



**CESAG CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION**

**CESAG SANTE**



## **MEMOIRE DE FIN D'ETUDES**

**Pour l'obtention du MBA en Gestion des services de santé  
Option : Gestion des Programmes de santé  
27<sup>ème</sup> Promotion  
Année Académique 2016-2017**

### **THEME**

**CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS VICTIMES D'AVC A LA CLINIQUE NEUROLOGIQUE DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL UNIVERSITAIRE DE FANN DE DAKAR AU SENEGAL**

**Présenté par :**

**MME Adama BA DIALLO**

**Sous la direction de**

**DR MALICK NIANG**

**Octobre 2017**

## Dédicace

Je dédie ce travail à toutes les personnes qui me sont chères :

- **A mon cher époux : Ousmane DIALLO** : Tu m'as soutenue même dans les moments de grandes difficultés. Tu m'as témoignée ta confiance et ta foi en moi, tu as accepté de lourds sacrifices, ton affection m'a réconfortée et soutenue tout au long de mes études, je te dédie ce mémoire.
- **A ma chère mère : Oulimata Ndao** : Tu m'as soutenue durant toute mon enfance, mon adolescence et toutes mes études, je te suis reconnaissante du fond du cœur et les mots peuvent difficilement traduire ou exprimer mon attachement pour toi, je te remercie pour ton accompagnement et de tout mon cœur je suis fière de t'avoir comme mère.
- **A mes chers frères : Djibril BA, MAKHTAR BA, ABDOULAYE BA, ALPHA BA** : Vous êtes mes frères adorés, je suis et je serai toujours à vos côtés. Nos moments de rire me donnent la joie de vivre, je vous souhaite réussite et bonheur.
- **A ma chère petite sœur : Mariama BA et à son époux Mamadou MBODJI** : Malgré l'emploi de temps chargé que vous avez, vous n'avez ménagé aucun effort pour me soutenir dans les moments de découragement et même dans la réussite de ce mémoire. Je suis convaincue que vous êtes et serez toujours un couple très heureux et uni car vous êtes de bonne foi et de bon cœur. Je vous souhaite tout le bonheur et la santé ainsi que la réussite dans tous vos projets.
- **A toutes mes sœurs Khady, Awa Cheikh, Fatoumata, Awa Ba, Coumba NDIAYE ainsi que belles sœurs et beaux-frères et belle-famille DIALLO** : Nous sommes et resterons toujours unis par les liens de la famille. Nous avons partagé des moments de bonheur, de tristesse, des difficultés des fois même des disputes, mais nous restons toujours solidaires.
- **A la mémoire de feu Elimane BA et feu MAMADOU LAMINE BA** : Je vous ai toujours aimés et vous m'avez toujours soutenue. Que Dieu vous accorde sa miséricorde. AMEN !

## Remerciements

- **A mon maître et encadreur de mémoire Dr Malick Niang**

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de m'encadrer pour ce travail de mémoire et je vous en remercie profondément. Votre sens de la pédagogie, votre soutien précieux, vos conseils, votre disponibilité et le temps que vous m'avez consacré sont à mes yeux d'une valeur inestimable.

Je vous suis reconnaissante pour vos qualités humaines et professionnelles qui m'ont permis de mener à bien cette étude. Au cours de la réalisation de ce travail, vous m'avez toujours accueillie avec gentillesse, je vous adresse mes plus vifs remerciements.

- **Au docteur El hadji GUEYE, chef de département de CESAG SANTE**, pour l'enseignement précieux que nous avons reçu sous votre direction.
- **Au personnel enseignant de CESAG SANTE** pour la qualité des enseignements reçus durant la formation.
- **A l'assistante des programmes de CESAG SANTE, Mme Soukeyna GUEYE** pour son soutien immense.
- **A Marième DIOP et Souza** pour le soutien que vous avez apporté tout le long de la formation.
- **A Mme Faye et Mme Laure** pour leurs conseils
- **A l'ensemble du corps professoral du CESAG**

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger le travail de mémoire de fin d'étude dans cette prestigieuse école et je vous remercie aussi pour la qualité de l'enseignement de haut niveau que vous nous avez prodigué, à mes camarades et à moi-même.

Trouvez ici l'expression de mon immense respect et de ma profonde reconnaissance.

