

**#UNIVERSITÉSENGHOR**

université internationale de langue française  
au service du développement africain

# **Analyse situationnelle de la gestion des urgences hospitalières dans les structures publiques de santé du Sénégal**

Présenté par

**Odilon Bolanlé EDEA**

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité Santé Internationale

le 09 avril 2019

Devant le jury composé de :

**Patrick THONNEAU** Président

DR/INSERM – Directeur Département Santé  
Université Senghor/Alexandrie

**Pierre TRAISSAC** Examineur

IR CE / IRD

**Thierry CALVEZ** Examineur

MD

## Remerciements

Je remercie :

Pr Patrick THONNEAU, Directeur du Département Santé de l'Université Senghor d'Alexandrie, pour sa disponibilité et le suivi des travaux de mémoire ;

Madame Alice MOUNIR, chef du service administratif du Département Santé de l'Université Senghor, pour son accompagnement tout au long de la formation et son implication dans la recherche de stage ;

Dr Amadou MBAYE, Directeur du cabinet Santé Plus Sénégal, mon maître de mémoire, pour m'avoir ouvert les portes de son cabinet et pour sa disponibilité à suivre mon travail tout au long de ma formation ;

Pr Thierry VERDEL, Recteur de l'Université Senghor pour les nouvelles réformes introduites dans le fonctionnement de l'université ;

Monsieur Alain VERHAAGEN, le représentant de la Wallonie-Bruxelles auprès de l'Université Senghor ;

Monsieur Amadou Bachirou GNANLI, membre fondateur de l'Association Caritative pour le Développement Social, mon parrain pour son soutien tout au long de la formation ;

Le Bureau de AIDUS-Bénin, en particulier sa présidente Lurhielle DOSSOU-YOVO ;

Le Corps professoral de l'Université Senghor ;

Le Personnel de l'Université Senghor ;

La Communauté des étudiants béninois de la XVIème promotion de l'Université Senghor ;

L'ensemble des étudiants de la XVIème promotion de l'Université Senghor ;

Mes frères et sœur, Géoffroy, Diane et Armel ;

Tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'aboutissement du présent travail.

## **Dédicace**

Je dédie le présent travail à :

Mon Père Raymond E. EDEA

La mémoire de ma Mère Christine D. HOUNSOU

## Résumé

Les urgences se révèlent de plus en plus comme la principale porte d'entrée dans les structures publiques de santé partout dans le monde. Les services d'urgences assistent à une hausse constante de leurs activités due à plusieurs facteurs. Au Sénégal, des efforts sont consentis par les gouvernements successifs en vue d'améliorer la prise en charge des patients admis aux urgences. Ce document propose une analyse situationnelle de la gestion des urgences au Sénégal.

Une étude transversale et descriptive des services d'accueil d'urgence déroulée en avril 2018 a permis d'établir la situation de la gestion des urgences. Basée sur l'exploitation de données recueillies auprès des services d'accueil d'urgence (SAU) des établissements hospitaliers de niveaux 2 et 3, cette étude a consisté à comparer les données du terrain aux normes validées par le Ministère de la Santé afin d'apprécier le niveau de respect des normes et de dégager le gap à combler pour chacun des domaines considérés.

Il ressort de l'étude que seulement 28 des 37 établissements publics de santé existant disposaient d'un SAU. En dehors des médicaments d'urgence, les SAU n'étaient aux normes maximalistes pour aucun des autres domaines pris en compte par notre étude. Les infrastructures et équipements étaient insuffisants dans les SAU. Il en est de même des ressources humaines qui ont présenté entre autres un déficit de 19 médecins urgentistes, 55 médecins généralistes et de 41 infirmiers pour les services d'urgences existants. Le système de communication et de régulation étaient en deçà des normes validées par le Ministère de la Santé. En matière de gouvernance, seulement un hôpital disposait de procédures de prise en charge des urgences. Moins de la moitié (43%) des hôpitaux transmettaient mensuellement leurs rapports sur la gestion des urgences et la réalisation d'audit de décès n'était pas effective dans 97% des hôpitaux. Néanmoins, en ce qui concerne les médicaments d'urgence, 97% des hôpitaux disposaient des médicaments d'urgence conformes à la liste homologuée par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Les insuffisances relevées par la présente étude contribuent à un engorgement des services d'urgences et participent au rallongement du délai d'attente des usagers, avec comme corolaire des pertes en vies humaines.

Afin de parvenir à une meilleure gestion des services d'urgence, deux modèles sont préconisés: le modèle d'organisation « Performances d'accès aux soins de santé » et le modèle de prédiction de la fréquentation des services d'urgence « Autoregressive integrated Moving Average ».

## Mots-clefs

Urgence, Service d'accueil d'urgence, Sénégal

## **Abstract**

Emergencies are increasingly proving to be the main gateway to public health facilities around the world. Emergency services are witnessing a steady increase in their activities due to several factors. In Senegal, efforts are being made by successive governments to improve the care of patients admitted to emergency departments. This document provides a situational analysis of emergency management in Senegal.

A cross-sectional and descriptive study of emergency reception services conducted in April 2018 established the situation of emergency management. Based on the use of data collected from emergency services (EDs) in level 2 and 3 hospitals, this study compared field data with standards validated by the Ministry of Health in order to assess the level of compliance with the standards and identify the gap to be filled for each of the areas considered.

The study found that only 28 of the 37 existing public health facilities had an ED. Apart from emergency drugs, EDs were not at maximalist standards in any of the other areas covered by our study. Infrastructure and equipment were insufficient in the EDs. The same is true of human resources, which showed, among other things, a deficit of 19 emergency doctors, 55 general practitioners and 41 nurses for existing emergency services. The communication and regulation system was below the standards validated by the Ministry of Health. In terms of governance, only one hospital had emergency management procedures in place. Less than half (43%) of hospitals reported monthly on emergency management and death audits were not effective in 97% of hospitals. Nevertheless, with regard to emergency medicines, 97% of hospitals had emergency medicines in accordance with the list approved by the Ministry of Health and Social Action. The shortcomings identified in this study contribute to overcrowding in emergency services and contribute to longer waiting times for users, with the consequent loss of human lives.

In order to achieve better management of emergency services, two models are recommended: the "*Performances d'accès aux soins de santé*" organizational model and the "Autoregressive integrated Moving Average" model for predicting emergency service attendance.

## **Key-words**

Emergency, Emergency services, Senegal

## Liste des acronymes et abréviations utilisés

- AI : Aide inspiratoire
- ANSD : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
- BAVU : Ballon Autoremplisseur à Valve Unidirectionnelle
- CPAP : Continuous Positive Airway Pressure (pression positive continue dans les voies aériennes)
- CS : Centre de santé
- DREES : Direction française de la Recherche, de l'Évaluation et des Statistiques
- ECG : Electrocardiogramme
- EPS : Etablissement public de santé
- ETCO<sub>2</sub>: End Tidal Carbon Dioxide
- GAR : Gestion axée sur le résultat
- IOA : Infirmier Organisateur de l'Accueil
- MAO : Médecin d'Accueil et d'Orientation
- MSAS : Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
- PEC : Prise en charge
- PEEP: Positive and Expiratory Pressure
- PFANE : Plateforme des Acteurs Non Etatiques pour le suivi de l'accord de Cotonou au Sénégal.
- PNDS : Plan national de développement sanitaire
- RCR : Référence contre référence
- SAMU : Service d'aide médicale d'urgence
- SAU : Service d'accueil d'urgence
- SAUV : Salle d'accueil d'urgences vitales
- SES : Situation Economique du Sénégal
- SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation
- SpO<sub>2</sub> : Saturation « pulsée » en oxygène
- UAU : Unité d'accueil d'urgence
- VAC : Ventilation assistée-contrôlée
- VACI : Ventilation assistée contrôlée intermittente
- VC : Volume contrôle

## Tables des matières

Remerciements .....	i
Dédicace .....	ii
Résumé .....	iii
Mots-clefs.....	iii
Abstract .....	iv
Key-words.....	iv
Liste des acronymes et abréviations utilisés.....	v
Tables des matières.....	VI
1 Introduction.....	1
2 Méthodologie.....	6
3 Résultats.....	5
3.1 Analyse situationnelle des services d’urgence au Sénégal .....	5
3.1.1 Infrastructures.....	5
3.1.2 Equipements.....	7
3.1.3 Communication .....	8
3.1.4 Ressources humaines .....	8
3.1.5 Gouvernance et autres directives .....	8
3.2 Principaux gaps à combler selon les domaines.....	10
3.2.1 Infrastructures et équipements .....	10
3.2.2 Ressources humaines .....	12
3.2.3 Système de communication et de régulation .....	12
3.2.4 Autres Directives .....	13
3.3 Obstacles liés au bon fonctionnement des services d’urgences .....	14
4 Discussion et suggestions.....	15
5 Conclusion .....	22
6 Références bibliographiques.....	23
7 Liste des illustrations.....	25
8 Liste des tableaux.....	26
9 Glossaire .....	27
10 Annexes.....	28
10.1 Annexe 1 : Cadre géographique de l’étude.....	28
10.2 Annexe 2 : Présentation du Cabinet Santé Plus Sénégal .....	31

10.3	Annexe 3 : termes de références pour le recrutement d'un consultant pour l'élaboration d'un plan d'amélioration de la gestion des urgences. ....	33
10.4	Annexe4 : Principaux axes d'intervention identifiés dans le plan national d'amélioration continue 2018-2022 .....	38



## 1 Introduction

« *Ne laisser personne de côté* », cet appel lancé par les chefs d'Etats et de gouvernements lors de l'adoption du programme de développement durable à l'horizon 2030, atteste que la santé demeure un enjeu essentiel sur plan mondial (1). En témoigne l'objectif 3 des ODD (Objectifs du Développement Durable) qui vise à assurer à tous une bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge (2).

L'atteinte de cet objectif passe entre autres par le renforcement des systèmes de santé des pays en vue d'assurer un accès aux soins de santé aux populations, le système de santé étant selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « *la totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'interventions sanitaires dont l'objectif principal est d'améliorer la santé, dans le cadre de soins de santé individuels, d'un service de santé publique ou d'une initiative intersectorielle* »(3). Devenues aujourd'hui l'une des principales portes d'entrée dans le système de santé, les urgences sont confrontées à une augmentation constante de leurs activités. Selon l'Observatoire Régional de la Santé de la Basse Normandie, « *en moyenne un français sur quatre passe par les services d'urgence une fois dans l'année* » (4). Chaque année, les services mobiles d'urgence et de réanimation prennent en charge environ 600 000 patients et les centres de régulation et de tri des appels régulent plus de 11 millions d'appels téléphoniques (5).

La question de la santé des populations demeure un défi majeur pour la plupart des pays africains au sud du Sahara. Depuis plus d'un demi-siècle d'indépendance, la majorité des pays africains investissent dans le secteur de la santé en vue d'assurer une couverture sanitaire universelle à leurs populations à travers l'accès équitable aux soins de santé et le renforcement du système de santé. En dépit des nombreux efforts consentis par les gouvernements des pays, d'importants défis restent à relever, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins, leur qualité et leur accessibilité financière.

Malgré les progrès relatifs notés dans le secteur de la santé, l'accessibilité aux soins demeure problématique et la prise en charge des problèmes de santé des populations n'est pas assurée de manière adéquate à la base de la pyramide Sanitaire (6).

Ce constat est surtout perceptible au niveau des services d'urgence qui constituent la principale porte d'entrée dans les structures de santé dans le monde.

A l'origine, les services d'urgence hospitalière étaient créés pour répondre au besoin de prise en charge des pathologies aiguës et graves. Mais, aujourd'hui, ces services se retrouvent à gérer non seulement des situations d'urgence mais aussi à combler les lacunes de l'offre sanitaire et sociale en matière de prise en charge de maladies bénignes et de problèmes sociaux ne relevant pas des urgences (7).

