REPUBLIQUE DU BENIN

****

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

****

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

****

ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE MAGISTRATURE

(E.N.A.M)

****

MEMOIRE DE FIN DE FORMATION AU CYCLE II POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ADMINISTRATEUR

OPTION : Administration des Finances

FILIERE : Administration Hospitalière Universitaire et d'Intendance

ANNEE ACADEMIQUE 2009-2010

Thème :

CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS A LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE D'ACCUEIL DES URGENCES DU CNHU-HKM

Réalisé et soutenu par :

Pierre Ogoua KOUTCHAKPO

Maître de stage :

Olivier ADOUNVO

Administrateur des hôpitaux,

Chef service accueil et clientèle

du CNHU-HKM

Directeur de mémoire :

Pascal OMYALE

Administrateur des hôpitaux

Enseignant à l'ENAM

Décembre 2009

IDENTIFICATION DU JURY

Président : TCHIBOZO B. M. Hugues

Vice-président : AHOMLANTO Christophe

L'ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE MAGISTRATURE N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION NI IMPROBATION AUX OPTIONS EMISES DANS CE MEMOIRE. CES OPTIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEUR AUTEUR

Dédicace

A **Dieu Tout Puissant**, **Eternel des armées**; pour la grâce que tu m'as accordée tout au long de cette formation.

A toi, mon épouse **Perpétue**, pour tout ce que tu supportes en silence pour que l'harmonie règne dans le foyer. Merci pour le soutien et les lourds sacrifices consentis. Reçois ce travail comme le fruit de nos efforts.

A mes enfants **Chantal**, **Prisca-Josette**, **Ozias-Gentilini**, **Inès-Murielle**, **Layo Colombe** et **Tobi Michel-Cyr**; vous êtes les raisons de mes luttes quotidiennes, mon espérance et ma joie. Que ce travail soit pour vous un exemple à imiter. Puisse le Seigneur vous accorder l'intelligence et le courage de mieux faire.

A mes parents **KOUTCHAKPO Gouvidé Thomas**, **ADOKPO Fadji Marie-Elyse**, pour la confiance que vous me faite.

Nous exprimons nos sincères remerciements à :

Notre directeur de mémoire, monsieur **OMYALE Pascal**, Administrateur des hôpitaux, ancien directeur du CNHU-HKM pour avoir suivi ce travail jusqu'à la fin avec sérénité malgré ses multiples occupations. Veuillez accepter notre profonde gratitude.

Notre maître de stage, monsieur **ADOUNVO Olivier**, vous avez accepté sans hésitation de nous suivre tout au long de la rédaction de ce mémoire. La pertinence de vos remarques et la qualité de vos conseils nous ont particulièrement émerveillées. Trouvez ici un modeste témoignage de notre immense reconnaissance et recevez notre considération la meilleure.

Monsieur **Noël GBAGUIDI**, Directeur de l'ENAM et son personnel pour leur enseignement et leur encadrement. Que Dieu vous bénisse.

Les professeurs de l'ENAM qui se sont évertués à nous donner un enseignement de qualité, hommage respectueux.

Le personnel administratif et technique du CNHU-HKM et de la Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences, pour leur soutien.

Madame **Muriel HANS-MOEVI**, responsable de la clinique médicale Albert SCHWEITZER et tout son personnel.

Celle et ceux qui de près ou de loin ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de ce travail.

Notre président du Jury, pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Notre sincère reconnaissance.

Les membres du Jury, pour la lecture critique et l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Profonde gratitude.

Nos collègues de la promotion 2009, pour les meilleurs moments passés ensemble dans la solidarité, la tolérance et le partage.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AES	: Agent d'Entretien et de Service
AS	: Aide Soignant
CA	: Conseil d'Administration
CAME	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels
CHS	: Commission d'Hygiène et de Sécurité
CLIN	: Comité de Lutte Contre les Infections Nosocomiales
CMC	: Commission Médicale Consultative
CNH	: Centre National Hospitalier
CNHU	: Centre National Hospitalier Universitaire
CNHU-C	: Centre National Hospitalier Universitaire de Cotonou
CNHU-HKM	: Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA
CODIR	: Comité de Direction
CUAU	: Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences
CUGO	: Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique
DQ	: Démarche Qualité
EHH	: Equipe d'Hygiène Hospitalière
EPAC	: Ecole Polytechnique d'Abomey-Calavi
FSS	: Faculté des Sciences de la Santé
IRSP	: Institut Régional de Santé Publique
ISBA	: Institut des Sciences Biomédicales Appliquées
ISO	: International System Organization
INMES	: Institut National Médico-Social
RESHAOC	: Réseau Hospitalier de l'Afrique Occidentale et des Caraïbes
SMQ	: Système de Management de Qualité
SONEB	: Société Nationale des Eaux du Bénin

LISTE DES TABLEAUX

Tableaux …… ……Pages

Tableau 1 : Regroupement des problèmes par centre d'intérêt……..24

Tableau 2 : Tableau de bord de l'étude……34

Tableau 3 : Point des réponses à la question n°1……..….....47

Tableau 4 : Point des réponses à la question n°2…….49

Tableau 5 : Point des réponses à la question n°3……50

Tableau 6 : Tableau de synthèse de l'étude…….56

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphiques ……Pages

Graphique 1 : Causes de l'insuffisance de matériels et de kits d'urgence……...48

Graphique 2: Causes de la défectuosité du nursing……..……..49

Graphique 3: Causes de la prise de constantes non satisfaisantes…….51

GLOSSAIRE

Accréditation : procédure par laquelle un organisme faisant autorité reconnaît formellement qu'une institution est compétente pour effectuer des tâches spécifiques. (**AMADOU DJIBRIL R. , 2007)**

Amélioration continue de la qualité : partie du management de la qualité axée sur l'accroissement de la capacité à satisfaire aux exigences pour la qualité. L'adjectif « continue » est utilisé pour indiquer que l'amélioration est régulière. **(SEGOUIN C. , 1998)**

Certification : procédure d'évaluation par laquelle un fabriquant, un mandataire, un organisme ou un expert indépendant donne l'assurance écrite qu'un produit, un processus ou un service dûment identifié est conforme aux exigences spécifiées d'une directive, d'un règlement ou d'une norme. **(SEGOUIN C. , 1998)**

Constantes biologiques : Ensemble des mesures et dosages permettant d'apprécier le fonctionnement d'un organisme (**Dictionnaire médical, 1989).**

Démarche qualité : démarche raisonnée et délibérée pour réaliser une tâche. (**TCHIBOZO H. B. M. , 2008).**

Dinamap : Appareil de mesure des paramètres vitaux. **(Dictionnaire médical 1989).**

Entretien : c'est l'action de tenir une chose en bon état, de fournir ce qui est nécessaire pour y parvenir. **(Dictionnaire le Petit Larousse, 1993).**

Equipements médico-techniques : ce terme désigne tout instrument, appareil, dispositif, matériel ou autre article, utilisé seul ou en combinaison, incluant le logiciel nécessaire pour son application convenable, prescrit par le fabricant pour être utilisé par les êtres humains à des fins de diagnostic, de prévention, de suivi, de traitement ou de soulagement de maladie, d'examen ou de contrôle. **AKPOVO, R. K. E., (2007).**

Hygiène hospitalière : ensemble des procédures destinées à supprimer ou à limiter le nombre de micro-organismes en contact avec les patients, les matériels, ou les surfaces, ou encore ensemble des mesures prises pour que les actes des soignants n'entraînent pas d'infections nosocomiales. **(AMADOU DJIBRIL R. , 2007)**

Infection nosocomiale : infection contractée dans une structure de soins alors que le patient n'était ni en incubation ni porteur de cette infection au moment de son admission. **(AMADOU DJIBRIL R. , 2007)**

Maintenance : ensemble des opérations permettant de maintenir ou de rétablir un système, un matériel, un appareil, dans un état donné ou lui restituer des caractéristiques de fonctionnement spécifiées. **(Dictionnaire le Petit Larousse, 1993).**

Management : Démarche rationnelle par laquelle les ressources humaines, physiques et financières sont coordonnées vers la réalisation des buts poursuivis. **(TCHIBOZO H. B. M. , 2008)**

Nursing : Ensemble des soins prodigués par l'infirmier et l'aide-soignant ; ensemble d'hygiène et de confort prodigués aux personnes dépendantes. (**Dictionnaire Robert)**

Produits pharmaceutiques : ensemble constitué de médicaments et de consommables médicaux utilisés pour administrer les soins en vue d'un traitement, d'une pathologie ou d'une affection. **(AKPOVO, R. K. E. , 2007).**

Qualité : aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques, d'un produit, d'un système ou d'un processus à satisfaire les exigences des clients et autres parties intéressées. **(AKPOVO, R. K. E. , 2007).**

RESUME

Le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) et en particulier son Service Médical et d'Accueil des Urgences a été ces dernières années objet de critiques sévères de la part de ses usagers. L'exiguïté de l'ancien service et la qualité des soins qui s'y pratiquaient sont les aspects qui décevaient les attentes de la population. Cette situation perdure encore aujourd'hui malgré l'installation du service dans un bâtiment flambant neuf, spacieux et doté de dispositifs modernes pour satisfaire les besoins des clients. Le présent travail vise à contribuer à l'amélioration de la qualité des soins qui sont pratiqués dans ce service devenu Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences et mis provisoirement en service en février 2009. Parmi les difficultés de cette clinique, un problème général a été identifié : la mauvaise qualité des soins. Trois problèmes spécifiques en découlent :

- l'insuffisance de matériels et de kits d'urgence ;
- la défectuosité du nursing ;
- la prise de constantes biologiques non satisfaisante.

La méthodologie de recherche que nous avons adoptée a consisté d'une part à fixer des approches théoriques qui conviennent à la résolution des problèmes spécifiques, et, d'autre part à présenter la dimension empirique de notre travail.

Les approches théoriques permettent de faire ressortir les théories, normes et repères de résolution des problèmes spécifiques retenus ainsi que les outils d'analyse des données recueillies.

La dimension empirique de la recherche expose la technique d'enquête utilisée et les outils utilisés pour présenter les résultats.

La vérification des hypothèses de recherche repose sur les résultats issus de l'enquête à partir d'un guide d'entretien et de questionnaires.

Des résultats de nos enquêtes ressortent des diagnostics auxquels des approches de solutions ont été proposées :

- **Pour pallier les difficultés d**'insuffisance de matériels et de kits d'urgence, dues à l'insuffisance des subventions et au taux de recouvrement des créances, il faut :

- négocier l'augmentation des enveloppes budgétaires et des subventions de l'Etat ;
- mettre en place un système efficace de recouvrement des créances.
- Développer le système de mutuelle de santé
- renforcer la maintenance des appareils médico-techniques par une maintenance préventive.

- **En ce qui concerne le problème relatif à la défectuosité du nursing,** le diagnostic établi, relève l'insuffisance des ressources humaines, d'où;

- le recrutement de personnel soignant spécialisé en nursing ;
- aussi le personnel existant, devrait-il, être sensibilisé pour la pratique du nursing qui fait partie intégrante des soins médicaux.

- **Le diagnostic du problème spécifique n°3** a révélé qu'il est dû à l'insuffisance d'appareils de prise de constantes biologiques.

Pour cela, nous suggérons :

- la dotation de cette clinique en matériels de mesure des constantes biologiques en qualité et en quantité suffisante ;
- la disponibilité du dynamap dans chacune des deux salles d'hospitalisation ;
- La formation et le recyclage périodique des techniciens en maintenance à la réparation de ces appareils.

Ces solutions permettront à l'administration hospitalière de sécuriser et de fidéliser ses clients.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

CHAPITRE PREMIER: CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE, OBSERVATIONS DE STAGE ET CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE

SECTION 1 : Cadre institutionnel de l'étude et observations de stage à la Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences du CNHU-HKM de Cotonou

Paragraphe 1 : Cadre institutionnel de l'étude

Paragraphe 2: Etat des lieux sur les activités de la CUAU

SECTION 2 : Ciblage, spécification et vision globale de résolution de la problématique.

Paragraphe1 : Choix de la problématique et spécification du sujet.

Paragraphe2 : Vision globale de la problématique spécifiée

CHAPITRE DEUXIEME : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS

SECTION 1 : Cadre théorique et méthodologique de l'étude

Paragraphe1 : Objectifs de l'étude et revue de littérature

Paragraphe2 : Choix de la méthodologie de l'étude : méthode empirique et méthode théorique

SECTION 2 : Enquêtes de vérification des hypothèses et conditions de mise en œuvre

Paragraphe 1 : Enquêtes et vérification des hypothèses

Paragraphe 2 : Approches de solutions et conditions de mise en œuvre des pratiques des soins de qualité en milieu hospitalier

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Toute agression de la santé conduit à la maladie pour laquelle le recours aux soins est nécessaire voire indispensable.

L'homme malade peut avoir recours à la médecine moderne et/ou traditionnelle. Dans nos sociétés, les hôpitaux jouent un rôle très important dans la prise en charge des affections ayant dépassé la compétence et les capacités des formations sanitaires périphériques.

Aussi les malades, doivent-ils, passer par des centres intermédiaires avant d'être référés à l'hôpital.

Au nombre de ces hôpitaux, il y a les centres hospitaliers départementaux de référence et les hôpitaux de zone dont la mission est de prendre en charge les cas complexes de maladies. A cet effet, ils disposent d'un riche plateau technique et de personnel qualifié et spécialisé.

En Afrique, les Centres Hospitaliers et Universitaires (CHU) constituent les hôpitaux de dernier recours. Ce sont des établissements spécialisés, souvent coûteux qui offrent les services spéciaux, et assurent la formation des futurs agents de santé. Aussi, l'hôpital se présente t-il, de plus comme un révélateur de l'évolution et des problèmes d'une société, puisque nombre des moments importants d'une vie sont vécus et orientés par cette institution (GONNET F. 1994, p. 145).

Lieu privilégié d'expérimentations techniques et médicales, l'hôpital se présente, d'un côté comme un univers porteur d'espoir et de progrès considérable, de l'autre comme un univers inquiétant, insécurisant, source de malaises aussi bien personnels que collectifs, renvoyant chacun à l'image qu'il se fait de la maladie ou de la mort.

Parlant du décès, le CNHU-HKM en enregistre chaque année, en moyenne 574 pour 14800 patients admis pour divers soins de spécialité (ZOMAHOUN I. L. 2003 p. 3).

