

MIEUX GÉRER LES URGENCES MÉDICALES AU SÉNÉGAL GRÂCE AU RENFORCEMENT DES CAPACITÉS

PROGRAMME SANTÉ
ET PROTECTION SOCIALE
SÉNÉGAL-LUXEMBOURG

Décembre 2024



TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES	3
RÉSUMÉ	4
DÉFINITIONS	5
OBJECTIFS DE LA FICHE D'EXPÉRIENCE	6
CONTEXTE	7
COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE	8
LA DÉMARCHE ET LES OUTILS MIS EN PLACE PAR LE PROGRAMME	10
LES DIFFÉRENTS ACTEURS ET LEURS RÔLES RESPECTIFS	14
RÉSULTATS ET EFFETS	16
FACTEURS CLÉS DE SUCCÈS	20
CONTRAINTES ET SOLUTIONS	21
ENSEIGNEMENTS APPRIS	22
CONCLUSION ET PERSPECTIVES	23

LISTE DES ACRONYMES

CICODEV	Institut panafricain pour la citoyenneté, les consommateurs et le développement
DLMNT	Division de la lutte contre les maladies non transmissibles
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action sociale
OCB	Organisation communautaire de base
ONG	Organisation non gouvernementale
PIC	Programme indicatif de coopération
RAES	Réseau africain pour l'éducation à la santé et à la citoyenneté
SAMU	Service d'aide médicale d'urgence
SAU	Service d'accueil et d'urgences (dans les hôpitaux)
SMUR	Services mobiles d'urgence et de réanimation
UAU	Unité d'accueil d'urgences (dans les centres de santé)

RÉSUMÉ

Ce document de capitalisation retrace l'expérience de la gestion des urgences sanitaires au Sénégal menée entre 2018 et 2024 dans le cadre de la mise en œuvre du programme santé et protection sociale du 4^e PIC Sénégal-Luxembourg. Cette fiche d'expérience a pour objectif principal de partager les bonnes pratiques, outils et méthodes, de tirer les leçons des démarches et savoir-faire et d'améliorer l'efficacité des interventions futures.

Elle décrit le processus d'amélioration du système de gestion des urgences médicales au Sénégal selon la méthodologie de la gestion du changement dont le fil conducteur est le renforcement des capacités. Ce processus de développement et de renforcement des compétences organisationnelles et individuelles permet aux organisations de s'adapter à leur environnement et de mieux répondre à leurs objectifs.

Les outils innovants, la démarche et les leçons apprises décrits dans cette fiche pourront être partagés et utiles pour la gestion des connaissances pour d'autres services d'urgences au Sénégal et ailleurs en Afrique sub-saharienne ainsi que pour d'autres services de santé au Sénégal et dans d'autres pays d'intervention.

Dans cette fiche d'expérience, l'outil principal mis en avant pour améliorer la gestion des urgences est le mini plan de renforcement des capacités opérationnalisé à travers le *benchmarking* et la communication par le divertissement.

Sur base d'un plan national de renforcement des capacités élaboré en début de programme et reposant sur une approche d'accompagnement du changement dans des situations complexes, le programme a initié l'élaboration de mini plans d'actions rapides pour renforcer les capacités opérationnelles des Services d'accueil et d'urgences (SAU) et Unités d'accueil d'urgences (UAE), maillons indispensables de la chaîne des urgences. Ces mini plans visaient essentiellement à améliorer la qualité de prise en charge des patients en situation d'urgence au niveau de chaque maillon de la chaîne. À chaque fois, ils étaient alignés aux projets d'établissement (plans stratégiques concernant l'ensemble de l'hôpital) quand ceux-ci existaient. Au niveau du district sanitaire, les mini plans des UAE étaient adossés aux plans de travail annuel des centres de santé.

BENCHMARKING

Le *benchmarking* comme approche d'apprentissage par les pairs consiste à mettre en place des cadres d'échanges et de partage entre différentes structures de même nature (fonctionnement, objectifs, etc.) pour confronter leurs pratiques, performances et approches et apprendre les unes des autres.

Cet échange d'expériences permet à chaque structure de repérer les meilleures pratiques et de les adapter à son propre contexte.

Sur base d'une convention de partenariat, plusieurs services d'accueil des urgences des hôpitaux des régions de Fatick, Kaolack, Saint-Louis, Diourbel ont pu améliorer leur organisation et leurs méthodes de travail en s'inspirant de modèles éprouvés dans des environnements similaires.

COMMUNICATION PAR LE DIVERTISSEMENT

C'est un outil innovant de communication pour le changement de comportement utilisé pour sensibiliser les populations à un recours précoce aux dispositifs d'urgence et des comportements à adopter en cas d'urgence. Ce mode de sensibilisation inclut l'usage de médias de masse et de proximité en s'aidant de supports audiovisuels de divertissement (série télévisée, spots radio) et écrits ainsi que les techniques d'animation et de communication sociale (causeries éducatives, visites à domicile) pour informer les communautés de manière accessible et ludique. Cette approche vise à changer les comportements et à préparer les populations à mieux réagir devant une urgence, en particulier dans des contextes où la connaissance des risques et des gestes de secours est limitée.

La fiche d'expérience propose plusieurs recommandations fondées sur les leçons apprises des expériences vécues :

- faciliter l'apprentissage par les pairs : l'outil *benchmarking* intégré aux mini plans de renforcement des capacités doit être encouragé pour repérer et diffuser les innovations mais aussi pour permettre aux différentes entités d'apprendre les unes des autres et d'améliorer continuellement leurs pratiques ;
- utiliser des approches innovantes de sensibilisation : la communication par le divertissement doit être davantage exploitée pour toucher des populations difficiles à atteindre et pour améliorer la connaissance et le recours des communautés aux dispositifs d'urgence ;
- renforcer les collaborations inter-établissements : en proposant des approches collectives, notamment pour la maintenance des équipements, et peut-être même en conditionnant la fourniture d'équipements à des engagements réciproques ;
- renforcer le monitoring : insister sur l'importance d'instaurer des indicateurs de mesure et de suivi des performances des structures particulièrement lors des sessions de *benchmarking*.

Cette fiche d'expérience décrit les pratiques innovantes et des enseignements tirés de l'accompagnement à l'amélioration du système de gestion des urgences, avec comme fil conducteur le renforcement des capacités qui vise l'amélioration de la performance des structures d'accueil et d'urgence et leur autonomisation au moyen d'outils collaboratifs comme le *benchmarking* par les pairs, et grâce à la communication pour le changement de comportement pour sensibiliser les communautés.

DÉFINITIONS

CAPITALISATION D'EXPÉRIENCE

Processus au cours duquel un acquis de l'expérience est transformé en connaissance partageable avec d'autres. Le processus de capitalisation consiste à identifier, analyser, expliciter et modéliser de façon systématique le savoir acquis lors d'une expérience de projet, pour que d'autres entités puissent se l'approprier, l'utiliser, l'adapter, et ne pas reproduire les mêmes erreurs.

BONNE PRATIQUE

Une bonne pratique est une méthode, une technique ou une approche éprouvée qui est reconnue comme efficace pour atteindre un objectif. Ces pratiques sont souvent basées sur des preuves empiriques, des expériences réussies ou des normes établies. Elles sont adoptées et recommandées pour améliorer les performances et les résultats dans différents domaines, tels que la santé, l'éducation, etc.

ENSEIGNEMENT APPRIS

Un enseignement est une leçon qu'une personne ou un groupe de personnes tire d'une expérience. Une leçon est une synthèse des connaissances ou de la compréhension résultant d'une expérience, qu'elle soit positive ou négative, et qui peut être utile dans d'autres contextes et/ou reproductible.