Cette situation a pour conséquence un engorgement des services d'urgence, perturbant ainsi leur organisation, avec comme corolaire le rallongement du délai d'attente des patients admis aux urgences.

Ces dernières décennies sont marquées par une augmentation constante des activités des services d'accueil d'urgence. En France, plus précisément en Ile de France, le nombre de passages annuels aux urgences est passé de 422 045 en 2004 à 3 302 220 en 2015 (8), soit environ 8 fois le nombre de passages en 2004. Et cette hausse est une réalité au niveau de tous les pays (9), entraînant un nouveau défi aux pouvoirs publics : celui du désengorgement des services d'accueil d'urgences. De nombreuses études réalisées dans plusieurs pays ont révélé un temps d'attente dans les services d'urgence relativement long. En témoigne une étude réalisée en 2017 à l'hôpital Ibn Sina au Maroc qui a montré que le temps moyen d'attente est de 82 minutes, ce qui représente un temps trop long selon les patients (9). La gestion efficace des flux de patients aux services d'urgence est devenue une question urgente pour la plupart des administrations hospitalières. Pour gérer cet afflux de patients, les services d'urgences nécessitent des ressources humaines et matérielles importantes qui demeurent encore insuffisantes (10).

L'urgence traduit toute situation médicale aiguë qui par sa soudaine apparition et sa rapide évolution pourrait induire un risque vital ou compromettre l'intégrité physique du patient lorsqu'une prise en charge n'est pas faite dans les meilleurs délais (11) .

Un examen systématique des soins d'urgence dans 59 pays à revenu faible ou intermédiaire a montré que la mortalité médiane dans les services d'urgence en Afrique subsaharienne était de 3,4% et le nombre médian de patients par an était de 30 000 dont 55,7% de sexe masculin (12).

Au Sénégal, les traumatismes subséquents aux accidents de circulation constituent une grosse part des urgences hospitalières. Les urgences obstétricales sont responsables d'une mortalité materno-infantile très élevée. Le changement de mode de vie notamment les habitudes alimentaires et la sédentarité accroissent aussi les urgences cardiovasculaires (13). Selon le profil du Sénégal établi par l'OMS en 2018, les maladies non transmissibles telles que les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques et les traumatismes sont à l'origine de 42% de tous les décès enregistrés sur plan national (14).

Au Sénégal, le budget de 36 milliards accordés au Ministère de la Santé en 1998 a triplé en 2012. Le projet de budget 2015 du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale qui était de 134,5 milliards a connu une hausse de 11,5 milliards l'année suivante (15). Ceci témoigne du contexte favorable et de la volonté d'améliorer l'accès aux soins de santé de qualité pour tous. Mais l'accès limité aux nouvelles technologies traduit par la précarité du plateau technique, la faible qualité des soins et une insuffisance de ressources financières et humaines de qualité, constitue un handicap à la maîtrise des urgences au Sénégal (13).

En 2012, l'hôpital principal de Dakar a enregistré une moyenne de 37 740 passages aux urgences (16). La moitié des patients enquêtés auprès des services d'urgences de cet hôpital ont déclaré avoir attendu plus de deux heures avant d'être consultés par un médecin (17).

Les décès dus au défaut de prise en charge sont fréquentes dans les pays en développement (18). La mortalité et la morbidité liées au défaut de prise en charge des urgences et de la référence et contre référence constituent actuellement un problème majeur de santé publique et de développement au Sénégal (13). Or, 36% des incapacités et 45% de la mortalité pourraient être évitées par des systèmes efficaces de gestion des urgences (19).

Pour certains patients, l'expérience a été tellement désagréable qu'ils n'envisagent plus de retourner dans le même service d'accueil d'urgence (SAU) (20). Les soignants eux-mêmes qualifient les soins de médiocres et l'absence de normes ou de protocoles rend difficile les conduites diagnostiques et thérapeutiques qui se font sur initiative du personnel soignant (20). Par ailleurs, une étude auprès de 219 patients admis aux urgences a montré que seulement 2% du transport de patients vers le SAU de l'hôpital principal de Dakar étaient assurés par le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) (21). Ceci est dû au fait que la médecine préhospitalière demeure encore embryonnaire et peu connue par les populations au Sénégal en dépit de son importance incontestable dans la réduction de la mortalité (13).

Les griefs formulés contre les services d'urgence par les patients sont: la lenteur dans les soins ou la négligence, le comportement désagréable et insolent, l'indisponibilité, le coût élevé des soins et la conditionnalité du paiement préalable à la prise en charge, l'insalubrité des locaux et, le manque d'information (20). L'étude de la mortalité au service d'accueil d'urgence de l'hôpital régional de Saint-Louis du Sénégal en 2014 a révélé d'autres insuffisances dont l'absence de structures d'accueil adéquates, le déficit en personnel qualifié, l'absence de médecine d'urgence préhospitalière (18).

Pour tout pays visant à réduire la part des décès dus aux situations d'urgences, la disponibilité d'un service d'urgence bien équipé est une des composantes indispensables (22). Ainsi, une bonne prise en charge des urgences requiert des infrastructures suffisantes et adaptées, des équipements disponibles fonctionnels et un personnel suffisant et qualifié. Or en termes de couverture en infrastructures sanitaires, le Sénégal n'a pas encore atteint les normes préconisées par l'Organisation Mondiale de la Santé (15).

C'est dans ce contexte que conjointement le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale du Sénégal et le PATH (Program for Appropriate Technology in Health) ont recruté un consultant en la personne de Monsieur Amadou MBAYE, Médecin, Expert en santé publique, Directeur et Consultant Sénior du cabinet *Santé Plus Sénégal* (Annexe 10.2) pour l'élaboration du plan national d'amélioration de la gestion des urgences. L'objectif global de la mission du consultant est d'élaborer le plan d'amélioration continue de la gestion des urgences dans les établissements publics de santé du Sénégal sur la période 2018-2022 (Annexe 10.3). Quatre objectifs spécifiques étaient assignés à la mission. Il s'est agi de :

- Exploiter les données relatives à l'analyse situationnelle de la gestion des urgences dans les établissements publics de santé afin d'identifier les orientations prioritaires du plan d'amélioration continue de la gestion des urgences.
- Elaborer le plan d'amélioration continue de la gestion des urgences budgétisé selon un chronogramme bien défini.
- Développer un document de plaidoyer pour la mobilisation des ressources.
- Elaborer le plan de mise en œuvre du plan d'amélioration continue des urgences.

En amont de l'élaboration de ce plan et conformément au premier objectif spécifique, le consultant devait produire le document d'analyse situationnelle des urgences au Sénégal. Lors de notre stage de mise en situation professionnelle au Cabinet *Santé Plus*, nous avons eu

l'occasion de participer à l'analyse situationnelle des urgences au Sénégal dont nous partageons ici la synthèse des résultats.

Notre stage s'est déroulé de mai à septembre 2018 et nous avons pris part activement aux différents travaux ayant abouti à l'élaboration du plan national amélioré de gestion des urgences du Sénégal. « *Santé Plus* » est un cabinet de consultance en santé publique riche de plus de dix années d'expérience dans le domaine et constitué d'une équipe pluridisciplinaire composée d'experts en : planification stratégique, gestion des projets, suivi-évaluation des programmes de santé, encadrement et implémentation des interventions à base communautaire, lutte contre les maladies chroniques ou non (Paludisme, Tuberculose, VIH/Sida, Bilharziose, Filarioses Lymphatiques) et gestion de données sanitaires.

Afin d'avoir une vue globale sur la situation de la gestion des urgences au Sénégal, les objectifs ci-après ont été fixés :

- Vérifier la conformité des données de terrain aux normes validées par le Ministère de la Santé.
- Evaluer les écarts à combler en ce qui concerne les infrastructures, les équipements, les ressources humaines, le système de communication et la gouvernance.
- Identifier les principaux obstacles qui freinent le bon fonctionnement des services d'urgences.

A la suite de ce chapitre introductif qui pose le problème, un second chapitre sera consacré à la méthodologie, suivie des résultats qui feront l'objet d'une discussion dans un dernier chapitre.

## 2 Méthodologie

Dans le cadre de l'élaboration du plan national d'amélioration de la gestion continue des services d'urgence, une collecte des données a été faite par une équipe du Ministère de la Santé du Sénégal au sein de tous les SAU des hôpitaux de niveau 2 et 3 afin d'établir la situation des urgences et définir les principaux axes d'orientation du nouveau document.

**Type d'étude :** il s'est agi d'une étude transversale et descriptive de la situation des services d'accueil d'urgence des établissements hospitaliers du Sénégal.

**Période d'étude :** la collecte des données a été faite en avril 2018 par une équipe du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale.

**Lieu d'étude :** Toute l'étendue du territoire sénégalais (Figure 1).

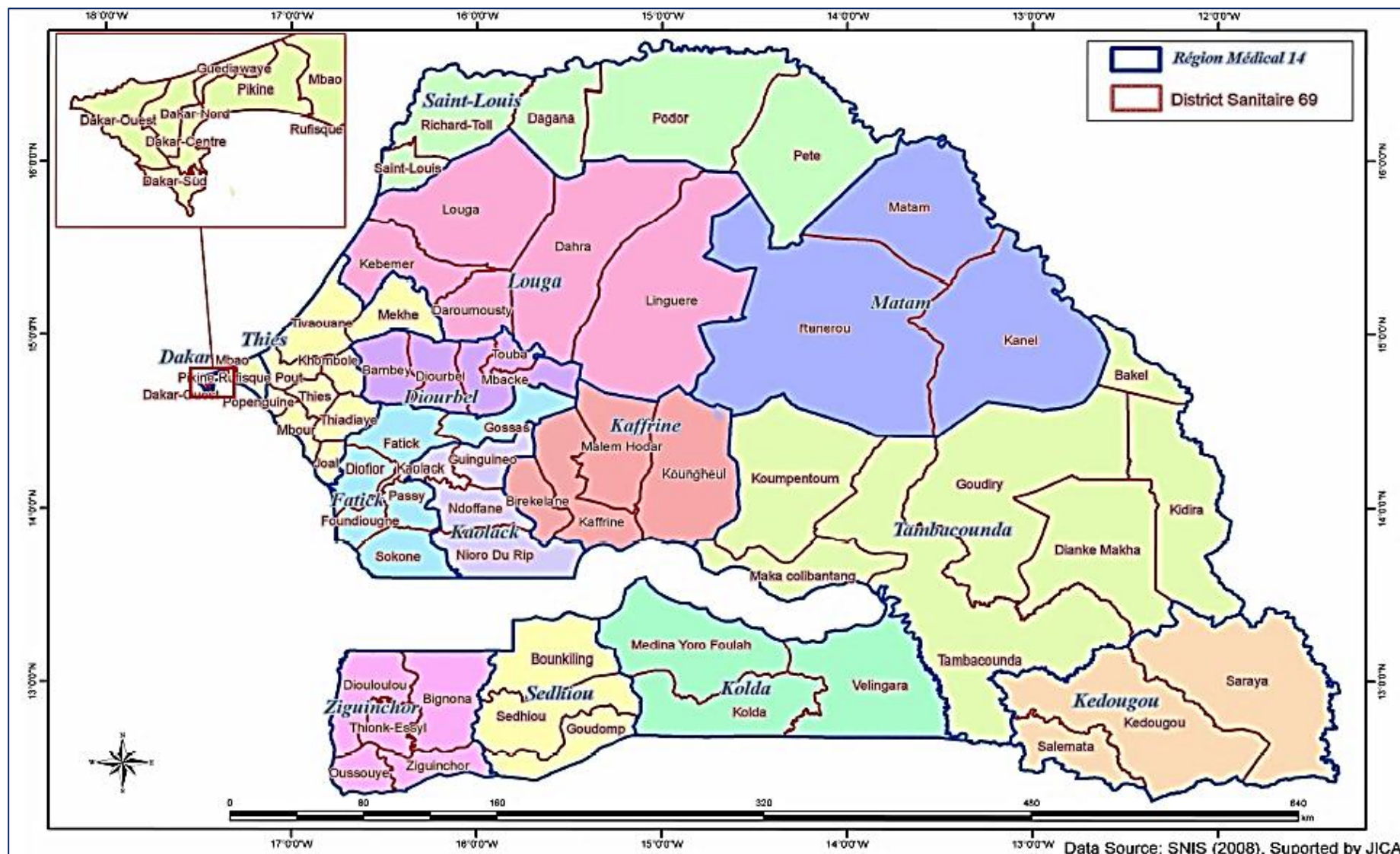


Figure 1 Zone d'étude : carte des régions médicales et districts sanitaires du Sénégal (23)

**Population d'étude** : notre population est constituée des services d'accueil d'urgence des établissements publics de santé de niveaux 2 et 3 du Sénégal.