Du 1er janvier au 30 septembre 2009, il a enregistré 954 décès contre 15131 patients admis en hospitalisation. Pour cette période, la Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences a inscrit dans ses registres 140 décès pour 1591 entrées.

Ces chiffres inquiètent plus d'un, et suscitent des interrogations au sein de la population sur la qualité des soins dans cet établissement de référence. La baisse de la qualité des soins n'induit-elle pas la baisse de la fréquentation de cet hôpital de référence ?

Qu'est-ce qui justifie le taux élevé de mortalité à la Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences du CNHU-HKM? C'est pour répondre à ces différentes préoccupations, que nous avons choisi de réfléchir sur le thème : **Contribution à l'amélioration de la qualité des soins à la Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences (CUAU) du CNHU-HKM.**

Il sera question de montrer l'importance de la qualité des soins dans le contexte d'insatisfaction considérable des patients. La gestion des soins sera orientée vers le système de management de la qualité, afin de susciter l'amélioration continue des prestations sanitaires dans cette Clinique. Pour y parvenir, notre travail de recherche s'articulera autour de deux points essentiels :

- présentation du cadre institutionnel de l'étude, les observations de stage et le ciblage de la problématique;
- fixation du cadre théorique de l'étude, établissement du diagnostic, proposition des approches de solutions et les conditions de mise en œuvre de ces solutions.

CHAPITRE PREMIER :

CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE, OBSERVATIONS DE STAGE ET CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE

SECTION 1: CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE ET OBSERVATIONS DE STAGE

Dans ce chapitre, nous présenterons l'organisation et le mode de fonctionnement de notre lieu de stage, le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM), puis nous cernerons la problématique des soins à la Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences (CUAU). Comment se présente notre lieu de stage ?

Paragraphe 1 : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE

S'étendant sur une superficie de dix (10) hectares, le CNHU-HKM est situé dans le 12ème arrondissement de la ville de Cotonou. Il est limité au nord et à l'est par le Camp GUEZO, au sud par la route inter Etat n° 1 la séparant de la Présidence de la République, et à l'ouest par le Ministère de l'Intérieur, de la Décentralisation et des Collectivités Locales, l'Institut des Sciences Biomédicales Appliquées (ISBA), la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) de l'Université d'Abomey-Calavi (UAC) et l'Institut National Médico-Social (INMES).

L'histoire de cet hôpital est riche en mutations et ses multiples missions sont exécutées à travers les différents organes de gestion, administratifs, médicaux et techniques dont il dispose.

I- HISTORIQUE ET MISSIONS

Nous retracerons dans un premier temps, l'historique du CNHU-HKM et aborderons dans un second temps, ses missions.

A- Historique

Pendant la période coloniale, le Dahomey ne disposait d'aucun hôpital de référence. La seule ambulance de Cotonou ne répondait plus aux besoins du

pays en couverture sanitaire. Il était nécessaire de créer un hôpital de référence. Cet hôpital, appelé hôpital de Cotonou, fut donc créé aux lendemains des indépendances par la loi n°62-36 du 30 octobre 1962 qui le dote d'une autonomie financière. En 1966, l'hôpital autonome de Cotonou change de statut et devient : Centre National Hospitalier. Ce centre prend un caractère universitaire avec la création de l'Université du Dahomey et devient, par le décret n°73-8 du 10 Janvier 1973, Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou (CNHU-C).

A l'avènement du Renouveau Démocratique, le décret n°91-77 du 13 Mai 1991 portant ses statuts consacre le caractère social et scientifique du CNHU-C, le dote de la personnalité morale et de l'autonomie financière et le reconnaît comme l'établissement hospitalier de référence du pays. Après la mort du Président Hubert K. MAGA, premier Président du Dahomey, au pouvoir lors de sa création, l'hôpital prend le nom de Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM). Cette nouvelle dénomination a fait l'objet d'une loi qui n'a pas été adoptée à ce jour.

B- Missions

Le CNHU-HKM a pour missions:

- d'assurer en permanence l'accueil et les soins ;
- d'assurer la formation clinique des étudiants et des médecins spécialistes en Médecine, Chirurgie, Gynécologie, Pédiatrie et autres spécialités ainsi que la formation du personnel paramédical ;
- d'assurer la recherche en liaison avec la Faculté des Sciences de la Santé, l'Institut Régional de Santé Publique de Ouidah et d'autres écoles de la place.

II- ORGANISATION DU CNHU-HKM DE COTONOU

Pour réussir les missions qui lui sont assignées, l'hôpital dispose d'un organe de délibération, de deux commissions consultatives et de plusieurs services administratifs, médicaux et techniques.

A- Le conseil d'administration et les commissions consultatives

L'organe de délibération du CNHU-HKM est le Conseil d'Administration (C.A). Ses attributions ainsi que celles des commissions consultatives sont définies dans les statuts de l'hôpital.

1- Le Conseil d'Administration

Il est principalement chargé:

- de définir la politique générale du centre ;
- de procéder à l'adoption de tous les textes régissant le centre ;
- d'examiner et adopter le budget du centre, la répartition par compte budgétaire, les prévisions d'activités, les tarifs d'hospitalisation, de consultation et de prestations diverses ainsi que les états financiers.

2- Les Commissions Consultatives

Il existe au CNHU-HKM deux commissions consultatives.

a- La Commission Médicale Consultative (CMC)

Elle donne son avis sur l'aménagement et la répartition des services techniques, les grosses réparations, l'achat et la distribution des matériels techniques, des médicaments, des réactifs et des consommables médicaux, la nomination des Chefs de Services Hospitaliers, le recrutement du personnel médico-technique.

Cette commission étudie également le planning annuel des consultations publiques, le bilan annuel des consultations privées et examine les conventions d'exercice libéral ainsi que les contrats d'activité libérale dans le cadre de l'activité privée des médecins et pharmaciens de l'établissement.

b- ***Le Comité d'Etablissement (CE)***

C'est un organe à caractère consultatif examinant toutes les questions relatives à l'organisation générale du travail, aux effectifs, aux statuts du personnel, à l'hygiène, à la sécurité et à la salubrité des services.

Il faut noter que les deux commissions consultatives (CMC, CE) ne sont pas fonctionnelles. Il se pose alors **le problème de dysfonctionnement des organes consultatifs.**

B- Les structures administratives, médicales et techniques

Les prestations sanitaires de l'hôpital sont assurées par des services médicaux et techniques dont les actions sont soutenues par une administration ayant à sa tête un Directeur Général.

1- Les structures administratives

L'Administration de l'établissement est composée d'une Direction Générale, de cinq services administratifs, d'une Cellule de Contrôle de Gestion, d'une cellule de la documentation et des archives.

a- La Direction Générale

Elle est sous la responsabilité d'un Directeur Général assisté d'un Directeur Général Adjoint.

Le Directeur Général assure la gestion quotidienne de l'hôpital. A cet effet, il exécute les décisions prises par le Conseil d'Administration avec obligation de compte rendu et représente l'établissement vis-à-vis des tiers et

en justice. Il est l'ordonnateur du budget du Centre et veille à son exécution tant en recettes qu'en dépenses.

Le Directeur Général Adjoint assure de plein droit la suppléance du Directeur Général. Il est chargé de la coordination des actions des services économique, financier et administratif.

b- Le Service Economique

Le Service Economique est chargé :

- de tout achat et approvisionnement à l'exception des commandes réservées à la pharmacie ;
- de la réception des factures ;
- des fonctions logistiques (lingerie, taillerie, buanderie, cuisine, nettoyage extérieur des bâtiments, transport, standard) ;
- de l'entretien des bâtiments (plomberie, maçonnerie, menuiserie, peinture, froid…).

c- Le Service Financier

Il s'occupe essentiellement :

- du paiement des dépenses ;
- de la comptabilité générale et analytique ;
- de l'élaboration du budget primitif ;
- de la gestion prévisionnelle de la trésorerie ;
- du recouvrement des créances.

Il est dirigé par un Agent comptable.

d- Le Service des Ressources Humaines

Le Service des Ressources Humaines est la structure de conception et d'exécution des règlements, normes et procédures en matière de gestion et de

formation en vue du développement et de la valorisation des ressources humaines de l'hôpital.

Ce service comprend deux divisions :

- La division administrative et des ressources humaines qui regroupe trois sections, à savoir : la section suivi des carrières, la section mouvements, contentieux et affaires générales et enfin la section solde.

- La division formation et développement professionnel. Nous avons constaté que cette division est animée par un seul agent. Il ne dispose d'aucun collaborateur direct. Les sections de cette division sont donc regroupées au niveau de la division. **Ceci pose le problème d'insuffisance de personnel.**

Le Service des Ressources Humaines est chargé :

- de la gestion des ressources humaines ;
- de la gestion et du suivi de la carrière du personnel du Centre ;
- de la gestion de la formation et du recyclage ;
- de la planification et l'utilisation rationnelle des effectifs et des compétences ;
- de la vulgarisation des différents textes régissant la vie et le fonctionnement de l'hôpital.

Les difficultés de ce service sont essentiellement liées **à la trop grande mobilité du personnel.**

e- Le Service de Maintenance

Ce service est chargé :

- de la maintenance du matériel biomédical, électrique, informatique et téléphonique ;
- de l'assainissement ;
- de la négociation technique des contrats de maintenance avec les entreprises extérieures ;

- du suivi technique du parc de matériel de l'hôpital ;
- des informations techniques sur le matériel.

f- Le Service de l'Accueil et de la Clientèle

Le Service de l'Accueil et de la Clientèle assure l'accueil et la gestion des malades depuis leur entrée jusqu'à leur sortie de l'hôpital. Il a pour attributions :

- la conception, l'élaboration et la mise en œuvre d'un système d'amélioration permanente de l'accueil et de la qualité des prestations sanitaires aux patients ;
- la gestion de l'admission et des séjours des malades dans les services ;
- la gestion des lits ;
- la mise en place d'un système de promotion des activités de l'hôpital ;
- l'établissement des factures des prestations fournies aux clients ainsi que leur distribution en liaison avec la structure chargée du recouvrement ;
- la gestion de la morgue ;
- la gestion des états civils et des problèmes médico-légaux ;
- la centralisation et la remise des résultats des divers examens effectués par les patients en dehors de ceux des malades hospitalisés dans les services de l'hôpital;
- la prise en charge des usagers indigents, en collaboration avec le Service Social Hospitalier.

g- La Cellule de Contrôle de Gestion et des Statistiques

La Cellule de Contrôle de Gestion et des Statistiques comprend deux unités : l'analyse de gestion et les statistiques.

La section analyse de gestion regroupe l'analyse financière, le contrôle budgétaire et l'élaboration des statistiques non monétaires. Elle mesure les

résultats d'une action et les compare avec les objectifs fixés pour évaluer le degré de concordance.

La section statistique de cette cellule collabore au pilotage du système de gestion et au contrôle de gestion du centre en élaborant les informations nécessaires à l'analyse de gestion et à la mise en œuvre du contrôle de qualité.

2- Les structures médicales et techniques

On dénombre au CNHU-HKM trente services médicaux et techniques dotés d'équipements modernes, où se côtoient et se complètent plusieurs spécialités médicales. Ce centre dispose en principe d'un plateau technique assez performant qui lui permet d'assurer son rôle de centre national hospitalier de référence. Au nombre des différents services médico-techniques, nous pouvons citer :

- les services de Médecine interne, Néphrologie, Neurologie, Endocrinologie, Oto-rhino-laryngologie, Ophtalmologie, Dermatologie, Stomatologie, Cardiologie, Hépato-gastro-entérologie, Rhumatologie et de Psychiatrie ;
- le service hospitalo-universitaire de pharmacie (SHUP) ;
- le Centre d'Appareillage, d'Orthopédique et celui de Rééducation Fonctionnelle ;
- le Service des Maladies du Sang et la Banque de Sang ;
- les services de chirurgie pédiatrique, traumatologique, viscérale, urologique et dentaire ;
- le Service Polyvalent d'Anesthésie et de Réanimation ;
- le Bloc Opératoire Central ;
- la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique ;
- le service d'Imagerie Médicale ;
- les quatre laboratoires (microbiologie, parasitologie, biochimie et hématologie) ;

- la Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences (CUAU), qui nous a servi de cadre pour nos travaux de recherche.

- La Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences (CUAU) :

La Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences a pour mission de recevoir tous les cas d'urgences médicochirurgicales pour assurer la restauration des fonctions vitales en détresse et l'orientation des patients vers les services de spécialité.

Les difficultés de cette clinique universitaire se résument à **l'accès facile des gardes malades dans le service**, malgré la présence permanente d'un portier et d'un ou de deux forces de l'ordre. A ceux-ci s'ajoutent les accompagnateurs qui, à l'arrivée d'un nouveau patient, envahissent le hall de la clinique dans le soucie de soutenir un parent ou un proche.

Les interventions sollicitées du personnel médical et paramédical de la clinique et d'autres services, au profit d'un patient, soit directement soit par appel téléphonique par un accompagnateur sont à l'origine de la présence au chevet du même patient de plusieurs membres de l'équipe de soins.

Le système **d'oxygénation mural facilite la prise en charge des malades en situation de détresse respiratoire.**

La clinique est composée de trois sections, à savoir :

- l'accueil ;
- l'hospitalisation et
- le bloc opératoire.

➢ ***L'accueil comprend :***

- un hall communément appelé « couloir », qui reçoit en permanence les patients car les box destinés à cet effet sont régulièrement occupés par d'autres patients;

- trois box destinés à accueillir les malades dès leur entrée en urgence. La capacité normale d'un box est d'un malade. Mais pendant notre séjour, deux patients sont régulièrement installés dans un box ;
- une salle de déchocage ;
- une salle de petite chirurgie ;
- une salle de dégravillonnage;
- une salle de garde pour les médecins en formation pour l'obtention du Certificat d'Etudes Spéciales (CES) en médecine interne et en cardiologie;
- une salle de garde pour les infirmiers ;
- une salle de garde pour les stagiaires internés;
- une salle de garde pour les résidents anesthésistes réanimateurs ;
- une salle de garde pour les urgences violentes ;
- une salle de garde pour les CES en chirurgie ;
- un bureau pour le surveillant ;
- une salle pour le bureau d'un médecin ;
- une caisse spéciale, exclusivement pour ce service en cours d'aménagement ;
- deux salles de toilettes.

