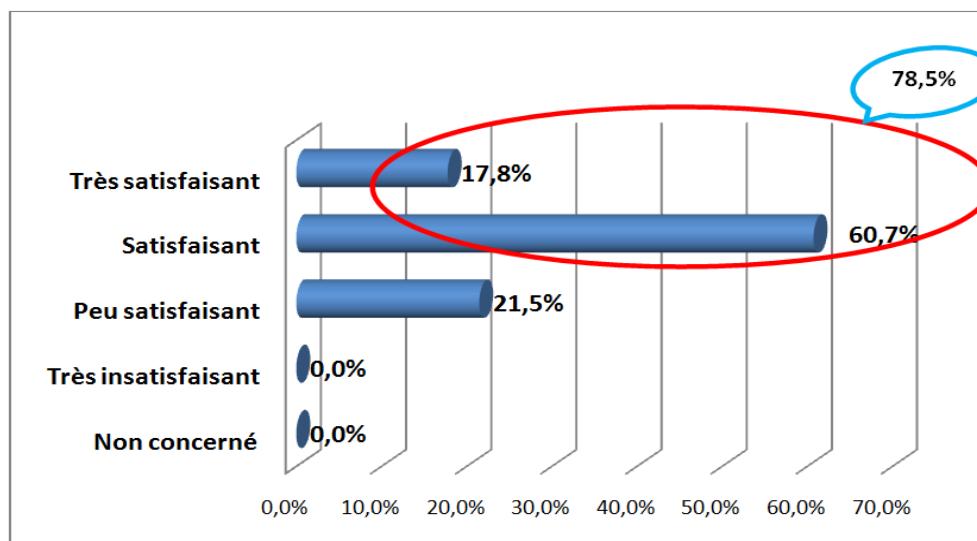


Figure 49: Répartition selon le délai d'attente des examens complémentaires

2.7.5. La courtoise du personnel pendant les soins

Les 89,6% des répondants trouvaient le personnel courtois. La figure 50 représente la répartition selon la courtoise du personnel.

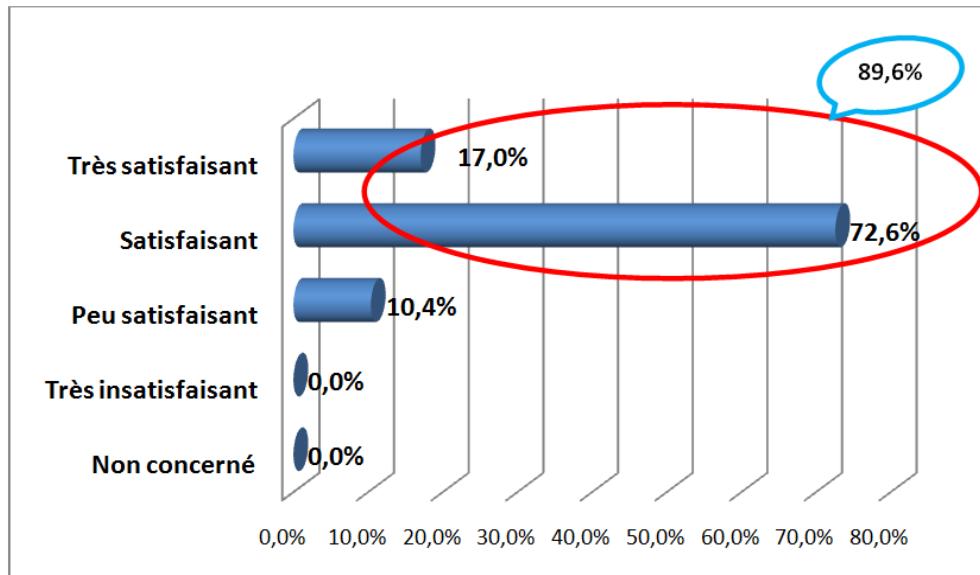


Figure 50: Répartition selon l'appréciation sur la courtoisie du personnel

2.7.6. Votre installation

Les 91,8% des répondants trouvaient qu'ils étaient bien installés par le personnel (figure 51).

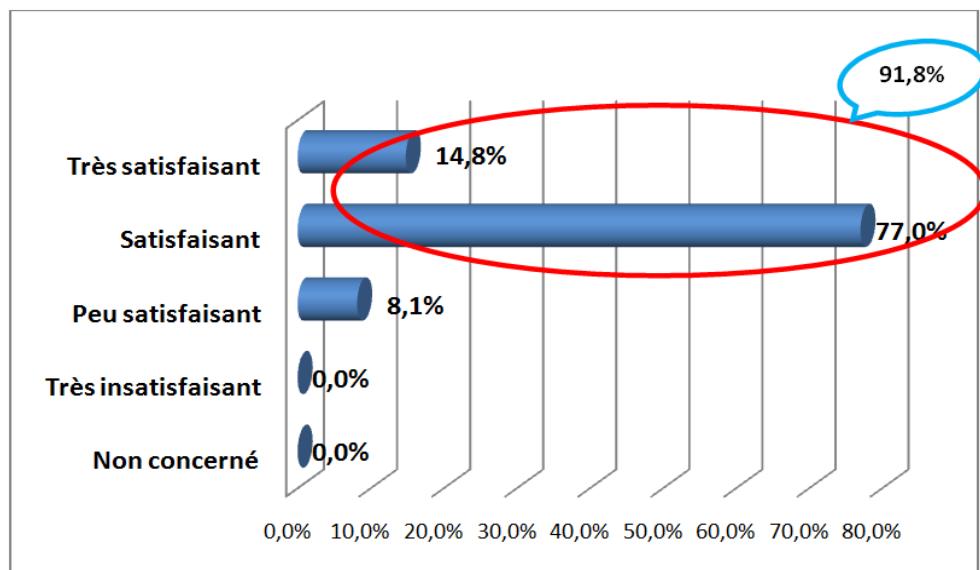


Figure 51: Répartition selon l'appréciation sur l'installation des patients

2.7.7. Le respect de votre intimité

Les 91,9% des patients trouvaient que leur intimité et leur pudeur avaient été respectées. La figure 52 représente la répartition sur le respect de l'intimité et de la pudeur.

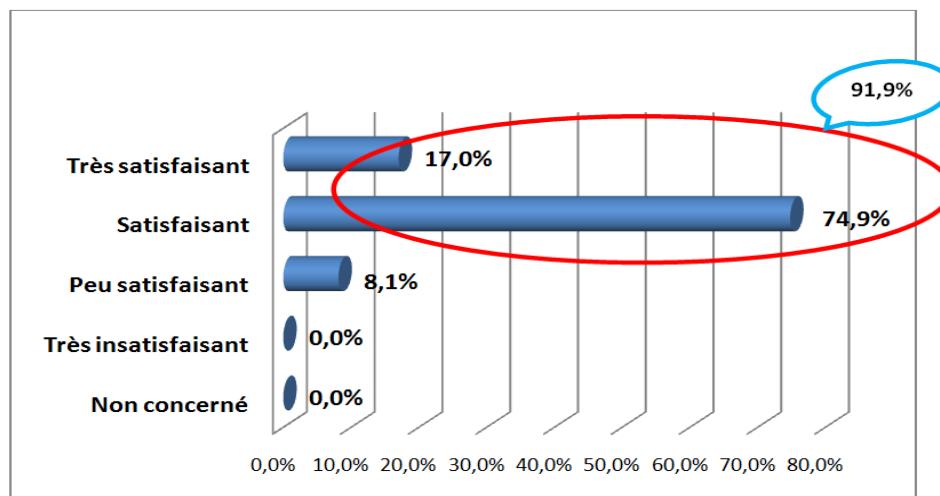


Figure 52: Répartition selon l'appréciation sur le respect de l'intimité et de la pudeur

2.7.8. La patience du personnel à votre égard

Les 93,3% des répondants jugeaient que le personnel avait été très patient à leur égard (figure 53).

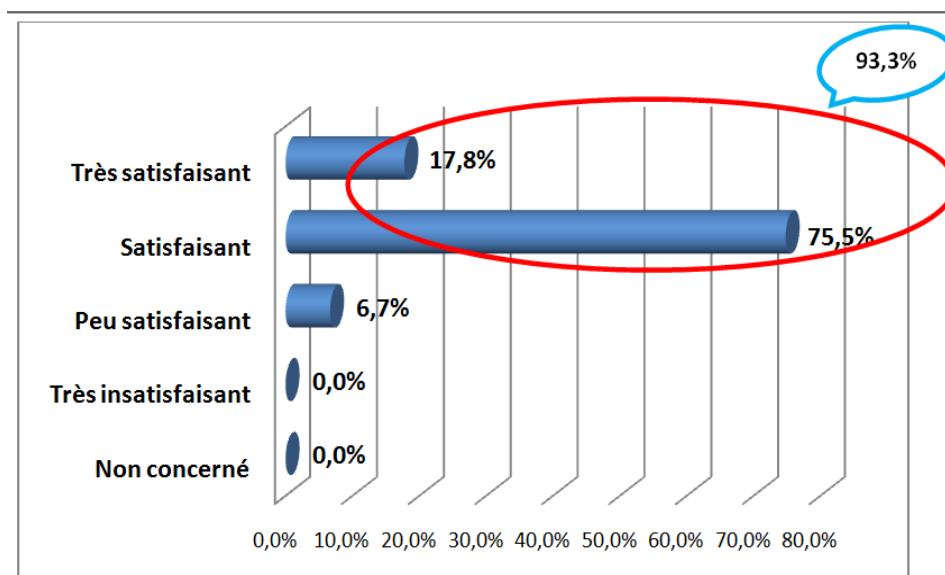


Figure 53: Répartition selon l'appréciation sur la patience du personnel

2.7.9. L'attention portée à votre confort

Les 93,3% des répondants jugeaient que le personnel avait porté une attention à leur confort. La figure 54 représente la répartition selon l'appréciation sur l'attention portée au confort.