**Critères d'inclusion** : tous les établissements publics de santé de niveau 2 et 3 disposant d'un service d'accueil d'urgence du Sénégal ont été pris en compte dans cette étude. Ces établissements sont situés aux niveaux central et intermédiaire du système de soins du pays (Figure 2).

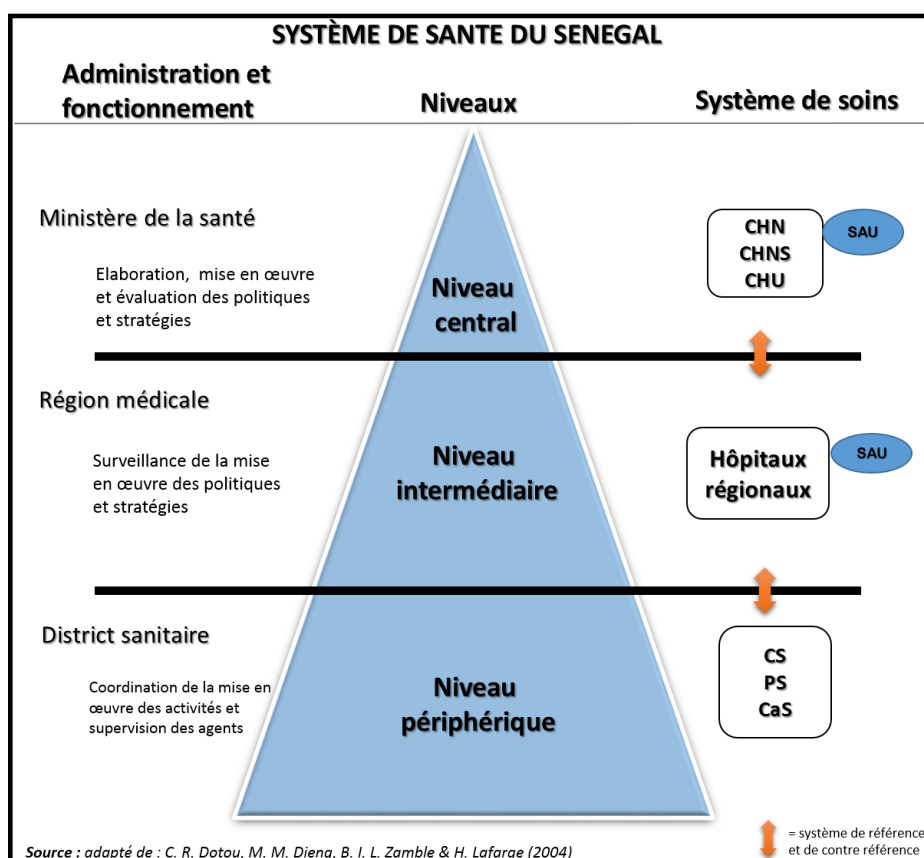


Figure 2 Organisation et fonctionnement du système de santé et de soins du Sénégal

**Données** : les données exploitées dans notre étude ont été celles collectées par une équipe du Ministère de la Santé lors d'une supervision de la mise en œuvre des directives relatives à la gestion des urgences dans les structures publiques de santé. Ces données étaient disponibles au Cabinet « Santé Plus Sénégal » et relatives à la disponibilité en : infrastructures, équipements, médicaments d'urgence, système de communication, ressources humaines et à la gouvernance.

Outre ces données, une revue documentaire abondante a été faite et a permis d'une part, de bien nous imprégner des urgences en général et d'appréhender les défis des urgences aussi



bien en Afrique que dans le reste du monde et d'autre part de discuter les résultats obtenus dans le cadre de ce mémoire de fin de formation.

### **Traitement et analyse des données**

Le traitement et l'analyse ont consisté à comparer les données collectées aux normes validées par le Ministère de la Santé afin de vérifier la conformité des SAU à celles-ci. Il convient de préciser que ces normes ont été établies au cours d'une réunion entre l'équipe du ministère et le consultant chargé de l'élaboration du nouveau plan. Le traitement et l'analyse des données ont été faits essentiellement avec le logiciel Excel. Ceci a permis de déterminer les proportions des SAU respectant les normes maximalistes et/ou minimalistes des services d'urgence. La norme maximaliste suppose le respect de 100% des normes établies tandis que la norme minimaliste implique le respect des normes à 80% au moins. Ensuite le gap à combler dans chaque domaine a été déterminé. Enfin les principaux obstacles liés au bon fonctionnement des services d'urgence ont été identifiés.

Tableau 1 Normes du Ministère de la Santé considérées pour l'étude

Domaines		Normes maximalistes pour un SAU
Infrastructures		Disposer de : <ul style="list-style-type: none"> <li>• une salle de Décontamination</li> <li>• une salle de tri</li> <li>• une salle d'attente</li> <li>• deux box de consultation</li> <li>• une salle de soins</li> <li>• une salle de surveillance</li> <li>• une salle de plâtre</li> <li>• une salle d'hospitalisation de courte durée</li> <li>• une salle d'accueil d'urgence vitale (SAUV)</li> <li>• une salle de réunion</li> <li>• une salle de garde pour infirmiers</li> <li>• une salle de garde pour médecins</li> <li>• une salle de détente</li> </ul>
Équipements	salles de tri	Disposer de : <ul style="list-style-type: none"> <li>• un tensiomètre électronique mobile</li> <li>• un thermoflash</li> <li>• un dextro</li> <li>• un saturomètre portatif</li> </ul>
	box de consultation	Disposer de : <ul style="list-style-type: none"> <li>• un bureau médecin</li> <li>• un lavabo ou lave main</li> <li>• une table de consultation</li> <li>• un tensiomètre mural</li> <li>• un thermomètre</li> </ul>
	salle de surveillance	Disposer de : <ul style="list-style-type: none"> <li>• au moins 4 lits (Stryker de préférence) avec séparation par rideau</li> <li>• un mur technique avec oxygène,</li> <li>• un dispositif d'aérosol,</li> <li>• une pression positive continue dans les voies aériennes (CPAP),</li> <li>• un monitoring multiparamétrique,</li> <li>• un négatoscope</li> <li>• un point d'eau</li> </ul>
	salle de plâtre	Disposer de : <ul style="list-style-type: none"> <li>• deux Chariots,</li> <li>• un négatoscope,</li> <li>• un matériel d'ablation de plâtre (Scie oscillante, pince d'ablation)</li> <li>• un point d'eau</li> </ul>
	salle d'hospitalisation de courte	Disposer de : <ul style="list-style-type: none"> <li>• moins 8 Lits (autonomes avec sortie d'oxygène mural)</li> <li>• un point d'eau</li> <li>• une toilette dans chaque salle</li> </ul>
Ressources humaines		Disposer de : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 coordonnateur des urgences</li> <li>• 4 Médecins d'accueil et d'orientation</li> <li>• 4 Infirmiers organisateurs l'accueil</li> <li>• 4 Aides-infirmiers</li> <li>• 4 brancardiers</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 secrétaires</li> </ul>
Communication	<p>Tout SAU doit être joignable 24/24 par:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Téléphone fixe</li> <li>• Fixe ADIE</li> <li>• Portable</li> <li>• Talkie-Walkie</li> </ul>
Médicaments d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disposer des médicaments d'urgence conformément à la liste homologuée par le Ministère de la Santé</li> <li>• Etablir des fiches de stock de médicaments</li> </ul>
Gouvernance et autres directives	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures de prise en charge des urgences</li> <li>• Disposer d'un règlement intérieur</li> <li>• Disposer d'un bureau d'accueil et d'orientation</li> <li>• Disposer et intégrer la charte des malades</li> <li>• Déposer de panneaux d'indication</li> <li>• Renforcer la capacité du personnel</li> <li>• Afficher la charte du patient dans les établissements publics de santé d'accueil et le rendre disponible</li> <li>• Nommer les coordonnateurs des urgences par note de service</li> <li>• Nommer les Médecins d'Accueil et d'Orientation par note de service</li> <li>• Nommer les Infirmiers Organiseurs de l'Accueil par note de service</li> <li>• disposer d'un plan de communication intégrant un volet gestion des urgences</li> <li>• Renseigner la disponibilité des lits chaque soir</li> <li>• Identifier le personnel par une blouse de couleur, badges ou macarons</li> </ul>

### 3 Résultats

#### 3.1 Analyse situationnelle des services d'urgence au Sénégal

L'analyse situationnelle des urgences faite ici repose sur des normes validées par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Elle a révélé plusieurs faiblesses dans les domaines ci-après : Infrastructures, équipements, médicaments d'urgence, système de communication, ressources humaines et gouvernance.

##### 3.1.1 Infrastructures

L'analyse de la situation des infrastructures a révélé que sur les 37 établissements hospitaliers publics de santé que compte le pays, 28 disposaient d'un service d'accueil des urgences, soit 76% des établissements hospitaliers publics. La Figure 3 montre la distribution sur l'ensemble du territoire des établissements publics de santé de niveaux 2 et 3, disposant de service d'accueil d'urgence. Sur les 28 SAU recensés, aucun n'était aux normes maximalistes. 7% des SAU répondaient aux normes minimalistes, c'est-à-dire disposaient de : une salle de tri, une salle d'attente, deux box de consultation, une salle de soins, une salle de surveillance, une salle d'hospitalisation de courte durée et une salle d'accueil des urgences vitales (SAUV).