- A tous les étudiants de la promotion CESAG SANTE particulièrement MBA/ GSS 2016-2017, avec qui j'ai parcouru ce chemin de la connaissance et auxquels je me suis attachée, je vous souhaite pleine réussite dans votre vie future et que nos chemins restent unis.
- Aux étudiants des promotions 2014 et 2015 particulièrement Yaye Fatou Ndiaye, Mariama Cissokho, David Simond Diémé et Aissatou Ndiaye
- A tout le personnel de la bibliothèque universitaire Cheikh Anta Diop de Dakar, particulièrement à **Mr Thiam Tafsir** à la salle des références

Mes remerciements vont également à l'ensemble du personnel du Centre National Hospitalier Universitaire de Fann

- A Mr Cheikh Tacko Diop, Directeur du Centre National Hospitalier Universitaire de Fann
- A Mme Camara, DRH du CNHU de Fann pour son étroite collaboration ainsi que Mr Gaye chargé de la formation
- A tout le personnel de la cellule Informatique, particulièrement à Mr Makany Thiam
- Aux Professeurs Mansour Ndiaye et Gallo Diop, respectivement chefs de service de la clinique neurologique de Fann
- Au professeur Kamodor Touré ainsi que tous les neurologues et étudiants en DES(Diplôme d'Etudes Spécialisées) particulièrement Dr Christelle
- A tout le personnel de la clinique neurologique de Fann, particulièrement à Mme AW Djimby Diop Surveillante de service pour son soutien sans faille
- A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réussite de ce travail.

## Liste des sigles, acronymes et abréviations

<b>A :</b>	Activité
<b>AIT :</b>	Accident Ischémique Transitoire
<b>ANSD :</b>	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
<b>AVC :</b>	Accident Vasculaire Cérébral
<b>BTP :</b>	Bâtiment et Travaux Publics
<b>CCV :</b>	Centres Cérébraux-Vasculaires
<b>CDIM :</b>	Centre de Diagnostic et d'Imagerie Médicale
<b>CDS :</b>	Direction de directeurs Cantonaux de la Santé
<b>CEPIAD :</b>	Centre de Prise en charge Intégrée des Adductions de Dakar
<b>CESAG :</b>	Centre Africain d'Etude Supérieure en Gestion
<b>CHNU ou CNHU :</b>	Centre National Hospitalier Universitaire de Fann
<b>CIM :</b>	Cellule d'Information Médicale
<b>CUOMO :</b>	Centre cardio-pédiatrique (projet porté par la Fondation CUOMO)
<b>DES :</b>	Diplôme d'Etudes Spécialisées
<b>DMS :</b>	Durée Moyenne de Séjour
<b>ECG :</b>	Electrocardiogramme/graphie
<b>EPS :</b>	Etablissement Public de Santé
<b>EPSH :</b>	Etablissement Public de Santé Hospitalier
<b>FCFA :</b>	Franc CFA monnaie utilisée dans plusieurs pays d'Afrique
<b>Fréq :</b>	Fréquence
<b>HTA :</b>	Hypertension Artérielle
<b>IB :</b>	Initiative de Bamako
<b>ISF :</b>	Indice Synthétique de Fécondité
<b>MBA :</b>	Master Business Administration
<b>MHS :</b>	Médecine Hautement Spécialisée
<b>OMS :</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ORL :</b>	Oto-Rhino-Laryngologie
<b>OS :</b>	Objectif Spécifique
<b>PECADOM :</b>	Prise en charge à domicile
<b>PIB :</b>	Produit Intérieur Brut
<b>PSE :</b>	Plan Sénégal Emergent
<b>PSP :</b>	Plan de Soins Personnalisés

<b>R :</b>	Résultat
<b>RAM :</b>	Réanimation
<b>RGPHAE :</b>	Recensement Général de la Population, de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'élevage
<b>RH :</b>	Ressource Humaine
<b>Rt-PA :</b>	Actylise
<b>SAU :</b>	Service d'Accueil des Urgences
<b>Tub :</b>	Tubérosité
<b>UNV :</b>	Unité Neurovasculaire

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## Liste des tableaux

Tableau 1: Les infrastructures sanitaires (10) .....	10
Tableau 2 : Présentation des services de l'hôpital de Fann (source CHNU Fann) .....	13
Tableau 3: Les ressources matérielles .....	20
Tableau 4: Répartition du diagnostic Principal (source CIM Fann2016) .....	21
Tableau 5: Répartition du diagnostic Principal (source CIM Fann 2016) .....	22
Tableau 6: priorisation de problème.....	27
Tableau 7: Répartition selon la catégorie des professionnels enquêtés .....	38
Tableau 8: Répartition des participants selon leur ancienneté .....	39
Tableau 9: Organisation architecturale.....	40
Tableau 10 : Appréciation de la tâche .....	41
Tableau 11: Protocoles de soins .....	42
Tableau 12: Appréciation de l'organisation interne du service.....	43
Tableau 13: Le niveau de consultation.....	44
Tableau 14: Délai d'admission dans le service .....	45
Tableau 15: Répartition du nombre de malades par jour .....	46
Tableau 16: La durée d'hospitalisation .....	47
Tableau 17: Le stade de réception des patients .....	48
Tableau 18: L'état de conscience des patients .....	49
Tableau 19: Répartition des pathologies selon leur fréquence.....	49
Tableau 20: Les plaintes des patients reçus dans le service .....	50
Tableau 21: Interrogatoire des patients .....	51
Tableau 22: Ressources humaines disponibles .....	52
Tableau 23: Disponibilité du scanner en urgence .....	53
Tableau 24: Système de brancardage .....	54
Tableau 25: Appréciation du système de brancardage.....	54
Tableau 26: Formation continue .....	55
Tableau 27: Délai des résultats.....	56
Tableau 28: La rééducation .....	57
Tableau 29: Disponibilité du médicament thrombolytique.....	58
Tableau 30: Motifs d'évacuation.....	59
Tableau 31: Organisation de la prise en charge .....	60
Tableau 32: L'âge des patients.....	61