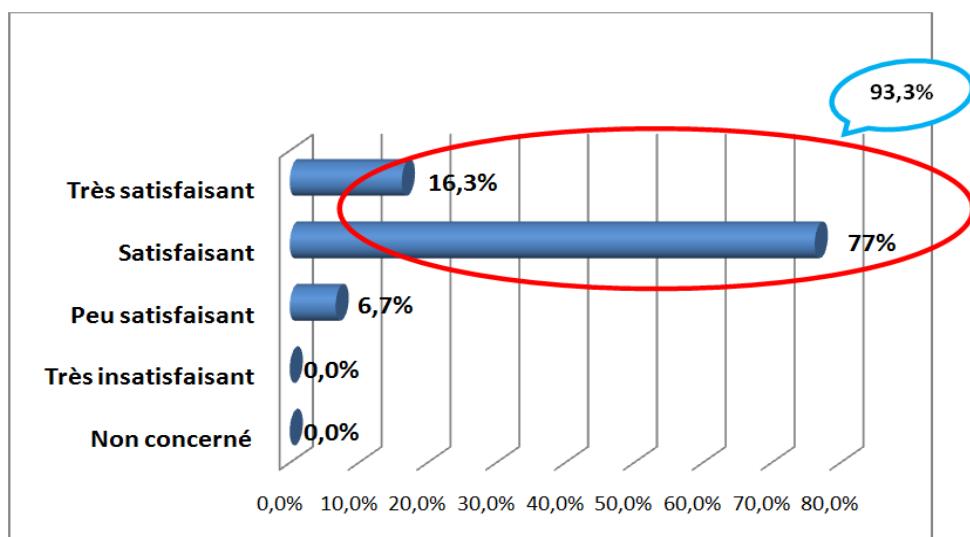


Figure 54: Répartition selon l'appréciation sur l'attention portée au confort des patients

2.7.10. Le sentiment de sécurité

Les 97% des répondants se sentaient en parfaite sécurité lors de leur prise en charge (figure 55).

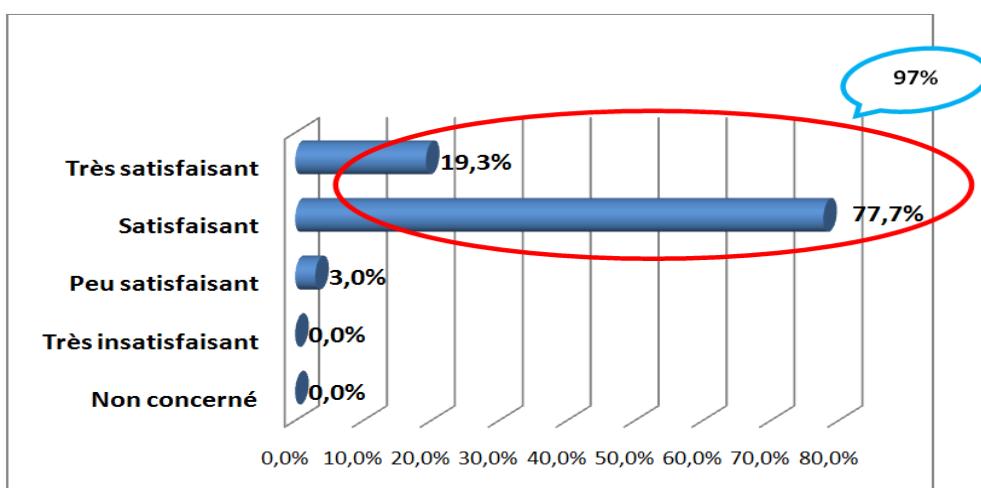


Figure 55: Répartition selon l'appréciation sur la sécurité lors de la prise en charge

2.7.11. Votre douleur

Les 70% des répondants ressentaient une douleur à l'arrivée et 69% en avaient parlé aux soignants. La figure 56 représente la répartition selon l'appréciation de la douleur.

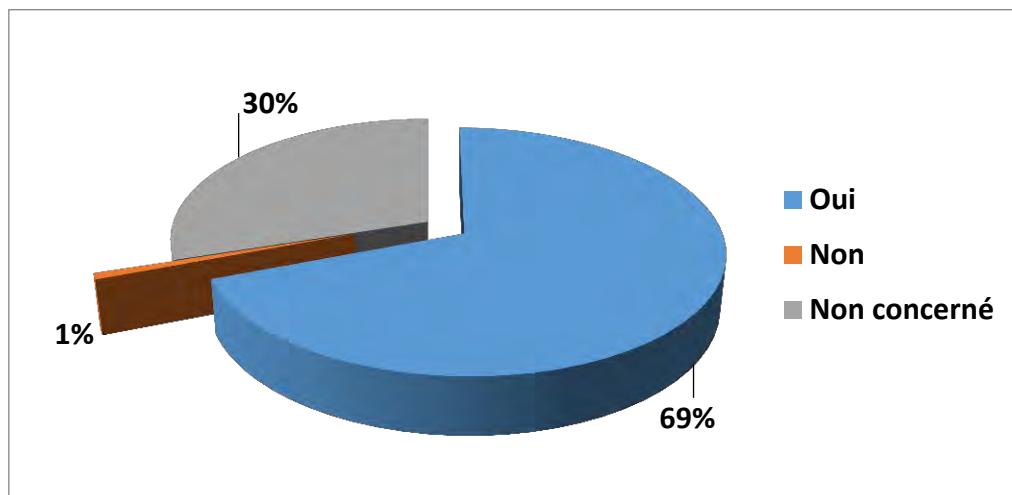


Figure 56: Répartition selon l'appréciation de la douleur à l'arrivée aux urgences

2.7.12. Le traitement de votre douleur

Les 88% des patients qui avaient signalé leur douleur, avaient eu un traitement antalgique, 5% des patients ne pouvaient dire s'ils avaient reçu des antalgiques ou non, et 7% n'avaient pas reçu d'antalgiques (figure 57).

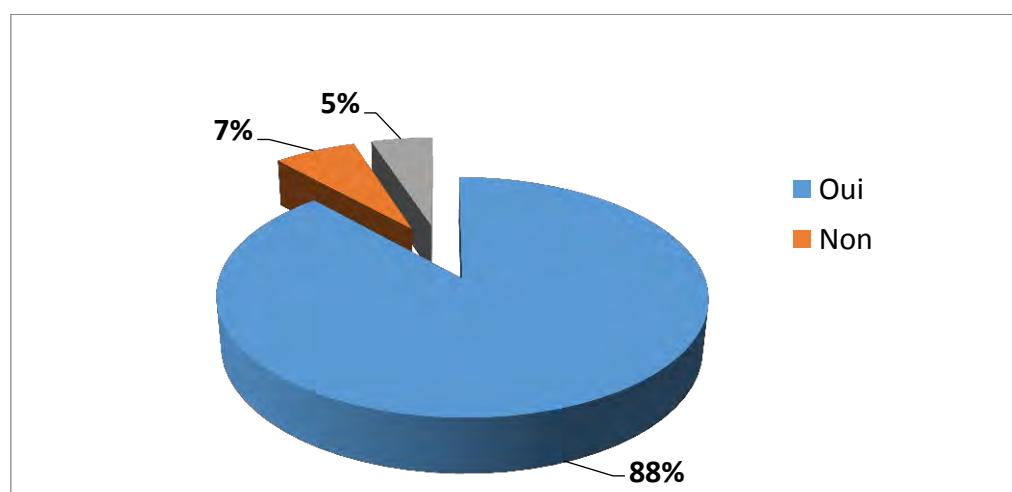


Figure 57: Répartition selon l'administration ou non de traitement en cas de douleur

2.7.13. Le soulagement de votre douleur

Les 79,5% des patients qui présentaient une douleur avaient jugé que le soulagement de leur douleur était bon voir excellent. La figure 58 représente la répartition selon le soulagement de la douleur.



Figure 58: Répartition selon l'appréciation du soulagement de la douleur

2.8. Hospitalisation

2.8.1. Nécessité d'hospitalisation

Les 17% des patients avaient été hospitalisés à l'issu de leur passage aux urgences (figure 59).

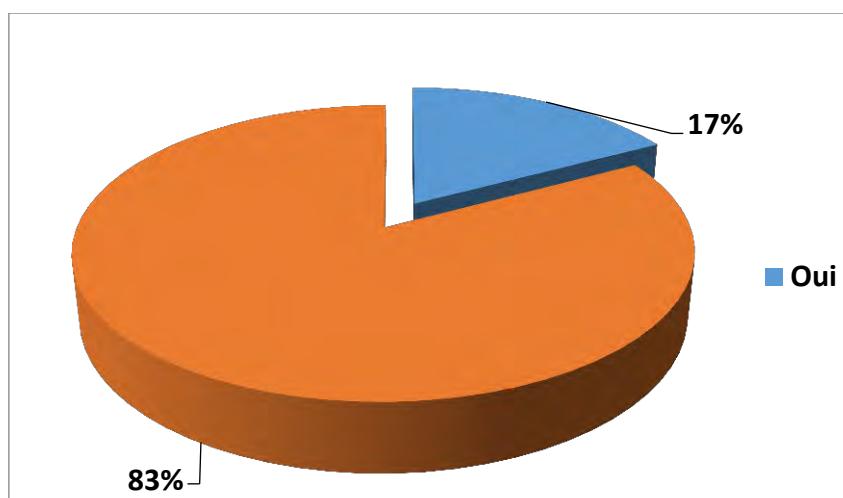


Figure 59: Répartition selon la nécessité d'hospitalisation

2.8.2. A-t-on avertit un membre de votre famille

Les 84% des patients hospitalisés estimaient que leurs familles avaient été averties avant (figure 60).