BENCHMARKING

Le *benchmarking* est une méthode comparative qui consiste à évaluer les performances, les pratiques et les processus d'une organisation en les comparant à ceux des leaders du secteur ou à d'autres organisations. L'objectif est d'identifier les lacunes et les opportunités pour améliorer les performances.

LE DIAGNOSTIC ORGANISATIONNEL RAPIDE

Le diagnostic organisationnel est un outil décisionnel permettant de déceler les failles et les leviers d'amélioration au sein d'une organisation.

LE RENFORCEMENT DES CAPACITÉS

Le renforcement des capacités est un processus de développement et de renforcement des compétences organisationnelles et individuelles visant à permettre aux organisations de s'adapter à leur environnement et de mieux répondre à leurs objectifs.

DISTRICT SANITAIRE

Le district sanitaire est une entité territoriale de gestion de la santé publique de niveau opérationnel, qui a pour mission de planifier, organiser, coordonner et superviser les activités de soins de santé primaire.

OBJECTIFS DE LA FICHE D'EXPÉRIENCE

L'objectif de cette fiche d'expérience est de partager les bonnes pratiques, outils, méthodes, démarches et/ou innovations et leçons apprises dans le cadre de la mise en œuvre du programme santé et protection sociale du 4^e PIC Sénégal-Luxembourg 2018-2024.

Le fil conducteur majeur des innovations apportées a été de privilégier le renforcement des capacités par les pairs accompagnés par une méthodologie rigoureuse qui a facilité les échanges et les ont structurés.

Les outils innovants, la démarche et les leçons apprises pourront être partagés et utiles pour la gestion des connaissances pour d'autres services d'urgences au Sénégal et ailleurs en Afrique sub-saharienne ainsi que pour d'autres services de santé au Sénégal et dans d'autres pays d'intervention.

La fiche d'expérience sera accompagnée à terme d'une boîte à outils permettant de dérouler la démarche avec un appui méthodologique suffisamment robuste pour que la démarche ne soit pas dénaturée et continuer à obtenir des résultats.



CONTEXTE

Pour rappel, l'objectif spécifique du programme santé et protection sociale était de renforcer le système de santé et de protection sociale dans le but d'améliorer l'accès à des populations, et en particulier les plus vulnérables, à des services et des soins de qualité, efficaces et équitables.

Il s'agissait donc d'un objectif très large en cohérence avec la politique nationale. Afin d'aboutir à des résultats plus palpables pour la population, à travers une démarche d'accompagnement du changement, trois changements majeurs ont été poursuivis :

- une meilleure prise en charge des patients dans la chaîne des urgences ;
- la prévention et le traitement des maladies cardio-vasculaires et du diabète (les urgences cardiaques sont une des premières causes des urgences) ;
- un meilleur accès financier aux soins de santé pour tous (avec un accompagnement à titre pilote de la politique de couverture maladie universelle).



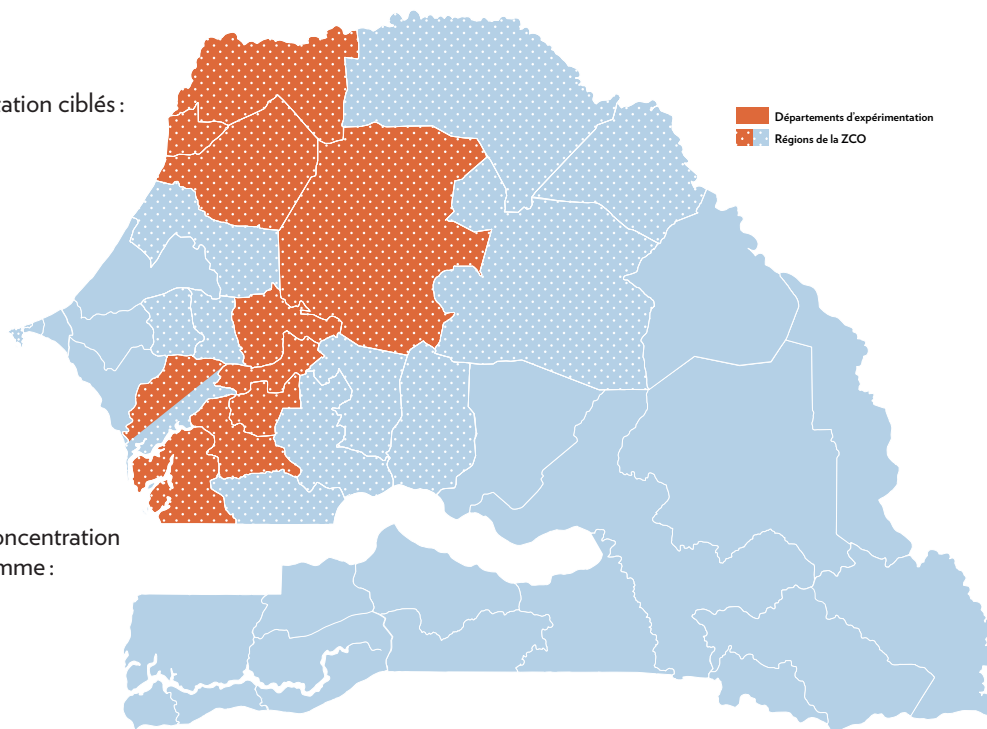
COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE

9 départements d'expérimentation ciblés :

- Saint-Louis ;
- Dagana ;
- Fatick ;
- Foundiougne ;
- Gossas ;
- Kaolack ;
- Mbacké ;
- Louga ;
- Linguère. } ajouts

7 régions de la zone de concentration opérationnelle (ZCO) du programme :

- Saint-Louis ;
- Louga ;
- Matam ;
- Fatick ;
- Kaolack ;
- Kaffrine ;
- Diourbel ;
- et la région de Dakar avec le centre hospitalier de Abass Ndao.

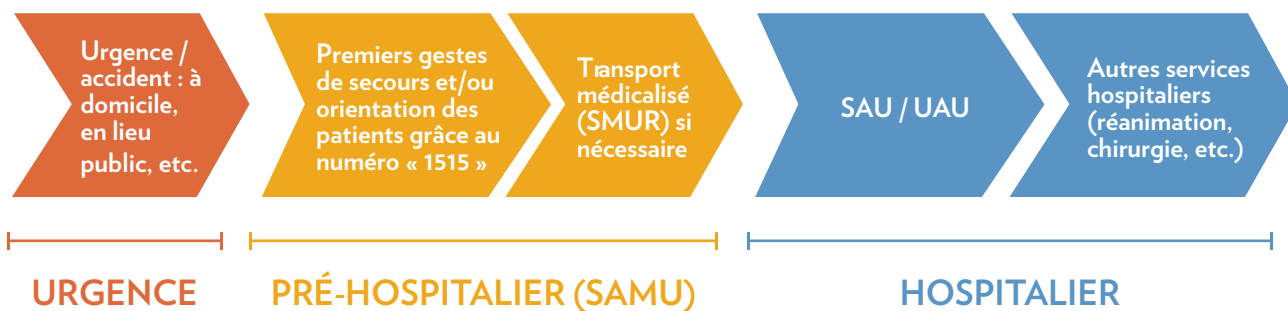


La mise en œuvre du programme a été réalisée dans plusieurs régions du pays (voir carte supra), avec deux zones de concentration opérationnelle. La première regroupait les trois régions du Nord (Louga, Matam et Saint-Louis) tandis que la seconde couvrait quatre régions du Centre (Diourbel, Fatick, Kaffrine et Kaolack). La zone d'intervention restant très étendue pour avoir un impact mesurable, il a été décidé de mettre en œuvre davantage d'activités et de mener un suivi plus approfondi dans une sélection de départements d'expérimentation sur les 45 que compte le pays : Saint-Louis, Dagana, Fatick, Foundiougne, Kaolack, Mbacké, Louga.