Tableau 33: Répartition selon le sexe .....	62
Tableau 34: Répartition selon la profession des patients .....	62
Tableau 35: Le niveau d'instruction.....	63
Tableau 36: Tradipraticiens.....	64
Tableau 37: Structures visitées.....	65
Tableau 38: Localités .....	66
Tableau 39: Transport .....	67
Tableau 40: L'accès à l'hôpital .....	68
Tableau 41: La qualité de l'accueil .....	69
Tableau 42: Le personnel soignant.....	70
Tableau 43: Le confort .....	71
Tableau 44: Hygiène et propreté .....	72
Tableau 45: La qualité de la restauration .....	73
Tableau 46: Le coût de la prise en charge .....	73
Tableau 47: Le délai de la prise en charge .....	74
Tableau 48: L'organisation de la prise en charge .....	75
Tableau 49: Priorisation des causes .....	82
Tableau 50: Hiérarchisation des causes par fréquences cumulées décroissantes.....	83
Tableau 51 : Priorisation des solutions .....	88
Tableau 52: Matrice du cadre logique.....	91
Tableau 53: Le plan opérationnel.....	93
Tableau 54: Cadre de suivi-évaluation.....	95

## Liste des Figures

Figure 1: Carte du Sénégal .....	6
Figure 2: Organigramme de l'hôpital de FANN (11).....	16
Figure 3: Présentation du service .....	17
Figure 4: Organigramme de Neurologie .....	18
Figure 5: répartition des entrants en fonction du diagnostic principal .....	21
Figure 6: répartition des entrants en fonction du diagnostic principal .....	22
Figure 7: Circuit du patient .....	23
Figure 8: Répartition selon la catégorie des professionnels enquêtés .....	39
Figure 9: Répartition des participants selon leur ancienneté.....	40
Figure 10: Organisation architecturale .....	41
Figure 11: Appréciation de la tâche .....	42
Figure 12: Protocoles de soins .....	42
Figure 13: Appréciation de l'organisation interne du service .....	43
Figure 14: Le niveau de consultation .....	44
Figure 15: Délai d'admission dans le service.....	45
Figure 16: Répartition du nombre de malades par jour.....	46
Figure 17: La durée d'hospitalisation.....	47
Figure 18: Le stade de réception des patients.....	48
Figure 19: L'état de conscience des patients .....	49
Figure 20: Répartition des pathologies selon leur fréquence .....	50
Figure 21: Les plaintes des patients reçus dans le service .....	51
Figure 22: Interrogatoire des patients.....	52
Figure 23: Ressources humaines disponibles.....	53
Figure 24: Disponibilité du scanner en urgence .....	53
Figure 25: Système de brancardage.....	54
Figure 26: Appréciation du système de brancardage .....	55
Figure 27: Formation continue .....	55
Figure 28: Délai des résultats .....	57
Figure 29: La rééducation .....	57
Figure 30: Disponibilité du médicament thrombolytique .....	58
Figure 31: Motifs d'évacuation .....	59
Figure 32: Organisation de la prise en charge.....	60

Figure 33:L'âge des patients .....	61
Figure 34:Répartition selon le sexe .....	62
Figure 35:Répartition selon la profession des patients.....	63
Figure 36: Le niveau d'instruction .....	64
Figure 37:Tradipraticiens .....	65
Figure 38: Structures visitées .....	66
Figure 39: Localités.....	67
Figure 40:Transport.....	68
Figure 41: L'accès à l'hôpital.....	69
Figure 42: La qualité de l'accueil.....	70
Figure 43: Le personnel soignant .....	71
Figure 44: Le confort.....	71
Figure 45:Hygiène et propreté.....	72
Figure 46: La qualité de la restauration.....	73
Figure 47: Le coût de la prise en charge .....	74
Figure 48: Le délai de la prise en charge.....	75
Figure 49:L'organisation de la prise en charge.....	76
Figure 50:Diagramme d'Ishikawa.....	80
Figure 51: Le Diagramme de Pareto .....	84