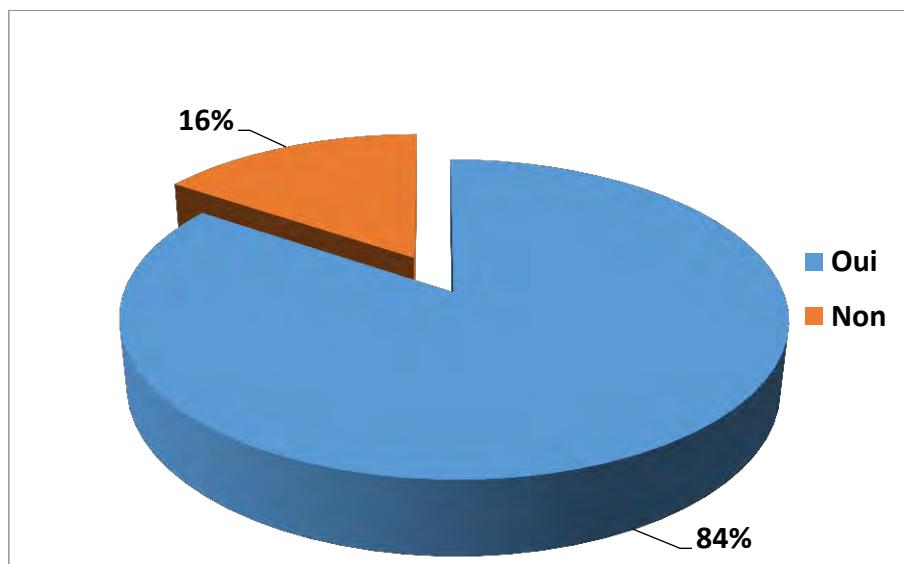


Figure 60: Répartition selon l'information donnée au membre de la famille des patients sur l'hospitalisation

2.8.3. Le temps d'attente avant votre départ pour hospitalisation

Les 86% des patients hospitalisés avaient quitté les urgences dans les 03 heures (figure 61).

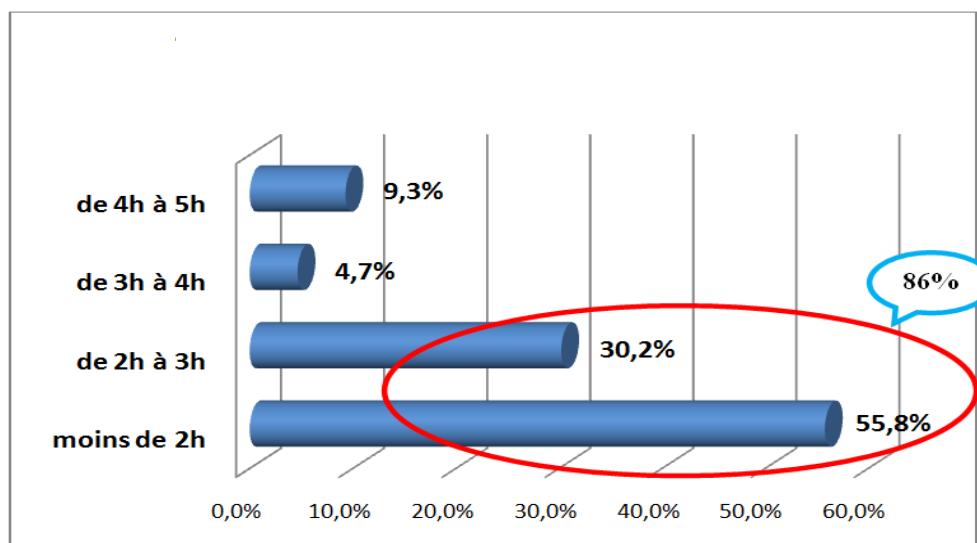


Figure 61: Répartition selon le temps d'attente avant le départ des urgences vers l'hospitalisation

2.8.4. Comment jugez-vous le délai d'attente avant une hospitalisation?

Les 95,3% des patients hospitalisés jugeaient que le délai d'attente avant de quitter les urgences était satisfaisant (figure 62).

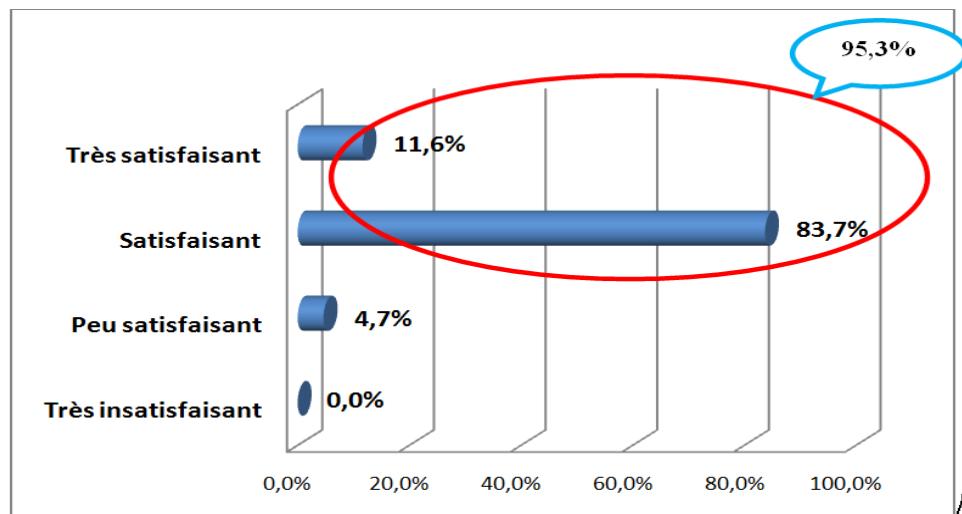


Figure 62:Appréciation du temps d'attente

2.9. Votre sortie

2.9.1. La clarté des consignes à la sortie

Les 91,2% des patients jugeaient que les consignes données à leur sortie sur les traitements avaient été satisfaisants (figure 63).

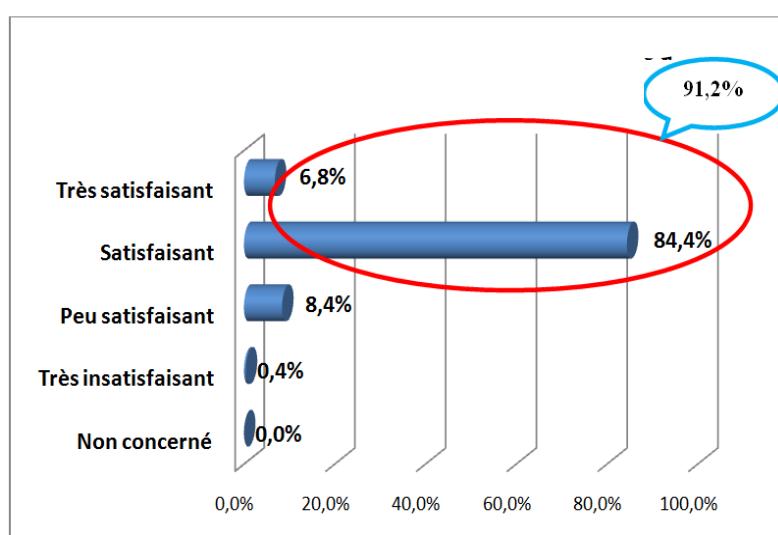


Figure 63: Appréciation de la clarté des consignes à la sortie

2.10. Votre appréciation globale

2.10.1. Votre appréciation globale sur la confidentialité aux urgences

Les 92,8% des patients étaient satisfaits de la confidentialité aux urgences (figure 64).

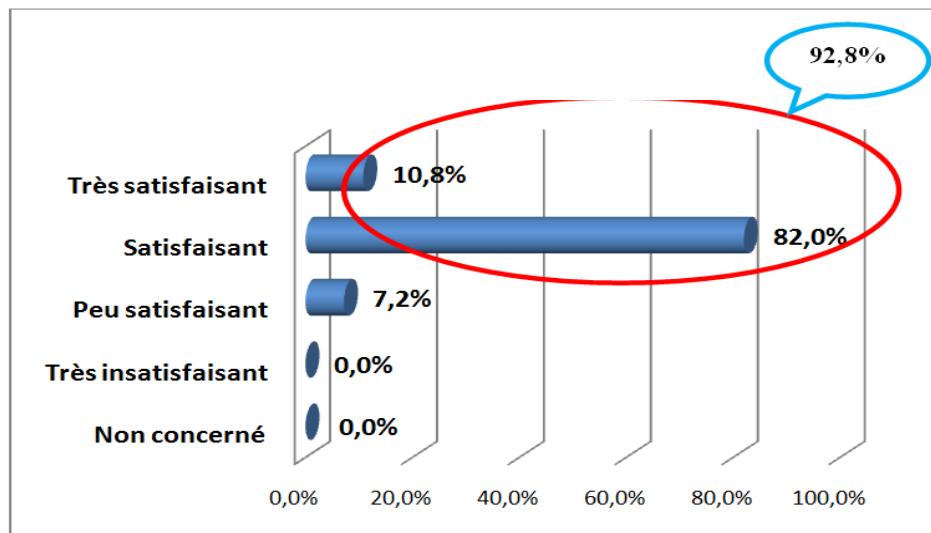


Figure 64:Appréciation globale de la confidentialité aux urgences

2.10.2. Votre appréciation globale sur les locaux des urgences

De façon générale, 94,4% des patients jugeaient les locaux des urgences satisfaisants (figure 65).