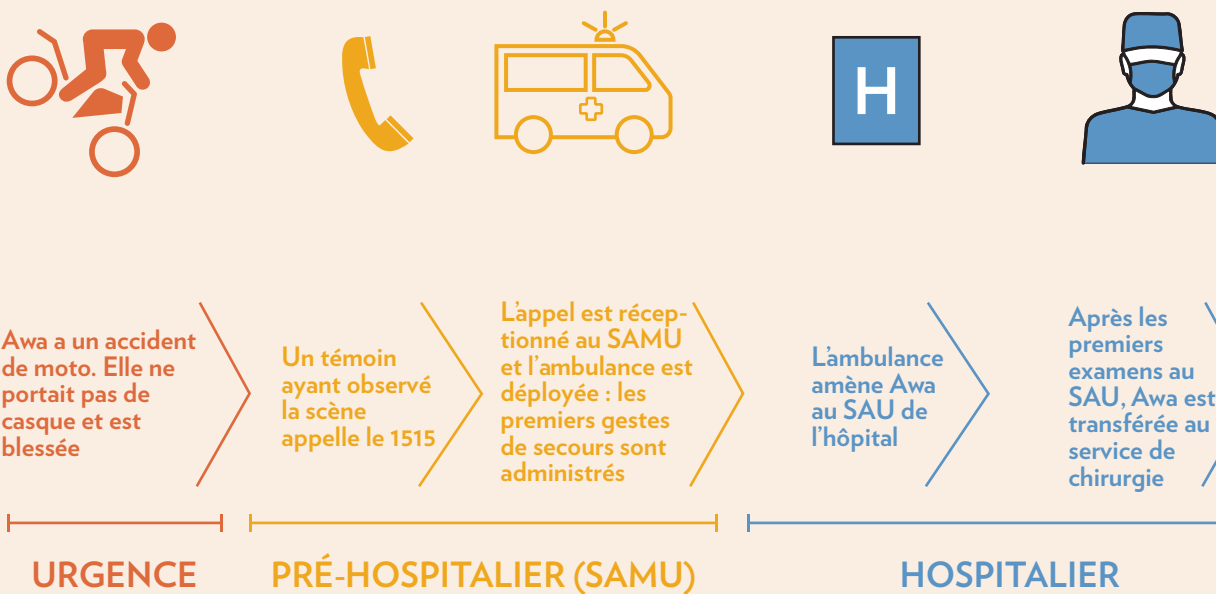
Arrivés dans les structures sanitaires, les patients en situation d'urgence sont accueillis dans les SAU à l'entrée des hôpitaux (établissements publics de santé) ou dans les UAU à l'entrée des centres de santé. Ces services constituent un maillon essentiel de l'organisation sanitaire puisqu'ils assurent le lien (accueil et orientation) entre, d'une part, les populations et les services préhospitaliers d'urgence et, d'autre part, les structures d'hospitalisation.

Auparavant, les services d'urgence n'existaient pas ou fonctionnaient de manière insatisfaisante. Les locaux étaient le plus souvent inadaptés, les équipements insuffisants et les conditions d'acheminement des patients déficientes (ambulances insuffisantes, références/contre-références entre les différents échelons de soins très faibles). Le personnel était insuffisant et peu formé. Il n'existait que peu ou pas de coordination entre les différents maillons de la chaîne de prise en charge des urgences. Les populations connaissaient mal les services d'urgence.

CHAÎNE DE LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES



EXEMPLE DE PRISE EN CHARGE D'UNE URGENCE



LA DÉMARCHE ET LES OUTILS MIS EN PLACE PAR LE PROGRAMME

LES MINI PLANS ET LE *BENCHMARKING*

Sur base d'un plan national de renforcement des capacités élaboré en début de programme et reposant sur une approche d'accompagnement du changement dans des situations complexes, le programme a initié l'élaboration de mini plans d'actions rapides pour renforcer les capacités opérationnelles des SAU et UAU, maillons indispensables de la chaîne des urgences. Ces mini plans visaient essentiellement à améliorer la qualité de prise en charge des patients en situation d'urgence au niveau de chaque maillon de la chaîne. À chaque fois, ils étaient alignés aux projets d'établissement (plans stratégiques concernant l'ensemble de l'hôpital) quand ceux-ci existaient. Au niveau du district sanitaire, les mini plans des UAU étaient adossés aux plans de travail annuel des centres de santé.

Les mini plans ne concernaient que les SAU, les UAU et les services étroitement liés aux urgences (notamment le service d'anesthésie et le bloc opératoire). Ils étaient élaborés au niveau des hôpitaux et des centres de santé de Fatick / Dioffior, Foundiougne / Niodior / Sokone, Kaffrine / Kounghoul, Kaolack et Mbacké / Touba dans les régions du Centre, ainsi que les hôpitaux et les centres de santé de Saint-Louis, Richard-Toll, Linguère, Louga, Matam / Ourossogui et Ndoum dans les régions du Nord.

Processus d'élaboration et de mise en œuvre des mini plans de renforcement des capacités



Étape 1

Des diagnostics précis des services d'urgence ont été établis de manière participative avec le personnel des services d'urgence, ainsi que les services connexes comme le service d'anesthésie et le bloc opératoire au moyen d'une grille simplifiée, analysant toutes les fonctions techniques et de gestion du service.

Étape 2

Sur base de ce diagnostic, les succès, les faiblesses et les défis du service ont été résumés sous forme d'un tableau des succès et des défis.

Étape 3

Des actions prioritaires rapides ont été définies (réhabilitation, équipements, formation du personnel, y compris par les pairs à travers la signature et la mise en œuvre de conventions de *benchmarking*, actions de sensibilisation des populations).

Étape 4

Le volet équipements a été mis en œuvre par le Service d'aide médicale d'urgence (SAMU) et la direction des infrastructures, des équipements et de la maintenance du ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS). Ils ont conduit les marchés d'acquisition en fonction des besoins exprimés en matériel, répondant aux normes des SAU, UAU et services connexes.

Étape 5

Le volet formation a été mis en œuvre :

- un total de 116 bourses individuelles ou collectives ont été financées pour que chaque service d'urgence puisse disposer d'urgentistes et de personnel mieux formés (formations individuelles en échographie pour les médecins ou infirmiers, en gestion et management, formations collectives liées aux urgences, etc.) ;
- un centre d'enseignement en soins et gestes d'urgence par simulation a été mis en place à Dakar et a organisé 23 sessions de formation liées aux urgences (secteur privé et public). À l'exception de quelques rares médecins, comme le chef de service des urgences de Saint-Louis, les médecins des services d'urgence n'étaient pas urgentistes mais plutôt généralistes ;
- parallèlement à la mise en place des équipements, le personnel a été formé à ces protocoles de prise en charge des urgences, notamment celle des infarctus du myocarde. Des formations à l'accueil ont également été dispensées ;
- des outils tels que les protocoles de soins d'urgence rédigés en 2012 avec l'appui de la Coopération luxembourgeoise ont été actualisés. La mise à jour de ce manuel a été pilotée par le SAMU et a impliqué de nombreux professeurs chefs de départements des universités du pays et de Dakar en particulier ;
- un outil de renforcement des capacités par les pairs, appelé *benchmarking* entre pairs (cf. encadré en p. 11), a été mis en place.

Étape 6

Le volet communication et sensibilisation pour mieux faire comprendre à la population les urgences a été mis en œuvre. Ainsi, les populations ont été informées de l'importance des services des urgences et sensibilisées à la manière de les utiliser. Ce volet a été mis en œuvre par la société civile (ONG CICODEV et ONG RAES – voir point 4.), notamment à travers les médias, les organisations communautaires de base et les gouvernements scolaires.