➢ ***La section hospitalisation est composée de:***

- deux salles d'hospitalisation, l'une destinée aux femmes et l'autre aux hommes. Chacune d'elles ayant une capacité de six lits. Six dispositifs d'urgence y sont prévus. Mais actuellement, on peut compter huit lits dans chacune de ces salles.
- deux salles d'hospitalisation VIP (Very Important Personnality) ; chacune d'elles est dotée d'un lit et des commodités nécessaires.
- une salle d'hospitalisation présidentielle.

➢ ***La section du bloc opératoire :***

Trois blocs sont prévus :

- le bloc opératoire de traumatologie propre ;
- le bloc opératoire d'abdomen propre et ;
- le bloc opératoire des interventions polyvalentes.

En dehors de ces blocs opératoires proprement dits, on distingue aussi :

- une salle pour la stérilisation du matériel technique ;
- une salle pour garder les objets stérilisés ;
- une salle pour les anesthésistes réanimateurs ;
- une salle pour les aides chirurgiens (les infirmiers spécialisés du bloc) ;
- une unité de pharmacie ;
- une salle de radiologie composée d'une pièce de développement des clichés et d'une pièce pour le radiologue de garde ;
- une salle de garde pour les aides-soignants. Cette structuration de la clinique devrait permettre une bonne organisation des activités.

Paragraphe 2: ETAT DES LIEUX SUR LES ACTIVITES DE LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE D'ACCUEIL DES URGENCES

La Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences reçoit toutes les catégories de malades, qu'elle prend en charge entièrement ou le cas échéant, réfère certaines affections spécifiques aux services spécialisés. Les malades proviennent d'origines diverses à savoir:

- les Centres Hospitaliers Départementaux (CHD) ;
- les hôpitaux assimilés ;
- les Hôpitaux de Zone (HZ) ;
- les Centres de Santé de Commune (CSCom) ;

- les Centres de Santé d'Arrondissement (CSA)
- les Unités Villageoises de Santé (UVS).

Il s'agit du niveau périphérique (Hôpitaux de Zone, Centre de Santé de la Commune, Centre de Santé de l'Arrondissement et Unité Villageoise de Santé) et du niveau intermédiaire (CHD et hôpitaux assimilés). D'autres se présentent directement sans passer par un centre intermédiaire ni périphérique. C'est le cas des malades qui sont amenés par le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU), les forces de sécurité publique (sapeurs pompiers). Enfin, certains malades arrivent d'eux-mêmes à la clinique. Ils sont tous à la recherche de soins dont ils n'ont pu bénéficier dans leur localité faute de moyens techniques ou de personnel spécialisé.

I- ORGANISATION DU SERVICE

A- Personnel

La Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences a, à sa tête, un Professeur d'anesthésie et de réanimation. On y dénombre :

- deux (02) maîtres assistants,
- dix (10) Infirmiers Diplômés d'Etat, agents permanents de l'Etat ;
- quatre (04) Infirmiers Diplômés d'Etat, payés sur le budget de l'hôpital ;
- trois (03) Infirmiers Diplômés d'Etat stagiaires bénévoles;
- trois (03) Infirmiers Brevetés dont un est payé sur le budget national et deux (02) sur le budget du CNHU-HKM ;
- dix (10) Aides-soignants permanents ;
- quatre (04) Aides-soignants occasionnels ;
- une secrétaire qui continue d'exercer dans l'ancien bâtiment.

Soit au total, quarante agents toute catégorie confondue.

- A ceux-ci s'ajoutent les médecins nationaux et étrangers en formation pour l'obtention du diplôme de Certificat d'Etudes Spécialisées en anesthésie et réanimation, des médecins internistes, des étudiants en médecine, des étudiants anesthésistes réanimateurs et enfin des étudiants urgentistes.

Le personnel de la clinique est organisé en équipes de garde et de permanence:

- au niveau des infirmiers, il existe, quatre équipes de deux infirmiers permanents, d'un infirmier stagiaire ;
- les aides-soignants font aussi quatre équipes de deux agents et deux aides soignants font la permanence. Ces équipes fonctionnent de façon rotative, en faisant des gardes relayées par des permanences.

On constate **une bonne organisation du personnel pour faire face aux devoirs et obligations de service.**

B- Accueil et tri des malades :

Les malades reçus dans le hall sont immédiatement installés sur des chariots ou dans des fauteuils roulants selon la disponibilité. Ceux transportés par les agents des forces de sécurité publique sont parfois déposés sur des brancards faute de chariots. Avec certains véhicules servant de transport et ne disposant pas de brancard ou disposant de brancard inamovible, les patients et leurs accompagnateurs sont parfois obligés d'attendre une heure d'horloge pour qu'un chariot ou un fauteuil soit disponible. **Ce problème d'organisation d'accueil des malades** joue également sur le temps d'administration des **premiers soins qui connaissent un grand retard.**

Une fois installé, le malade est pris en charge par une équipe composée d'un médecin, d'un infirmier et d'un aide soignant, soit dans le hall soit dans un box selon le degré de gravité et d'urgence. La fiche médicale d'admission (cf. annexe n°1) permet de consigner tous les renseignements qui concernent

l'identité de chaque malade. La deuxième partie de cette fiche renseigne sur l'orientation à donner au malade. Il peut s'agir de la décision de mise en exeat du malade, de mise en observation, d'hospitalisation ou de transfert dans un autre service spécialisé de l'hôpital. Quand le malade arrive souillé dans le service, il passe d'abord par la salle de dégravillonnage où il est mis au propre. Le malade très agité est passé par la salle de déchocage. On note une **bonne organisation de cette étape de prise de contact effectif avec le malade.** Tous les malades ne bénéficient pas de la même attention ni des mêmes soins. Les malades qui ont des amis ou des parents au niveau de l'hôpital sont mieux suivis et mieux accompagnés durant leur séjour.

Lorsque plusieurs malades doivent être transférés dans le même service d'accueil, seul celui qui a des relations avec un agent du centre, a la chance d'être vite transféré même si son cas n'est pas le plus préoccupant. **Cela constitue une mauvaise organisation du tri des malades.**

C- Conditions de travail

Le nombre impressionnant de patients admis nuit et jour dans cette clinique ne permet pas aux soignants de prêter une oreille attentive à leurs diverses préoccupations. Pendant que l'équipe se penche sur un cas sérieux, un autre malade dont l'état est aussi préoccupant arrive et désoriente l'équipe soignante en place. **Ceci pose le problème d'insuffisance de personnel et de surcharge de travail.**

Bien souvent, l'insuffisance est telle que le personnel en effectif réduit par rapport à la masse de travail est contraint de réorienter les malades vers d'autres centres. Cette réorientation rencontre parfois des résistances farouches des accompagnateurs donnant lieu à des spectacles désolants. C'est dans ces mêmes circonstances que les agents des forces de sécurité déposent les malades à même le sol et rebroussent chemin. **Les soins qui sont donnés dans ces conditions ne sont pas de bonne qualité.**

Il n'est pas rare, en effet, de remarquer que plusieurs patients présentent les mêmes chiffres pour les mêmes constantes biologiques mesurées dans la même période de temps.

- Il est arrivé que des diagnostics initialement posés dans la précipitation aient été infirmés quelques instants après, alors que les ordonnances ont été déjà honorées par les parents du patient. Sous cette même rubrique, ce service d'urgence de référence ne dispose que d'un tensiomètre électronique et d'un tensiomètre mécanique. De même, **les kits d'urgence connaissent des ruptures** pour prendre en charge tous les patients. **L'insuffisance de kits ou de matériels** expose les patients à un risque vital en cas de panne d'un appareil ou de rupture de kits. La rupture de gants oblige les soignants à utiliser parfois la même paire pour prodiguer des soins à plusieurs malades. Les inconvénients d'une telle pratique se traduisent par des maladies nosocomiales, conséquence de la non observation de l'hygiène hospitalière. Le lavage régulier des mains à l'eau et au savon qui pouvait régler un temps soit peu le problème, se fait dans de mauvaises conditions: manque de savon, éviers mal entretenus et régulièrement bouchés ; sans compter les coupures intempestives de l'eau par la SONEB. **Les règles d'une bonne hygiène hospitalière ne sont pas observées dans ce service.**

La Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences dispose de seize (16) lits pour les deux salles d'hospitalisation communes. Les deux salles VIP et la salle d'hospitalisation présidentielle sont dotées chacune d'un lit. Les salles de déchocage et de dégravillonnage comprennent un lit chacune. L'effectif de 21 lits est en principe suffisant si la disponibilité existait dans les services de spécialité. Cette situation affecte la clinique au point où les chariots servent de lits d'hospitalisation. Il se pose ici le problème de **mauvaise gestion des transferts des patients de ce service.**

Les malades sont par ailleurs soignés avec les produits disponibles dans le service ou ceux prescrits et honorés par les accompagnateurs. Il n'y a pas

dans cette clinique **la pratique de vente illicite de produits pharmaceutiques.**

D- Hospitalisation :

Elle s'impose lorsque l'état du malade ne s'améliore pas après les premiers soins. Le plus souvent, le diagnostic de certitude n'est pas posé en urgence.

Il existe deux salles d'hospitalisation: l'une réservée aux femmes et l'autre aux hommes. Chacune d'elles est en permanence occupée par manque de lits dans les services d'accueil. Chaque matin, un infirmier est chargé d'assurer la prise des constantes biologiques et de faire les soins prescrits par les médecins. Ensuite, une équipe composée de médecins, d'infirmiers et de stagiaires fait la visite systématique au lit de chaque malade hospitalisé. Cette visite permet d'apprécier l'évolution de la maladie et de prendre des décisions idoines. Signalons que les malades installés dans les box ou dans le couloir bénéficient des mêmes visites médicales que les malades hospitalisés. **Il y a donc une bonne organisation des visites médicales.**

Dans l'attente d'être référés, certains malades passent plusieurs jours, voire des semaines dans la clinique. Or, celle-ci constitue un service de passage. Le malade ne doit pas y séjourner normalement plus de douze heures. Il s'en découle, **la non observation de la mission première de ce service qui consiste à accueillir et à référer les malades dans un délai raisonnable.**

Par ailleurs, les malades hospitalisés utilisent leurs propres draps. En dehors de la propreté assurée à certains malades à leur admission, aucun agent ne se préoccupe de leurs soins corporels et de leur confort quand ils sont hospitalisés. Il n'y a même pas de changement de positions chez les malades grabataires. **Nous pouvons conclure à la défectuosité du nursing** qui devrait précéder toute intervention infirmière. Il y a donc **non maîtrise des protocoles de soins.**

E- Les examens complémentaires délocalisés:

Il faut préciser que la clinique ne dispose pas de laboratoire de biologie médicale et que l'unité d'imagerie médicale prévue n'est pas fonctionnelle.

1- Les examens biologiques

Les patients reçus à la Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences sont prélevés par l'infirmier chargé des soins. Les échantillons sont acheminés par un aide soignant vers les laboratoires de l'hôpital et sont traités dans les mêmes conditions que ceux provenant des services d'hospitalisation et de la salle de prélèvements des laboratoires. Les résultats issus de ces analyses sont déposés dans des casiers appropriés, destinés à chaque service et ne sont pas repris à temps par les aides soignants. Nous remarquons **des retards dans la réception des résultats de certains examens complémentaires.**

2- Les examens radiologiques :

L'unité d'imagerie de la clinique n'étant pas encore fonctionnelle, pour des raisons de non conformité du local et d'indisponibilité d'un certain nombre de matériels, les malades sont conduits sur chariot au service central d'imagerie médicale. **Ce qui explique le retard dans la prise en charge en matière de radiologie.**

II- INVENTAIRE DES ELEMENTS DE L'ETAT DES LIEUX :

Les éléments de l'état des lieux de base se résument en deux groupes : le groupe des forces et opportunités et le groupe des faiblesses et menaces.

A- Les forces et les opportunités :

1. absence de pratiques de vente illicite de produits pharmaceutiques

2. création de l'Ecole Nationale de Formation des Infirmiers et Sages femmes en Anesthésie-Réanimation (ENAFISAR) et présence effective des étudiants sur les lieux de stage;
3. bâtiment assez spacieux et bien aéré abrite la clinique;
4. bonne collaboration avec les écoles de formation;
5. bénévolat des diplômés de santé en fin de formation;
6. présence de contractuels parmi le personnel de l'hôpital;
7. existence du Service d'Aide Médicale aux Urgences (SAMU), doté d'un parking automobile (deux ambulances);
8. installation de plusieurs extincteurs dans la clinique.

B- Les faiblesses et les menaces.

Au nombre des faiblesses, nous avons :

1. mauvais accueil des patients ;
2. retard dans la prise en charge des malades ;
3. retard dans la prise de décision ;
4. non satisfaction des clients ;
5. retard dans la réception des résultats d'analyses des malades ;
6. surcharge de travail;
7. manque d'écoute attentive des patients;
8. insuffisance de personnel qualifié;
9. insuffisance de matériels, d'équipements;
10. non maîtrise des protocoles de soins par les infirmiers;
11. mauvaise gestion du tri des malades;
12. non fonctionnalité de l'unité de radiologie et inexistence de laboratoire de biologie à la clinique;
13. non fonctionnalité de la caisse du service ;
14. insuffisance du kit d'urgence;
15. absence de motivation du personnel;

16. défectuosité du nursing aux malades;
17. mauvaise gestion des transferts des malades vers les autres services de spécialité de l'hôpital ;

SECTION 2 : CIBLAGE, SPECIFICATION ET VISION GLOBALE DE RESOLUTION DE LA PROBLEMATIQUE.

Cette section sera consacrée au ciblage de la problématique ; ensuite nous dégagerons les problèmes spécifiques qui nous permettront d'exposer la vision globale que nous avons de sa résolution.

Paragraphe 1 : CHOIX ET SPECIFICATION DE LA PROBLEMATIQUE.

Ce premier paragraphe nous permettra de regrouper les problèmes spécifiques par centres d'intérêt et de formuler la problématique de cette étude.

I- REGROUPEMENT DES PROBLEMES SPECIFIQUES PAR CENTRES D'INTERET ET CHOIX DE LA PROBLEMATIQUE

A- Regroupement des problèmes spécifiques par centres d'intérêt

Après l'inventaire des forces et des faiblesses, nous regrouperons les problèmes spécifiques par centres d'intérêt.