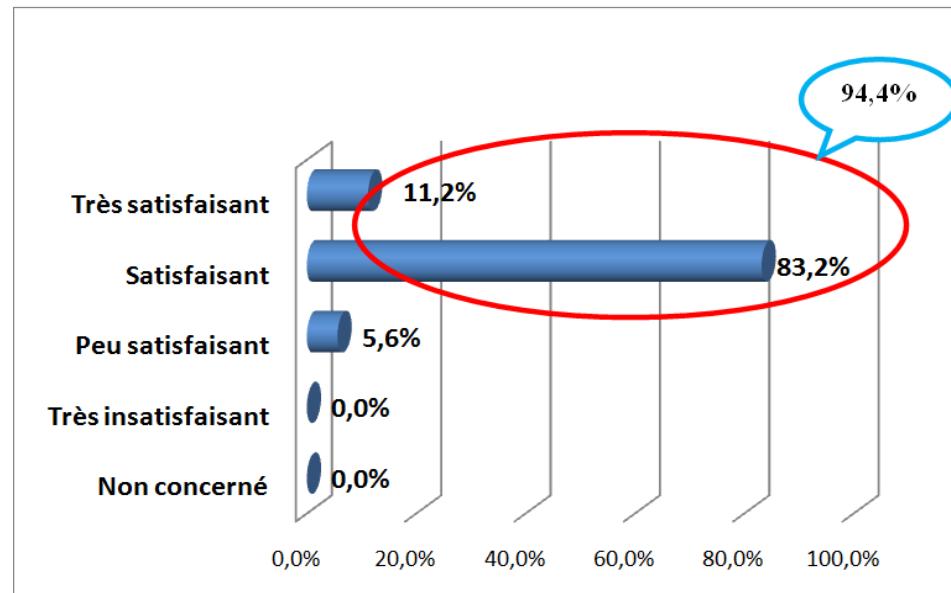


Figure 65:Appréciation globale sur les locaux des urgences

2.10.3. Votre appréciation globale sur la prise en charge

De façon générale, 92% des patients étaient satisfaits de leur passage aux urgences (figure 66).

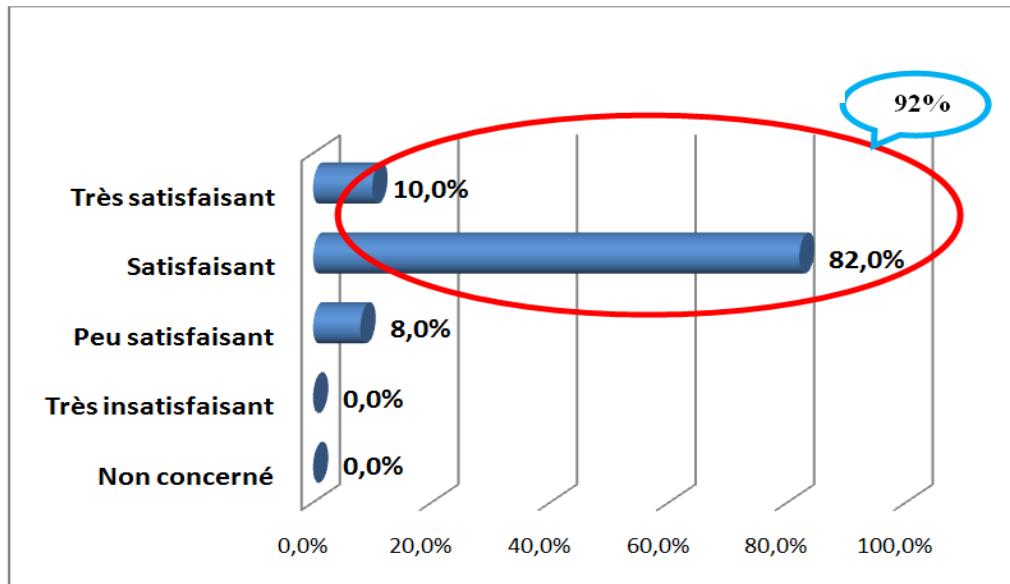


Figure 66:Appréciation globale du passage

2.10.4. Recommanderiez-vous ce service à vos proches ?

Les 91,6% des patients qui étaient passés aux urgences avaient répondu qu'ils allaient conseiller ce service à leurs proches (figure 67).

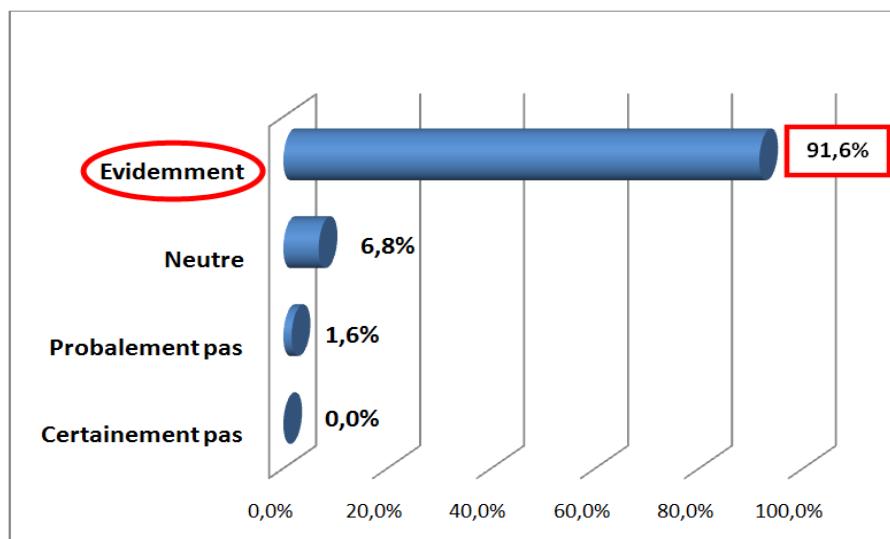


Figure 67:Recommandations à un proche

2.10.5. Reviendriez-vous dans ce service en cas de nécessité?

Les 91,6% des patients estimaient qu'ils reviendraient dans ce service en cas de nécessité. La figure 68 représente la répartition l'appréciation du retour dans le service en cas de besoin.

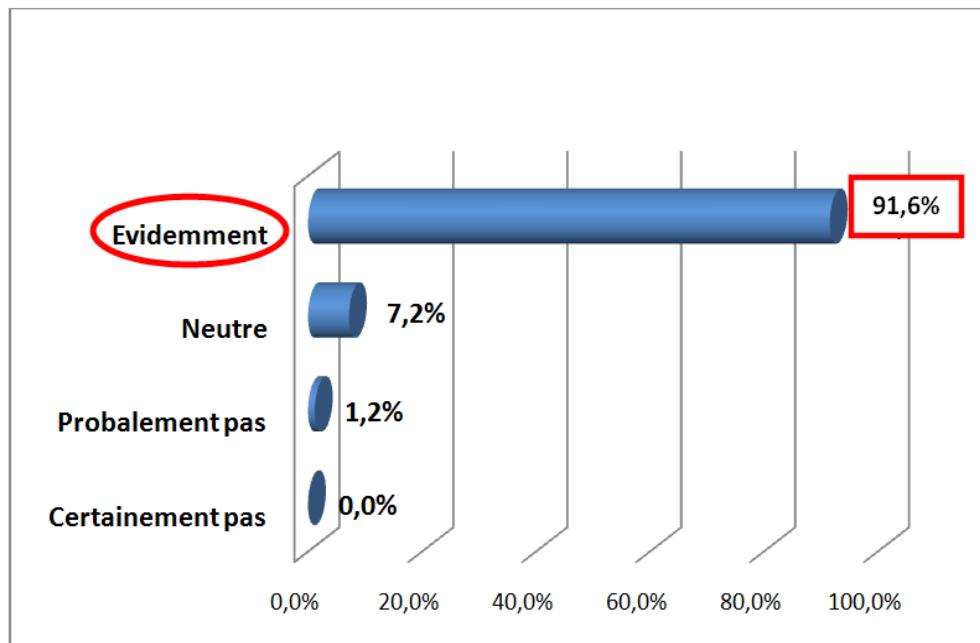


Figure 68: Retour dans le service en cas de besoin

DISCUSSION

Nous avons rencontré quelques difficultés durant cette étude ; ces difficultés étaient liées au flux de patients dans le service des urgences. C'est la raison pour laquelle certains patients ne remplissaient pas correctement les fiches d'enquêtes en notre absence surtout les jours fériés et les week-ends. Nous n'avons pas retrouvé une grande bibliographie africaine concernant les enquêtes de satisfaction au service d'accueil des urgences.

Dans notre étude les accidents domestiques étaient les premiers motifs pour traumatismes soit 28,2%, suivis des accidents de travail 24,4%, ensuite les accidents de la voie publique 23,1%, alors que les affections somatiques étaient dominées par la douleur. Nous trouvions par ailleurs que plus de la moitié (74%) de nos patients étaient venus aux urgences pour la première fois alors qu'ils étaient orientés soit du fait d'une bonne réputation supposée pour le service ou pour l'hôpital, soit du fait d'une satisfaction lors d'une prise en charge antérieure. Nos patients avaient utilisé pour la plupart leurs propres moyens et les taxis pour se rendre au service d'accueil des urgences. Cette situation s'expliquerait par la difficulté liée à l'accès à l'ambulance médicalisée et l'ignorance de la population sur les services du pré-hospitalier (SAMU National 1515 et sapeurs pompier 18).

La majeure partie des patients venaient avec deux accompagnants ou moins, essentiellement en début de semaine (40,2%) ou en fin de semaine (35,5%). Les heures de pointes aux urgences étaient représentées par les tranches horaires entre 08h et 14h.

Dans notre étude, le premier contact avec le patient était un personnel de soins (92,8%), 76% des patients trouvaient que le délai d'attente avant de voir un médecin était satisfaisant, et 85,2% des répondants trouvaient la qualité de l'accueil satisfaisant. Par ailleurs 83,6% des répondants étaient satisfaits de la salle d'attente, alors que 81,6% des répondants étaient satisfaits de la possibilité d'occupation durant l'attente. Par contre 5% des patients estimaient qu'on ne

leur avait pas demandé pourquoi ils étaient venus aux urgences, 25% estimaient qu'on ne leur avait pas expliqué le déroulement de leur prise en charge, et plus de la moitié (51%) n'avaient pas eu des renseignements sur leur délai d'attente. Ces résultats sont proches des donnés de la littérature.