Étape 7

Pour améliorer les locaux et le circuit du patient, des réaménagements internes ont été entrepris en collaboration avec certains conseils départementaux pour certains établissements. Quatre blocs opératoires et l'UAU de Kaffrine sont en cours d'extension/(re)construction. D'autres investissements majeurs, comme l'extension du service des urgences de Fatick, ont été reportés au prochain programme.

Définition du *benchmarking* et étapes pour la mise en œuvre de la méthode

Le *benchmarking* a été inventé par la marque d'imprimantes Xerox. L'entreprise a notamment étudié les processus de production de Toyota et les méthodes de contrôle qualité de Motorola, améliorant considérablement ses performances. À l'origine, dans le secteur privé, cette pratique consistait à ce que des entreprises comparables partagent des données et des meilleures pratiques pour identifier des opportunités d'amélioration. Les conventions de *benchmarking* entre pairs sont des accords ou des règles établies pour régir cette collaboration, définissant ce qui peut être partagé, comment les données ou les pratiques sont échangées, et garantissant notamment la confidentialité des informations sensibles telles que les échecs. Initialement utilisé dans le secteur privé, cet outil est de plus en plus adopté par le secteur public, notamment au Canada et en Suisse, y compris dans le secteur de la santé.

Comment ce *benchmarking* s'est-il déroulé dans le programme?

Étape 1

Sur base des diagnostics des mini plans, il a été constaté que, souvent, les défis des uns correspondaient aux succès des autres. Par exemple, le circuit du patient de l'hôpital de Kaolack avait été pensé dès la construction, avec un dispositif de flèches de trois couleurs pour que chaque patient puisse se diriger au bon endroit, ainsi qu'un dispositif de tri entre les niveaux d'urgences. En fonction des besoins prioritaires issus de la synthèse des diagnostics, des thématiques de capitalisation et de partage d'informations et d'outils ont été sélectionnés pour se comparer.

Étape 2

Les principaux SAU des chefs-lieux des régions, à savoir Saint-Louis, Touba, Kaolack et Fatick, ont été contactés. L'ensemble de ces services et les directions des hôpitaux concernés se sont déclarés prêts à participer à l'exercice.

Étape 3

Des conventions ont été signées. Elles identifiaient les thématiques importantes sur lesquelles échanger et se comparer priorisées par les bénéficiaires, pour « devenir les meilleurs des meilleurs », à partir du travail préalable effectué dans le cadre de l'étape 1. Par exemple, ces thématiques concernaient le circuit du patient, le tri des patients, la communication et l'accueil avec le patient et sa famille, la gestion des médicaments, la coordination des services d'urgence dans une région, l'organisation des gardes avec une présence 24h sur 24 avec du personnel réduit, etc. La régularité des séances d'échanges a été fixée, ainsi que les règles de bonne conduite, y compris la nécessaire préparation des séances d'échanges d'informations.

Étape 4

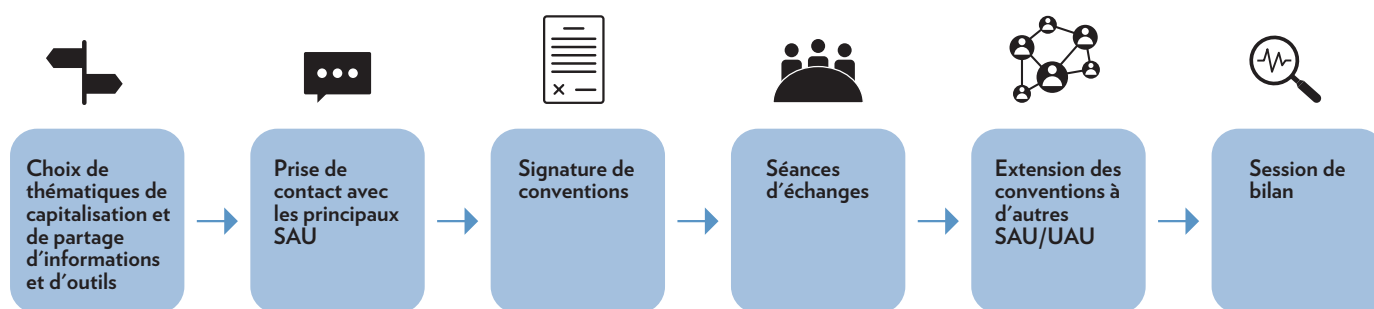
Les séances d'échanges sur un thème fixé à l'avance se sont déroulées pendant trois ans. Pour chaque thème, chaque service expliquait ses bonnes pratiques mais aussi les défis à surmonter. Sur cette base, à la fin de chaque session, des objectifs pour chaque service (jalons) ont été fixés. La direction des établissements publics de santé était systématiquement invitée et a participé activement aux différents exercices.

Étape 5

Les services et le ministère étant très enthousiastes à propos de la démarche, les conventions ont été étendues à d'autres SAU et UAU, avec une approche par pôles régionaux. La démarche avec les UAU dans les centres de santé n'est pas terminée, car elle a démarré plus tardivement.

Étape 6

Deux ans après le début de l'exercice, une session de bilan a été organisée entre les quatre SAU, afin de vérifier si les objectifs avaient été atteints.



L'ÉDUCATION PAR LE DIVERTISSEMENT

Les différents diagnostics et études menés en début de programme ont montré qu'au-delà du renforcement de l'offre de soins, en particulier pour les urgences, les populations avaient peu ou pas du tout connaissance de l'organisation de la chaîne des urgences, notamment des missions du préhospitalier (SAMU mis en place) et de l'organisation des services d'accueil et d'urgences.

Afin de sensibiliser la population, le programme a choisi de collaborer avec la société civile à travers des ONG reconnues pour leur rôle important dans le développement en général, et dans la territorialisation des politiques publiques de santé en particulier. Cette action a été déléguée à deux organisations : CICODEV Africa et RAES, qui ont opéré sous le suivi du programme santé et protection sociale.

L'approche mise en œuvre par CICODEV a consisté à contractualiser avec les organisations communautaires de base (OCB) qui, une fois formées, ont sensibilisé les communautés pour encourager le changement des comportements à risque.

De son côté, RAES a adopté une approche innovante appelée « *Edutainment* » ou « *méthode Sabido d'éducation par le divertissement* », dont l'élément central est une série télévisée de 10 épisodes intitulée « *1515 Ratanga* », un spin-off de la série à succès « *C'est la vie !* ». Afin d'encourager la population à appeler le 1515, la minisérie relate le quotidien d'une équipe engagée et dévouée du SAMU national. La minisérie évoque également les comportements à risque favorisant le diabète et l'hypertension artérielle, souvent ignorés par une grande partie de la population.

Avoir associé les différentes parties prenantes du système (niveau central, éducateurs pour la santé, prestataires de soins au niveau décentralisé, OCB, etc.) dans la conception et la réalisation des outils de communication constitue l'un des points forts de cette initiative.

Cette démarche de communication a été mise en œuvre selon le schéma suivant :

- élaboration de plans de communication avec la Division de la lutte contre les maladies non transmissibles (DLMNT) et les éducateurs pour la santé des régions médicales et des districts sanitaires ;
- sélection des OCB selon des critères établis entre l'équipe du projet et l'équipe cadre des districts sanitaires ;
- contractualisation avec les OCB choisies ;
- réalisation des sessions de formation données aux OCB (qui jouent un rôle important de relais auprès de la population) sur la méthodologie de sensibilisation et sur les thématiques (notamment sur le numéro d'urgence du SAMU), facilitées par les bureaux régionaux de l'éducation et de l'information pour la santé, les superviseurs et l'équipe du projet de CICODEV, le Service national de l'éducation et de l'information sanitaire et sociale, la DLMNT et le SAMU national ;
- reprographie et distribution aux OCB des supports de sensibilisation : fiche thématique, guide de discussion, cartes de situation (décision/conséquence), extraits vidéo, cartes couleurs ;
- formation théorique et pratique des OCB ;
- planification et mise en œuvre des causeries et visites à domicile avec les nouveaux outils.