## Liste des Annexes

Annexe 1 : Questionnaire destiné aux professionnels du service de Neurologie.....	104
Annexe 2 : Questionnaire destiné aux patients (accompagnants) de la clinique neurologique de Fann .....	106
Annexe 3 : Charte du malade dans les établissements publics de santé hospitaliers .....	107

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## Sommaire

Dédicace .....	i
Remerciements .....	ii
Liste des sigles, acronymes et abréviations.....	iv
Liste des tableaux .....	vi
Liste des Figures.....	viii
Liste des Annexes.....	x
Sommaire .....	xi
INTRODUCTION .....	1
PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE .....	5
Chapitre 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE .....	6
Chapitre 2 :CADRE THEORIQUE.....	28
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET RESULTATS D'ENQUETE.....	35
Chapitre 3 : METHODOLOGIE .....	36
Chapitre 4 : PRESENTATION DES RESULTATS .....	38
TROISIEME PARTIE : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION-IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS- PLAN DE MISE EN ŒUVRE.....	77
Chapitre 5 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES CAUSES .....	78
Chapitre 6 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS.....	85
Chapitre 7 : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION .....	90
CONCLUSION .....	98
REFERENCES.....	100
ANNEXES .....	103
TABLE DES MATIERES .....	109

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## **INTRODUCTION**

Placés au premier rang des pathologies neurologiques, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont considérés comme un véritable fléau, du fait du pronostic vital souvent sombre, des lourdes séquelles qu'ils entraînent et de l'insuffisance de structures sanitaires adéquates pour une prise en charge correcte. Avec des conditions socio-économiques et culturelles encore basses et l'insuffisance de moyens pour diagnostiquer cette pathologie, la plupart des patients arrivent à l'hôpital trop tard et ont reçu un traitement initial à l'extérieur qui n'est pas toujours sans danger (et qui, parfois, rend plus difficile le traitement ultérieur).

Les AVC peuvent présenter diverses complications redoutables. Outre les mesures générales symptomatiques et le traitement des pathologies existantes, la prévention des complications est un élément nécessaire pour la prise en charge **(1)**. Cette prise en charge doit être efficace et précoce, tant à la phase aiguë qu'à la phase de récupération.

Dans les pays occidentaux, l'AVC est la première cause de handicap acquis de l'adulte, la deuxième cause de démence après la maladie d'Alzheimer (30 % des démences sont entièrement ou en partie dues à des AVC) et la troisième cause de mortalité. En France, l'incidence annuelle est de 1,6 à 2,4/1 000 personnes tous âges confondus, soit de 100 000 à 145 000 AVC par an, avec 15 à 20 % de décès au terme du premier mois et 75 % de patients survivant avec des séquelles ; la prévalence annuelle des AVC est de 4 à 6/1 000 personnes tous âges confondus **(2)**.

Dans les pays en voie de développement, les AVC constituent un problème de santé publique du fait de leur prévalence en perpétuelle augmentation mais aussi de leur gravité liée à la maladie elle-même mais aussi à l'insuffisance du plateau technique médical sur le plan des équipements et des ressources humaines.

De même, les statistiques sont rares et peu fiables car elles s'appuient sur des données fragmentaires, hospitalières pour la plupart. Elles montrent, qu'en Afrique subsaharienne, la mortalité par maladie cardiovasculaire représente 22% de la mortalité générale et rejoint le taux de décès lié aux maladies infectieuses et nutritionnelles (OMS, 1997) **(3)**.

Au Sénégal, les AVC représentent plus de 30 % des hospitalisations et sont responsables des 2/3 de décès dans le service de neurologie de Dakar **(4)**. Une étude a montré qu'en moyenne 25 % des patients victimes d'AVC décèdent dans les jours ou mois qui suivent l'épisode initial, 50

% gardent un handicap de sévérité variable avec une dépendance totale ou partielle et 25 % récupèrent sans séquelles. **(4)**

Pourtant, avec l'organisation pyramidale du système de santé et l'adoption d'une politique de santé pour une meilleure accessibilité de la population aux soins, il devrait y avoir une meilleure qualité de la prise en charge des AVC au niveau des structures sanitaires de Dakar.

La fréquence, la gravité et le coût social et économique des AVC constituent un véritable problème de santé publique. Il devient par conséquent urgent, de mettre en place des stratégies adaptées afin de réduire leur morbidité et leur mortalité et cela passe d'abord par une meilleure connaissance par le personnel de santé des attitudes et pratiques en matière de diagnostic et de prise en charge des AVC. **(5)**

La dimension « Organisation » nous semble centrale et déterminante dans la prise en charge des patients victimes d'AVC.

C'est pour répondre à la question « Comment améliorer l'organisation de la prise en charge des patients victimes d'AVC à la clinique neurologique de Fann », que nous avons envisagé de réaliser cette étude dans le cadre de notre mémoire pour l'obtention du diplôme de MBA en gestion des services de santé option programme de santé au CESAG.