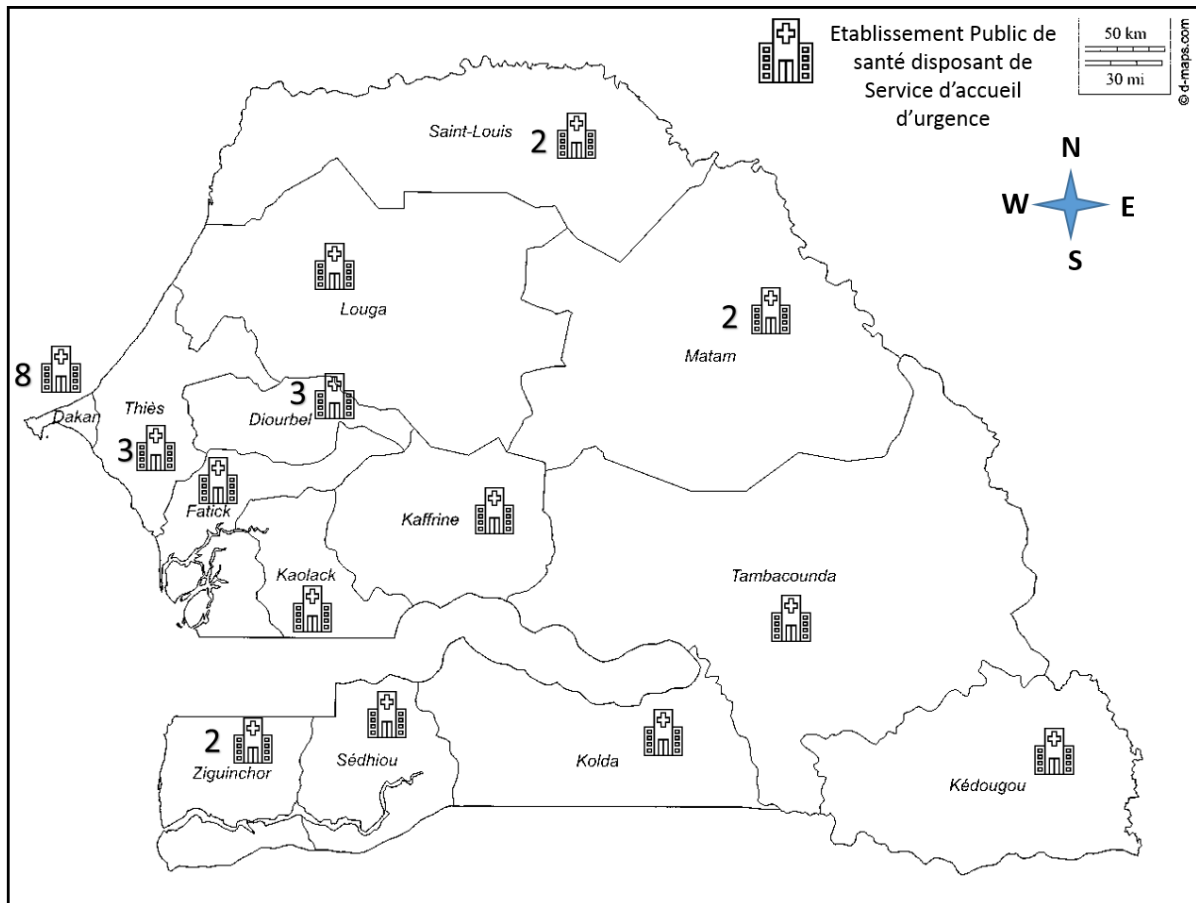


Figure 3 Carte de la répartition des Etablissements Publics de Santé du Sénégal disposant de Service d'accueil d'urgence

### 3.1.2 Equipements

En matière de prise en charge des urgences, les équipements constituent une ressource indispensable à une bonne prise en charge. Il ressort de cette analyse qu'aucun des SAU des établissements publics de santé n'était aux normes par rapport aux équipements et que 11% sont à plus de 80% des normes.

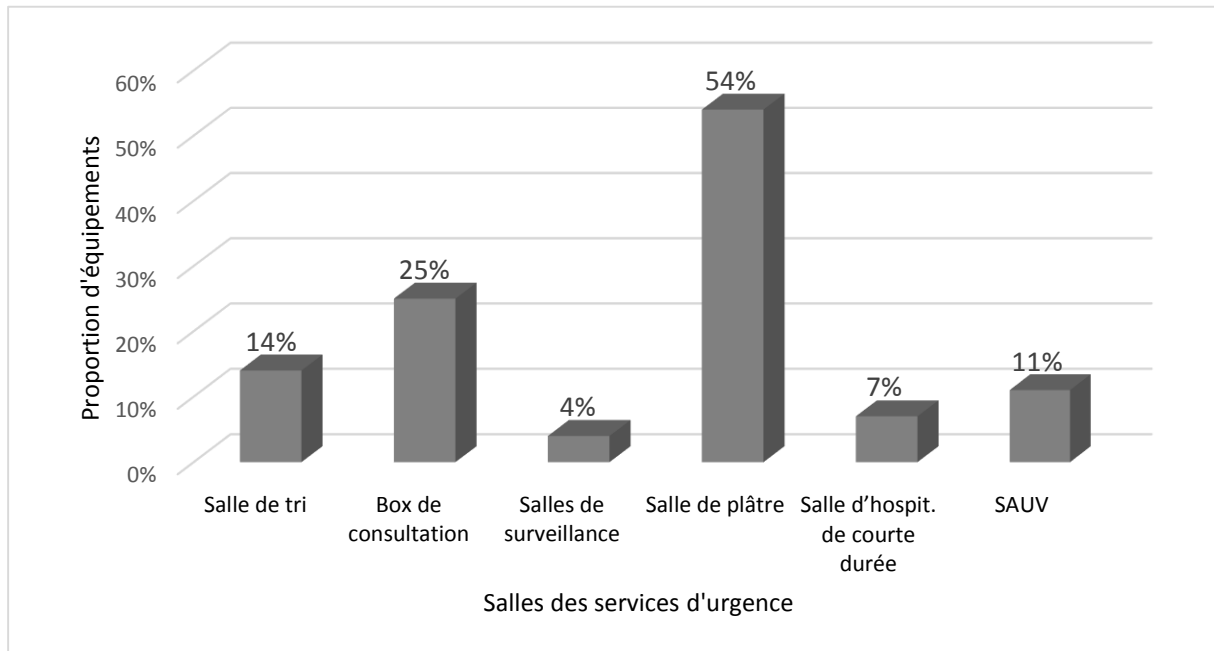


Figure 4 Equipements des principales salles des urgences

La Figure 4 montre le niveau d'équipement des principales salles des urgences. Il ressort de l'analyse de ce graphique que les salles de plâtre étaient les mieux équipées tandis que les salles d'hospitalisation et celles de surveillance présentent les niveaux d'équipement les plus faibles.

### 3.1.3 Communication

La communication est une composante essentielle dans la prise en charge des urgences hospitalières. Mais la situation actuelle du système de régulation et de communication est marquée par un manque de matériels (Tableau 2).

Tableau 2 Système de communication des urgences du Sénégal

Rubriques	Existants	Normes
Téléphone fixe	10	27
Fixe ADIE	11	27
Portable « numéro qui ne dort pas »	26	27
Talkie-walkie	3	27

Il convient de préciser que seulement 4% des EPS qui ont des SAU étaient aux normes en ce qui concerne le système de régulation et de communication et moins du quart étaient à plus de 80% des normes.

### 3.1.4 Ressources humaines

Les ressources humaines font partie des six piliers du système de santé selon l'OMS. L'analyse des ressources humaines a permis de remarquer qu'aucun EPS disposant de SAU n'était aux normes et seulement 4% de ces EPS étaient à plus de 80% des normes. Il sera présenté dans la suite de ce travail, le tableau des écarts en ressources humaines à combler pour l'ensemble des SAU existant.

### 3.1.5 Gouvernance et autres directives

Il s'est agi ici d'une analyse de la gouvernance et des autres directives au sein des 28 établissements hospitaliers du Sénégal. Cette analyse a révélé qu'un seul hôpital disposait de procédures de prise en charge des urgences et que les 78% des SAU ne fonctionnaient que sur la base d'un guide élaboré par le SAMU. Environ 60% des hôpitaux étaient dotés d'un règlement intérieur dont le personnel s'est bien approprié.

En ce qui concerne l'accueil et l'orientation des patients aux urgences, 76% des hôpitaux disposaient d'un bureau d'accueil et d'orientation mais le bureau est fonctionnel dans 70% des hôpitaux. 38% des hôpitaux ont intégré la charte dans leur plan de communication, 81% hôpitaux disposent de panneaux d'indication, 46% des pictogrammes et 84% d'enseignes

lumineuses. L'affichage de la charte des malades était effectif dans 33 hôpitaux sur les 37, mais elle était accessible aux patients dans 32 des établissements.

Les coordonnateurs des urgences étaient nommés par note de service dans 70% hôpitaux mais la fiche de poste n'était disponible que dans 61% des établissements. Les Médecins d'Accueil et d'Orientation étaient nommés par note de service. Ce poste existe dans 54% des hôpitaux mais aucune fiche de poste n'était disponible. Quant aux Infirmiers Organisateur de l'Accueil, ils étaient nommés dans 62% des hôpitaux par note de service mais les fiches de poste n'étaient disponibles que dans 57% des cas.

En ce qui concerne les médicaments d'urgence, 97% des hôpitaux disposaient des médicaments d'urgence conformes à la liste homologuée par le Ministère de la Santé et l'armoire d'urgence est disponible dans 76% hôpitaux et validée. Par ailleurs, 40% des hôpitaux établissaient des fiches de stock pour le suivi et 49% arrivaient à renseigner le nombre de ruptures de médicaments.

Dans 62% des hôpitaux, le personnel avait bénéficié d'un renforcement de capacité mais 11% disposaient du rapport de formation pour les modules dispensés.

Moins de la moitié des hôpitaux (43%) transmettaient mensuellement leurs rapports sur la gestion des urgences et la réalisation d'audit de décès n'était pas effective dans 97% des hôpitaux.

Douze des 16 hôpitaux disposant d'un plan de communication avaient intégré un volet gestion des urgences, mais leur mise en œuvre n'était effective que dans 63% des hôpitaux qui en disposent. Par ailleurs, 38% des hôpitaux renseignaient sur la situation des lits disponibles chaque soir.

Dans 56% des hôpitaux, le personnel était identifié par des blouses de couleurs différentes et dans 16 hôpitaux le personnel était identifié par des badges ou des macarons.



## 3.2 Principaux gaps à combler selon les domaines

Pour chacun des domaines d'intérêt de l'étude, les gaps à combler ont été déterminés.

### 3.2.1 Infrastructures et équipements

Globalement, 6 services d'accueil d'urgences sont à construire et à équiper. Les gaps en infrastructures et en équipements à combler sont récapitulés dans le Tableau 3. On note un manque considérable d'équipements.

Tableau 3 Gaps à combler en infrastructures et équipements dans les SAU

<b>Infrastructures</b>	<b>Equipements</b>	<b>Gaps Quantitatifs</b>
<b>Salle de tri (10)</b>	Dynamap	19
	Thermoflash	13
	Dextro	4
	Saturomètre portatif	10
<b>Box de consultation (15)</b>	Bureau médecin+chaise	27
	Lavabo ou lave-main	33
	Table de consultation	28
	Tensiomètre murale	44
	Thermomètre	29
<b>Salle de surveillance (4)</b>	Au moins 4 lits (stryker de préférence) avec séparation par rideau pour respect intimité	93
	Disponibilité mur technique avec oxygène au moins	96
	Dispositif d'aérosol	88
	CPAP	23
	Monitoring multiparamétrique	9
	Négatoscope	8
	Point d'eau	14
<b>Salle de plâtre (12)</b>	Charriots : 2	41
	Négatoscope : 1	18
	Matériel d'ablation de plâtre (Scie oscillante, pince d'ablation) : 1	15
	Point d'eau : 1	13
<b>Salle d'hospitalisation de courte durée(4)</b>	Lits	208
	lits autonomes avec sortie d'oxygène mural	202
	Point d'eau dans chaque salle	16
	Toilette dans chaque salle	19
<b>SAUV (10)</b>	au moins 2 strykers à la place des lits avec mur technique (Oxygène et vide	45
	1 négatoscope	18
	Lumière adaptée : scialytique (1)	22
	Monitoring multiparamétrique (ECG, SpO2, ETCO2, PANI, Température, FR) (2)	36
	Appareil d'ECG 12 dérivations (1)	11
	Respirateur de transport avec modes : VC, VAC, VS+AI+ PEEP, VACI (enfants et adultes) (2)	43
	Appareil de radio mobile (1)	22
	Échographe portatif (1)	26
	Appareil de Dextro (1)	7
	Hemocue (1)	25
	Défibrillateur	14
	Deux aspirateurs de mucosités (2)	47
	CPAP de Boussignac (1)	24
	Boîte de laryngoscope (2)	41
	BAVU adulte (2)	37
	BAVU pédiatrique (1)	13
	Nébulisateur (1)	9
	Chariot d'urgence avec compartimentation pour médicaments d'urgence (1)	14
	Armoire d'urgence	15
	Vidoir	25
Points d'eau	15	

### 3.2.2 Ressources humaines

Les urgences au Sénégal sont confrontées à un manque considérable de ressources humaines comme le témoigne le Tableau 4. Les médecins généralistes, les urgentistes, les infirmiers et les secrétaires constituent la majorité du gap à combler.