L'utilisation d'une série télévisée pour toucher davantage de public et capter son attention sur un sujet de société constituait l'une des innovations recommandées dans le cadre de l'étude spécifique sur les urgences dans le Nord réalisée par un cabinet de communication, et complétée par une stratégie de communication. Ce sujet de société a ensuite pu être débattu de manière plus approfondie à l'aide des kits pédagogiques réalisés pour les OCB qui ont organisé des causeries communautaires sur les différentes thématiques abordées dans la minisérie.

Une seconde cible a été touchée par cette campagne. Il s'agit des collégiens à travers les gouvernements scolaires. Dans la mesure où les mauvais comportements s'acquièrent au plus jeune âge, il était pertinent, dans la seconde phase, d'initier une sensibilisation auprès des jeunes. Cette expérience pilote a porté ses fruits grâce à l'implication des acteurs de la santé et de ceux de l'éducation et augure de réelles opportunités dans la transmission des messages aux jeunes, entre eux et vers les adultes.

L'étude sur les effets de cette campagne est programmée.

Principaux facteurs de succès de cette campagne de sensibilisation

La collaboration entre le secteur de la santé et celui de l'éducation pour les activités promotrices de changements a été un facteur clé de succès.

Les facteurs de succès incluent :

- l'appropriation de la démarche par les Inspections de l'éducation et de la formation ;
- l'engagement des districts sanitaires et des équipes pédagogiques des établissements scolaires, en particulier celui du principal qui a favorisé la transmission et la pérennisation des activités ;
- la mise à contribution des professeurs encadrant le gouvernement scolaire ;
- la participation des équipes cadres de district aux activités de sensibilisation organisées par les jeunes collégiens ;
- l'implication des prestataires de santé.



SERVICE D'ASSISTANCE MÉDICALE D'URGENCE
Toujours prêt à secourir



En cas d'urgence j'appelle le

1515

NUMÉRO GRATUIT

et je sauve des vies

Un médecin va vous répondre, il peut :

1. vous donner des conseils médicaux
2. vous conseiller une structure de santé appropriée
3. en cas d'urgence vitale, envoyer une ambulance



LUXEMBOURG
AID & DEVELOPMENT



LES DIFFÉRENTS ACTEURS ET LEURS RÔLES RESPECTIFS

Les directeurs d'établissement de santé

Leur rôle est déterminant pour faire connaître les enjeux au sein de leur établissement et répertorier les difficultés rencontrées. La mise en œuvre des mini plans a clairement dépendu d'eux. Leur implication et leur efficacité se sont globalement améliorées durant la période, en grande partie grâce à un net rajeunissement des équipes et à une meilleure collaboration avec les médecins.

Les médecins

Ils sont au cœur des problématiques de prise en charge des urgences. Au début de la démarche, ils étaient souvent « noyés » en raison de leur nombre insuffisant et de la charge de travail conséquente. Avec l'augmentation progressive des effectifs, ils se sont montrés peu à peu plus impliqués, certains d'entre eux assumant clairement le leadership du renforcement de l'organisation des urgences. Cependant, cette implication est restée souvent individuelle, et l'organe officiel de représentation des médecins dans les établissements a rarement été formellement associé à la démarche.

L'administration régionale

Elle s'est impliquée de façon différente selon les régions. Dans certains cas, elle a surveillé les évolutions liées à la mise en œuvre du projet. Dans d'autres, elle s'est impliquée plus activement, notamment en participant à l'institutionnalisation des séances de *benchmarking* entre établissements de soins.

Le SAMU national

Il a joué un rôle moteur dans la déconcentration des services préhospitaliers d'urgence (ouverture des antennes SAMU/centres de réception et régulation des appels via les centres de régulation et d'appels par pôles régionaux), le déploiement de certains Services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), la fourniture de l'équipement médical nécessaire aux urgences, le pilotage de la rédaction du manuel de protocoles d'urgence, les formations sur ces protocoles ainsi que la mise en place et le déploiement des centres de formation par simulation aux urgences à Dakar et à Saint Louis.

Le ministère de la Santé et de l'Action sociale

Il a piloté le processus, notamment à travers la direction en charge de la Planification. La direction des Équipements a acquis une grande partie des équipements prévus sur financement LuxDev. La direction des Établissements publics de santé a fortement adhéré et s'est montrée très active dans le processus de *benchmarking*.

L'engagement et l'implication des représentants de la société civile

Leur engagement a été important en amont de l'amélioration des services des urgences. Cela a été rendu possible par l'encadrement de qualité des OCB, leur bonne sélection par les districts sanitaires, leur contractualisation, leur orientation et accompagnement par les superviseurs et les infirmiers chefs de poste, ainsi que leur maîtrise et appropriation de la nouvelle technique d'animation.

La participation active des communautés

L'implication des leaders d'opinion (imams, oustaz, etc.) a été déterminante, tout comme celle des jeunes, dont la découverte de nouvelles thématiques a suscité l'intérêt et l'engagement, ce qui s'est traduit par la reprise des extraits vidéos de la mini-série sur les réseaux sociaux. Bien que la population n'ait pas été sollicitée pour donner un avis sur les mini plans de renforcement des services d'urgence, les actions de sensibilisation et d'implication des communautés étaient bien prévues dans ces plans. Une enquête a été menée sur la connaissance du numéro vert d'urgence et des services d'urgence dans les régions du Nord. Des actions de sensibilisation ont été menées pour expliquer le fonctionnement du numéro d'urgence 15 15, des ambulances, et l'utilité de se rendre dans un service d'urgence en cas de problème de santé grave. La signalétique et des outils de communication ont été mis en place avec l'appui de la société civile.

Les mutuelles

Les mutuelles de santé ont été peu associées à la démarche de renforcement des services d'urgences car elles sont encore en cours de professionnalisation pour la plupart d'entre elles. Toutefois, la mutuelle départementale de Foundiougne a été associée aux réflexions sur la prise en charge des urgences en préhospitalier et l'importance de rendre l'ambulance financièrement accessible. À titre pilote, le remboursement de l'ambulance par la mutuelle a été réalisée. Des discussions de sensibilisation sur la chaîne des urgences ont également été menées avec les associations villageoises d'épargne et de crédit.

Individus déterminants

Enfin, il faut souligner que certains individus ont été déterminants dans l'efficacité de la conduite du changement. Par exemple, de jeunes chefs de services porteurs de changements, motivés et bien formés ont pu insuffler une dynamique positive dans l'organisation de leurs services et la gestion des équipes. Et les différentes rencontres entre pairs ont contribué à leur émulation, les poussant à se dépasser mutuellement.



RÉSULTATS ET EFFETS

LES RÉSULTATS

Les résultats des mini plans

Au total, 9 services de réanimation, 12 SAU et 30 UAU de la zone d'intervention ont été dotés chacun d'un kit complet d'équipements médicaux dans le cadre du programme santé et protection sociale, et ont été formés/orientés sur la prise en charge des urgences selon les protocoles actualisés de soins d'urgence. Parmi les équipements reçus par ces structures, se trouvent des défibrillateurs, des chariots et trousses d'urgence ainsi que, pour chaque service, un électrocardiogramme, des moniteurs de surveillance et des pousse-seringues électriques nécessaires à la pratique de la thrombolyse.