D'après le Dr F Empereur [53], le but de mesurer la satisfaction des patients est d'améliorer la qualité des soins. En effet, un patient est peu sensibilisé à l'aspect technique des soins. Mais en revanche, il sait très bien comment il a été accueilli, le temps qu'il a attendu, s'il a été ou non informé. Il sait également reconnaître la politesse et la sollicitude des médecins et infirmières, le confort de son installation et s'il a été soulagé ou non [9]. L'inconfort de la salle d'attente, son architecture et sa propreté influencent le jugement du patient [9, 10]. Dans notre étude, 89% des patients estimaient qu'ils avaient eu des informations précises sur leur état de santé, 53% avaient eu des examens complémentaires aux urgences, alors que 83% des répondants estimaient qu'ils avaient eu des informations claires sur le déroulement de leurs examens complémentaires. Le délai d'attente avant la réalisation des examens complémentaires avait été jugé satisfaisant chez 78,5% des patients, 89,6% trouvaient le personnel courtois, et 91,8% trouvaient qu'ils avaient été bien installés par le personnel. De même 91,9% trouvaient que leur intimité et leur pudeur avaient été respectées, 93,3% jugeaient que le personnel avait été très patient à leur égard, et 93,3% jugeaient que le personnel avait porté une attention à leur confort, tandis que 97% des patients s'étaient senties en parfaite sécurité lors de leur prise en charge.

Ailleurs, des études ont retrouvé des résultats similaires à des degrés divers ; une étude réalisée dans une unité d'urgences chirurgicales avait conclu à un déficit d'information concernant l'attente avec 62,5% de patients non informés [18]. Les 24 % des patients ont eu une information sur le délai de prise en charge médicale.

Dans la thèse de doctorat présentée par HUGLA sur « temps et satisfaction aux urgences », 21 % des patients avaient eu une information sur la durée de prise en charge, 74 % des patients avaient eu une information sur leur état de santé, 80 % des patients avaient eu une information sur le traitement, les examens, l'opération, et 76 % des patients avaient eu une information sur la suite après le passage aux urgences ; 67% des patients auraient mieux vécu l'attente en cas d'annonce préalable du délai de prise en charge médicale [39]. Il apparaît donc clairement que l'information et la communication en d'autres termes la relation avec le personnel ont un impact important sur la satisfaction du patient. Dans 12 des 13 études citées dans le travail de Perruche [7], le facteur de satisfaction le plus souvent retrouvé était la relation et l'interaction avec le personnel médical et /ou paramédical. Dans la thèse de HUGLA, la satisfaction moyenne concernant la prise en charge médicale était de 7,5 / 10 avec 29 % des patients l'évaluant à 8/10 [39].

Dans la littérature le temps d'attente aux urgences est considéré comme un élément majeur en ce qui concerne la satisfaction du patient [19], satisfaction qui augmente quand le délai objectif de prise en charge médicale diminue [20]. De même, un temps d'attente ressenti comme court par le patient aux urgences (en opposition au temps réellement passé) est un bon facteur de satisfaction [17-18].

En 2012, une étude américaine montrait que 50% des patients acceptaient d'attendre jusqu'à 2 heures avant d'être vus, 17% prolongeaient cette attente entre 2 et 8 heures et pour 32%, l'attente pour être vu avant de quitter les urgences est sans limite. Chaque patient a donc un temps d'attente acceptable qui lui est propre [17]. Par ailleurs, il a été mis en évidence que parmi 40% de patients qui jugeaient une attente trop longue, 75% la comprenaient [27]. Concernant le temps d'attente aux urgences, Bursch et al [16] ont montré que c'est le facteur le plus prédictif de satisfaction. Plusieurs travaux ont montré que si le temps d'attente perçu est plus long que le temps estimé raisonnable, et

quel que soit le temps d'attente réel, le patient sera plus mécontent. [18, 19, 24-25, 26].

Il a été montré par Vega [26] que pour les patients considérés comme les moins graves, la satisfaction était très bonne s'ils étaient pris en charge dans les 90 minutes.

Thompson [18] a démontré par ailleurs que plus de 50% des patients surestimaient le temps d'attente réel et que seulement 30% évaluaient correctement le temps d'attente.

Dans notre étude, 17% des patients avaient été hospitalisés à l'issue de leur passage aux urgences, 84% hospitalisés estimaient que leurs familles avaient été averties avant, 86% des patients hospitalisés avaient quitté les urgences dans les 03 heures et 95,3% des patients hospitalisés jugeaient que le délai d'attente avant de quitter les urgences était satisfaisant.

La levée précoce de l'urgence et l'orientation secondaire vers d'autres services spécialisés pour le suivi expliquerait ce pourcentage. Ailleurs nous notons que plusieurs patients passaient au service d'accueil des urgences parce que mal informés et donc mal orientés car ne présentant pas de pathologie nécessitant une prise en charge urgente ; c'est donc un recours au service des urgences qui est inadéquat.

La gestion de la douleur revêt un intérêt capital dans une enquête de satisfaction ; dans notre série, 70% des patients ressentaient une douleur à l'arrivée, 69% en avaient parlé aux soignants, 88% qui avaient eu signalé leur douleur, avaient eu un traitement antalgique, mais 5% des patients ne pouvaient dire s'ils avaient reçu des antalgiques ou non et 7% n'avaient pas reçu d'antalgiques. Par ailleurs, 79,5% des patients qui avaient eu mal avaient jugé que le soulagement de leur douleur avait été bon voir excellent.

Nos résultats sont encourageants par rapport aux données présentées dans la littérature. Dans une étude Américaine, l'élaboration de protocoles à visée antalgique, administrés dès l'arrivée du patient, ont amélioré la prise en charge

de la douleur et donc la satisfaction des patients [32]. Dans la thèse "Satisfaction et devenir des patients consultants aux urgences de Chambéry" réalisée par Deschanel et portant sur 538 patients, le fait de donner un antalgique à l'arrivée du patient, modifiait significativement la perception du temps d'attente [24]. Dans l'étude du mémoire de Dr Papa Mamadou Diop sur la « Prise en charge de la douleur au S A U de l'hôpital Principal de Dakar » en 2013, 30% des patients n'étaient pas satisfaits à la sortie du S A U [54].

Dans notre étude, 91,2% des patients jugeaient que les consignes données à leur sortie sur les traitements avaient été satisfaisants. Globalement 92,8% de nos patients étaient satisfaits de la confidentialité aux urgences, 94,4% jugeaient les locaux des urgences satisfaisants, et 92% étaient satisfaits de leur passage aux urgences. C'est dans ce cadre que 91,6% des patients qui étaient passés aux urgences avaient répondu qu'ils allaient conseiller ce service à leurs proches et 91,6% estimaient qu'ils reviendraient dans ce service en cas de nécessité.

Nos résultats sont proches des données retrouvées dans la littérature. Dans la thèse de doctorat présentée par HUGLA, la satisfaction globale concernant le passage aux urgences des 181 répondants était de 6,95/10, les 24% des patients interrogés avaient une satisfaction globale à 8/10, 22% à 7/10 [39].

CONCLUSION

Nous avons mené une étude prospective sur une période de 15 jours (du 24 /11/ au 07/12/2016) au service d'accueil des urgences de l'hôpital principal de Dakar.

Ce travail concernait tous les patients reçus au service d'accueil des urgences qui ne présentaient pas de troubles cognitifs, d'alcoolisation, ou de barrière linguistique.

Les logiciels informatiques SPHINX et Excel 2016 ont été utilisés pour la collecte et l'analyse des données.

La moyenne d'âge des patients était de 38,70 ans pour des extrêmes de 01 an et 88ans.

On notait 250 patients dont 136 hommes (54%) et 114 femmes (43,6%).

Les accidents domestiques étaient les premiers motifs pour traumatismes soit 28,2%, suivis des accidents de travail 24,4%, ensuite les accidents de la voie publique 23,1%, alors que les affections somatiques étaient dominées par la douleur. Nous trouvions par ailleurs que plus de la moitié (74%) de nos patients étaient venus aux urgences pour la première fois. Ils étaient orientés soit du fait d'une bonne réputation supposée pour le service ou pour l'hôpital, soit du fait d'une satisfaction lors d'une prise en charge antérieure. Nos patients avaient utilisé pour la plupart leurs propres moyens et les taxis pour se rendre au service d'accueil des urgences.

La majeure partie des patients venaient avec deux accompagnants ou moins, essentiellement en début de semaine (40,2%) ou en fin de semaine (35,5%). Les heures de pointes aux urgences étaient représentées par les tranches horaires entre 08h et 14h.

Dans notre étude, le premier contact avec le patient était un personnel de soins (92,8%), 76% des patients trouvaient que le délai d'attente avant de voir un médecin était satisfaisant, et 85,2% des répondants trouvaient la qualité de l'accueil satisfaisant. Par ailleurs 83,6% des répondants étaient satisfaits de la salle d'attente, alors que 81,6% des répondants étaient satisfaits de la possibilité

d'occupation durant l'attente. Par contre 5% des patients estimaient qu'on ne leur avait pas demandé pourquoi ils étaient venus aux urgences, 25% estimaient qu'on ne leur avait pas expliqué le déroulement de leur prise en charge, et plus de la moitié (51%) n'avaient pas eu des renseignements sur leur délai d'attente. Dans cette étude, 89% des patients estimaient qu'ils avaient eu des informations précises sur leur état de santé, 53% avaient eu des examens complémentaires aux urgences, alors que 83% des répondants estimaient qu'ils avaient eu des informations claires sur le déroulement de leurs examens complémentaires. Le délai d'attente avant la réalisation des examens complémentaires avait été jugé satisfaisant chez 78,5% des patients, 89,6% trouvaient le personnel courtois, et 91,8% trouvaient qu'ils avaient été bien installés par le personnel. De même 91,9% trouvaient que leur intimité et leur pudeur avaient été respectées, 93,3% jugeaient que le personnel avait été très patient à leur égard, et 93,3% jugeaient que le personnel avait porté une attention à leur confort, tandis que 97% des patients s'étaient senties en parfaite sécurité lors de leur prise en charge.