Tableau 4 Gaps à combler en matière de ressources humaines des services d'accueil d'urgence

Rubriques	Gaps
Médecins urgentistes	19
Médecins généralistes	55
Infirmiers	41
Assistants infirmiers	6
Brancardiers	18
Secrétaires	40

### 3.2.3 Système de communication et de régulation

En ce qui concerne le système de communication et de régulation, les normes exigent que chaque structure soit joignable 24h/24 avec un téléphone fixe, un téléphone portable, un téléphone fixe *ADIE* ou un réseau *Talkie-walkie*. Mais 96% des structures ne respectaient pas cette norme. Ceci est illustré par le Tableau 5 qui montre le gap en matière de moyens de communication.

Tableau 5 Gaps à combler pour le système de communication et de régulation

Rubriques	Existants	Normes	Gaps
Téléphone fixe	10	27	17
Fixe ADIE	11	27	16
Portable « numéro qui ne dort pas »	26	27	1
Talkie-walkie	3	27	24

### 3.2.4 Autres Directives

Le Tableau 6 résume les besoins à combler en ce qui concerne les autres directives. Il s'agit entre autres des besoins en matière de gouvernance et des médicaments d'urgence.

Tableau 6 Gaps à combler en ce qui concerne les autres directives

Directives	Gaps/ SAU
Coordonnateurs des urgences nommés par note de service	11
Médecin d'Accueil et d'Orientation (MAO)	17
Infirmiers Organiseurs de l'Accueil (IOA)	14
Formation sur les procédures et protocoles de PEC des urgences	14
Armoire d'urgence	9
Médicaments d'urgence conforme à la liste validée	1
Fiches de stocks	22
Rapportage régulier des ruptures de stocks	19
Guide de PEC des urgences élaboré par le SAMU	8
Procédures de prise en charge des urgences	27
Rapportage mensuel des urgences	21
Règlement intérieur sur les urgences	14
Appropriation du règlement intérieur par le personnel	28
Salle opératoire réservée aux urgences	17
Plan de communication intégrant les urgences	25
Intégration de la charte des malades dans les plans de communication	23
Rapportage journalier de la situation des lits disponibles	23
Réservation des lits d'aval pour les urgences	24
Panneaux d'orientation (Panneaux d'indication, enseignes lumineuses ou pictogrammes)	20
Bureau d'accueil et d'orientation fonctionnel	11
Bureau des usagers fonctionnel	21

L'analyse du Tableau 6 a révélé que sur beaucoup de plans des écarts importants restent à combler sauf les médicaments d'urgence qui sont quant à eux conformes à la liste validée par le Ministère de la Santé.

### 3.3 Obstacles liés au bon fonctionnement des services d'urgences

Le bon fonctionnement des services d'urgence au Sénégal est entravé par de nombreux obstacles dont les principaux sont :

- L'exiguïté, l'insuffisance et/ou l'indisponibilité de locaux destinés aux SAU au sein des centres de santé devenus établissements publics de santé de niveau 1
- L'inexistence de référentiel architectural pour la construction des services d'accueil d'urgence au Sénégal
- L'insuffisance de ressources humaines des structures publiques de santé des services d'urgences et personnel peu motivé
- La non disponibilité de plan directeur dans plusieurs établissements de santé, ce qui rend difficile la description du plan de circulation en leur sein
- L'insuffisance du suivi des services d'urgences périphériques par l'administration centrale
- L'inexistence de comité d'audit des décès dans plusieurs hôpitaux
- L'inexistence de cellule de communication pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de communication prenant en compte les priorités de la gestion des urgences.
- L'inexistence du délégué du personnel rendait difficile la validation du règlement intérieur par les inspections du travail.
- L'inexistence de plateforme pouvant renseigner à temps réel la disponibilité des lits.

## 4 Discussion et suggestions

Cette étude à visée descriptive de la situation des services d'urgence au Sénégal s'est inscrite dans un cadre préalable à l'élaboration de plan national d'amélioration de la prise en charge des urgences 2018-2022. Elle avait pour but de faire un état des lieux de la situation des urgences et d'identifier les axes stratégiques d'intervention sur lesquels il faudrait s'appesantir dans l'élaboration du nouveau plan. A l'issue de cette analyse, force est de constater que d'importants défis restent à relever en ce qui concerne les urgences au Sénégal.

Bien que n'ayant pas trouvé lors de la revue de littérature, des études ayant fait une description des ressources disponibles telle que présentée par ce document, les insuffisances identifiées ici ont été évoquées par plusieurs études aussi bien des pays africains que du reste du monde pour justifier les dysfonctionnements notés dans les services d'urgence.

Cette étude a révélé que la plupart des structures de santé du pays sont encore en deçà des normes préconisées par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Cela traduit une insuffisance des ressources humaines, matérielles des services d'urgences. La prise en charge des urgences demeure encore difficile en raison des nombreux obstacles relevés dans plusieurs domaines. Or parmi les orientations stratégiques retenues dans le plan national de développement stratégique 2009-2018, figure le renforcement des infrastructures, des équipements et de la maintenance (23)

Il reste à construire 9 SAU d'urgence et les locaux destinés aux SAU existants sont trop exigus. En ce qui concerne les équipements, aucun des SAU n'est aux normes. Ceci rend difficile la prise en charge des patients admis aux urgences. Une étude réalisée par la plateforme sénégalaise des acteurs non étatiques pour le suivi de l'accord de Cotonou montre qu'un peu plus du tiers des hôpitaux se trouvent concentrés à Dakar parmi lesquels ceux de niveau 3 qui sont les plus aptes à prendre en charge certaines pathologies (24). Cette distribution entraîne un accès inégal aux soins selon la zone de résidence. Ce qui n'est pas favorable à la vision du Sénégal contenu dans le plan national de développement sanitaire 2009-2018 qui veut que « *tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs et curatifs de qualité, sans aucune forme d'exclusion* » (23). Selon la même plateforme sénégalaise, les matériels sont souvent insuffisants et il n'y a pas une planification dans le renouvellement des équipements, qui de ce fait deviennent obsolètes (24).

En 2012, l'hôpital principal de Dakar était le seul dont le service d'urgence respectait les critères d'un service d'accueil d'urgence (16). Aussi, les travaux de Gobbers et *al.*, sur les systèmes de santé des quatorze pays de l'Afrique de l'ouest ont révélé que dans les hôpitaux et les centres hospitaliers universitaires, les plateaux techniques sont vétustes avec trop souvent des équipements de laboratoires et une radiologie peu fonctionnels par défaut de crédits de maintenance et les effectifs médicaux sont toujours insuffisants (25). Kourouma quant à lui a trouvé insuffisants les box de consultation des services d'urgences de l'hôpital de Ibn Sina de Rabbat (9). L'étude réalisée en 2017 conjointement par le Ministère de la Santé et celui de la sécurité sociale du gouvernement luxembourgeois sur le fonctionnement des services d'urgences de 4 centres hospitaliers à savoir : Le Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL), le Centre Hospitalier Emile Mayrisch (CHEM), l'Hôpital Robert Schuman (HRS) et le Centre Hospitalier du Nord (CHdN), a révélé que certains services ne disposent pas d'infrastructures adaptées au nombre de patients accueillis les jours de e. L'exiguïté des salles d'attente n'offre pas aux patients ainsi qu'à leurs accompagnants le confort nécessaire. Aussi, l'inexistence d'espace ou de salle d'isolement ou de tri ne garantit pas la confidentialité. En ce qui concerne les équipements, le principal problème est celui de leur accès pour tous les services d'urgence. Il s'agit notamment des équipements d'imagerie médicale. (26). Ainsi, les problèmes d'infrastructures sanitaires et d'équipements ne sont pas l'apanage des pays africains mais un défi pour tous les pays du monde où les urgences existent.

Le manque de ressources humaines qualifiées constitue l'autre principale difficulté à laquelle se trouvent confrontées les urgences au Sénégal, or le plan national de développement sanitaire 2009-2018 prévoit un développement des ressources humaines(23). Mais les médecins urgentistes, les généralistes, les infirmiers, les assistants infirmiers, les brancardiers et les secrétaires sont encore en nombre insuffisant. Cette insuffisance de ressources humaines entraîne une charge de travail importante par agent de santé et constitue un facteur d'engorgement des services d'accueil d'urgences. Or l'engorgement de ces services affecte la qualité des soins. Une situation similaire au Cameroun rapportée par le Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé, indique que l'accès et la qualité des soins de santé demeurent problématiques surtout en ce qui concerne les urgences et le taux de satisfaction des usagers pour les SAU de Yaoundé de 51,5% et de 54,7% pour l'accueil. Les principaux facteurs sous-jacents identifiés sont : l'insuffisance et l'attitude du personnel hospitalier; les problèmes d'organisation des procédures de travail et la faible notion de

qualité des soins (20). Cette situation caractérisée par un personnel démotivé, débordé et peu outillé a pour conséquence non seulement l'allongement de la durée d'hospitalisation (plus de 24h) et l'augmentation des coûts directs médicaux mais aussi des complications et séquelles entraînant une mortalité élevée. L'insuffisance du personnel que nous avons constatée concorde avec les travaux de Attoumoh en 2004 au service des urgences de l'hôpital principal de Dakar car celui-ci a identifié l'insuffisance du personnel comme étant l'un des principaux facteurs qui concourent à l'augmentation du délai d'attente dans les SAU (17). En Europe, l'afflux au niveau des urgences à Paris (services des urgences Hôtel Dieu) est la conséquence de la baisse de la démographie médicale notamment celle de médecins généralistes, ce qui a accentué le déséquilibre entre la demande et l'offre avec comme corollaire un besoin accru en moyens pour les urgences (27). A Amman en Jordanie, même si la majorité des services d'urgences sont en général bien équipés, une insuffisance de formation du personnel a été relevée et la plupart des médecins interviewés ont mentionné qu'un renforcement des capacités du personnel permettrait d'améliorer la prise en charge des urgences (22). Il ressort des travaux d'Obermeyer et *al.*, sur les soins d'urgence dans 59 pays à revenu faible ou intermédiaire que très peu de prestataires avaient reçu une formation spécialisée en soins d'urgence (12). Nos résultats diffèrent de ceux trouvés à Luxembourg où les ressources humaines des services d'urgences sont en nombre suffisant mais le problème se pose essentiellement en termes de formation continue du personnel soignant en vue de lui garantir la connaissance et les compétences nécessaires pour une prise en charge conséquente (26). Cette différence pourrait s'expliquer par le niveau de développement du Luxembourg comparé au Sénégal. Ainsi, la question de l'insuffisance et de la qualité des ressources humaines des services d'urgence demeure une équation non résolue pour la plupart des pays en développement.

En matière de gouvernance, les urgences du Sénégal sont loin d'être aux normes validées par le Ministère de la Santé. La majorité des SAU ne font pas l'objet d'un suivi par le niveau central. Ce résultat est similaire à celui de Hsia et *al.*, sur l'accès au service d'urgence dans cinq pays de l'Afrique subsaharienne (Ghana, Kenya, Rwanda, Tanzanie et Uganda) qui a révélé que moins de 15% des hôpitaux interrogés avaient une formation et supervision en place (28).

En ce qui concerne les médicaments d'urgence, 97% des SAU en disposent conformément à la liste validée par le Ministère de la Santé. Ce résultat positif noté en ce qui concerne cette



composante est sans doute dû à la politique nationale en matière de médicaments qui repose entre autres sur un approvisionnement régulier des hôpitaux(23). Cette politique dans sa mise en œuvre a sans doute fait l'objet d'un bon suivi.