Ce mémoire est un exercice pratique des théories de méthode de résolution de problème. Il consiste en une identification des problèmes dans une structure donnée, de les prioriser afin d'apporter une solution.

Ce mémoire est constitué de cinq chapitres :

- le premier chapitre fait l'analyse situationnelle de notre structure d'accueil par l'étude de l'environnement externe et interne. Cette analyse permet de déterminer les forces et les faiblesses ainsi que les opportunités et les menaces ;
- le deuxième chapitre présente le cadre théorique et identifie les problèmes inhérents au fonctionnement du service et de les prioriser ;
- le troisième chapitre concerne la méthodologie de l'étude ;
- le quatrième chapitre présente les résultats de l'enquête ;
- le cinquième chapitre aborde l'identification et la priorisation des causes ;
- le sixième chapitre aborde l'identification et la priorisation des solutions ;

- le septième chapitre concerne le plan de mise en œuvre de la solution retenue ;
- puis des recommandations sont formulées à l'endroit de certains acteurs et une conclusion critique est faite sur l'analyse de ces résultats ;
- en annexe sont exposés tous les documents pertinents de ce travail.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

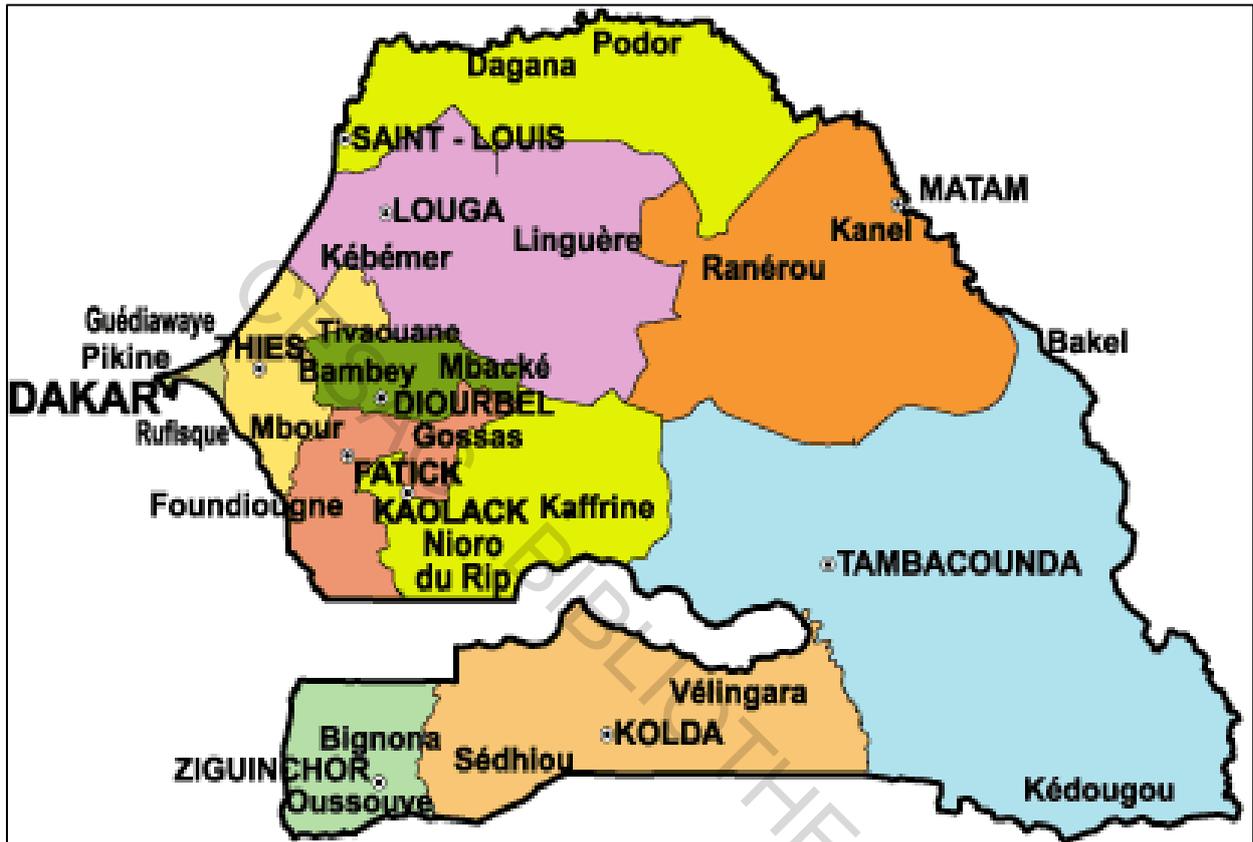
**PREMIERE PARTIE :**  
**ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE**  
**THEORIQUE DE L'ETUDE**