Dans notre étude, 17% des patients avaient été hospitalisés à l'issue de leur passage aux urgences, 84% hospitalisés estimaient que leurs familles avaient été averties avant, 86% des patients hospitalisés avaient quitté les urgences dans les 03 heures et 95,3% des patients hospitalisés jugeaient que le délai d'attente avant de quitter les urgences était satisfaisant. Dans notre série, 70% des patients ressentaient une douleur à l'arrivée, 69% en avaient parlé aux soignants, 88% qui avaient eu a signalé leur douleur, avaient eu un traitement antalgique. Les 5% des patients ne pouvaient dire s'ils avaient reçu des antalgiques ou non et 7% n'avaient pas reçu d'antalgiques. Par ailleurs, 79,5% des patients qui avaient eu mal avaient jugé que le soulagement de leur douleur avait été bon voir excellent, alors que 91,2% des patients jugeaient que les consignes données à leur sortie sur les traitements avaient été satisfaisants.

Globalement 92,8% de nos patients étaient satisfaits de la confidentialité aux urgences, 94,4% jugeaient les locaux des urgences satisfaisants, et 92% étaient

satisfaits de leur passage aux urgences. C'est dans ce cadre que 91,6% des patients qui étaient passés aux urgences avaient répondu qu'ils allaient conseiller ce service à leurs proches et 91,6% estimaient qu'ils reviendraient dans ce service en cas de nécessité.

Au vu de ses résultats, un plan d'action a été élaboré pour corriger les insuffisances. Les mesures suivantes ont été appliquées :

- amélioration de la communication avec les patients :
- l'affichage charte des patients
- diffusion de spot télévisé sur les étapes de la prise en charge
- amélioration de l'information :
- recevoir les familles des patients les midis pour les renseigner sur l'état de leur patient

Tableau IV: Plan d'action après enquête de satisfaction aux urgences de HPD

 Hôpital PRINCIPAL de Dakar <i>Service d'Accueil des Urgences (SAU)</i>	SYSTEME DE MANAGEMENT QUALITE (SMQ)		
	PLAN D'ACTION APRES L'ENQUETE DE STISFACTION DES USAGERS DES URGENCES REALISEE DU 24/10/2016 AU 07/10/2016		Date application : 05/03/2017
			Validé par : Pr KA WADE

I

Points à améliorer	Activités ou actions prévues	Responsables	Échéances	Indicateurs de suivi	Observations
Améliorer la communication avec les patients	Afficher la charte des patients en grand format au niveau des espaces destinés aux patients	Pr KA WADE	15-mai-17	Affiche disponible	Réalisé le 12 mai 2017
	Diffuser à l'écran des TV situés au niveau des sites d'accueil un spot télévisé concernant les différentes étapes de la prise en charge des patients aux urgences	Pr KA WADE / Service communication	01-juin-17	Spot affiché dans les écrans de TV	
Manque d'explication et d'informations médicales	Recevoir les familles les midi pour les renseigner sur l'état de leur patient	Pr KA WADE	17-avr-17	Registre et site s d'information disponibles	Réalisé le 17 Avril 2017
Améliorer les délais d'attente des avis spécialisé	Déplacer les patients en attente d'avis vers les spécialistes	Médecin Séniior de garde	En cours	taux de diminution des délais d'avis spécialisé	

**REFFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES**

[1]. Tremblay P.

Mesurer la satisfaction et les attentes des clients, centre d'expertise des grands organismes, septembre 2006; P.12

[2]. Gauthier B.

Satisfaction de la clientèle, mesure et utilisation, rencontre de l'APRM-Québec, 15 avril 2003; 4ème fiche: <http://circum.com/cgi/?f.consult-F.shtml>. Consulté le 10/06/2017

[3]. Rhee K, Bird J.

Perceptions and satisfactions with emergency department care, J Emerg Med 1996;14:679-83

[4]. Yarnold PR, Michelson EA.

Predicting patient satisfaction: a study of two emergency departments.J Behav Med 1998;21:545-63

[5]. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 art 1er,

art.L.710-1-1 Code de santé publique

[6]. Worthington K C.

Satisfaction in the emergency department.Emerg Med Clin North Am 2004;22 :87-102

[7]. Perruche F.

Satisfaction des patients consultant aux urgences. Mise au point. JEUR 2008;21:14-21

[8]. Trout et al.

Patient satisfaction investigations and the emergency department: What does the literature say? Acad Emerg Med. 2000; 7: 695-709

[9]. Hostutler JJ, Taft SH, Snyder C.

Patient needs in the emergency department: nurses' and patients' perceptions. J NursAdm 199;29:43-50

[10]. Baker DW, Hayers R, Fortier JP.

Interpreter use and satisfaction with interpersonal aspects of care Spanish-speaking patients. Med care 1998;36:1461-70.

[11]. Bjorvell H, Stieg J.

Patient's perceptions of the health care received in an emergency department. Ann Emerg Med 1991;20:734-8

[12]. Carasquillo O, Oray J.

Impact of language barriers on patient satisfaction in an emergency department.
J Gen Intern Med 1999;14:82-7

[13]. Krishel S, Baraff LJ.

Effect or emergency department information on patient satisfaction. Ann
Emerg Med 1993;22:568-72

[14]. Lewis KE, Woodside RE.

Patient satisfaction with care in the emergency department. J advnurs
1992;17:959-64

[15]. Maitra A.

Patient satisfaction in an urban accident and emergency department. Br J
ClinPract 1992;46:182-4

[16]. Bursch B, Beezy J, Shaw R.

Emergency department satisfaction: what matters most? Ann Emerg Med
1993;22:586-91

[17]. Thompson DA, Yarnold PR.

Effects of actual waiting time perceived, waiting time information delivery and
expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. Ann
Emerg Med 1996;28:657-65

[18]. Thompson DA, Yarnold PR.

Relating patient satisfaction to waiting time perception and expectations: the
disconfirmation paradigm. AcadEmerg Med 1993;22:586-91

[19]. Nackab C.

Le temps: un symptôme aux urgences ? Jeur.2009.03.194 .

[20]. Mowen JC, Licata JW.

Waiting in the Emergency room: How to improve patient satisfaction. J Health
Care marketing, 1993;13:26-33

[21]. Hedges JR, Trout A.

Satisfied Patients Exiting the Emergency Department study. AcadEmerg Med.
2002;9; 15-21,

[22]. Taylor C, Benger JR.

Patient satisfaction in emergency medicine, Emerg Med J 2004;21:528532.

[23]. Sanober B.

How long are patients willing to wait in the emergency department before leaving without being seen. Western journal of emergency medecine 2012;13; 463-467

[24]. Deschanel G.

Satisfaction et devenir des patients consultant aux urgences de Chamberry. Thèse de medecine 2010, Université Robert Fourier, Grenoble

[25]. Anderson FD.

A descriptive correlation study of patient satisfaction provider satisfaction and provider satisfaction and provider workload at an army medical center. Mil Med 1998;163:90-4

[26]. Vega V, McGuire S J.

Speeding up the emergency department: the RADIT emergency program at St Joseph Hospital of Orange. Hosp Top 2007;85:17-24

[27]. Maister DH.

The psychology of waiting lines, in Czepiel JA. The Service Encounter. Lexington, Massachussets: DC Hearth, 1985: 113-123

[28]. Boudreux E D.

Patient satisfaction in the emergency department: A review of the literature and implications for practice. J Emerg Med 2003;26:13-26

[29]. Sun BC.

Determinants of patient satisfaction and willingness to return with emergency care. Ann Emerg Med 2001;38:527-32

[30]. Hedges JR.

Satisfied patients exiting the emergency department study. AcadEmerg Med 2002;9:15-21

[31]. Bourdreaux ED.

Determinants of patient satisfaction in a large municipal ED: the role of demographics variables visit characteristics and patients perceptions. Am J Emerg Med 2000;18:394-400

[32]. Mowen JC.

Waitin in the emergency room: how to improve patient satisfaction. J Health care Mark 1993;13:26-33

[33].Soltysiak M F.

Délais d'attente et satisfaction des patients aux urgences chirurgicales d'un centre universitaire Pressmed, nov 2002 1690-1695

[34]. Hall MF.

Keys to patient satisfaction in the emergency department: results of a multiple facility study. Hosp Health Serv Admin 1996;41:515-32

[35]. Hansagi H.

The Emergency of care need and patient satisfaction at a hospital emergency department. Health care manage rev 1992;17(2):71-5

[36].Millan Mc.

Satisfaction with hospital emergency department as function of patient triage. Health Care Manage rev 1986;11(3):21-7

[37]. Watson WT.

Elderly patient's perceptions of care in the emergency department. J EmergNurs 1999;25:88-92

[38]. Mack JL.

The effect of urgency on patient satisfaction and future emergency department choice. Health care manage rev 1995;20(2):7-15

[39]. Hugla D.

Temps et satisfaction aux urgences. Thèse de doctorat en médecine [file:///G:/Memoire%20urgence/1770F.PDF](#) Consulté le 02/05/2016 ;

[40].Historique de l'hôpital principal de Dakar.

[www.hopitalprincipal.sn.htm](#), consulté le 13/07/2017

[41]. Document d'informationHôpital principal de Dakar. Plus de 120 ans au service des homes. Direction de l'hôpital principal de Dakar

[42]. Plan stratégique SAMU National 2016-2020.

[www.samu.sn](#), consulté le 08/07/2017

[43]. Situation géographique de l'hôpital principal de Dakar.

[https://www.google.sn](#) consulté le 08/07/2017

[44].Ministère de la Santé, de la Prévention Médicale.

Service National de l'Information Sanitaire, Annuaire statistique 2005, version finale juillet 2006

[45]. Plan stratégiquehôpital principal de Dakar 2016-2020.
www.hopitalprincipal.sn.htm, consulté le 13/07/2017

[46].Ray D.

Mesure et développement de la satisfaction clientèle, Paris éditions d'organisation, 2001

[47].Ampelas J F.