Tableau N° I : Regroupement des problèmes par centres d'intérêt

N°	Centres d'intérêt	Problèmes spécifiques	Problèmes généraux	Problématiques
1	Accueil des malades	- Insuffisance du personnel chargé de l'accueil - Manque d'écoute attentive des clients -Manque de motivation du personnel -Surcharge de travail	Accueil défectueux des malades	Problématique de meilleur accueil des malades
2	Qualité des soins	- Insuffisance de matériels et de kits d'urgence - Défectuosité du nursing -Retard dans l'administration des soins -Mauvaise organisation des soins - Prise de constantes non satisfaisante - Retard dans la réception des résultats -Mauvaise qualité des soins	Mauvaise qualité des soins	Problématique de meilleure qualité des soins
3	Tri des patients	- Mauvaise orientation des patients - Mauvaise gestion des transferts des malades - Mauvaise gestion du tri des malades	Tri des malades non performant	Problématique de tri performant des malades

Source : Résultat de nos investigations

B- Choix de la problématique et justification du sujet

Des résultats de nos investigations effectuées au cours de notre stage dans ce service, il ressort des problèmes auxquels des approches de solutions devront être trouvées pour une administration de soins infirmiers de qualité dans cette clinique. Il sera aussi question d'orienter la réflexion sur les moyens nécessaires et indispensables qui concourent à la bonne qualité des prestations, mais aussi sur le rôle de l'administration hospitalière et les dimensions de la qualité en milieu hospitalier. C'est pourquoi l'administrateur hospitalier, directeur d'un service de santé doit se considérer comme un entrepreneur à part entière et conjuguer le sens du service public et l'esprit d'entreprise. En effet, toute entreprise qui offre des prestations de bonne qualité voit son image de marque rehaussée. Aussi, la réussite de l'entreprise dépend-elle du niveau de satisfaction de ses clients, car un client satisfait rachète, s'exprime favorablement sur l'entreprise et reste la base de développement du marché de l'entreprise.

A l'hôpital, au- delà de ces aspects, la qualité des prestations rassure le malade, le rend confiant, anticipe sa guérison et réduit ainsi les coûts à l'hôpital. La situation actuelle de la Clinique telle que révélée par l'état des lieux ne permet pas encore d'offrir une qualité de soins satisfaisante ; c'est pourquoi nous choisi la problématique de meilleur qualité des soins et pour contribuer à sa résolution, nous avons pensé réfléchir sur le thème : **"Contribution à l'amélioration de la qualité des soins à la Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences du CNHU-HKM ".**

II- SPECIFICATION DE LA PROBLEMATIQUE

Comme énoncé dans l'historique, la CUAU précédemment SMAU était abrité par l'un des bâtiments du CNHU-HKM, un bâtiment dont l'exiguïté ne permettait plus **d'offrir aux populations des soins de qualité.** C'est alors que le gouvernement béninois avec l'aide des partenaires au développement, a

érigé l'actuel bâtiment flambant neuf qui attend d'être réceptionné. Malgré toutes les dispositions prises pour que ce service comble l'espoir de la population béninoise, les soins qui y sont administrés laissent à désirer et les conditions de travail des agents sont des plus déplorables.

Les problèmes spécifiques identifiés pour l'amélioration des pratiques professionnelles en milieu hospitalier sont :

- insuffisance du personnel chargé de l'accueil;
- manque d'écoute attentive des clients ;
- manque de motivation du personnel;
- surcharge de travail;
- insuffisance de matériels et de kits d'urgence;
- défectuosité du nursing;
- retard dans l'administration des soins;
- mauvaise organisation des soins.
- prise de constantes biologiques non satisfaisante;
- mauvaise gestion du tri des malades;
- mauvaise orientation des patients;
- mauvaise gestion du transfert des malades.

De nos travaux de réflexion ressortiront des approches de solutions pour l'amélioration de la qualité des soins à la Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences.

A cet effet, pour une meilleure prise en charge des patients, les normes et standards, surtout en ce qui concerne le plateau technique à travers la qualification du personnel, l'effectif du personnel soignant ainsi que les protocoles de soins doivent être respectés.

Autrement dit, il s'agit de mettre tout en œuvre pour que la clinique en charge de l'accueil des urgences qui constitue la vitrine de l'hôpital fournisse des prestations satisfaisantes et donc de qualité.

Paragraphe 2 : VISION GLOBALE DE RESOLUTION DE LA PROBLEMATIQUE SPECIFIEE

Après que nous ayons retenu les problèmes spécifiques, dégagé notre sujet et spécifié notre problématique, il nous revient à présent de préciser la vision globale qui nous permettra de résoudre les problèmes retenus et par conséquent le problème général.

I- APPROCHE GENERIQUE DE RESOLUTION DU PROBLEME GENERAL

Rappelons que le problème général est la mauvaise qualité des soins à la Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences, et par rapport à ce dernier, nous pouvons noter que les soins administrés aux malades doivent être de bonne qualité, pour favoriser une guérison rapide.

Nous allons nous référer alors à une approche générique basée sur les conditions d'une bonne qualité de soins.

II- APPROCHES GENERIQUES DE RESOLUTION DES PROBLEMES SPECIFIQUES

A- Approche générique liée au problème spécifique n°1 :

En ce qui concerne le problème spécifique n° 1 sur l'insuffisance de matériels et de kits d'urgence, nous pouvons évoquer que l'administration des soins nécessite la disponibilité permanente et en quantité suffisante des matériels indispensables pour une prise en charge rapide des malades. L'insuffisance de ces matériels (sondes vésicales, perfuseurs, cathéters, seringues, sérums et autres médicaments) peut conduire à un retard dans la prise en charge du patient. Il résulte que pour analyser ce problème, nous ferons appel à une **approche générique basée sur l'approvisionnement des produits pharmaceutiques.**

B- Approche générique liée au problème spécifique n°2 :

Concernant le problème spécifique n°2: défectuosité de nursing, soulignons que l'hospitalisation du malade exige que le personnel soignant veille sur son confort et son hygiène (corporelle et vestimentaire…). Mais, nous constatons qu'à la clinique, le personnel soignant n'est pas disponible pour mener cette activité qui relève de leurs attributions. Ces conditions doivent être respectées par tout le personnel soignant afin de garantir aux patients un séjour agréable. Ainsi, pour résoudre ce problème, nous ferons recours à une **approche générique basée sur les conditions de nursing en milieu hospitalier.**

C- Approche générique liée au problème spécifique n°3 :

Quant au problème spécifique n°3, lié à la prise de constantes biologiques non satisfaisantes, remarquons que certains préalables sont nécessaires à la prise en charge du malade à son admission. Il s'agit de la prise de certaines constantes biologiques telles que: la prise de la tension artérielle, du pouls, de la température, du poids…, dès l'entrée du malade à l'hôpital. La prise de ces constantes, permet de poser un bon diagnostic. Par conséquent, la résolution de ce problème fera recours à **une approche générique basée sur l'approvisionnement en matériels de prise de constantes biologiques.**

CHAPITRE DEUXIEME :

CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS

SECTION1 : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE

Paragraphe 1: OBJECTIFS DE L'ETUDE ET REVUE DE LA LITTERATURE.

I- FIXATION DES OBJECTIFS ET FORMULATION DES HYPOTHESES DE L'ETUDE

Toute bonne analyse est basée sur la détermination des objectifs ; ce qui permet la formulation des hypothèses

A- Fixation des objectifs

1- Objectif général :

Améliorer la qualité des soins à la Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences dès l'admission du bénéficiaire des soins d'urgence.

2- Objectifs spécifiques :

- Identifier les possibilités de dotation en matériels et en kits d'urgence ;
- Formuler des solutions pour une amélioration de la qualité du nursing ;
- Proposer une approche mettant en exergue l'importance de la prise des constantes biologiques dès l'admission du patient.

B- HYPOTHESES DE TRAVAIL :

Hypothèse n°1 : l'irrégularité et l'insuffisance de la subvention de l'Etat et du taux de recouvrement des créances au CNHU-HKM sont la cause de l'insuffisance de matériels et de kits d'urgence.

Hypothèse n°2 : l'insuffisance de personnel est à la base du défaut de nursing (défectuosité du nursing).

Hypothèse n°3 : l'insuffisance d'appareils de mesure justifie la prise non satisfaisante des constantes biologiques.

1- Causes et hypothèses liées aux problèmes en résolution

A ce niveau, nous parlerons essentiellement du niveau général et des niveaux spécifiques de l'analyse. A partir du problème général et des problèmes spécifiques identifiés, sont formulées les causes et les hypothèses.

2- Causes et hypothèses liées aux problèmes spécifiques

a- Causes et hypothèses liées au problème spécifique N°1

A propos de ce problème spécifique qu'est l'insuffisance de matériels et de kits d'urgence, trois causes plausibles sont identifiées : l'insuffisance des subventions de l'Etat et du taux de recouvrement des créances, la mauvaise gestion du matériel et le nombre pléthorique des malades.

Considérant la dernière cause, nous pouvons affirmer sans nous tromper qu'elle constitue un atout pour l'hôpital. Un hôpital bien fréquenté fait des recettes conséquentes lui permettant de s'approvisionner en matériels. Il faut ensuite une gestion saine des recettes. L'hôpital public tout comme une entreprise, doit chercher à maximiser son chiffre d'affaire par la fréquentation massive du centre. C'est pourquoi nous estimons que cette cause n'est pas probante.

Mais, ne perdons pas de vue le volet social qui emporte parfois sur celui commercial ; à ce titre, il serait difficile à un hôpital de chercher à rentabiliser au point de vue commercial son système de soins. Le matériel de l'hôpital est utilisé parfois pour des expériences et des recherches. L'intérêt scientifique qu'apportent certaines pratiques de l'hôpital fait oublier le bénéfice attendu.

Or, pour être viable, l'hôpital doit satisfaire à des obligations telles que : le paiement des salaires des agents, l'approvisionnement en matériels de qualité et en quantité suffisante, la construction de nouveaux bâtiments de soins. A partir de ce moment, **les subventions de l'Etat et le recouvrement des créances deviennent indispensables pour la survie de l'hôpital.**

Pour ce qui concerne la gestion du matériel, nous avons constaté que la clinique reçoit mensuellement une dotation. Chaque agent reçoit à son tour un lot de matériels pour une période donnée. Une autre dotation est subordonnée à la justification de l'utilisation de la précédente. Cette cause n'est pas probante.

b- Causes et hypothèses liées au problème spécifique N°2

Concernant la défectuosité du nursing, nous avons aussi retenu trois causes : L'inadéquat du cadre, l'insuffisance de personnel et le manque de motivation du personnel.

A la suite de nos observations de stage, nous avons constaté que dans les salles d'hospitalisation, les lits ne sont pas séparés par des paravents. Les soins se font en présence des gardes malades et des autres malades. La même remarque est faite dans le hall. Le nursing réalisé dans ces conditions serait inefficace. L'inadéquation du cadre semble être une cause mais pas la plus probante. Quant au manque de motivation, cette cause n'est pas évidente car le personnel soignant de ce service perçoit régulièrement le salaire. Mais, il existe une catégorie de personnel non rémunéré que sont les médecins internés et autres diplômés de santé en stage bénévole qui interviennent de façon efficace dans les prestations de soins. Cette catégorie de personnel devrait être intéressé davantage au travail. L'absence de nursing devrait être le fait de la surcharge de travail. Cette cause se justifie par l'indisponibilité du personnel.

Un seul agent est appelé à exécuter plusieurs tâches. D'où l'impossibilité de se soucier du confort et de l'hygiène du patient. Le malade reste dans la même position pendant des heures. Nous pouvons donc formuler l'hypothèse

comme suit **: L'insuffisance du personnel est à la base de la défectuosité du nursing**

c- Causes et hypothèses liées au problème spécifique N°3 relatif à la prise de constantes non satisfaisante

Après l'analyse du problème de prise non satisfaisante de constantes, nous nous sommes demandé si elle est liée à l'insuffisance de matériels, à l'insuffisance de personnel qualifié ou à la défectuosité des appareils de prise de constantes.

Des observations de stage, nous avons remarqué qu'un seul tensiomètre mécanique dessert le hall, les box et la salle d'hospitalisation des hommes. Un seul dynamap est disponible pour apprécier l'état des paramètres vitaux à l'admission du malade. A l'interrogation, nous avons été informés que le second appareil est tombé en panne quelques mois après sa livraison. Sa réparation pose un problème, car l'infrastructure n'est pas encore réceptionnée. D'autre part le nombre limité de cet appareil constitue un véritable problème pour la clinique. Car si ce dernier tombait en panne, le personnel sera limité dans l'appréciation des paramètres vitaux.

L'insuffisance de personnel qualifié est éliminée du fait que tout le personnel maitrise l'utilisation des appareils de prise de constantes.

En ce qui concerne la défectuosité d'appareils, elle ne saurait être retenue parce que c'est le nombre insuffisant d'appareils, qui fait que la panne d'un seul appareil est vite remarquable. Nous retenons alors comme hypothèse n°3 que **l'insuffisance d'appareils de prise de constantes biologiques est à la base de la prise de constantes non satisfaisante.** Cette cause rejoint celle du problème spécifique n°1, car l'approvisionnement en matériels dépend de la disponibilité financière.

d- Cause et hypothèse liées au problème général

Le problème général ayant débouché sur trois problèmes spécifiques, l'ensemble des causes des problèmes spécifiques est supposé être la cause du problème général.

La problématique choisie, les problèmes spécifiques retenus, les objectifs poursuivis, les causes supposées se trouvant à la base des problématiques et les hypothèses de travail ci-dessus exposées peuvent être résumés dans le tableau de bord de l'étude comme ci-après :

C- Tableau de bord de l'étude (TBE).

Il se présente comme suit :

***Tableau N°III*: Tableau de bord de l'étude**

Niveaux d'analyse		Problématiques ♣	Objectifs	Causes supposées	Hypothèses
Niveau général		**Problème général** Mauvaise qualité des soins à la CUAU	**Objectif spécifique** Contribuer à l'amélioration de la qualité des soins	-	-
Niveau spécifique	1	**Problème spécifique 1** Insuffisance de matériels et de kits d'urgence	**Objectif spécifique1** Identifier les possibilités de dotation en matériels et en kits d'urgence	**Cause spécifique1** -Insuffisance de la subvention de l'Etat et du taux de recouvrement des créances	**Hypothèse spécifique1** L'insuffisance de la subvention de l'Etat est à la base du manque de matériels et de kits d'urgence
	2	**Problème spécifique 2** Défectuosité du nursing	**Objectif spécifique2** Examiner les conditions d'amélioration de la qualité du nursing	**Cause spécifique2** -Insuffisance du personnel	**Hypothèse spécifique2** L'insuffisance du personnel est à la base de la défectuosité du nursing
	3	**Problème spécifique 3** Prise de constantes non satisfaisantes	**Objectif spécifiques** Examiner l'importance de la prise des constantes dès l'entrée du patient	**Cause spécifique3** -Insuffisance d'appareils de prise de constantes	**Hypothèse spécifique3** Le nombre insuffisant d'appareils de prise de constantes est la cause des prises de constantes non satisfaisantes

Source *: Résultat de nos investigations*

♣*Problématique de meilleure qualité de soins à la CUAU*

II- REVUE DE LA LITTERATURE ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE

La revue de littérature est constituée essentiellement des connaissances générales sur les études déjà réalisées dans le domaine de la qualité des soins. Plusieurs auteurs ont apporté leur point de vue sur les différents problèmes que nous avons identifiés.