Au total, les compétences de 1 012 personnes ont été renforcées, tout public confondu, via 23 sessions de formation et 116 bourses individuelles ou collectives diplômantes attribuées par le programme. Les formations ont porté autant sur les gestes de premier secours que sur le nouveau protocole des urgences. Dans la zone Nord, et plus particulièrement dans la région de Saint-Louis, les prestataires des trois SAU (Saint-Louis, Richard-Toll et Ndioum) et des six UAU (Saint-Louis, Richard-Toll, Dagana, Podor, Pété et Galoya) ont été mis à niveau depuis 2022 sur le nouveau protocole des urgences actualisé en deux phases :

- des médecins des SAU et UAU et leurs majors ont été reçus et formés au centre d'enseignement en soins et gestes d'urgence par simulation par simulation de Dakar ;
- le coordonnateur du centre de régulation et d'appels de Saint-Louis a assuré la formation des prestataires des districts (infirmiers, médecins et sage-femmes) durant laquelle les médecins des UAU ont été formés, par exemple, à la prise en charge des urgences cardiovasculaires, en particulier celle de l'infarctus du myocarde par thrombolyse.

Les succès et résultats encourageants les plus souvent constatés par les parties prenantes sont l'amélioration des circuits et de l'accueil des patients, ainsi que l'amélioration de la prise en charge médicale des patients, notamment grâce au renforcement des équipements et des compétences du personnel. Ceci s'explique à la fois par la forte mobilisation du corps médical sur cet aspect et par le fait que la Coopération luxembourgeoise ait financé des SAU et UAU en kits complets d'équipements et matériel d'urgence de dernière génération, répondant aux normes internationales en la matière. Ces acquisitions groupées ont été réalisées, selon les équipements, soit par le SAMU, soit par la Direction des Équipements du ministère de la Santé pour l'ensemble des régions d'intervention du programme.

Le mini plan de renforcement des capacités du SAU de Saint-Louis était pour nous une démarche scientifique qui, à partir d'une problématique, propose un plan d'actions et un suivi.

Les actions de formation, d'équipement et d'appui à l'organisation ont permis d'améliorer la sécurité et la qualité des soins. Avec la concrétisation de ce mini plan, des formations médicales ont également été financées pour le personnel à Saint-Louis (diplôme d'études supérieures de chirurgie, Master en sciences infirmières option Anesthésie-Réanimation). Le mini plan de renforcement des capacités est donc pour nous un outil innovant à développer et à déployer à l'échelle nationale.

Dr Moustapha DIEDHIOU, coordonnateur des urgences du SAU de Saint-Louis

L'électrocardiogramme fourni par la Coopération luxembourgeoise est un appareil qui nous a soulagés et qui nous a permis de sauver beaucoup de vies. Dès que l'indication suppose un problème cardiovasculaire, nous n'hésitons plus à effectuer l'examen étant donné notre accès maintenant facile à cet équipement.

Dr Gilbert SARR, médecin-chef adjoint du centre de santé de Diofior



L'hôpital de Richard-Toll, se trouve à 100 kilomètres des établissements publics de référence, notamment l'hôpital de Ndioum et l'hôpital de Saint-Louis. Nous couvrons le district de Richard-Toll, une partie du district de Podor et une partie de la Mauritanie. Le service des urgences est fonctionnel depuis 2017. Depuis quelques années, la prise en charge des patients, notamment les urgences cardiovasculaires, est de plus en plus optimale. À l'époque, les cas d'infarctus du myocarde, par exemple, étaient transférés automatiquement à Saint-Louis. La thrombolyse ne pouvait pas être faite sur place. Mais depuis que nous avons été équipés par la Coopération luxembourgeoise en matériel de qualité, notamment en électrocardiogrammes, en scopes et en pousse-seringues, nous parvenons à réaliser le diagnostic et la thrombolyse des infarctus du myocarde sur place. Ces actions ont aussi été facilitées par la formation que nous avons reçue, initiée par LuxDev en 2022 au centre de simulation du SAMU de Dakar. Maintenant, nous parvenons à faire beaucoup de choses, à surveiller nos patients, ce qui a réduit fortement les évacuations vers Saint-Louis.

Ces évolutions ont été très bénéfiques pour l'hôpital, mais surtout pour les populations de Richard-Toll et même de la Mauritanie. Maintenant, la thrombolyse se fait couramment au SAU de Richard-Toll, et les électrocardiogrammes se font de façon quasi systématique pour tous les cas suspects qui se présentent au service des urgences. C'est un grand pas en avant dans la prise en charge de qualité des patients. »

Dr Thierno BA, chef de services des urgences (SAU) de Richard-Toll

À la suite des analyses détaillées discutées dans le cadre des processus de *benchmarking* sur la gestion des médicaments d'urgence, gestion qui constituait un défi pour l'ensemble des SAU et UAU, un important lot de médicaments et produits d'urgence a été fourni aux structures citées dans les régions du Nord et du Centre comme kits de départ. Une bonne implication des différents acteurs (pharmaciens et services utilisateurs) a été observée, avec la mise en place d'un dispositif de renouvellement des produits. Des problèmes de communication internes ont été constatés au départ de cette nouvelle activité, certains établissements n'ayant pas assimilé que ces kits de médicaments ne pouvaient pas être donnés gratuitement aux patients mais avaient pour fonction de reconstituer les armoires d'urgences très souvent non fonctionnels. Des actions de *monitoring* et de coaching ont été menées par LuxDev et le MSAS et les problèmes ont été résolus. Les kits font maintenant partie du dispositif pérenne de gestion des médicaments.

Un effort important a également été réalisé par les établissements sur la communication externe, y compris dans les centres de santé.

Enfin, l'évaluation de la satisfaction des patients en interne par les établissements eux-mêmes est resté embryonnaire, ce qui a justifié l'enquête diligentée par LuxDev à cet effet. Après une première enquête « *baseline* » effectuée en 2020, une seconde enquête a été conduite en 2023 auprès de la population pour vérifier l'évolution de la satisfaction des patients.

En tant que médecin des urgences, sur invitation du ministère de la Santé, j'ai participé à une formation dans le centre d'apprentissage par simulation sur la prise en charge des urgences, le secourisme avancé et la lecture d'électrocardiogrammes pour les médecins généralistes. Grâce à l'appui de la Coopération luxembourgeoise, une UAU bien équipée a été créée, et est bien organisée avec un personnel qualifié et une bonne coordination.

Dr Moustapha THIAM, chef de service de l'UAU de Guinguiné

J'ai été au centre d'apprentissage par simulation en tant que responsable du service des urgences du centre hospitalier régional de Fatick, à travers une invitation du SAMU national. J'ai été familiarisé avec les protocoles sur la prise en charge des urgences. Nous avons effectué des exercices pratiques de simulation médicale et appris à maîtriser l'utilisation du matériel d'urgence (intubation, *monitoring*). Vu l'importance et l'impact de cette formation sur la qualité des soins, d'autres agents de notre structure (infirmiers, brancardiers, ambulanciers) auraient dû être présents également.

Dr Justin SENE, médecin et chef de service du SAU du centre hospitalier régional de Fatick

Les résultats du benchmarking

- amélioration des circuits patients (séparation entre urgences vitales et autres, matérialisation des circuits) ;
- amélioration des gardes médicales (renforcement des effectifs médicaux, avec la participation des médecins des SMUR observée sur le terrain) ;
- amélioration de la gestion des médicaments d'urgence (meilleure gestion des approvisionnements, création d'armoires d'urgence gérées par un responsable désigné) ;
- amélioration de la qualité de la prise en charge des patients en situation d'urgence entre les différents échelons de soins (au niveau régional) à travers l'organisation de réunions de coordination dédiées regroupant tous les acteurs clés de la chaîne de secours.