Ces dysfonctionnements ont d'importantes conséquences sur la qualité de la prestation des SAU puisqu'ils contribuent à leur engorgement et participent au rallongement du délai d'attente des usagers, avec comme corolaire des pertes en vies humaines. Au regard de cette situation, des suggestions ont été formulées en vue de contribuer à une optimisation des performances des SAU.

D'abord, en ce qui concerne la gouvernance, un suivi et une supervision formative des SAU est nécessaire pour s'assurer de la qualité de leur prestation. Il convient d'élaborer et de rendre disponible dans tous les SAU, un document national de protocoles et normes de prise en charge des urgences qui serait la boussole du personnel de ces services.

Pour ce qui est des infrastructures et équipements, il manque encore 9 SAU pour l'ensemble des EPS du pays. Mais étant donné que les SAU existant sont confrontés à des problèmes d'insuffisance et /ou d'exiguïté des locaux, il est nécessaire que les autorités au niveau central valident un modèle architectural unique de construction des SAU qui tient compte des besoins et des réalités des urgences. Aussi, la plupart des SAU existant ne respectent pas les normes validées par le Ministère de la Santé en matière d'équipements. Une planification de l'acquisition s'impose pour ce qui est des équipements manquants ou vétustes. Les nouveaux équipements doivent être fonctionnels afin répondre aux besoins réels des SAU.

Toujours dans le souci de rapprocher les services d'urgence des administrés, une meilleure collaboration entre les hôpitaux et les acteurs de la prise en charge préhospitalière tels que les Services Mobiles d'Urgences et de Réanimation (SMUR), les Sapeurs-pompiers et le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) est indispensable. Ce dernier par exemple est encore embryonnaire au Sénégal et ses services ne couvrent que quelques régions de fortes concentrations humaines. Sa couverture devait être étendue aux régions défavorisées du pays. Il s'agit de doter les régions de centre SAMU et de communiquer auprès des populations sur son rôle qui est la prise en charge préhospitalière et l'orientation des patients. Ceci permettrait d'améliorer la qualité des services offerts et le taux d'utilisation des services d'urgence préhospitaliers et hospitaliers par les populations. Par ailleurs, le niveau central

devra veiller au respect du système de référence et de contre référence à tous les niveaux de la pyramide de soins. Les unités d'accueil d'urgence devraient également être renforcées afin d'accroître la couverture du territoire par les d'urgence.

L'engorgement des services d'urgence est un problème mondial aujourd'hui. Des solutions sont préconisées par certains chercheurs dont nous présenterons ici deux qui nous semblent mieux adaptées au contexte d'un pays en développement tel que le Sénégal. Il s'agit de :

- Le modèle PASS (Performances d'Accès aux Soins de Santé)

En France, en dépit de l'affectation des ressources matérielles, financières et humaines aux services d'urgence, ceux-ci demeurent toujours dans une crise durable caractérisée par l'engorgement des services d'urgence, l'allongement des délais d'attente du patient et un personnel surchargé et épuisé (29). Cette situation s'explique par le fait que beaucoup de patients se rendent aux urgences pour des raisons qui ne nécessitent aucune prise en charge urgente et qui pourraient être parfaitement traitées par le service classique de soins programmés. En France, le nombre de passages aux services d'urgence a doublé en moins de 15 ans passant de 7 millions à 14 millions entre 1990 et 2004; mais seulement 3% étaient de véritables urgences (29). C'est aussi le cas au Sénégal où le SAU de l'hôpital principal de Dakar entre le 23 et le 30 août 2016, a reçu 762 patients dont moins de 42% représentaient des vraies urgences (29). Wade *et al.*, en 2018 ont trouvé également que l'une des raisons qui motivent les patients à privilégier les urgences est la possibilité d'y bénéficier d'une prise en charge gratuite (21). En France, l'accès aux soins de santé des populations à faible revenu est caractérisé par le recours élevé aux services d'urgence dans les communes (30). Egalement en Jordanie, la fréquentation des services d'urgences par les patients ayant un moindre problème d'urgence provoque un surpeuplement de ces services et entrave l'administration des soins appropriés aux patients en situation de forte acuité (22).

Face à une telle situation sans précédent qui a provoqué beaucoup de démissions dans le rang des professionnels des urgences en France, Georges-Tarragano *et al.*, ont préconisé le modèle PASS. Il s'agit d'un modèle d'organisation alternatif et complémentaire aux urgences et qui permet « *un accès avec ou sans rendez-vous à une consultation assurée par les médecins polyvalents formés à l'accueil des patients en situation de précarité et des soins infirmiers et une consultation sociale* » (29). Cette approche repose sur un personnel spécifique dans une zone contiguë aux urgences. Ceci vise à désengorger les services d'urgences et à alléger la

charge de travail du personnel. Elle améliore la qualité des soins tout en réduisant les frais de prise en charge pour le patient. PASS, à notre avis est un modèle qui s'adapte parfaitement au contexte du Sénégal en ce sens qu'il contribuera à la baisse drastique de l'encombrement des urgences, donc de révolutionner la prise en charge des urgences hospitalières.

- Le modèle ARIMA (Autoregressive Integrated Moving Average)

Face au problème d'afflux de patients aux urgences pédiatriques du centre hospitalier régional universitaire de Lille, Kadri et *al.*, ont proposé un modèle de prévision des flux quotidiens des patients basé sur l'analyse de séries chronologiques (10). Il s'agit du modèle ARIMA conçu pour prédire la fréquentation quotidienne du service d'urgence et la charge de travail du personnel afin de planifier les ressources disponibles. ARIMA est un modèle parfaitement adapté au contexte des pays en développement car une bonne prévision permettra aux services d'urgences du Sénégal de faire une meilleure planification des ressources humaines et matérielles en vue d'une prise en charge adéquate des patients admis aux urgences. Mais la mise en place de ce modèle requiert un système d'information performant et une bonne tenue des registres de patients admis aux urgences afin de fournir des données fiables à analyser pour la prédiction de la fréquentation des SAU.

## **Limites de l'étude**

Cette étude présente quelques limites qu'il convient de mentionner ici tout en précisant qu'elles n'ont nullement entaché la qualité du travail effectué.

L'étude ne prend pas en compte la disponibilité permanente de l'eau, de l'électricité, de l'internet puis de la logistique notamment les ambulances pour les cas nécessitant la référence.

Aussi, les unités d'accueil d'urgence logées dans les établissements publics de santé de niveau 1 (niveau périphérique) n'ont pas été prises en compte dans cette étude pour des raisons d'insuffisance de données relatives aux ressources humaines et aux équipements. Il aurait été plus intéressant d'inclure ces services d'urgence périphériques. Nous pensons qu'à l'avenir, il serait plus intéressant de confier la tâche de collecte des informations au consultant recruté et à son équipe pour s'assurer de la complétude des informations recueillies auprès des services d'accueil d'urgence et unités d'accueil d'urgence. Ceci aurait permis non seulement de vérifier l'état des infrastructures et des équipements ainsi que leur fonctionnalité mais aussi d'appréhender globalement le besoin des patients admis aux urgences ainsi que l'organisation et le fonctionnement des services d'urgence, sur la base d'une grille d'observation et d'un questionnaire élaborés à cet effet. Cette étude aurait pu être également le cadre pour faire le répertoire des ressources humaines des SAU, par spécialité. Les besoins en ressources humaines exprimés ici ne prennent pas en compte les médecins spécialistes.

Cette étude présente des insuffisances en ce qui concerne les données analysées. Ceci est dû entre autres à la technique de collecte des données. Le manque de certaines informations laisse entrevoir un système d'information peu fonctionnel. Or un système d'information fonctionnel et efficace aurait permis la remontée d'informations clés au niveau central pour faciliter la présente analyse de la situation des urgences.

Aussi, cette étude ne prend pas en compte les acteurs de la prise en charge préhospitalière tels que le SAMU, les sapeurs-pompiers, les Services Mobiles d'Urgences et de Réanimation (SMUR). Or la prise en compte de ces acteurs aurait permis d'apprécier les difficultés liées à la collaboration entre les acteurs de la prise en charge préhospitalière et hospitalière.

## 5 Conclusion

Les services d'urgences constituent aujourd'hui un enjeu essentiel de santé publique au plan mondial. Leur fonctionnement est révélateur de l'état du système de santé de chaque pays. Les urgences au Sénégal souffrent d'insuffisance en infrastructures, équipements, personnel, communication et gouvernance. La qualité des soins d'urgence est aujourd'hui altérée entre autres par l'engorgement des services d'urgence, le manque et/ou insuffisance d'infrastructures, d'équipements, de ressources humaines et de gouvernance efficace. Ces insuffisances ont été évoquées par plusieurs études aussi bien des pays africains que du reste du monde pour justifier les dysfonctionnements notés dans les services d'urgence. En effet, elles contribuent à un engorgement des services d'urgences et participent au rallongement du délai d'attente des usagers, avec comme corolaire des pertes en vies humaines. D'importants défis restent donc à relever par les pouvoirs publics en ce qui concerne les urgences pour assurer un service de qualité aux populations sénégalaises. Il est nécessaire que d'importantes mesures soient prises en vue d'améliorer la prise en charge des urgences au Sénégal. Le programme d'investissement sectoriel du plan Sénégal émergent 2017-2021 a prévu à l'échéance 2021, la construction d'un hôpital de niveau 3 à Touba et trois hôpitaux de niveau 2 dans les régions de Kaffrine, Sedhiou et Kédougou. Ceci vise à renforcer la couverture du territoire national. Mais, l'expérience de certains pays développés a montré que la construction et l'équipement des services d'urgence à eux seuls ne peuvent plus permettre de relever le défi des urgences. Il est surtout impératif d'envisager une meilleure organisation des SAU existant à travers l'amélioration de la gouvernance et l'introduction de modèle innovant de gestion des urgences. L'introduction du modèle de prévision des flux de patients ARIMA et du modèle d'organisation PASS pourrait contribuer largement à une meilleure gestion des urgences au Sénégal. D'autre part le respect strict du système de référence et de contre référence et le bon fonctionnement du système de tri dans les services d'urgence constituent des facteurs importants. Cette étude présente une situation globale des urgences dans le pays. Des études au niveau régional permettraient d'apprécier plus finement les disparités dans les problèmes selon la géographie et les réalités socioéconomiques et culturelles.

## 6 Références bibliographiques

1. OMS. *Rapport sur les résultats de l'OMS : budget programme 2016-2017*. 2016 p. 84.
2. Fédération internationale pour la planification familiale. *Objectifs du Développement Durable*. 2015.
3. OMS. *Rapport sur la santé dans le monde, Pour un système de santé plus performant*. 2000 p. 12.
4. Observatoire régional de la santé de la Basse Normandie. *La prise en charge des urgences, chiffres clés*. 2015.
5. Claessens Y-E, Kierzek G, Josseran L, et al., . *Services d'urgence : observatoires de santé publique*. *Réanimation*. 2008; 17(8) : 807-15.
6. Yaya S, Ilekia-Priouzeau S. *Accès et équité dans les systèmes de santé en Afrique*. In: *Politiques publiques et marchés de la santé dans les pays en développement*. 2011.
7. Wolff V. *Le sens de l'urgence à l'hôpital*. *BioéthiqueOnline*. 2016;5:15.
8. Commission Régionale d'Experts Urgences. *Activité des services d'urgence de l'île de France*. *Ile de France*; 2016 p. 82.
9. KOUROUMA F. *Evaluation du délai d'attente avant consultation au niveau du service des urgences Cas de l'Hôpital Ibn Sina*. *Ecole Nationale de Santé publique*. 2017;43.
10. Kadri F, Chaabane S, Harrou F, et al., . *Modélisation et prévision des flux quotidiens des patients aux urgences hospitalières en utilisant l'analyse de séries chronologiques*. HAL. 2014;10.
11. Carpentier F. *Critères d'évaluation services d'urgences*. 2001.
12. Obermeyer Z, Abujaber S, Makar M, et al., . *Emergency care in 59 low- and middle-income countries: a systematic review*. *Bulletin of the World Health Organization*. 2015;93(8):577-86.
13. Ministère de la santé et de l'action sociale. *Plan national stratégique du SAMU 2013-2017*.
14. OMS. *Profil des statistiques du Sénégal* [Internet]. 2018. Disponible sur: [http://who.int/gho/mortality\\_burden\\_disease/en](http://who.int/gho/mortality_burden_disease/en), consulté le 31/01/2019
15. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie. *Enquête Démographique et de Santé Continue*. *Sénégal*; 2016.
16. GUEYE F. *L'impact de la logistique des médicaments dans un service sanitaire cas de l'hôpital principal de Dakar*. 2012;66.