A- Contribution des auteurs au problème général : notion de qualité et système de management de qualité en milieu hospitalier

La sécurité des malades est l'objectif et le principe fondamental des soins de santé. Cependant, aucun système créé des mains de l'homme ne peut fonctionner définitivement sans défaillance. Ainsi, les soins censés soulager du mal et guérir de la maladie sont quelquefois à l'origine de souffrances infligées au malade. (Résumé 7ème rencontre RESHAOC 2005).

Cette sécurité fait penser à la qualité des soins dans les institutions sanitaires.

Mais, qu'est-ce que la qualité ? La qualité est une démarche méthodologique. La méthode étant une démarche rationnelle que suit l'esprit pour atteindre un but (ISRAEL L. , 1980, p.11).

La qualité d'aujourd'hui peut être tout à la fois un idéal destiné à inspirer confiance, un enjeu de société, une valeur distinctive. Elle est aussi un compromis social au sein de l'organisme et une dynamique possible pour retrouver le sens, la cohésion et l'usage. Elle a évolué à travers le temps en prenant plusieurs formes pour donner en 1947 le courant ISO (International Standards Organization).

En 1991, la France a édité la loi portant réforme hospitalière qui introduit l'évaluation de la qualité des soins au rang d'exigence pour tous les établissements de santé publics ou privés. Cette obligation d'évaluer suppose :

- l'existence de référentiels nationaux de qualité indiquant l'optimum souhaitable ;
- la détermination de seuils d'activité ;
- la détermination de configurations des plateaux techniques (normes de qualification des personnels, de quantité des personnels (DUCALET P. et LAFORCADE M., 2000, p. 101).

Mais les méthodes de la qualité empruntées au monde industriel, ont pour objectif de développer de manière complémentaire l'évaluation des pratiques professionnelles, des outils et des méthodes visant à formaliser l'organisation interne des structures de soins (DUCALET Ph. et LAFORCADE M. , 2000, p. 96). La mise en place de ces démarches à l'hôpital repose sur le principe que la qualité de soins et de services dépend des moyens à la fois techniques, humains et organisationnels mis en œuvre par l'établissement. (SEGOUIN C. 1998, Pp . 8-9, p.264);

L'absence de procédures écrites dans de nombreux domaines de l'activité de soins explique la prépondérance des problèmes d'organisation dans les situations de non qualité ou de risques à l'hôpital.

Sous cet angle, il n'y a de richesse ni force que d'hommes. Cela est sans doute encore plus vrai dans le domaine hospitalier que dans tout autre domaine, en raison de la place qu'y occupent les ressources humaines (GRENON A. et RAZER J. , 2003, p176).

Emboîtant le pas à ces deux auteurs, (DOUSSOT P. et THIEBAUT Y., 1994 , p.89), tout en mettant l'accent sur la formation continue du personnel soignant, dirons que la démarche de soins est un processus intellectuel, une méthode de travail que l'infirmier utilise en vue de prodiguer des soins individualisés, continus dans le temps, intégrant la réponse adaptée aux besoins d'aide spécifique du malade, aux traitements et examens prescrits par le médecin. Elle commence dès la première rencontre soigné-soignant et se poursuit jusqu'à la guérison du patient.

« La démarche de soins, processus ou protocole écrit est une méthode organisée, logique, systématique, adaptée à chaque soin et à chaque malade. Elle permet à l'infirmière d'énoncer les raisons et les principes scientifiques qui guident les interventions. Elle maximise la qualité des soins en réduisant les « omissions » et les « duplications » si fréquentes, lorsque les soins sont basés sur l'intuition, le bon sens ou les habitudes » (P. DOUSSOT et Y. THIEBAUT, 1994, P.37).

De tout ce qui précède, les normes ISO sont les plus internationalement reconnues. Dans les pays en voie de développement et en particulier au Bénin, certaines sociétés dont la Société Nationale des Eaux du Bénin (SONEB) fait des efforts en matière d'eau potable pour la population béninoise. Dans le domaine de la santé publique, l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) a obtenu en 2004 un prix d'encouragement qualité. Qu'est-ce, alors, la norme ISO ?

1- Les normes ISO :

Les normes ISO sont des normes internationales, définies par l'Organisation Internationale de Standardisation. Elle s'adresse à tout type d'entreprise, fabriquant des produits ou proposant des services.

Créées en 1987, à la demande des industriels, les normes ISO 9000, concernent les systèmes de management de la qualité. Ceux-ci souhaitaient un référentiel leur permettant de faire reconnaitre leur système de gestion de la qualité, auprès de leurs différents clients, notamment du point de vue des cahiers des charges. Elles ont été révisées plusieurs fois pour donner en 2000. : (SONEB info 2009, P.16)

En 2008, nous avons : ISO 2001, version 2008, qui est un système de management de qualité, version actualisée de la norme 9004 version 2000.

. Les autorités sanitaires ayant pris conscience de la défectuosité de la qualité des soins et des services, les premières actions sont relatives à la réglementation du domaine à travers les décrets :

- N° 2002-484 du 15 novembre 2002 portant gestion rationnelle des déchets biomédicaux en République du Bénin ;
- N° 2006-087 du 08 Mars 2006 portant approbation du document de politique nationale d'hygiène hospitalière en République du Bénin.

L'hygiène hospitalière étant l'élément fondamental de la réduction des infections nosocomiales et par conséquent de la qualité des soins, la politique nationale d'hygiène hospitalière a prévu des organes décisionnels et opérationnels en matière d'hygiène hospitalière. Il s'agit de :

- Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN);
- la Coordination des Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN).
- Comité Technique National d'hygiène hospitalière (CTNHH).

(AMADOU DJIBRIL R. , 2007, p.40).

B- Contribution des auteurs aux problèmes spécifiques

1- Exposé des contributions antérieures au problème de l'insuffisance de matériels et de kits d'urgence

A ce niveau, la littérature parle essentiellement de consommables médicaux, en mettant un accent particulier sur les produits pharmaceutiques.

Les efforts déployés par de nombreux pays en développement ont été entravés par un certain nombre de difficultés touchant l'approvisionnement et les systèmes de gestion des achats. En effet, une étude réalisée sur l'utilisation des agents de santé communautaires dans divers pays par OFOSOU-AMAAH V. (1983), sous le couvert de l'OMS, a montré que le Ghana et le Libéria sont particulièrement marqués par de fréquentes pénuries même pour les

médicaments de première nécessité. Virginia OFOSOU-AMAAH propose une augmentation des crédits accordés à l'achat des médicaments.

Face aux difficultés d'approvisionnement en produits pharmaceutiques du service de pharmacie du CNHU.H.K.M. , AZONDEKON (2004), dans le cadre de son mémoire de fin de formation au cycle I, révèle des ruptures chroniques et fréquentes de stocks de produits pharmaceutiques entraînant la suspension de prestations dans certains services techniques. Il propose une amélioration du processus d'approvisionnement à travers une meilleure sélection et un cycle d'approvisionnement tenant compte de la gamme des médicaments disponibles, des quantités habituelles obtenues et les disponibilités financières.

AHOUSSINOU (1998), a révélé pour sa part dans une étude réalisée sur les prescriptions et dispensations des médicaments essentiels sous noms génériques en République du Benin, que le secteur public est frappé par une pénurie de médicaments à 49,7%. Selon AHOUSSINOU, cette pénurie est essentiellement due à la non disponibilité d'une demi douzaine de médicaments à la CAME, signalé par 40% de formations sanitaires enquêtées. Il propose une réforme de la politique pharmaceutique nationale basée sur une assurance de la disponibilité et de l'accessibilité des médicaments en général et des médicaments essentiels sous noms génériques en particulier sur toute l'étendue du territoire national (AKPOVO, R. E. , 2000, Pp 45-49).

2- Exposé des contributions antérieures au problème de la défectuosité du nursing

Notre image corporelle tient une place importante dans notre cadre de vie socio-culturel. Autant vous portez un grand intérêt à votre corps, autant ceux qui vous entourent s'y intéressent. Nous avons l'habitude de nous laver chaque jour, la maladie ne doit pas nous empêcher de le faire à l'hôpital. Un séjour prolongé au lit expose à la transpiration et à la poussière.

La beauté du corps a une influence sur le psychisme et donc sur la santé. Par ailleurs, le personnel soignant éprouve du plaisir à examiner et à soigner un patient propre et présentable. Dans les centres de santé, les soignants et la famille aident le malade à se maintenir propre.

Les soins d'hygiène corporelle indispensable pour un malade sont les soins du corps et des cavités naturelles (bouche, oreilles, narines, vagin, anus).

Pour le malade opéré, paralysé ou comateux, l'aide du soignant est indispensable pour sa toilette (Guide pratique des soins infirmiers, 1998, p.51).

3- Exposé des contributions antérieures au problème de prise de constantes non satisfaisante

Dans certains pays comme le Bénin, l'absence de matériels médicaux en état de fonctionnement compromet gravement l'action des personnels de santé.

Une étude technique faite pour le service de santé du Royaume-Uni incite à penser que l'entretien coûte chaque année de 6 à 10% de la valeur en capital et que le matériel dure de 6 à 10 ans, ce qui revient à dire que le maintien du matériel en bon état de marche coûterait annuellement de 16 à 25% de la valeur en capital (BLOOM 1989).

Toujours dans le cadre de la gestion des équipements, (FADE 1993) a réalisé une étude sur la politique d'acquisition des équipements biomédicaux en milieu hospitalier. Les résultats de cette étude ont indiqué que sur un total de 125 appareils biomédicaux recensés dans trois différents services du CNHU, moins d'une quinzaine sont en bon état de fonctionnement soit un pourcentage de moins de 9% de l'ensemble. Les appareils qui sont hors d'usage sont malheureusement en grand nombre et font 70% de l'ensemble. L'auteur recommande donc un renforcement du service de maintenance à travers une politique d'entretien. (AKPOVO, R. E. , 2000, Pp 45-49).

Paragraphe 2 : CHOIX DE LA METHODOLOGIE DE L'ETUDE : METHODE EMPIRIQUE ET METHODE THEORIQUE

La méthodologie de cette étude embrasse d'une part une approche empirique consacrée à la description des méthodes d'enquête et d'autre part une approche théorique issue des contributions antérieures aux problèmes spécifiques retenus.

I- APPROCHE EMPIRIQUE.

Elle nous a permis de mettre en exergue la méthode d'enquête envisagée. Les étapes franchies dans cette enquête sont les suivantes :
objectif de l'enquête, cadre de l'enquête et population mère, nature de l'enquête, échantillonnage, spécification des données à recueillir, conception des questions d'enquête, techniques et outils de présentation des données.

A- Fixation de l'objectif de l'enquête et identification de la population mère.

1. Objectif de l'enquête

Notre enquête a pour objectif de collecter les données nécessaires à la vérification des hypothèses précédemment formulées.

2. Cadre de l'enquête et population mère

Le cadre de notre enquête a été la Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences du CNHU-HKM. Ce choix s'explique par le fait que tout malade entré en urgence doit y transiter. D'autre part le CNHU-HKM demeure l'hôpital de référence national.

La population mère est constituée du service du personnel soignant de cette clinique, du personnel du service économique, du personnel du service accueil et clientèle et des malades reçus pendant notre enquête.

B- Nature de l'enquête et échantillonnage.

1- Nature de l'enquête.

Pour atteindre les objectifs ci-dessus fixés, le choix de la méthode d'enquête a été fait à partir de la population concernée par la vérification de chacune des hypothèses. Toutes les hypothèses étant en rapport avec les activités de soins, nous avons jugé de les vérifier au niveau du personnel soignant, du personnel administratif et des patients de la Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences. La méthode d'enquête utilisée est le sondage.

2- Echantillonnage.

Pour les problèmes spécifiques, nous avons utilisé un échantillon de deux cents personnes composé du personnel soignant et administratif et des clients admis dans la Clinique pendant la durée de l'enquête.

3- Spécification des données à recueillir et conception des fiches d'enquête.

Les données à recueillir sont relatives à l'insuffisance de matériels et de kits d'urgence, à la défectuosité du nursing et à la non satisfaction des prises de constantes biologiques.

C- Technique de dépouillement et outils de présentation des données

Le dépouillement des résultats d'enquête s'est effectué d'une part manuellement selon une procédure thématique en raison des échantillons de

petites tailles et d'autre part par l'usage de l'outil informatique. La présentation des données a été faite par la méthode des tris à plat.

Quant aux analyses, elles ont été faites par le logiciel Excel 2007 et par un regroupement des informations en variables et indicateurs auxquels des scores ont été attribués.

II- APPROCHES THEORIQUES.

A- Choix théorique lié au problème d'insuffisance de matériels et de kits d'urgence

1- Présentation de la théorie et récapitulatif des normes ou repères d'amélioration liés à la thématique

La théorie retenue pour la résolution du problème d'insuffisance de matériels et kits est celle de AZONDEKON (2004) qui a proposé une approche théorique basée sur l'amélioration du processus d'approvisionnement à travers une meilleure sélection et un cycle d'approvisionnement tenant compte de la gamme des médicaments disponibles, des quantités habituelles obtenues et les disponibilités financières.

2- Outil d'analyse des données collectées : seuils de décision liés au problème spécifique n°1

Le seuil de décision fixé pour la vérification de ce problème est d'une fréquence relative supérieure à 50%. Donc toute cause qui aurait réuni ce pourcentage serait considérée comme cause fondamentale.

B- Choix théorique lié au problème de la défectuosité du nursing

1- Présentation de la théorie liée au problème et récapitulatif des normes ou repères d'amélioration.

L'approche théorique retenue pour la résolution de ce problème est celle basée sur les conditions d'hygiène en milieu hospitalier exposées dans « le guide pratique des soins infirmiers (1998) ».