Les résultats des actions de communication

Plus de 4 782 causeries et visites à domicile ont été réalisées dans sept districts sanitaires tout au long de la mise en œuvre du programme, permettant de toucher 47 075 personnes qui n'avaient aucune connaissance, ni des services préhospitaliers d'urgence assurés par le SAMU, ni du rôle et des missions des SAU et UAU.

LES EFFETS

Deux enquêtes sont disponibles sur la satisfaction du fonctionnement des services des urgences dans les hôpitaux et les centres de santé. La première a été réalisée en début de projet en 2020 ; la seconde, en fin de projet, en novembre 2023. Le tableau ci-dessous présente les résultats de la dernière enquête 2023 et l'évolution depuis 2020.

	SAU	Écart vs 2020	UAU	Écart vs 2020
Satisfaction globale	80 %	+6	76 %	-6
Saint-Louis	65 %	+1	49 %	-25
Fatick	94 %	+8	85 %	-3
Diourbel	69 %	-4	59 %	-24
Kaffrine	100 %	+30	98 %	+9
Kaolack	71 %	-2	89 %	+15

Sur une période de trois ans, le taux global de satisfaction pour les SAU, toutes causes et toutes régions confondues, est de 80 %, avec une augmentation de 6 % par rapport à 2020. L'analyse du tableau ci-dessus présente deux caractéristiques importantes :

- globalement, la satisfaction des usagers a augmenté dans les SAU mais elle a diminué dans les UAU. Une des hypothèses pour expliquer cette différence est le fait que la plupart des actions appuyées par le programme santé et protection sociale, à l'exception de l'équipement (*benchmarking* collaboratif, réhabilitation des locaux, bourses d'étude, formations) se sont essentiellement concentrées sur le renforcement des SAU. Le processus de renforcement des UAU a débuté plus tard, avec notamment l'appui des SAU. L'écart entre SAU et UAU confirmerait la pertinence et l'efficacité des actions effectuées et incite à les généraliser ;
- les taux de satisfaction sont très différents selon les établissements. Il est intéressant de constater que l'établissement de Kaffrine, qui bénéficie du taux de satisfaction le plus élevé, est celui qui vient d'être construit et qui dispose donc de locaux neufs. À l'inverse, les hôpitaux de Saint-Louis et Kaolack, bien que bénéficiant de bons équipements et de circuits bien organisés selon l'avis des experts, reçoivent un taux de satisfaction bien inférieur. Ceci confirmerait l'hypothèse que la satisfaction ressentie par les usagers est fortement liée à la qualité des infrastructures. Une deuxième hypothèse déjà présente dans la baseline serait liée aux différences socio-culturelles des populations qui s'expriment différemment sur leurs perceptions. Ces analyses sont à approfondir avec un échantillon plus large.

L'analyse détaillée de l'enquête de 2024 permet de pointer deux éléments significatifs :

- le temps d'attente est jugé plutôt satisfaisant par les usagers, mais il est encore considéré comme la plus importante cause d'insatisfaction. Pour les patients, cette attente résulterait de la forte affluence ou de l'insuffisance des effectifs, plus que de l'organisation des services. Il convient de noter que l'attitude du personnel est pointée comme une cause de l'attente par 11 % des patients, ce qui est important mais en baisse de 7 points par rapport à 2020. Cette évolution souligne l'importance et l'impact des formations à l'accueil ;
- la répartition des modalités d'admission est particulièrement instructive. Un total de 36 % des passages en SAU correspond à des consultations externes aux urgences (cas pas urgents et nécessitant seulement une consultation d'un médecin généraliste ou spécialisé). L'expérience terrain confirme cette situation et les conséquences négatives sur l'organisation de la prise en charge des urgences « vraies ». Il est toutefois important de souligner que ce pourcentage a diminué de 41 points depuis 2020, ce qui traduit l'effort d'organisation accompli par les établissements quand leurs locaux le leur permettent.

Par ailleurs, les entrées des patients envoyés aux urgences par un professionnel de la santé, tel qu'un médecin généraliste, un spécialiste ou un autre établissement de soins, qu'on appelle « par référencement », représentent seulement 5 % (en baisse d'un point), ce qui est faible. L'amélioration de la prise en charge dans les établissements de proximité est une explication probable, mais ce faible taux souligne l'enjeu d'une réflexion approfondie sur l'amélioration des références/contre-références.

Globalement, et malgré la réserve méthodologique qu'impose le faible échantillon de sondés retenu dans l'objectif de mesurer la satisfaction globale et non la satisfaction par établissement, les deux enquêtes de satisfaction témoignent d'une bonne appréciation des patients à l'égard des services d'urgence, particulièrement sur les points traités dans les mini plans et les conventions de *benchmarking*.



FACTEURS CLÉS DE SUCCÈS

Liste de quelques facteurs clés de succès :

- **l'implication des directions d'établissements et du personnel** est un facteur déterminant. La réussite des ateliers de *benchmarking* le démontre facilement. Dans ce cas, les directions se sont impliquées et ont impliqué les acteurs de terrain. Concernant les mini plans, les directions ont eu tendance à garder l'outil pour elles. Partout où le personnel médical et paramédical a été associé aux mini plans, ces derniers ont été des acteurs impliqués dans les démarches de gestion. Entre 2020 et 2023, une bonne partie des chefs d'établissement a été remplacée, et en 2023, on constate une volonté de travail en commun et un engagement réciproque forts ;
- **la pérennisation des financements**, qu'ils concernent le fonctionnement ou l'investissement, est également un facteur de réussite d'une telle démarche sur le long terme, exprimé par les gestionnaires comme par les médecins. Les hôpitaux au Sénégal sont en autonomie de gestion. Les centres de santé sont des services déconcentrés. Si les entrées correspondant aux prix des prestations payés par les bénéficiaires recouvrent une partie des coûts, l'expérience montre qu'un système de santé optimal ne peut fonctionner sans subsides de l'État. Or, ces subsides restent insuffisants ;
- concernant **le monitoring et l'évaluation des actions**, même si la nouvelle génération de directeurs et de médecins s'engage avec dynamisme dans des pratiques de gestion modernes et plus efficaces que par le passé. Par exemple, des registres et un début de *monitoring* sont mis en place sur les taux de mortalité, les délais de prise en charge et l'accompagnement de cette fonction n'est pas terminé. Beaucoup d'actions ont plus de chances d'aboutir si un monitoring de proximité attentif est mis en place. Sans bilan régulier des actions planifiées à l'occasion des mini plans et du *benchmarking*, les prestataires de soins restent le « nez dans le guidon » ;
- **le développement de la communication** est indispensable pour faire prendre conscience à la population de l'intérêt d'avoir recours aux établissements de soins ;
- **une plus grande implication des directions d'établissement** dans le processus de croissance des mutuelles de santé (*membership*) leur permettrait de leur apporter une source de recettes plus importante.