17. Attoumoh M. *Contribution à l'amélioration de l'accueil au niveau des services d'urgence porte de l'Hôpital Principal de Dakar*. Institut Supérieur de Santé - CESAG. 2004;89.
18. Abdou Binta D, Sm S, et al., . *Etude de mortalité au service d'accueil des urgences de l'hôpital régional de Saint-Louis, Sénégal*. Dakar Med. 2014; 9.
19. Tolefac PN, Nana TN, Chichom AM. *Challenges in emergency medical Services in a resource-limited setting in Sub-Sahara Africa; Perspectives from Cameroon: a review article*. IAM. 2017;1(10):6.
20. Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé (CDBPS),. *Améliorer l'Accueil et la Prise en Charge dans les Services d'Accueil des Urgences (SAU) des Hôpitaux Nationaux et Régionaux au Cameroun*. 2013 p. 23.
21. WADE KA, NDONG SI, NGOM DT, et al., . *Évaluation du recours aux services d'accueil des urgences dans un hôpital d'Afrique subsaharienne : exemple de l'hôpital principal de Dakar*. Médecine et Santé Tropicales. 2018; 97-105.
22. Li K, Nasir SL. *Structural and functional analysis of emergency departments in Amman, Jordan: Implications for future development*. The Journal of Global Health. 2016;11.
23. Ministère de la santé et de la prévention. *Plan National de Développement Sanitaire du Sénégal 2009-2018*. p. 86.
24. Gueye AK, SECK PS. *Etude de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers au Sénégal*. Plateforme des acteurs non étatiques pour le suivi de l'accord de Cotonou au Sénégal. 2009;41.
25. Gobbers D, Pichard É. *L'organisation du système de santé en Afrique de l'Ouest*. ADSP. 2000;(30):35-42.
26. Ministère de la sécurité sociale. *Étude du fonctionnement des services d'urgence. Luxembourg: Ministère de la sécurité sociale; 2017 p. 24*.
27. Page O, Kierzek G, Pourriat J-L. *Gestion des plaintes en structure d'urgence*. 10.
28. Hsia RY, Mbembati NA, Macfarlane S, et al., . *Access to emergency and surgical care in sub-Saharan Africa: the infrastructure gap*. Health Policy and Planning. 2012;27(3):234-44.
29. Georges-Tarragano C, Pierru F, de Celeyran FT, et al., . *Surcharge et engorgement des urgences : la réponse durable du modèle des Pass*. Les Tribunes de la santé. 2013;39(2):87.
30. Or Z, Penneau A. *Analyse des déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation*. Institut de recherche et documentation en économie de la santé; 2017.
31. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie. *Situation économique et sociale du Sénégal en 2015*. p. 325.

## 7 Liste des illustrations

Figure 1	Zone d'étude : carte des régions médicales et districts sanitaires du Sénégal (23) .....	7
Figure 2	Organisation et fonctionnement du système de santé et de soins du Sénégal .....	1
Figure 3	Carte de la répartition des Etablissements Publics de Santé du Sénégal disposant de Service d'accueil d'urgence.....	6
Figure 4	Equipements des principales salles des urgences.....	7
Figure 5	Evolution de la population sénégalaise de 1960 à 2017 .....	29
Figure 6	Carte de la densité de population du Sénégal, (ANSD, 2015) (31).....	30
Figure 7	Pays d'intervention du Cabinet de consultance Santé Plus en Afrique .....	32



## 8 Liste des tableaux

Tableau 1	Normes du Ministère de la Santé considérées pour l'étude.....	3
Tableau 2	Système de communication des urgences du Sénégal .....	8
Tableau 3	Gaps à combler en infrastructures et équipements dans les SAU .....	11
Tableau 4	Gaps à combler en matière de ressources humaines des services d'accueil d'urgence .....	12
Tableau 5	Gaps à combler pour le système de communication et de régulation .....	12
Tableau 6	Gaps à combler en ce qui concerne les autres directives .....	13
Tableau 7	Effectifs de la population du Sénégal de 1960 à 2017 .....	28

## 9 Glossaire

**Urgence** : toute situation pathologique soudaine qui nécessite une intervention ou une prise en charge immédiate sans laquelle le pronostic fonctionnel ou vital de l'individu pourrait être engagé.

**Système de santé** : la totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'interventions sanitaires dont l'objectif principal est d'améliorer la santé, dans le cadre de soins de santé individuels, d'un service de santé publique ou d'une initiative intersectorielle (3)

**Délai d'attente** : c'est la durée en minute ou en heure qui sépare l'arrivée et le contact du patient avec le personnel d'accueil du moment de son premier contact avec le médecin pour une consultation.

**Service d'accueil d'urgence** : c'est le service logé au niveau des hôpitaux, chargé de recevoir et de prendre en charge 24h sur 24, tout patient en situation de détresse ou d'urgence vitale,. Au Sénégal, ces services sont logés dans les établissements publics de niveaux 2 et 3.

**Unité d'accueil d'urgence** : unité logée dans les centres de santé et qui s'occupe de la prise en charge des urgences moins graves et de la référence des patients au besoin vers le niveau hiérarchique apte à poursuivre leur traitement.

## 10 Annexes

### 10.1 Annexe 1 : Cadre géographique de l'étude

#### Données démographiques et cartographiques

D'une superficie de 196 712km<sup>2</sup>, le Sénégal est situé à l'extrême ouest de l'Afrique occidentale avec une façade maritime de 700km sur l'océan atlantique qui le limite à l'ouest. Au nord, le Sénégal partage une frontière avec la Mauritanie, à l'Est avec le Mali et au sud avec la Guinée et la Guinée Bissau. Le territoire sénégalais est traversé par la Gambie qui est une enclave de terre d'environ 300km de long et de 25km de large (31).

La population sénégalaise est estimée à 14 356 575 de personnes dont 50,17% de femmes en 2015. Environ la moitié de la population est âgée de 18 ans et moins (31). Mais selon des projections démographiques de l'agence nationale de la statistique et de la démographie, la population du Sénégal passerait à 15 256 346 habitants en 2017 avec 50,2% de femmes et la ville de Dakar concentrera 23% de la population totale.

Tableau 7 Effectifs de la population du Sénégal de 1960 à 2017

Années	Hommes	Femmes	Populations
<b>1960</b>	1 678 673	1 714 412	3 393 085
<b>1976</b>	2 472 622	2 525 263	4 997 885
<b>1988</b>	3 353 599	3 543 209	6 896 808
<b>2002</b>	4 852 764	5 005 718	9 858 482
<b>2013</b>	6 735 420	6 773 295	13 508 715
<b>2015</b>	7 153 656	7 202 919	14 356 575
<b>2017</b>	7 597 661	7 658 685	15 256 346

Source : SES 2015 et ANSD 2016

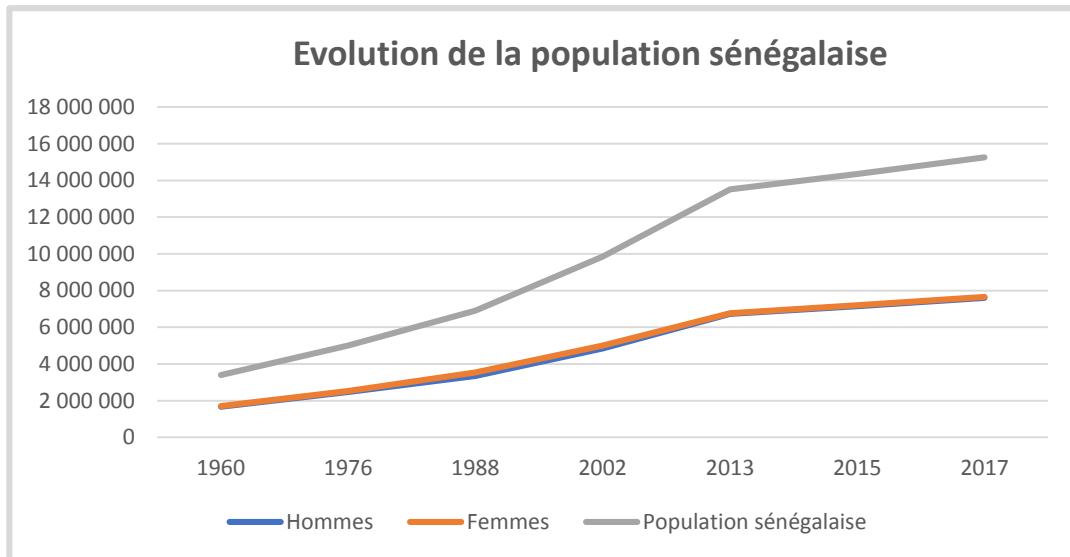


Figure 5 Evolution de la population sénégalaise de 1960 à 2017

Le Sénégal est aussi caractérisé par un important réseau hydrographique constitué de quatre fleuves : le fleuve Sénégal au nord (1700 Km), les fleuves Saloum (250 km) et Gambie (1 130 km) au centre puis le fleuve Casamance (300 km) au sud.(31)

Semi-désertique au nord et tropical au sud, le climat du Sénégal est de type soudano-sahélien caractérisé par une alternance d'une saison sèche (novembre à mi-juin) et d'une saison pluvieuse le reste de l'année.(31)

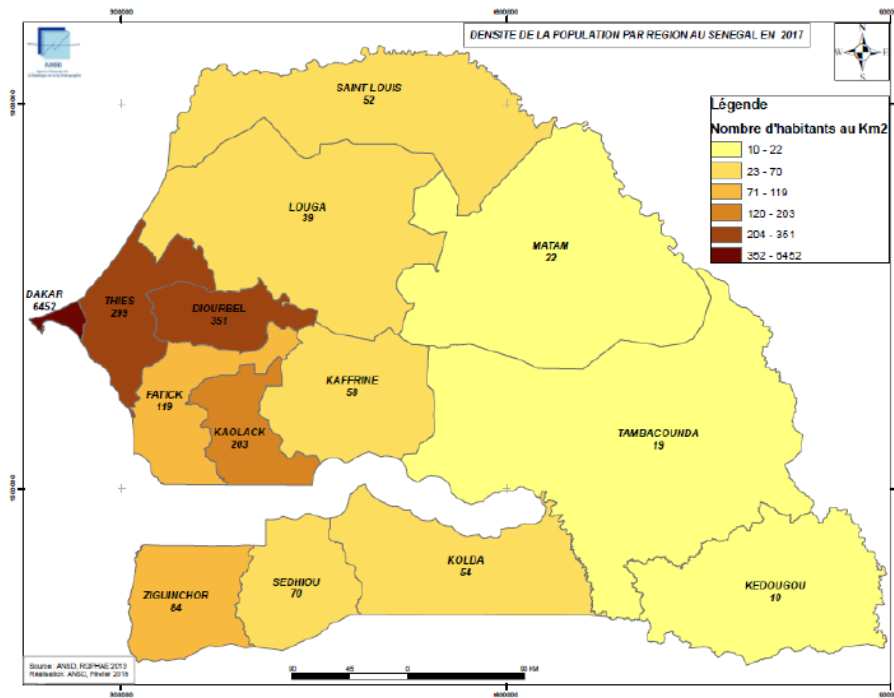


Figure 6 Carte de la densité de population du Sénégal, (ANSD, 2015) (31)

## 10.2 Annexe 2 : Présentation du Cabinet Santé Plus Sénégal

Situé en plein cœur de la ville de Dakar, plus précisément au rond-point Sacré-Coeur<sup>3</sup>, **Santé Plus** est une agence privée de consultance en santé publique créée en 2005 par Monsieur Amadou MBAYE, docteur en médecine et expert en santé publique. Elle a pour mission de renforcer les politiques de santé en Afrique. Au fil des années, cette organisation est devenue un acteur majeur en santé publique dans les pays d’Afrique où elle contribue à la mobilisation des ressources pour la lutte contre les maladies transmissibles, puis la mortalité maternelle et infantile.