2- Outil d'analyse des données collectées : seuils de décision liés au problème spécifique n°2

Le seuil de décision prend en compte le questionnaire adressé au personnel soignant de la Clinique, du service économique, du service accueil et clientèle et à certains patients reçus pendant la période de l'enquête. Les vraies causes du problème sont retenues à partir des données ayant un poids supérieur à 60% de la fréquence relative calculée.

C- Choix théorique lié au problème de prise de constantes biologiques non satisfaisante

1- Présentation de la théorie liée au problème et récapitulatif des normes ou repères d'amélioration.

Face au problème de prise de constantes non satisfaisante, nous avons retenu l'approche développée par Fade, présentée dans la revue de la littérature. Il propose un renforcement du service de maintenance à travers une politique d'entretien des appareils.

2- Outil d'analyse des données collectées : seuils de décision liés au problème spécifique n°3

Seront considérées comme causes réelles, les causes identifiées de façon majoritaire après analyse des différentes réponses obtenues à la suite des questions posées.

SECTION 2 : ENQUETES DE VERIFICATION DES HYPOTHESES ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE

Paragraphe1 : ENQUETES ET VERIFICATION DES HYPOTHESES

I- COLLECTE, DIFFICULTES RENCONTREES ET LIMITES DES DONNEES

A- Préparation et réalisation des enquêtes

Il conviendra de rappeler que l'échantillon sur lequel se basera la mobilisation des données de l'enquête est de 200 agents sur une population mère de 1755 personnes (effectif du service accueil et clientèle : 52 ; service économique : 72 ; clinique des urgences : 40 et 1591malades).

Pour l'élaboration du questionnaire, nous avons veillé à ce qu'une seule question soit posée par problème spécifique. Ce questionnaire a été adressé d'abord à un groupe restreint de l'échantillon afin d'apprécier le niveau de compréhension des enquêtés et a été corrigé par la suite en fonction des observations faites par les enquêtés.

S'agissant de la réalisation même de l'enquête, elle s'est effectuée du 15 octobre au 18 novembre 2009 dans les services: accueil et clientèle, économique et à la Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences de l'hôpital.

B- Difficultés rencontrées et limites des données

Le déroulement de notre stage n'est pas exempt de toutes difficultés. Mais ces difficultés n'affectent en rien les résultats de l'enquête. Les difficultés peuvent se résumer en trois points.

La première difficulté est liée au choix du sujet, la seconde est la réticence de certains responsables de service et malades à répondre à nos préoccupations. La dernière difficulté soulève le problème de la langue française non parlée par tous.

S'agissant des limites des données recueillies, elles sont inhérentes à la qualité et à la fiabilité des informations obtenues. Ces limites sont liées au facteur temps et aux moyens dont nous avons disposé pour notre enquête.

II- PRESENTATION, ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE ET VERIFICATION DES HYPOTHESES

A- Présentation et analyse des résultats de l'enquête

Les résultats de l'analyse des enquêtes seront présentés et en tenant compte de chacun des problèmes spécifiques.

1- Présentation et analyse des résultats de l'enquête par rapport à l'insuffisance de matériels et de kits d'urgence

Avant la présentation des résultats signalons que tout a été mis en œuvre pour que plusieurs cases ne soient cochées à la fois. Aussi, tous les

questionnaires distribués ont-ils été ramassés. Ce qui nous a permis d'exploiter tous les résultats.

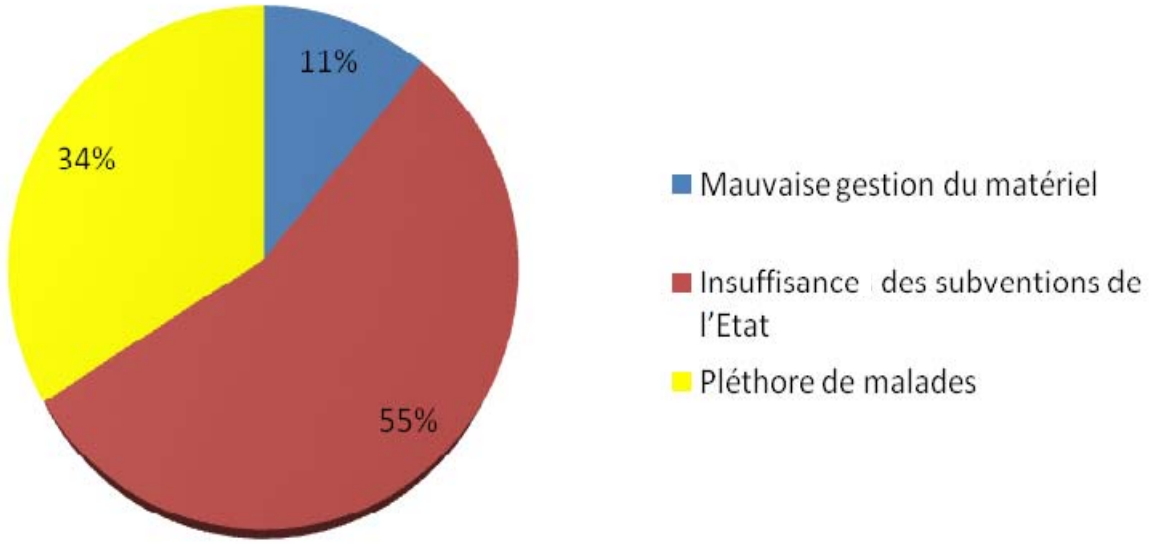
Par rapport à cette question, les résultats obtenus sont les suivants :

110 personnes soit 55% ont estimé que l'insuffisance de matériels et de kits de travail est liée à l'insuffisance des subventions de l'Etat et du recouvrement des créances, 68 personnes soit 34% ont répondu que ce manque de matériels et de kits d'urgence est dû à la pléthore de malades et 22 enquêtés soit 11% estiment que cette insuffisance est la conséquence de la mauvaise gestion. Ces résultats sont présentés par le tableau n° IV et représentés par un graphique à secteurs.

Tableau n° IV : Point des réponses à la question n°1

Modalités	Fréquences absolues	Fréquences relatives
Mauvaise gestion du matériel	22	11%
Insuffisance des subventions de l'Etat et du recouvrement des créances	110	55%
Pléthore des malades	68	34%
Total	**200**	**100%**

Source : Résultat de nos investigations



<u>Graphique n°1</u> : Causes de l'insuffisance de matériels et de kits d'urgence

<u>Source</u> : conçu à partir du tableau n° IV

De l'analyse de ces données, il ressort que la cause fondamentale liée au problème spécifique n°1 est l'insuffisance des subventions de l'Etat et recouvrement des créances.

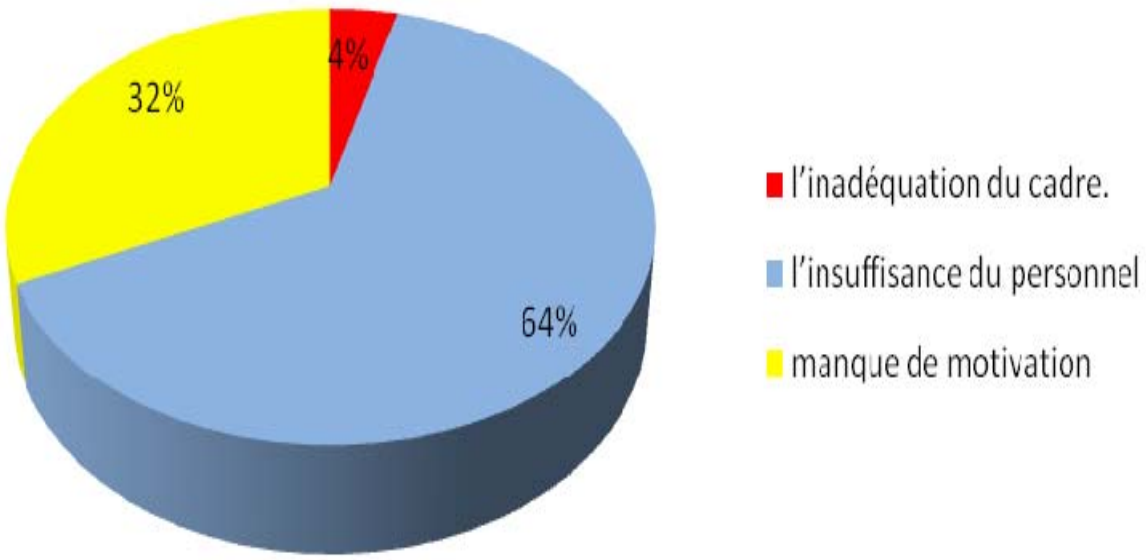
2- Présentation et analyse des résultats de l'enquête par rapport à la défectuosité du nursing

A la question de savoir ce qui explique la défectuosité du nursing, 128 personnes soit 64% ont estimé que la défectuosité du nursing est due à l'insuffisance du personnel, 64 personnes soit 32% ont répondu que cette question est liée au manque de motivation. Enfin, 08 enquêtés soit 4% trouvent que cette cause est relative à l'inadéquation du cadre. Le tableau ci-dessous présente ces résultats.

Tableau n°V : Point des réponses à la question n°2

Modalités	Fréquences absolues	Fréquences relatives
Inadéquation du cadre.	08	4%
Insuffisance du personnel	128	64%
Manque de motivation	64	32%
Total	**200**	**100%**

Source : *Résultat de nos investigations*



Graphique n°2 : causes de la défectuosité du nursing

Source : conçu à partir du tableau n° V

A l'analyse des réponses, on peut conclure que la défectuosité du nursing est due à l'insuffisance du personnel.

3- Présentation et analyse des résultats de l'enquête par rapport à la prise de constante non satisfaisante

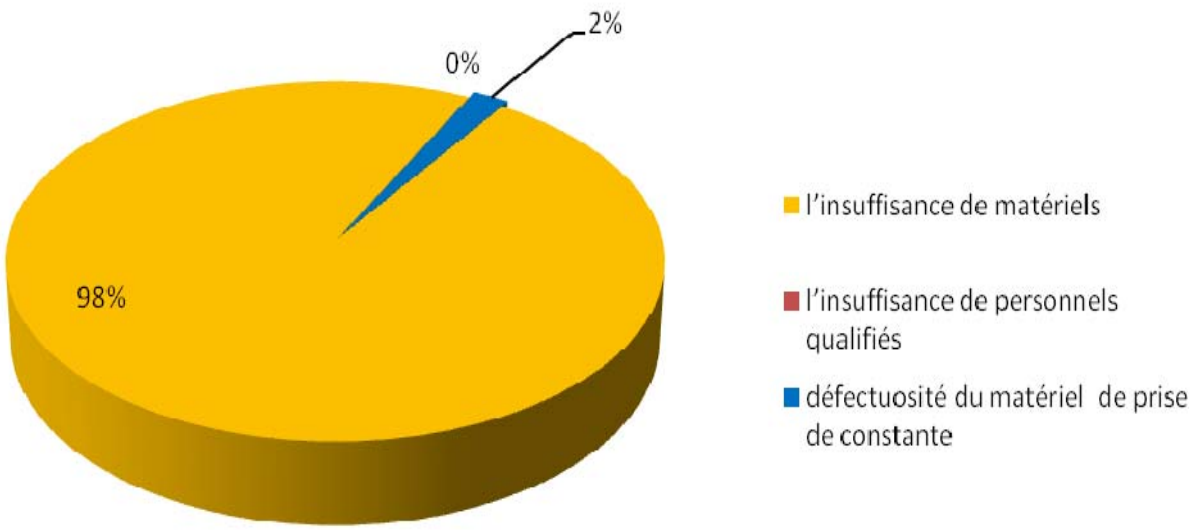
Par rapport à cette question, 196 personnes soit 98% ont attribué cette cause à l'insuffisance de matériels ; 4 personnes soit 2% estiment qu'elle est due à la défectuosité du matériel de prise de constante. Enfin, aucune personne n'a lié cette cause à l'insuffisance de personnes qualifiées.

Ces résultats sont consignés dans le tableau ci-après :

Tableau n°VI: *Point des réponses à la question n°3*

Modalités	Fréquences absolues	Fréquences relatives
L'insuffisance de matériels	*196*	*98%*
L'insuffisance de personnels qualifiés	*00*	*0%*
Défectuosité du matériel de prise de constantes biologiques	*4*	*2%*
Total	**200**	**100%**

Source : Résultat de nos investigations



<u>Graphique n°3</u> : Causes de la prise de constantes non satisfaisante

<u>Source :</u> Conçu à partir du tableau n° VI

De l'analyse des résultats obtenus à la question n°3, nous pouvons conclure que la prise de constantes biologiques non satisfaisante est la conséquence de l'insuffisance de matériels de prise de constantes.

B- Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic

1-Vérification des hypothèses

La vérification consiste à confronter ou à apprécier le degré de validation des hypothèses à partir de l'analyse des données d'enquête pour enfin établir le diagnostic. Ainsi, nous procéderons hypothèse par hypothèse.

a- Degré de validation de l'hypothèse n°1

Pour éradiquer la ou les causes se trouvant à la base du problème, d'insuffisance de matériels et de kits d'urgence, nous avons fixé comme seuil de décision que tout item qui aura un poids différent supérieur à 50% sera maintenu.

Les données quantitatives qui ont servi de base à notre analyse ont révélé que l'insuffisance de matériels et de kits d'urgence est due :

- à l'insuffisance des subventions de l'Etat et au recouvrement des créances: 52% ;
- à la pléthore des malades : 34% ;
- à la mauvaise gestion du matériel : 11%.

De ce qui précède, on se rend compte que l'item n°1 est le seul à réunir un score supérieur à 50%. Dans ces conditions, l'hypothèse n°1 selon laquelle l'insuffisance de matériels et de kits d'urgence est due à l'insuffisance de la subvention de l'Etat et au recouvrement des créances se trouve vérifiée.

b- Degré de vérification de l'hypothèse n°2

Par rapport au seuil de décision qui est que tout item dont la fréquence relative est la plus élevée sera maintenu, les données quantitatives issues des enquêtes révèlent que la cause supposée est vraie. Il s'agit de l'insuffisance de personnel.

c- Degré de vérification de l'hypothèse n°3

A ce niveau, si le seuil de décision selon lequel l'item dont la fréquence la plus élevée sera maintenu, alors l'insuffisance de matériel de prise constantes biologiques est la vraie cause de la prise de constantes non satisfaisante car ayant réuni un poids majoritaire.