CONTRAINTES ET SOLUTIONS

L'utilisation des outils innovants du programme a fait apparaître quatre contraintes fortes :

- **les budgets limités des établissements** : les budgets des établissements sont limités, en partie en raison de la lisibilité et de la pérennité des versements de l'État, mais aussi à cause de leur difficulté à expliquer et justifier leurs besoins. L'organisation de formations au plaidoyer pour les cadres administratifs serait utile, ainsi que la mise en place de relations de travail permanentes avec les mutuelles qui se constituent un peu partout. Un accompagnement financier externe reste nécessaire. À titre pédagogique, il serait souhaitable de lier cette aide externe à des engagements clairs de la part des bénéficiaires, par exemple sous forme de contrepartie de la part des établissements hospitaliers autonomes. Des accords de partenariat direct peuvent être conclus en incluant des co-financement de la part des établissements ;
- **l'approche participative** : bien qu'elle soit fortement appréciée, l'approche participative n'est pas toujours facile à organiser, que ce soit entre établissements ou au sein des établissements. Un soutien externe dans le cadre des ateliers de *benchmarking* est nécessaire. Avec des moyens de transport limités, sans le soutien de LuxDev, les coûts de transport peuvent difficilement être pris en charge par les structures. D'où l'idée mise en place de constituer des pôles régionaux plutôt que des échanges sur le territoire national. En interne, l'organisation de ce type de rencontres est conditionnée par deux facteurs de succès : le niveau de *leadership* et management interne et la charge de travail très importante qui pèse sur les épaules des prestataires de soins médicaux et paramédicaux. Au vu des moyens limités, chaque prestataire est amené trop souvent à dépasser largement les heures de travail légales ;
- **la nécessité de prioriser les actions sur une échelle géographique proportionnelle aux moyens mis en place** : la mise en œuvre des mini plans, du *benchmarking* et des actions de communication innovantes a mis en évidence la difficulté de répondre aux besoins de tous les établissements et de l'ensemble des populations visées. Une priorisation géographique a bien été réalisée sur base de critères objectifs et en accord avec la partie nationale. Mais beaucoup de changements impliquent des actions sur le terrain de proximité. Quand par exemple une ONG comme CICODEV « couvre » un département pour l'organisation de causeries communautaires, elle est obligée de prioriser les populations aux alentours de certains postes ou centre de santé. Si les personnes sont des bénévoles, dans des départements avec encore des problèmes de sécurité alimentaire, le remboursement des frais de transport est une condition de succès. Une priorisation géographique plus restreinte est une bonne solution pour le futur, à l'échelle d'une ou quelques régions. Cette priorisation géographique des processus d'accompagnement fait bien partie de la vision du gouvernement du Sénégal et cette vision est partagée par LuxDev et les autres parties prenantes, y compris la société civile (elle fait partie des recommandations du rapport final de CICODEV) ;
- **la formation managériale** : la dernière contrainte, en cours d'amélioration, concerne la formation managériale, souvent limitée, de l'encadrement administratif dans les structures de santé. Par exemple, des bourses de formation diplômante en management ont été données à certains personnels administratifs ou certains infirmiers avec des fonctions de gestion. Mais au vu des besoins importants sur le renforcement des fonctions techniques liées à la gestion des urgences (diplômes universitaires en urgences, formations sur les protocoles de soins, sur certains gestes techniques comme l'intubation, formations en utilisation des électrocardiogrammes), la formation managériale n'a pas été une priorité. Des diagnostics et des plans d'actions plus précis sur la professionnalisation de la gestion hospitalière reste nécessaire.

Le personnel des urgences, devant être présents lors de certaines activités du programme telles que le *benchmarking*, a souvent des obligations professionnelles qui entravent parfois leur participation, malgré leur engagement. Le déficit de collaboration/complicité entre administrateurs hospitaliers et acteurs des urgences a été parfois une contrainte.

On note également une insuffisance d'accompagnement des UAU des centres de santé de la part des SAU (structure de référence hospitalière pour les urgences).

En conclusion, la mise en réseau des acteurs impliqués dans la prise en charge des urgences à travers une approche systématique est une nécessité pour les prochains programmes.

**Dr Moustapha DIEDHIOU, coordonnateur
des urgences à l'hôpital de Saint-Louis**

ENSEIGNEMENTS APPRIS

À partir des expériences du programme, les constats suivants peuvent être mis en avant et retenus comme des méthodes et outils à reproduire :

- **la combinaison entre mini plans et ateliers de *benchmarking* collaboratifs** : il est important de veiller à leur bonne utilisation et à leur insertion dans les plans stratégiques. Cette combinaison est utile pour repérer et diffuser les innovations ;
- **les enquêtes de satisfaction périodiques** : ces enquêtes sont nécessaires pour mesurer l'effet des actions menées. Une boîte à outil est prévue avec notamment un questionnaire type ;
- **le renforcement des collaborations inter-établissements** : ces collaborations doivent être encouragées, par exemple, en proposant des approches collectives, notamment pour la maintenance des équipements, et peut-être même en conditionnant la fourniture d'équipements à des engagements réciproques ;
- **la formation du personnel médical et paramédical** : le renforcement de la formation a un impact clair sur l'amélioration de l'accueil, comme le montrent les enquêtes de satisfaction ;
- **le renforcement du *monitoring*** : ce facteur est déterminant pour le succès des thématiques jugées essentielles. Les mini plans contenaient des indicateurs spécifiques. Chaque session de *benchmarking* se terminait par l'établissement d'un indicateur de processus. Par exemple, pour le circuit du patient, des niveaux d'amélioration avec des critères objectifs étaient définis et par exemple l'hôpital de Fatick pouvait avoir pour ambition de passer du niveau 2 au niveau 6. L'établissement des indicateurs et des bilans prennent du temps et demandent une expérience méthodologique en suivi-évaluation, d'où l'importance de disposer de ressources humaines dédiées ou avec une fonction *monitoring* importante ;
- **les actions de communication** : elles doivent avoir une couverture géographique adéquate en fonction des objectifs, du temps et des moyens impartis.



CONCLUSION ET PERSPECTIVES

L'enquête quantitative réalisée sur la satisfaction des patients ayant utilisé les SAU montrent une augmentation globale de la satisfaction. Le recueil des données qualitatives auprès des parties prenantes semble démontrer que certains des outils innovants utilisés pour renforcer les capacités de ses services ont eu un impact positif sur la qualité de ces services.

L'analyse de la situation actuelle de la gestion des urgences a permis de constater que ces réalisations ont considérablement contribué à l'amélioration de l'accès des populations aux soins d'urgences. Cependant, la couverture est encore loin d'être nationale, et plusieurs insuffisances sont notées, notamment au niveau de la régulation en préhospitalier et de la prise en charge des cas d'urgence en intra-hospitalier.

Au plan organisationnel, si des insuffisances sont observées au niveau réglementaire et normatif, il convient de souligner que les principes de déconcentration des Centres de réception et de régulation des appels et des SMUR commencent à être appliqués, ce qui est un élément important de l'amélioration de la chaîne de prise en charge des urgences.

Les chantiers dans ce domaine restent encore nombreux et requièrent l'attention soutenue des pouvoirs publics accompagnés en cela par les partenaires techniques et financiers. Dans la mise en œuvre de ces appuis au système des urgences sanitaires, la Coopération Sénégal-Luxembourg a fait face à plusieurs limites notamment la concentration géographique des appuis avec comme risque un système à double vitesse.

C'est tout l'intérêt de cette fiche d'expérience de l'expérience d'accompagnement à une meilleure gestion du système des urgences préhospitalières et hospitalières au Sénégal qui se veut un outil de partage, d'information mais plus encore d'invitation à l'action à tous ceux qui voudront aider à l'amélioration de ce service vital et essentiel pour la santé des populations au Sénégal ou ailleurs.



POUR PLUS D'INFORMATIONS

LuxDev - Bureau Sénégal

Fann Résidence Immeuble Résidence NAJA
Lot n°3 Rue E x David Diop
Dakar, SÉNÉGAL

T • +221 33 869 64 44

E • office.senegal@luxdev.lu

www.luxdev.lu

SAMU National

Centre Hospitalier Universitaire de Fann
Fann Residence
Dakar, SÉNÉGAL

T • +221 33 869 82 52

E • samu@samu.sn

www.samu.sn