## Chapitre 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE

### 1.1. Analyse de l'environnement externe

#### 1.1.1. Généralités sur le Sénégal

Figure 1: Carte du Sénégal



### 1.1.2. Présentation du pays

#### 1.1.2.1. Géographie

Le Sénégal est situé à l'extrême ouest du continent africain, entre 12°5 et 16°5 de latitude Nord et 11°5 et 17°5 de longitude Ouest. Il couvre une superficie de 196.722 km<sup>2</sup>. Il est limité au Nord par la Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la république de Guinée et la Guinée Bissau et à l'Ouest par l'Océan Atlantique sur une façade de 700 km. La République de Gambie qui occupe tout le cours inférieur du fleuve du même nom, constitue une enclave de plus de 300 km à l'intérieur du territoire sénégalais. (6)

### **1.1.2.2. Données climatologiques**

Le Sénégal est un pays de l'Afrique subsaharienne. Le climat y est de type soudano-sahélien caractérisé par l'alternance d'une saison sèche allant de novembre à mai et d'une saison des pluies allant de juin à octobre. La pluviométrie moyenne annuelle suit un gradient décroissant du Sud au Nord du pays. Elle passe de 1.200 mm au Sud à 300 mm au Nord, avec des variations d'une année à l'autre. Trois principales zones de pluviométrie correspondant à trois zones climatiques sont ainsi déterminées : une zone forestière au Sud, une savane arborée au centre et une zone semi-désertique au Nord. (6)

### **1.1.2.3. Organisation administrative**

La capitale du Sénégal, Dakar, est en même temps celle de la région du même nom, presque île de 550 km<sup>2</sup> située à l'extrême ouest du pays. (6)

L'organisation administrative, territoriale et locale de la République du Sénégal est fixée par le décret du 10 septembre 2008 fixant le ressort territorial et le chef-lieu des régions et des départements et la loi n° 2013-10 du 28 décembre 2013 portant Code général des collectivités locales. Le territoire comprend ainsi des circonscriptions administratives (14 régions, 45 départements et 117 arrondissements) et des collectivités locales (557 communes). Depuis le 28 décembre 2013, les anciennes communautés rurales sont érigées en communes.

### **1.1.2.4. Situation socio-économique**

Les conditions plus propices, imputables notamment au démarrage de la mise en œuvre du Plan Sénégal Emergent mais également à la consolidation des échanges avec le Mali, ont été profitables à l'économie sénégalaise. Ainsi, le taux de croissance du Produit Intérieur Brut (PIB) réel est ressorti à 4,7% en 2014 contre 3,6% un an auparavant, porté par l'amélioration de la production dans le sous-secteur agricole, la relance des industries de l'huile et du sucre, mais également par le dynamisme, notamment, des cimenteries, des Bâtiments et Travaux Publics(BTP), de l'énergie, des télécommunications ainsi que des secteurs financiers.

Concernant les transactions avec le reste du monde, elles ont été marquées en 2014 par une amélioration du déficit courant qui est estimé à 8,8% du PIB contre 10,4% du PIB en 2013.

S'agissant de la situation monétaire en 2014, elle s'est traduite par une amélioration des avoirs extérieurs nets en 219,6 milliards ainsi qu'une augmentation de 2,8% du crédit intérieur. Reflétant l'évolution de ces contreparties, la masse monétaire s'est inscrite en hausse de 11,4%. En 2015, la relance de l'économie sénégalaise devrait se consolider sous l'impulsion de l'accélération de la mise en œuvre du Plan Sénégal Emergent (PSE).

En 2015, le Sénégal a enregistré des résultats macroéconomiques solides, avec un taux de croissance de 6,5 % (le plus haut depuis 2003) qui l'a hissé au deuxième rang des pays les plus dynamiques en Afrique de l'Ouest, derrière la Côte d'Ivoire. (7) PIB/tête (2011, ANSD) 526 390 FCFA

Le Sénégal s'est engagé dans un nouveau modèle de développement à travers une stratégie qui vise l'émergence dans la solidarité à l'horizon 2035. Cette stratégie constitue le référentiel de la politique économique et sociale. Elle met l'accent sur la création de richesses et d'emplois, le renforcement de la gouvernance, le développement des secteurs stratégiques ayant des impacts significatifs sur l'amélioration du bien-être des populations, particulièrement par la protection des groupes vulnérables et la garantie de l'accès aux services essentiels.