2- Etablissement du diagnostic

a- Elément de synthèse de diagnostic lié au problème spécifique n°1

La vérification de l'hypothèse n°1 nous permet de retenir définitivement que l'insuffisance de matériels et de kits d'urgence s'explique par l'insuffisance des subventions de l'Etat et du recouvrement des créances.

b-Elément de synthèse du diagnostic lié au problème spécifique n°2

Les données quantitatives issues de l'enquête ayant révélé que l'hypothèse n°2 est vérifiée, nous pouvons désormais établir notre diagnostic en concluant que l'insuffisance de personnel justifie la défectuosité du nursing.

c-Elément de synthèse du diagnostic lié au problème spécifique n°3

La vérification de la troisième hypothèse, nous permet de retenir que, la prise de constantes non satisfaisante à la Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences est due à l'insuffisance de matériels de prise de constantes biologiques.

<u>Paragraphe 2</u> : APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE

Rappelons ici que notre objectif général est de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins à la clinique Universitaire d'Accueil des Urgences.

A- Approches de solutions

Apporter solutions à un problème, c'est suggérer les conditions d'éradication des causes réelles se trouvant à la base de ce problème en ne perdant pas de vue les objectifs retenus. Il s'agit, en fait de renforcer les forces et d'enrayer les faiblesses. Ainsi, à travers nos approches de solutions et perspectives, nous nous évertuerons à contribuer à l'amélioration et au maintien des bonnes pratiques professionnelles à la Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences.

1- Approches de solutions liées au problème spécifique n°1

Le diagnostic établi ci-dessus, montre que l'insuffisance de matériels et de kits d'urgence est due à l'insuffisance des subventions accordées par l'Etat et au recouvrement des créances. Pour pallier ces difficultés, il faut négocier l'augmentation des enveloppes budgétaires et des subventions de l'Etat. De plus, il faut le développement de partenariat avec les mutuelles de santé et mettre en place un système efficace de recouvrement des créances.

2- Approches de solutions liées au problème spécifique n°2

Pour ce problème relatif à la défectuosité du nursing, le diagnostic établi relève l'insuffisance des ressources humaines, d'où le recrutement de personnel soignant spécialisé en nursing pour s'occuper exclusivement du confort, de l'hygiène corporelle, vestimentaire et alimentaire des patients de cette clinique. Ceci nécessite la négociation de l'augmentation des enveloppes budgétaires et des subventions de l'Etat. Aussi le personnel existant, devrait-il, être sensibilisé pour la pratique du nursing indispensable avant tous soins médicaux.

3- Approches de solutions liées au problème spécifique n° 3

Le diagnostic a révélé que l'insuffisance d'appareils de prise de constantes biologiques est à la base de ce problème. Pour cela, nous suggérons la dotation de cette clinique en matériels de mesure des constantes biologiques en qualité et en quantité suffisante. Il est nécessaire que le dynamap soit disponible dans chacune des deux salles d'hospitalisation et faire former les techniciens en maintenance à la réparation de ces appareils.

B- Conditions de mise en œuvre et construction du tableau de synthèse de l'étude.

1- Conditions de mise en œuvre

a- Recommandations à l'endroit des patients :

Payer les différents actes médicaux.

b- Recommandations à l'endroit du personnel soignant:

- mettre tout en œuvre pour réserver un bon accueil aux malades ;
- pratiquer un nursing de qualité ;
- respecter les protocoles de soins ;
- mettre en place un système de contrôle des soins prodigués aux malades ;
- transférer les malades à temps dans les services de spécialités.

c- Recommandations à l'endroit des autorités du CNHU-HKM :

- mettre des dispositifs de protection au niveau du hall et des salles d'hospitalisation afin de préserver le secret médical de chaque malade lors des visites et observations médicales ;
- responsabiliser un garçon au niveau de chaque laboratoire, pour l'acheminement en urgence des résultats ;
- procéder à un recrutement de personnel qualifié pour répondre aux attentes de la clinique d'urgence ;
- dynamiser l'équipe de recouvrement des créances ;
- assurer l'approvisionnement régulier de cette clinique en consommables médicaux, en matériels médico-techniques et en produits d'entretien ;
- organiser la bonne gestion des stocks.

d- Recommandations à l'endroit de l'Etat:

Porter une attention particulière à la nouvelle clinique des urgences du CNHU-HKM en matériels médico-techniques et en produits pharmaceutiques de première nécessité.

Tableau n° VII : ***Tableau de synthèse de l'étude sur la contribution à l'amélioration de la qualité des soins à la Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences du CNHU-HKM***

NIVEAU D'ANALYSE		PROBLEMATIQUE	OBJECTIFS	CAUSES REELLES	DIAGNOSTIC	SOLUTIONS
Général		***Problème général*** Mauvaise qualité des soins à la CUAU	***Objectif général*** Contribuer à l'amélioration de la qualité des soins			
Spécifiques	1	***Problème spécifique 1*** Insuffisance de matériels et de kits d'urgence	***Objectif spécifique 1*** Suggérer l'acquisition de matériels et de kits d'urgence en qualité et en quantité suffisante	***Cause réelle/PS1*** Insuffisance de subvention de l'Etat	***Elément de diagnostic n°1*** Insuffisance de subvention de l'Etat et du recouvrement des créances	***Approches de solution au PS1*** -Négocier l'augmentation des enveloppes budgétaires et des subventions de l'Etat -Développer le partenariat avec les mutuelles de santé -Mettre en place d'un système de recouvrement des créances. -Renforcer la maintenance
	2	***Problème spécifique 2*** Défectuosité du nursing	***Objectif spécifique 2*** Contribuer à l'amélioration de la qualité du nursing	***Cause réelle /PS2*** Insuffisance de personnel	***Elément de diagnostic n°2*** Insuffisance de personnel	***Approches de solutions au PS2*** -Procéder au recrutement du personnel soignant -Sensibiliser le personnel sur les pratiques de nursing
	3	***Problème spécifique 3*** Prise de constantes non satisfaisante	***Objectif spécifique 3*** Contribuer à une prise satisfaisante des constantes biologiques	***Cause réelle/PS3*** Insuffisance d'appareils de prise de constantes biologiques	***Elément de diagnostic n°3*** Insuffisance d'appareils de prise de constantes	***Approches de solutions au PS3*** -Equiper la clinique en matériels de mesure des constantes biologiques de bonne qualité -Augmenter l'approvisionnement de ces matériels -Former les techniciens en maintenance à la réparation de ces matériels

Source : Résultat de nos investigations

CONCLUSION

L'amélioration de la qualité des soins en milieu hospitalier est nécessaire et recherchée pour des raisons humanitaires, administratives et professionnelles.

Les patients de nos services sanitaires ont droit à des soins de qualité optimale, c'est-à-dire à des soins qui conduisent vraiment à la protection et à l'amélioration de leur santé.

Les gestionnaires des unités de soins, doivent s'assurer de l'efficacité des soins en vue de l'utilisation des ressources et de l'accomplissement des objectifs de service et d'entreprise. En tant que tel, pour sécuriser et fidéliser leur clientèle, ils doivent tout mettre en œuvre pour que leur structure produise des soins de qualité.

Le personnel de santé quant à lui, a besoin d'informations sur l'efficacité des soins donnés afin de connaître les meilleurs moyens à mettre en œuvre pour l'amélioration de ses pratiques professionnelles (maîtrise des protocoles de soins). C'est pourquoi on dit que la pratique des fonctions médicales exige une aptitude, des connaissances théoriques et pratiques sanctionnées par un diplôme.

Nous constatons malheureusement que les soins administrés dans nos services de santé et même dans nos hôpitaux de référence ne sont pas des plus performants. Nos enquêtes réalisées dans la Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences du CNHU-HKM confirment les faits. Ce service construit à grands frais et dirigé par un éminent médecin rencontre d'énormes difficultés du point de vue du transfert des malades et se dérobe de sa mission et de son rôle de service de passage. Des malades sont gardés pendant plus de deux semaines créant ainsi une pléthore dépassant la capacité normale du service tandis que des lits sont disponibles dans les autres services d'hospitalisation. Par conséquent, le matériel mis à disposition devient insuffisant, occasionnant ainsi de fréquentes ruptures. Le personnel de ce service régulièrement submergé se débat entre les malades à qui il donne des soins à même le sol et

en présence d'autres malades et accompagnateurs, dans des conditions d'hygiène et de confort des plus déplorables.

Des résultats de nos enquêtes, il ressort que les causes supposées sont vérifiées et trois diagnostics sont posés :

- l'insuffisance de matériels et de kits d'urgence,
- la défectuosité du nursing et
- la prise de constantes biologiques non satisfaisante.

Ces différents diagnostics empêchent le personnel du service à administrer des soins de qualité. De nos jours, aucune entreprise humaine ne peut véritablement exister sans l'instauration d'un système de management de qualité. Les responsables de notre hôpital de référence doivent intégrer ce système pour être en phase avec les évènements du changement, de l'émergence et pourquoi pas du millénaire. Ils doivent constamment avoir à l'idée, la compétitivité et l'innovation dans toutes les prestations de service en particulier dans la qualité des soins en vue de la performance de l'hôpital. La sécurité de nos malades, le développement et la prospérité de notre système de santé n'en dépendent-ils pas ?

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

1- **BLOOM G. , (1984),** *« Ressource allocation and equipement management »,* Bristol, Health Service Supply Council, USA.

2- **DARBOUX R.** et **MENGAL Y. , (1998) «** *Guide pratique des soins infirmiers de base. A l'usage des professionnels de la santé en milieu hospitalier, en centre de santé et en communauté*». Ed. MEPS BENIN.

3- **DOUSSOT P. et THIEBAUT Y. , (1994), «***Du soin à la personne. Démarche et dossier de soins. Réflexion et pratique ».* Imprimerie des Beaux-arts, TIXIER & Fils, LYON. 4e trimestre.

4- **DUCALET P. et LAFORCADE M. , (2000), «** PENSER LA QUALITE DANS LES INSTITUTIONS SANITAIRES ET SOCIALES , Sens, enjeux et méthodes ». Ed Seli Arslam, Paris.

5- **GONNET F. , (1994), «***L'HOPITAL EN QUESTION (S). Un diagnostique pour améliorer les relations de travail ».* Edition LAMARRE. Décembre 1994, Maisonneuve, 57160 Moulins-Lès-Metz.

6- **GRENON A. et RAZER J. , (2003***),« La maîtrise des activités à l'hôpital par le contrôle interne ».* EUROPE MEDIA DUPLICATION S.A. 53110 Lassay-les-Château.

7- **ISRAEL L. , (1980), «** *LA DECISION MEDICALE, Essai sur l'art de la médecine »*. Ed Calmann-Lévy 3, rue Auber, Paris 9e .2e trimestre.

8- **SEGOUIN C. , (1998), «** *L'ACCREDITATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE : De l'expérience internationale à l'application Française ».* DOIN Editeurs Paris.

Mémoires

1- **AKPOVO R. K. E. , (2007),** *« Approche pour une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients à l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava »*, Mémoire, UAC/ENAM/AHUI (Cycle II).

2- **AMADOU DJIBRIL R. , (2007),** *« Bilan de la mise en œuvre de la démarche qualité à l'hôpital Saint Martin de PAPANE »,* Mémoire, UAC/ENAM/AHUI (Cycle II) .

3- **HOUENOU B. M. ,(2007),** « *financement durable des prestations de qualité à l'hôpital de zone de Boko* » Mémoire, UAC/ENAM/AHUI (Cycle II) .

4- **ZOMAHOUN, I. L. , (2003), «** *perception du Centre national hospitalier et universitaire Hubert Koutoukou MAGA de cotonou par les usagers ».* Mémoire de doctorat en médecine, UAC/FSS.

Articles publiés :

1- **AUDIBERT M. et MATHONNAT, (2000), «** *Cost recovery in Mauritania* », Pol Plan, Vol. 15

2- **MICHEL'SON V. A. et DMITRIENKOV, (1989),** *« Un important élément de stratégie de la santé pour tous »*, Forum mondial de la santé, Vol. 10.

Textes de lois et autres documents :

1- Décret N° 2002-484 du 15 novembre 2002 portant gestion rationnelle des déchets biomédicaux en République du Bénin.

2- Décret N° 2006-087 du 08 Mars 2006 portant approbation du document de Politique d'Hygiène Hospitalière en République du Bénin.

3- Projet d'Assurance de Qualité. Pérenniser la qualité des soins de santé : l'institutionnalisation de l'assurance qualité. Septembre 2009.

4- Résumé des communications de la 7ème rencontre hospitalière du RESHAOC. (Cotonou, 2005)

5- SONEB INFO, (2009) bulletin d'information de la Soneb, Edition mars-avril-mai 2009.

Notes de cours :

1- GNANSOUNOU S. , (2008), «*Méthodologie de Recherche des Mémoires Professionnels*», AHUI / Cycle II / ENAM / UAC.

2- HOUNSA A. , (2007), « *Coût et financement des services de santé* » AHUI / Cycle II / ENAM / UAC.

3- MOUSSOU M. , (2007), « *Gestion et planification des services de santé* », AHUI / Cycle II / ENAM / UAC.

4- TCHIBOZO H. B. M. , (2008), « *Management stratégique : cas des services de santé et de l'éducation* », AHUI / Cycle II / ENAM / UAC.

Documents tirés sur internet :

MOREAU, D. , (2006), « *Dossiers formation aide soignante : encore et toujours la médicalisation de la pratique soignante* » ; http:// www. Infirmiers.com/as/médicalisation-formation-aide soignante.php

WILSON, R. M. , (1995), « *Les responsables de la santé dans le monde et l'organisation mondiale de la santé annoncent l'accélération des mesures destinées à assurer la sécurité des patients* »,
http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr74/fr/print.html

ANNEXES

REPUBLIQUE DU BENIN

CENTRE NATIONAL HOSPITALIER
HUBERT K. MAGA

SERVICE MEDICAL D'ACCEUIL DES URGENCES (S.M.A.U.)
Professeur Martin CHOBLI

ANNEXE I

FICHE MEDICALE D'ADMISSION

Numéro de dossier :..... Date :..... Heure d'arrivée :.....

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom et Prénoms :..... Date de naissance / âge :.....
Adresse :..... Tél. :.....
Personne à prévenir :.....
Ethnie :..... Religion..... Profession.....
Date et heure d'arrivée au S.M.A.U. ..... En provenance de :.....
Transporté par *(véhicule, ambulance, moto)* :..... Accompagné de *(lien de parenté)*:.....
Motif d'entrée : Accident *(AT, AD, AVP, Agression)*..... Maladie Naturelle :.....Rixe.....