Revue de la literature volume 80, numéro 2, février 2004.

[48].Chetoui A, Papart J P.

Les urgences dans un hôpital régional Tunisie

[File:///E:/Memoire%20urgence/aphFULL60_59_68.pdf](file:///E:/Memoire%20urgence/aphFULL60_59_68.pdf); consulté le 02/11/2016

[49]. Frank-Soltysiak M, Court C.

Délais d'attente et satisfaction des patients aux urgences chirurgicales d'un centre universitaire. In : La Presse Médicale. Masson. Paris, 9 novembre 2002. P, 1690-1695.

[50]. Sartini N.

Evaluation de l'anxiété, du coping et du soutien informatif chez les patients admis aux urgences: Etude de corrélation avec le degré de satisfaction. Thèse de médecine. Nancy : Université Henri Poincaré Faculté de Médecine, 2003.

[51]. Perruche F, Pourriat J L, Claessens Y E.

Satisfaction des patients consultant aux urgences. Mise au point. In : Journal Européen des Urgences. 2008 ; 21 : 14-21.

[52]. Weltzer-Hordas S.

Analyse descriptive des lettres de plaintes adressées au Service d'Accueil des Urgences du CHU de Nancy entre 2001 et 2005. Thèse Doctorat de médecine. Nancy : Université Henri Poincaré Faculté de Médecine, 2006.

[53]. Emppreur F.

Enquête de satisfaction au CHU de Nancy, service Epidémiologie et Evaluation Cliniques Février 2009

[54].Diop P M.

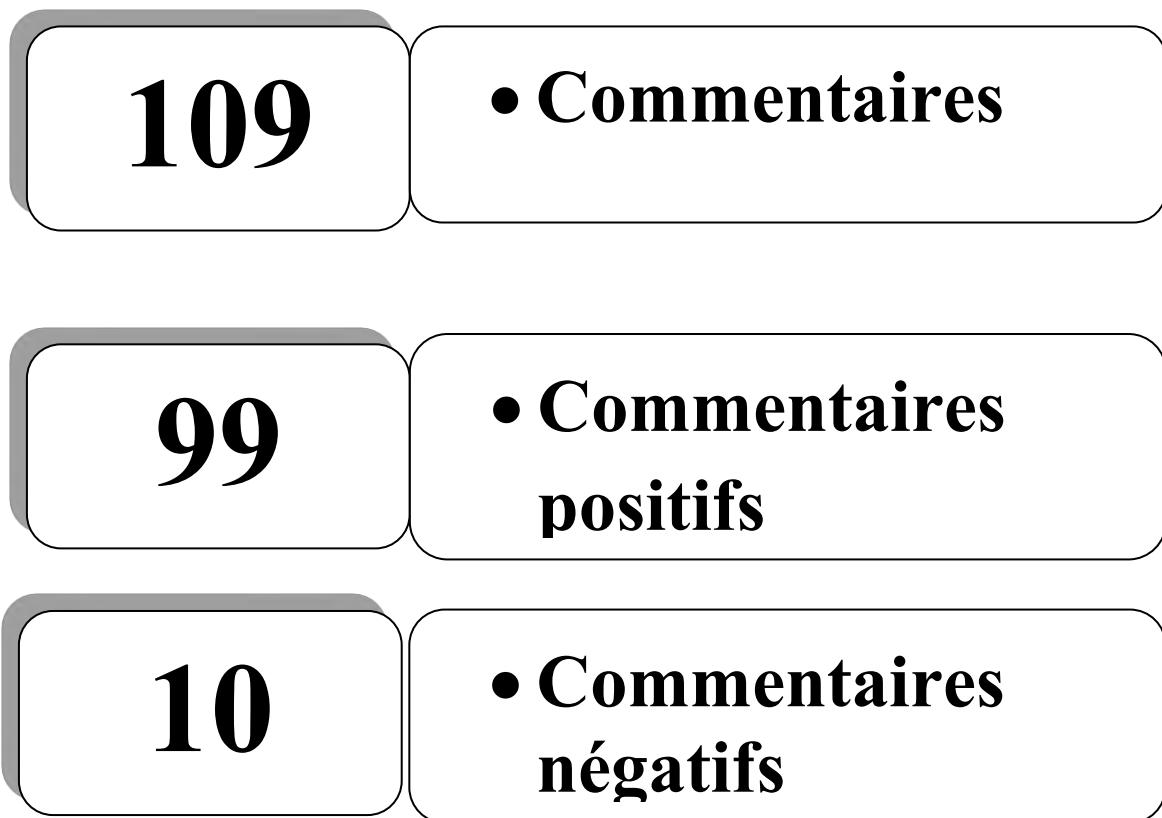
Prise en charge de la douleur au service d'accueil des urgences de l'hôpital principal de Dakar. Diplôme Universitaire Médecine d'Urgence ; faculté de médecine UCAD, année 2013

ANNEXES

Livre des commentaires

II.11. Avez-vous des remarques à faire, des suggestions à formulé ?

Tableau IV : Commentaires des répondants



• Commentaires positifs

1	Un service de qualité avec un personnel disponible
2	Il serait souhaitable de mieux faire connaitre l' HPD
3	RAS
4	Lu et approuvé
5	Bravo pour l'amélioration du service
6	Prise en charge correct pour un jour férié
7	L'accueil est bon, le personnel est aimable, dans l'ensemble c'est satisfaisant
8	Satisfaisant dans l'ensemble, avec un accueil satisfaisant

9	J'aurai souhaité que les hôpitaux se comporte de la sorte
10	Satisfait
11	Très satisfait de votre modeste et humble travail que vous abatbez de jour comme de nuit. Nous patients sommes très rassurés. Merci
12	RAS
13	Mes remerciements dans l'ensemble l'accueil a été satisfaisant
14	Il ya une nette amélioration du service
15	Content, bien accueilli
16	RAS
17	Satisfaisant
18	Satisfait de l'accueil qui m'a poussé à revenir pour orienter d'autre malade
19	RAS
20	Très bien
21	Je suis très satisfait de la prise en charge
22	Je suis satisfait de l'hospitalisation, clarté de la consultation
23	J'ai trouvé le personnel formidable, Le médecin m'a très bien expliquer ma maladie et m'a donné des conseils utiles Merci à tout le personnel
24	Je pense que vous pourriez mieux augmenter les médecins de garde surtout les weekends à part ça il n'a pas mieux que votre structure Merci
25	Continuer sur cette lancée d'avoir une bonne écoute sur les malades et bien les accueillir
26	Très satisfaisant
27	Très content et continué sur cette lancée
28	Très bon accueil
29	Continuer sur ce tympo afin de toujours satisfaire les patients
30	RAS
31	Redoubler d'effort car tout est en bonne qualité
32	Je vous encourage à continuer sur cette lancé
33	RAS
34	Structure très organisée, personnel présent
35	Service parfait
36	Appréciations très positives du service

37	Bien accueilli, et satisfait de mon traitement
38	RAS
39	De façon générale je suis satisfait du SAU néanmoins, il reste beaucoup d'amélioration à apporter à la salle d'attente à la transmission des informations aux accompagnants. ect
40	Toujours rechercher la perfection
41	C'est mieux qu'avant. Essayer d'améliorer les acquis et continuer sur cette lancée
42	Merci de l'aide et de la prise en charge
43	Le personnel d'accueil à l'extérieur est très courtois, par contre la fille qui est à l'accueil est très discourtoise, les médecins de gardes ont été gentils
44	L'infirmière qui prend la tension est très patiente et professionnelle
45	L'agent à l'entrée est gentil et le médecin de garde
46	RAS
47	RAS
48	Mes encouragements à tout le personnel continuer ces réformes
49	A part augmenter les places pour les patients aux niveaux de l'accueil Rien à dire
50	Rapidité d'action
51	Assez bon avec une meilleure prise organisation du service, une équipe enthousiaste et dynamique Bonne continuation
52	Un service très accueillant et disponible
53	RAS
54	Pour le moment satisfaisant
55	RAS
56	Si efficace envers les malades, très satisfait
57	Bien par rapport à l'ancienne organisation
58	RAS
59	RAS
60	RAS
61	Globalement la prise en charge est satisfaisante
62	J'étais très satisfait de ce fait j'ai rien à dire
63	Un bon accueil, de bonnes orientations et de bonnes prises en charges, Bonne continuation, un malade vient toujours à l'hôpital angoisse et déboussolé, s'il sort soulagé

	ça veut dire qu'il a été bien traité, Bon courage
64	Je trouve tout le personnel accueillant attentionné réconfortant disponible, Mr Wade et Dr Lahat Diop mention spéciale comme suggestions aider tout le personnel à travailler dans de bonne condition en leur donnant tous les moyens nécessaire pour la bonne marche de l'hôpital
65	La problématique de la coopération d'un malade relève de la responsabilité du médecin qui elle englobe celle de l'approche et du respect de la dignité humaine, Cette suggestion n'est pas globale, Je réaffirme la courtoisie du professeur qui m'a examiné le Vendredi, 04/11/17 au matin mais aussi le respect et toute la considération que je remercie toute l'équipe à l'exception d'un seul dont je tairai le nom par respect aux membres de sa famille et de sa carrière, J'ose espérer qu'il changer.
66	Il faudra améliorer l'état des toilettes
67	Penser à ceux qui comprennent pas vite et expliquer clairement surtout les orientations vers les autres services et/ou bureaux, C'est vite fait et souvent sans répétition au besoin
68	Meilleur accueil, meilleur explications et informations respect de votre intimité
69	Gérer le temps d'attente et désigner une personne rotative à l'heure de visite pour s'occuper des patients qui attendent
70	Rapidité de la prise en charge
71	Raccourcir le délai des examens complémentaires (exécution, transport et ramener les résultats, calmer la douleur durant l'attente si les médecins sont occupés)
72	Mieux orienter les patients
73	Wifi à la salle d'attente
74	Ecourter d'avantage les délais d'attente
75	Augmenter le nombre de salle de consultation
76	Stationnement à améliorer
77	Il faut impérativement instituer un système de paiement par carte de crédit, on ne se promène plus avec de l'argent dans les poches en ce siècle de bancarisation
78	A part les longs délais d'attente tout est satisfaisant, Il faudra essayer de voir comment coordonnée avec certain médecin concerné pour une rapidité sur les cas qui semble urgent
79	Un tableau électronique permettant de connaitre la position et d'évaluer le temps d'attente est souhaitable, un haut-parleur faciliterait l'appel des malades