Elle regroupe des professionnels de la santé qui ont développé une expertise pointue en : planification stratégique, gestion des projets, suivi-Evaluation du suivi évaluation des programmes de santé, encadrement et implémentation des interventions à base communautaire, lutte contre les maladies chroniques ou non (Paludisme, Tuberculose, VIH/Sida, Bilharziose, Filarioses Lymphatiques) et de la gestion de données sanitaires.

Ses domaines d’intervention sont essentiellement (i) la planification stratégique, (ii) le suivi-évaluation des projets/programmes, (iii) la lutte contre les maladies telles que : Paludisme, VIH ; Tuberculose, malnutrition etc.

Elle intervient dans plusieurs pays d’Afrique dont : Bénin, Burkina-Faso, Burundi, Côte d’Ivoire, Djibouti, Gambie, Guinée, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, Sao Tomé Principe, Sénégal et République Démocratique du Congo (Figure 7)



Figure 7 Pays d'intervention du Cabinet de consultance Santé Plus en Afrique

### 10.3 Annexe 3 : termes de références pour le recrutement d'un consultant pour l'élaboration d'un plan d'amélioration de la gestion des urgences.

#### 1. Contexte

La mise en place de la réforme hospitalière en 1998 s'est opérée dans un contexte caractérisé par la faible fréquentation des structures sanitaires par les populations, singulièrement des hôpitaux publics.

Le comportement des usagers pouvait être expliqué par l'attitude du personnel qui était fortement démotivé, l'état des équipements et celui des infrastructures.

L'objectif principal de ladite réforme était de permettre à tout individu, quelle que fût sa condition sociale, de bénéficier de soins de qualité dans le cadre d'Etablissements Publics de Santé (EPS) à la gestion autonome et au sein desquels la notion de performance devait se substituer à la logique administrative.

Garant du service public, l'Etat définit la politique de santé qui a notamment pour objectif d'assurer à chacun l'accès à des soins de qualité. Dans ce cadre, il apporte son soutien aux structures de santé avec des appuis multiformes (subventions, affectation de ressources humaines, investissements etc.).

La Politique de santé se fonde sur la Constitution en son article 17 qui stipule que : « l'Etat et les collectivités locales ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées.... »

Le PNDS s'inscrit dans la perspective de l'accélération de la mise en œuvre des différents programmes de prévention et d'offres de services de santé de qualité.

La Réforme hospitalière stipule clairement que les structures sanitaires sont tenues en substance d'accueillir toute personne de jour comme de nuit, en urgence si l'état du malade ou du blessé le justifie.

La prise en charge des urgences médico- chirurgicale a été toujours une préoccupation des pouvoirs publics au double plan des soins à offrir aux malades , patients, blessés et parturientes et des moyens de transport à mettre à la disposition des personnes .Ainsi à l'instar de la loi n°2005-22 du 05 Aout 2005 relative à l'assistance médicale d'urgence et aux transports sanitaires ; visant à assurer aux malades, blessés, et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés leur état ; plusieurs mesures gouvernementales allant dans le même sens ont été prises à savoir entre autres, le projet de médicalisation des secours et de renforcement des structures existantes (instauré par le Ministère de l'intérieur à travers les sapeurs-pompiers), qui est destiné à une amélioration de la performance du secteur et la création du SAMU National.



Dès lors, il s'avère opportun de préciser que l'urgence, phénomène touchant à la santé, survient de façon brutale et inattendue. Elle surprend et inquiète l'intéressé et son entourage pouvant nécessiter un geste médical ou chirurgical dans un délai bref.

En médecine, ce terme regroupe une grande variété de situations allant de la grande détresse cardiorespiratoire au pronostic vital immédiatement menacé, à l'urgence légère ou simplement ressentie. Toutefois, l'urgence est une situation pathologique imposant la prise de mesure thérapeutique sans laquelle, l'évolution se ferait vers l'aggravation de la situation voire la mort pouvant survenir dans un délai plus ou moins court.

Le niveau d'organisation des urgences et la célérité de l'intervention sont des éléments dont on tient de plus en plus compte pour juger de la qualité d'un système de santé dans un pays. Du point de vue du citoyen, le jugement porté sur le système de santé provient dans une large mesure de sa perception. A cet effet, le service d'accueil des urgences, l'un des principaux points de contact avec le public constitue la vitrine de l'hôpital et il détermine son image chez les usagers.

La médecine d'urgence s'exerce à différents niveaux. L'intervention peut se faire sur les lieux mêmes de l'événement et au cours du transport (secteur pré hospitalier) mais l'intervention majeure et décisive se déroule essentiellement en milieu hospitalier (secteur hospitalier).

Eu égard de l'ensemble de ces considérations,

## **2. Justification**

Le caractère imprévisible, inquiétante d'un cas d'urgence constitue par conséquent une préoccupation majeure des pouvoirs publics. Ainsi le Président de la république, lors des conseils des ministres tenus les 30 novembre 2016 et 1 Février 2017 a réitéré sa volonté d'améliorer la prise en charge des urgences médico-chirurgicales et a demandé au Ministre chargé de la Santé de proposer « dans les meilleurs délais, un programme prioritaire de modernisation des services d'accueil des urgences SAU des hôpitaux ... » pour un meilleur accès et prise en charge des populations.

Suite à cette directive présidentielle, le ministre de la santé a instruit à la Direction des Etablissements de Santé de procéder à l'élaboration d'un plan d'amélioration de la gestion des urgences.

## **3. Objectif général**

L'objectif global de la mission est d'élaborer le plan d'amélioration continue de la gestion des urgences dans les Etablissements Publics de Santé du Sénégal sur la période 2018-2022 (5 années)

#### **4. Objectifs spécifiques**

- Exploiter les données relatives à l'analyse situationnelle de la gestion des urgences dans les EPS afin d'identifier les orientations prioritaires du plan d'amélioration continue de la gestion des urgences
  - Elaborer le plan d'amélioration continue de la gestion des urgences budgétisé selon un chronogramme bien défini
  - Développer un document de plaidoyer pour la mobilisation des ressources
- 1) Elaborer le plan de mise en œuvre du plan d'amélioration continue des urgences

#### **5. Résultats Attendus**

- Le document d'analyse situationnelle de la gestion des urgences dans les EPS est exploité et les orientations prioritaires du plan d'amélioration continue sont identifiées
- Le plan d'amélioration continue de la gestion des urgences budgétisé selon un chronogramme bien défini est élaboré
- Un document de plaidoyer pour la mobilisation des ressources est développé
- Le plan de mise en œuvre du plan d'amélioration continue des urgences est élaboré

#### **6. Livrables**

Le document à produire à l'issue de cette mission est :

Le plan d'amélioration continue de la gestion des urgences dans les EPS du Sénégal 2018-2022 accompagné d'un document de plaidoyer pour la mobilisation des ressources

Vingt (20) exemplaires (dont 10 en français et 10 en anglais) ainsi qu'une version électronique en français et en anglais du Plan d'amélioration continue des urgences seront remis au MSAs.

#### **7. Mission du Consultant**

Le consultant doit concevoir un plan d'amélioration de la gestion des urgences dans les structures sanitaires.

Il aura pour charge d'organiser, de diriger et de superviser les travaux.

Ce faisant; il devra notamment accomplir les tâches suivantes :

- valider le document d'analyse situationnelle ;
- Proposer des orientations stratégiques à partir de l'analyse situationnelle
- Elaboration de la matrice des extrants et des activités prioritaires;
- Analyse des hypothèses et risques;

- Développement du draft du plan d'amélioration des urgences hospitalières
- Validation du plan d'amélioration des urgences hospitalières par le MSAs
- Développement du système de suivi et d'évaluation

#### **8. Durée de la Mission**

La mission aura une durée de 15 jours ouvrables.

#### **9. Qualifications du consultant**

- Spécialiste en santé publique ayant des connaissances avérées en gestion des urgences ;
- Une expérience d'au moins 10 ans dans le domaine de l'élaboration de documents de politique, de plan d'amélioration ou de plan stratégique dans le secteur de la santé
- Au moins deux références dans le domaine du processus d'élaboration de documents de référence et de document de politique dans les structures sanitaires, au cours des cinq (05) dernières années.

#### **10. Méthode de travail**

Le consultant travaillera sous la supervision de la DES et du SAMU.

La mission pour l'élaboration du Plan d'amélioration continue des urgences 2018-2022 sera conduite par un consultant confirmé qui présentera une méthodologie détaillée inspirée de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR). Cette méthode sera basée sur sa compréhension de la mission, et validée avec le MSAs ; il s'agira d'une approche participative, le rôle du consultant est de faciliter le processus en faisant appel à des méthodes et outils normalisés recommandés

#### **11. Candidature**

Les consultants intéressés sont invités à envoyer une offre technique détaillée reprenant :

- le CV de l'Expert détaillant son expérience dans les domaines pertinents suscités en français et en anglais ;
- une lettre de motivation en français et en anglais
- Commentaires sur les TDRs et approche de travail préconisée en français et en anglais (méthodes, organisation, chronogramme...)
- Une offre financière détaillée, qui tient compte des honoraires et autres frais liées à la mission.

#### **12. Evaluation des Offres:**

Les propositions soumises par les consultants sélectionnés seront évalués en fonction des critères suivants :

<b>Critères</b>	<b>Ponctuation</b>
Qualification générale (diplômes et expérience générale)	20 points
Expérience spécifique (plan d'amélioration)	20 points
Langue (anglais, français)	10 points
Méthodologie proposée	30 points
Proposition financière	20 points
<b>Total</b>	<b>100 points</b>

#### 10.4 Annexe4 : Principaux axes d'intervention identifiés dans le plan national d'amélioration continue 2018-2022

Au regard de la situation des urgences au Sénégal, quatre principaux axes stratégiques identifiés dans le cadre de l'élaboration du nouveau plan d'amélioration continue de la gestion des urgences au Sénégal :

**Axe stratégique 1** : Amélioration de la gouvernance efficace de la gestion des urgences au Sénégal

- Domaine de prestation 1 : Respect des normes d'urgences par les SAU
- Domaine de prestation 2 : interconnexion des SAU/UAU avec le SAMU

**Axe stratégique 2** : Amélioration de la disponibilité et de la qualité de l'offre des soins pré-hospitaliers et hospitaliers des urgences

- Domaine de prestation 3 : Mise en place d'unité d'accueil des urgences aux normes maximalistes dans les CS qui n'en disposent pas
- Domaine de prestation 4 : Dotation des régions médicales du Sénégal d'un centre du SAMU national opérationnel

**Axe stratégique 3** : Augmentation des taux d'utilisation des services d'urgence pré-hospitaliers et hospitaliers par les populations

- Domaine de prestation 5 : Prise en charge des urgences après une régulation par le SAMU
- Domaine de prestation 6 : Respect des normes d'urgence maximalistes par les services de réanimation des EPS

**Axe stratégique 4** : Amélioration du monitoring de la prise en charge des urgences en préhospitalier et hospitalier

- Domaine de prestation 7 : Mise en place d'un comité de coordination des urgences fonctionnel dans les régions médicales.