EQUIPE D'ACCUEIL

Chirurgien :..... Médecin ..... Interne :.....
Infirmier (è) :..... A.S. :.....

ORIENTATION **Externe** ☐ **Mise en observation** ☐

Transfert ☐ où Hospitalisation ☐Chirurgie :..... Médecine :.....Pédiatrie:.....
Autre service :.....
Décision de transfert prise par :.....à .....
Date et heure de sortie S.M.A.U :.....

OBSERVATION MEDICALE

Rédigée par :..... le :..... à : ..... sous la responsabilité du Dr.....

ETAT DES PARAMETRES VITAUX A L'ADMISSION

NEUROLOGIQUE

Conscience : ☐si inconscient préciser score de Glasgow :.....
Motricité :..... Sensibilité :..... Convulsion :.....
Température :.....

HEMODYNAMIQUE

P.A. ☐ Pouls : ☐ Coloration : ☐ Sueurs : ☐ Diurèse : ☐
Auscultation : ☐

RESPIRATION

F.R. ☐ Dyspnée : ☐ R. paradoxale: ☐ Gasp : ☐ Apnée : ☐
S.P. O^2: ☐ Cyanose : ☐ Encombrement : ☐

ABDOMEN

Ballonné :..... Douleur (site) :..... Cirombilic :.....
Autres :.....

HEMORRAGIES EXT **FRACTURES EVIDENTES** **BRULURES**

PLAIES DIVERSES : **DIVERS :** **DEXTRO :**

ANTECEDENTS : Médicaux :
Chirurgicaux .

FACTEURS DE RISQUES Alcool ☐ Tabac ☐ Allergie ☐ Obésité : ☐

HISTOIRE DE LA MALADIE : (brève et concise)

EXAMEN CLINIQUE DETAILLE : (centré sur les fonctions perturbées)

PREMIÈRE HYPOTHÈSE DIAGNOSTIQUE :

EXAMENS PARACLINIQUES ET RESULTATS :

71 Radiologie :

72 Echographie :

73 Biologie :

74 E.C.G :

75 Autres :

CONCLUSION ET DIAGNOSTIC :

SOINS URGENTS EFFECTUÉS AU S.M.A.U. :

GESTES TECHNIQUES : Abord veineux ☐ Sonde vésicale ☐ Sonde gastrique ☐

Oxygène ☐ Guedel ☐ Ventilation ☐ Intubation ☐ Massage cardiaque ☐

Drainage pleural ☐ Autres ☐

PERFUSIONS : Qualité : Quantité

MEDICAMENTS ADMINISTRES : (nature posologie voie d'administration)

- Anticonvulsivant et sédatif : ☐
- Antalgiques : ☐
- Anti-inflammatoires : ☐
- Antipaludéens : ☐
- Antibiotiques : ☐
- Cardiotoniques : ☐
- Bronchodilatateurs IV : ☐
- Autres médicaments :
- Antipyrédique : ☐
- corticoïdes : ☐
- Diurétiques ☐
- Autres antiparasitaires : ☐
- Antiémétiques : ☐
- Ventoline spray : ☐

ACTE CHIRURGICAL : Décision prise par .....Heure .....

Bloc opératoire : .....Type d'intervention : .....

EVOLUTION AU S.M.A.U.

ANNEXE II : QUESTIONNAIRE

Dans le cadre de la réalisation de notre mémoire de fin de formation, au cycle II option Administration des Finances (AF), filière Administration Hospitalière, Universitaire et d'Intendance(AHUI) de l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM), nous effectuons un stage au CNHU-HKM, en vue de réaliser une étude contributive à l'amélioration de la qualité des soins à la Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences.

Le présent questionnaire qui se veut anonyme nous permettra de recueillir des données utiles pour déceler les causes des problèmes en étude et de proposer des approches de solutions.

En répondant à ce questionnaire, vous aidez l'hôpital en général et la Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences (CUAU) à mieux vous servir.

- **A L'ENDROIT DES PATIENTS**

Etes-vous satisfait de l'accueil que le personnel vous a réservé?

Oui ☐ non ☐

Justifiez votre réponse :……

……

A votre arrivée dans le service, avez- vous été installé :

Sur un brancard ? ☐ Sur un chariot? ☐ Dans un fauteuil roulant ? ☐

Dans un lit ? ☐ Autres à préciser……☐

Avez-vous été installé :

Dans le hall ? ☐

Dans un box ? ☐

Dans la salle d'hospitalisation ? ☐

Les constantes biologiques vous ont-elles été prises à votre entrée ?

Oui ☐ non ☐

Pendant votre hospitalisation, un infirmier s'est- il occupé de votre hygiène corporelle et vestimentaire depuis votre entrée? Oui ☐ non ☐

Ou au contraire vous n'avez pas été vite soigné ?

Pourquoi ?…….

……...

- **A L'ENDROIT DU PERSONNEL SOIGNANT ET DES PATIENTS**

Comment expliquez-vous l'insuffisance de matériels et de kits d'urgence à la Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences (CUAU)?

- Mauvaise gestion du matériel ☐
- Insuffisance des subventions de l'Etat ☐
- Pléthore de malades ☐
- Autres raisons à préciser ☐

……

……

Comment justifiez-vous la défectuosité du nursing à la CUAU?

- Cadre inadéquat ☐
- Insuffisance de personnel ☐
- Manque de motivation ☐
- Autres raisons à préciser ☐

……

A quoi peut-on imputer la prise de constantes non satisfaisantes à la CUAU?

- Insuffisance de matériel de prise de tension ☐
- Insuffisance de personnel qualifié ☐
- Défectuosité d'appareil de prise de constantes biologiques ☐

Autres raisons à préciser ☐

……

Nous vous remercions pour votre contribution.

TABLE DES MATIERES

IDENTIFICATION DU JURY……...……...……..i
DECLARATION D'ENGAGEMENT ……..…..…….. ii
DEDICACES ……...……..……..iii
REMERCIEMENTS ...…….……..v
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS……..…vii
LISTE DES TABLEAUX……..……...…ix
LISTE DES GRAPHIQUES …….……....xi
GLOSSAIRE …… xiii
RESUME …… xvi
SOMMAIRE ……...xix
INTRODUCTION ...…… 1
Chapitre premier : Cadre institutionnel de l'étude, observations de stage et ciblage de la problématique …… 4

SECTION 1 : Cadre institutionnel de l'étude et observations de stage …….. 5
Paragraphe 1 : Cadre institutionnel de l'étude……5
I- HISTORIQUE ET MISSIONS..…….5
A- Historique……5
B- Missions……...6
II- ORGANISATION DU CNHU-HKM DE COTONOU..……...7
A- Le Conseil d'Administration et les Commissions Consultatives……..7
1- Le Conseil d'Administration……7
2- Les Commissions Consultatives…….. 7
*a- La Commission Médicale Consultative (CMC) …..…..…….*7
*b- Le Comité d'Etablissement (CE) …..…..……*8
B- Les structures administratives, médicales et techniques…….. 8
1- Les structures administratives…….…… 8

a- La Direction Générale…….. 8

b- Le Service Economique……...9

c- Le Service Financier……9

d- Le Service des Ressources Humaines……..9

e- Le Service de Maintenance...…….....10

f- Le Service de l'Accueil et de la Clientèle……11

g- La Cellule de Contrôle de Gestion et des Statistiques……11

2- Les structures médicales et techniques……..…12

Paragraphe 2: ETAT DES LIEUX SUR LES ACTIVITES DE LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE D'ACCUEIL DES URGENCES…….....…….....15

I- ORGANISATION DU SERVICE……..16

A- Personnel……..….16

B-Accueil et tri des malades……..…..17

C-Conditions de travail……...….18

D-Hospitalisation…….....20

E-Examens complémentaires délocalisés……... 21

1- Les examens biologiques…….....21

2- Les examens radiologiques…….....21

II- INVENTAIRE DES ELEMENTS DE L'ETAT DES LIEUX……...21

A- Les forces et les opportunités……..…. 21

B- Les faiblesses et les menaces ..…… 22

SECTION 2 : CIBLAGE, SPECIFICATION ET VISION GLOBALE DE RESOLUTION DE LA PROBLEMATIQUE……..23

Paragraphe 1: CHOIX ET SPECIFICATION DE LA PROBLEMATIQUE ……23

I- REGROUPEMENT DES PROBLEMES SPECIFIQUES PAR CENTRE D'INTERET ET CHOIX DE LA PROBLEMATIQUE……...23

A- Regroupement des problèmes spécifiques par centre d'intérêt…….23

B- Choix de la problématique et justification du sujet…….…...25

II- SPECIFICATION DE LA PROBLEMATIQUE……25

Paragraphe 2 : VISION GLOBALE DE RESOLUTION DE LA PROBLEMATIQUE SPECIFIEE……27

I- APPROCHE GENERIQUE DE RESOLUTION DU PROBLEME GENERAL…….....27

II- APPROCHES GENERIQUES DE RESOLUTION DES PROBLEMES SPECIFIQUES…….27

A- Approche générique liée au problème spécifique n°1 :……...27

B- Approche générique liée au problème spécifique n°2 :……28

C- Approche générique liée au problème spécifique n°3 :……..28

CHAPITRE DEUXIEME : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS…….29

SECTION1 : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE ……..…30

Paragraphe 1: OBJECTIFS DE L'ETUDE ET REVUE DE LA LITTERATURE. ……30

I- FIXATION DES OBJECTIFS ET FORMULATION DES HYPOTHESES DE L'ETUDE ……30

A- Fixation des objectifs……30

1- Objectif général : ……..30

2- Objectifs spécifiques : ……..30

B-Hypothèses de travail ……..…… ……..30

1- Causes et hypothèses liées aux problèmes en résolution ..…….31

2-Causes et hypothèses liées aux problèmes spécifiques.……..……..31

a- Causes et hypothèses liées au problème spécifique N°1……..…31

b-Causes et hypothèses liées au problème spécifique N°2……..… 32

c- Causes et hypothèses liées au problème spécifique N°3……..33

d-Causse et hypothèse liées au problème général.……..……..…34

C-Tableau de bord de l'étude..…….……..……...……34

II- REVUE DE LA LITTERATURE ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE…….…….….35

A- Contribution des auteurs au problème général : notion de qualité et système de management de qualité en milieu hospitalier……..……...… 35

1- Les normes ISO …… ……..…..37

B-Contribution des auteurs aux problèmes spécifiques.……..……38

1- Exposé des contributions antérieures au problème de l'insuffisance de matériels et de kits d'urgence.……..… 38

2- Exposé des contributions antérieures au problème de la défectuosité du nursing.…… ……39

3- Exposé des contributions antérieures au problème de prise de constantes non satisfaisantes.…… …...40

Paragraphe 2 : CHOIX DE LA METHODOLOGIE DE L'ETUDE METHODE EMPIRIQUE ET METHODE THEORIQUE…..41

I - APPROCHE EMPIRIQUE. ……...41

A- Fixation de l'objectif de l'enquête et identification de la population mère..……41

1- Objectif de l'enquête.……41

2- Cadre de l'enquête et population mère.……41

B- Nature de l'enquête et échantillonnage. ……42

1- Nature de l'enquête…….. 42

2- Echantillonnage. …….. 42

3- Spécification des données à recueillir et conception des fiches d'enquête. ……... 42

C- Technique de dépouillement et outils de présentation des données…….42

II - APPROCHES THEORIQUES ……..…*43*

A- Choix théorique lié au problème d'insuffisance de matériel et de kits d'urgence…….…..*43*

1- Présentation de la théorie et récapitulatif des normes ou repères d'amélioration liés à la thématique portée. ……..…….43

2- Outil d'analyse des données collectées : seuils de décision liés au problème spécifique n°1…….…...…..43

B- Choix théorique lié au problème de Nursing défectueux.……..…44

1- Présentation de la théorie liée au problème et récapitulatif des normes ou repères d'amélioration. …… 44

2- Outil d'analyse des données collectées : seuils de décision liés au problème spécifique n°2…….…..…..44

C- Choix théorique lié au problème de prise de constantes non satisfaisante.……..…44

1- Présentation de la théorie liée au problème et récapitulatif des normes ou repères d'amélioration. …… 44

2- Outil d'analyse des données collectées : seuils de décision liés au problème spécifique n°3……..…. 45

SECTION 2 : ENQUETES DE VERIFICATION DES HYPOTHESES ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE.……..*45*

Paragraphe1 : ENQUETES ET VERIFICATION DES HYPOTHESES…….45

I- COLLECTE ; DIFFICULTES RENCONTREES ET LIMITES DES DONNEES……*45*

A- Préparation et réalisation des enquêtes……. *45*

B- Difficultés rencontrées et limite des données……*46*

II- Présentation/analyse des résultats de l'enquête et vérification des hypothèses…… *46*

A - Présentation et analyse des résultats de l'enquête……*46*

1- Présentation et analyse des résultats de l'enquête par rapport à l'insuffisance de matériels et de kits d'urgence……46

2- Présentation et analyse des résultats de l'enquête par rapport à la défectuosité du nursing ……48

3- Présentation et analyse des résultats de l'enquête par rapport à la prise de constante non satisfaisante…… 50

B- Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic ……51

1-Vérification des hypothèses……51

a- Degré de validation hypothèse n°1…… 51

b- Degré de vérification de l'hypothèse n°2……52

c- Degré de vérification de l'hypothèse n°3……52

2- Etablissement du diagnostic…… ……52

a- Elément de synthèse de diagnostic lié au problème spécifique……..52

b- Elément de synthèse du diagnostic lié au problème spécifique n°2…53

c- Elément de synthèse du diagnostic lié au problème spécifique n°3……53

PARAGRAPHE 2 : APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE……*53*

A- Approches de solutions……53

1- Approches de solutions liées au problème spécifique n°1……..…..…54

2- Approches de solutions liées au problème spécifique n°2……....54

3- *Approches de solutions liées au problème spécifique n° 3……54*

B- Conditions de mise en œuvre et construction du tableau de synthèse de l'étude. …… ……..…55

1- Conditions de mise en œuvre …… ……....55

a-Recommandations à l'endroit des patients……...…..55

b-Recommandations à l'endroit du personnel soignant ……...……55

c-Recommandations à l'endroit des autorités du CNHU-HKM…..……..…..55

d-Recommandations à l'endroit de l'Etat …..……..…..55

CONCLUSION……..*58*

BIBLIOGRAPHIE……....60

ANNEXES……. ……..…64

TABLE DES MATIERES……70