80	Communication du personnel à améliorer dans le sens de donner des informations plus précises
81	Améliorer les toilettes surtout pour les handicapés
82	Améliorer le temps d'attente
83	Peux mieux faire
84	Il est nécessaire de privilégier les malades les plus atteints et les orienter vers les spécialistes
85	Habitants la région de Thiès je déplore le fait de ne pas pouvoir venir si on en a pas les moyens
86	Rapidité dans la prise en charge
87	Parking stationnement à améliorer
88	Réduire le délai d'attente pour la prise en charge
89	Augmenter le personnel nuit
90	Moins de perte de temps plus communication, Plus de courtoisie
91	Pas facile, bon courage, mieux voir les malades venus en urgence avant de les renvoyer chez eux avec des analyses et un rendez-vous dans trois jours, alors que les analyses pouvez se faire en retenant le malade au moins une journée pour mieux déceler la maladie et faire les soins et non de faire des va et vient en moins de 7 jours trois fois aux urgences pour finir à un séjour
92	Salle d'attente pour les proches
93	Délai de prise en charge à améliorer
94	Gestion de la file d'attente à améliorer
95	Réduction du temps d'attente, chercher à occuper les patients de sujets sanitaire, prendre plus de temps pour expliquer les éléments du dossier, le service d'urgence devait être à l'entrée de l'hôpital
96	Distributeur d'eaux, café, et autres
97	Diminuer le temps d'attente
98	Toilettes pour les personnes à mobilité réduite
99	Revoir la salle d'attente : mettre une grille à la place du mur pour plus de ventilation Merci

- **Commentaires négatifs**

1	Absence de communication avec le patient, la prise en charge des patients est trop lente
2	Espace trop bruyant
3	La durée d'attente est un peu longue
4	Le délai d'attente trop long
5	Juste que le temps d'attente est très long
6	L'agent administratif chargé de remplir la fiche n'est pas courtois et ne fournit pas les renseignements utiles et complets comme convenu par votre code de conduite
7	allégez l'attente, elle est rés longue
8	Il y a beaucoup à refaire, l'attente est trop longue
9	Conseillez aux médecins de s'occuper rapidement des urgences cessez de renvoyez les malades
10	Bien traité les patients et éviter les arrangements

**ENQUETE DE SATISFACTION AU PRES DES USAGERS DU SERVICE
D'ACCUEIL DES URGENCES DU L'HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES
PRINCIPAL DE DAKAR**

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Les circonstances vous ont amené(e) à être admis(e) dans notre service d'Urgences. Il est essentiel pour nous de connaître votre appréciation au terme de votre passage dans ce service, en vue d'améliorer la qualité de notre accueil. Nous vous serions donc très reconnaissants de bien vouloir répondre à cette enquête.

Si vous êtes un proche du patient, vous pouvez également remplir ce questionnaire. Votre opinion nous est précieuse.

Ce questionnaire est anonyme, il n'est donc pas nécessaire, sauf si vous le souhaitez, d'indiquer votre nom. Nous vous remercions pour votre aide et vous souhaitons un prompt rétablissement.

Pr Khalifa Ababacar WADE ; Chef de Service

**ENQUETE DE SATISFACTION AU PRES DES USAGERS DU SERVICE
D'ACCUEIL DES URGENCES DE L'HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES
PRINCIPAL DE DAKAR**

Age du patient : _____ ans

Sexe du patient : _____

Adresse _____

• Quel est le problème de santé qui fut la cause de votre venue aux urgences :

- 1. s'agissait-il d'un accident ? Oui Non**

1.1. Si oui, de quel type d'accident ?

- route – transport travail domestique sportif – loisir école
 autre :.....

1.2. Si non, quel(s) étai(en)t le(s) problème(s) ?

- douleur saignement fièvre sensation de gêne malaise
 angoisse vomissement/diarrhée agression
 autre :.....

- **Est-ce la première fois que vous vous rendez à ce service des urgences ?** Oui Non
- **Vous vous êtes arrivé(e) aux urgences**
 - à la demande de votre médecin traitant
 - de votre propre initiative
 - indépendamment de votre volonté
- **Vous vous êtes rendu(e) aux urgences :**
 - en ambulance par vos propres moyens via le SMUR
 - autre :
- **Combien de personnes de votre entourage vous ont accompagné(e) lors de votre arrivée aux urgences ?** _____

- **Pourquoi avez-vous choisi le service d'urgences de Principal ? (Vous pouvez donner plusieurs réponses à cette question) :**

- mon médecin traitant me l'a conseillé
- je suis venu(e) en consultation dans l'hôpital
- un proche (famille, ami) me l'a conseillé
- j'habite à proximité de l'hôpital
- le service des urgences a bonne réputation
- un proche y travaille
- l'hôpital a une bonne réputation
- je n'ai pas eu le choix
- j'étais satisfait(e) d'une prise en charge antérieure
- autre :

- **Pouvez-vous préciser le jour de la semaine et l'heure de votre arrivée aux urgences ?**

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche
à h min ; Etait-ce un jour férié ? Oui Non

Nous allons vous présenter ci-dessous une série d'affirmations. Par rapport à votre passage aux urgences, nous vous demandons d'apprécier chaque proposition sur une échelle de 1 à 5 (1 = très insatisfait à 5 = très satisfait). Si vous n'êtes pas concerné(e) par l'aspect considéré, nous vous invitons à entourer la lettre NC (= Non Concerné).

Dans la salle d'attente

1 2 3 4 5 NC

Accueil au secrétariat du service (courtoisie, serviabilité...)

Discretion du secrétariat à votre égard

Confort de la salle d'attente

Distributeurs mis à votre service

Sanitaires mis à votre service

Disponibilité des sièges en salle d'attente

Apparence et décoration des locaux

Possibilité d'occupation durant l'attente (TV, revues, jeux,...)

Temps d'attente avant d'entrer dans la salle d'urgence

Information en cas d'attente prolongée avant l'entrée dans la salle d'urgence

Estimation du temps d'attente avant d'entrer en salle d'urgence :

- Immédiatement < 15 min < 30 min < 1h
 < 1h30 < 2h plus de 2h

En salle d'urgence

Identification du personnel (badge, présentation)

Accueil et courtoisie du personnel : - infirmier

- médical

Information sur le déroulement de la prise en charge

Soulagement rapide de votre douleur

Réaction rapide du personnel en cas de problème

Qualité de la prise en charge médicale

Patience du personnel à votre égard

Clarté de l'information médicale

Qualité de la prise en charge infirmière

Manipulation de votre personne avec délicatesse

Attention portée à votre confort

Respect de votre intimité et de votre pudeur

Sentiment de sécurité au sein des urgences

Respect de la confidentialité des informations vous concernant

Apparence et décoration du service

Information fournie à vos proches

Information en cas d'attente prolongée

Estimation du temps d'attente en salle d'urgence avant que vous n'ayez été examiné(e) par un médecin :

< 15 min < 30 min < 1h < 1h30

< 2h plus de 2h

Estimation de la durée totale de votre passage aux urgences :

< 30 min < 1h < 2h < 4h < 6h plus de 6h

En cas d'hospitalisation, estimation de la durée totale avant l'installation en chambre dans l'unité

< 1h < 2h < 4h < 6h < 12h plus de 12h

En cas d'examen(s) (radio, scanner...) que vous avez dû subir 1 2 3 4 5 NC en dehors des urgences :

Courtoisie du personnel lors de l'examen

Information sur la nature de l'examen

Information sur le déroulement de l'examen

Manipulation de votre personne avec délicatesse lors de l'examen

Respect de votre intimité et de votre pudeur lors de l'examen

Patience du personnel à votre égard lors de l'examen

Attention portée à votre confort durant l'examen

Sentiment de sécurité durant l'examen (précautions, prise en charge..)

Information en cas de retard de l'examen

- Votre passage aux urgences a-t-il nécessité une hospitalisation ? Oui Non

Si oui : avez-vous rencontré le spécialiste lié à votre cas dans les 24 premières hrs de votre hospitalisation? Oui Non

Si non : au terme de votre passage aux urgences, considérez-vous que :

Les consignes à suivre (traitement,...) sont suffisamment claires

La douleur a été apaisée convenablement

Le suivi via un rendez-vous en consultation a été proposé si nécessaire

Les documents éventuels (prescriptions, certificats) vous ont été transmis

- Votre douleur : pouvez-vous nous indiquer le plus objectivement possible le seuil de votre douleur sur une échelle allant de 0 (douleur absente) à 10 (douleur maximum imaginable) ? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Au moment de votre arrivée aux urgences = Entrée : _____

- Au moment de votre départ des urgences = Sortie : _____

- Globalement, dans quelle mesure êtes-vous **satisfait(e) de votre prise en charge aux urgences** ?

Très insatisfait(e) Assez insatisfait(e) Neutre Assez satisfait(e)
 Très satisfait(e)

- **Recommanderiez-vous ce service d'urgences** à un proche (famille, ami) ?

Certainement pas Probablement pas Neutre
 Probablement Certainement

- Si vous deviez à nouveau être admis(e) aux urgences, reviendriez-vous dans ce service ?

Certainement pas Probablement pas Neutre
 Probablement Certainement

- Avez-vous des remarques ou suggestions concernant votre passage aux Urgences ?

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

- Si vous le désirez, vous pouvez indiquer vos coordonnées :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Nous vous remercions d'avoir bien voulu répondre à ce questionnaire