#### **1.1.2.5. Population**

La population du Sénégal recensée en 2013 est de 13 508 715 habitants<sup>1</sup> dont 6 735 421 hommes et 6 773 294 femmes. Cette population s'établissait en 2002 à 9 858 482 habitants, soit un taux d'accroissement annuel moyen intercensitaire de 2,7 % entre 2002-2013. Avec 4 958 085 en 1976 et 6 881 919 en 1988, les taux d'accroissement intercensitaires étaient respectivement de 2,7 % et 2,6 % pour 1976-1988 et 1988-2002. La densité moyenne est de 65 habitants au km<sup>2</sup>. Cependant, cette population est inégalement répartie entre les 14 régions administratives du pays. Les effectifs de population les plus élevés se retrouvent dans les régions de Dakar, Thiès et Diourbel avec, respectivement, 3 139 325 habitants (23,2 % de la population totale), 1 789 923 habitants (13,3 %) et 1 499 867 habitants (11,1 %) alors que les régions septentrionales et orientales du pays se caractérisent toujours par la faiblesse de leur population. La région de Kédougou enregistre le plus faible effectif de population avec 151 715 habitants (1,1 %). La région de Tambacounda, qui représente la région la plus vaste du pays (21,5 % de la superficie du pays), ne compte que 5,0 % de la population du Sénégal. La population croît rapidement : le fort taux de croissance démographique de 2,7 % observé entre 2002 et 2013 résulte essentiellement d'une fécondité encore élevée (ISF de 5,0 en 2012-2013)

et d'une mortalité infantile en baisse (61 % en 2005, 47 % en 2010-2011 et 43 % 2012-2013). De cette forte croissance, résulte une extrême jeunesse de la population : l'âge moyen de la population est de 22,7 ans et la moitié de la population a moins de 18 ans (âge médian). Au niveau national, Les résultats du RGPHAE révèlent que près d'un Sénégalais sur deux âgé d'au moins dix ans (46 %) sait lire et écrire dans une langue quelconque (53,8 % chez les hommes contre 37,7 % chez les femmes). Le taux d'alphabétisation est plus élevé en milieu urbain où on enregistre 57,9 % contre 33,8 % en milieu rural. Selon la région de résidence, c'est Ziguinchor (72 %) et Dakar (69 %) qui affichent les taux les plus élevés. La population du Sénégal est essentiellement musulmane (96,1 %). On y trouve aussi des chrétiens (3,8 %) ; les animistes et autres religions constituent les 0,1 % restant. **(8)**

### **1.1.3. Organisation du système de santé**

#### **1.1.3.1. Organisation du Ministère**

Le système de santé au Sénégal est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique.

- Le niveau central : regroupe, outre le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, des Directions et des Services rattachés.
- Le niveau intermédiaire : est représenté par la région médicale. Le Sénégal compte 14 régions médicales. La région médicale, dont l'aire d'intervention correspond à celle de la région administrative, assure la coordination, la supervision, l'inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région.
- Le niveau périphérique : constitué par les districts sanitaires.

Le Sénégal compte 76 districts sanitaires qui constituent une subdivision sanitaire proche des populations. Le district est l'unité opérationnelle la plus périphérique de la pyramide sanitaire. Il s'y applique la médecine dans son aspect quadridimensionnel : curatif, préventif, social et éducatif. Le district est constitué d'un ou de plusieurs centres de santé et englobe un réseau de postes de santé eux-mêmes supervisant les cases de santé et les maternités rurales. **(9)**

#### **1.1.3.2. Politique de santé**

La politique de santé trouve son fondement dans la Constitution Sénégalaise qui garantit le droit à la santé en son article 8 et dispose en son article 17 que « ...L'Etat et les Collectivités

publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien être... ». (8)

La politique de santé reste basée sur les soins de santé primaires et prend en compte les engagements internationaux du Sénégal vis-à-vis des organisations sous régionales, régionales et mondiales en matière de santé.

#### 1.1.4. La situation sanitaire au Sénégal : Les infrastructures sanitaires

Tableau 1: Les infrastructures sanitaires (10)

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

Source : compilations données DSIS 2015

#### 1.1.5. Analyse de l'environnement interne

##### 1.1.5.1. Historique (11)

L'édification du CHNU de Fann ne s'est pas faite en une seule fois, mais en plusieurs étapes comprises entre 1955, date du projet de sa création, 2001 dates de démarrage des travaux de construction du service d'ORL et 2006, date de la construction de son Centre de Diagnostic et

d'Imagerie Médicale(CDIM). Les repères suivants donnent aussi une idée de son évolution dans le temps.

**1956** : le 17 octobre, le service de neuropsychiatrie reçoit ses premiers malades en provenance du centre asilaire du cap Manuel ;

**1958** : la clinique de pneumo-phtisiologie est construite ;

**1960** : l'hôpital de Fann est créé, avec une mission de soins, d'enseignement et de recherche ;

**1961** : C'est la construction de la clinique des Maladies Infectieuses et de la pneumologie ;

**1963** : Ouverture des dites- cliniques avec contingent de malades et personnels venant de la 7ème division de l'hôpital le Dantec ;

**1965** : le décret 65 .393 du 10 juin 1965 fait de l'hôpital Fann un CHNU et un pavillon psychiatrique est construit à Thiaroye dépendant de l'hôpital de Fann ;

**1968** : la clinique de neurochirurgie est créée ;

**1970** : le service de neuropsychiatrie est scindé en deux centres distincts (neurologie et psychiatrie) la Psychiatrie donne son autonomie au pavillon de Thiaroye qui devient un hôpital ;

**1994** : le service de santé bucco-dentaire est inauguré ;

**1999** : le décret 99. 857 du 27 Aout 1999 érige le CHNU Fann en EPSH ;

**2000** : le service de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique est construit ;

**2001** : C'est le début construction du service d'ORL et réhabilitation extension, rééquipement du service neurochirurgie ;

**2004** : Début des activités d'hospitalisation et d'actes chirurgicaux du service de chirurgie cardio vasculaire ;

**2006** : Construction du Centre de Diagnostic et d'Imagerie Médicale ;

**2009** : Démarrage des activités du service ORL et du Centre de Diagnostic et d'Imagerie Médicale ;

**2011** : Début des activités du service de la cardiologie médicale logé dans les locaux de la clinique de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique ;

**2013** : Construction du Centre de Prise en charge Intégrée des addictions de Dakar(CEPIAD) ;

**2014** : Inauguration de l'unité de coronarographie ;

**2014** : Le Centre de Prise en Charge Intégrée des Addictions de Dakar(CEPIAD) a été inauguré. ;

**2015** : Construction du service de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique de pédiatrie.

### **1.1.5.2. Statut juridique (11)**

Le Centre Hospitalier National Universitaire de Fann (CHNU) est érigé en établissement public de santé (EPS) par le décret 99.857 du 27 Août 1999. C'est un hôpital de niveau 3, situé au sommet de la pyramide sanitaire du Sénégal. Elle a une vocation nationale avec pour missions les soins, la formation et la recherche.

### **1.1.5.3. Situation géographique et répartition physique des services**

#### **1.1.5.3.1. Situation géographique**

Le CHNU de Fann est situé sur l'avenue Cheikh Anta Diop, à la périphérie de Fann résidence, et s'étend sur une superficie de 37 hectares.

D'un accès facile par tout moyen de transport, le CHNU de Fann a une entrée tout à la fois sur l'Avenue Cheikh Anta Diop (entrée principale) et sur l'avenue Aimée Césaire (entrée secondaire).

Le CHNU de Fann polarise une population environnante de deux millions d'habitants qui comprend la ville de Dakar et sa banlieue. Du fait également de sa vocation nationale, et de par ses spécialités de pointe, le CHNU de Fann a un rayon d'action englobant l'ensemble du territoire national, et couvre une population de 13 millions d'habitants en 2013.

#### **1.1.5.3.2. Répartition physique des services**

Le CHNU comprend un certain nombre de services médicaux, médico-techniques, chirurgicaux et un ensemble de structures administratives et financières.

**Tableau 2 : Présentation des services de l'hôpital de Fann (source CHNU Fann)**

Services Administratifs	Services Médicaux	Services d'Aide Diagnostic
Direction	Neurologie	Laboratoires
Service Administratif et Financier	Neurochirurgie	Service Imagerie Médicale
Contrôle de Gestion	Psychiatrie	Pharmacie Centrale
Audit	Maladies infectieuses	
Ressources Humaines	Pneumolo-phtysiologie	
Agence Comptable	Cardiologie Médicale CUOMO	
Médecine du Travail	Chirurgie thoracique et Cardiovasculaire	
Service Soins infirmiers	SAU	
Service Social	Gériatrie	
Service Technique de Maintenance	ORL	
Service Hygiène et Sécurité		

#### 1.1.5.4. Mission

Conformément aux décrets **98-701 du 26 Août 1998** portant organisation des Etablissements Publics de Santé, **98-702** portant organisation administrative et financière des Etablissements publics de Santé et **99-857** portant érection du CHNU de Fann en Etablissement Public de Santé, il est fait obligation à l'hôpital d'élaborer un rapport permettant de rendre compte, en toute transparence, des activités du CHNU de Fann.

Le Centre Hospitalier National Universitaire de Fann comme tout CHNU a la particularité d'assurer une triple mission de **Soins, d'Enseignement et de Recherche**. Sa finalité première est de promouvoir et d'améliorer la santé des populations mais aussi d'assurer une meilleure accessibilité des soins tout en offrant aux populations des services continus et de qualité.

En partenariat avec l'Université Cheikh Anta DIOP, ses missions sont en parfaite congruence avec les orientations fixées par l'Etat qui assure en partie son financement et lui fixe un statut de service public.

### **1.1.5.5. Vision**

Soucieux d'offrir un milieu de travail sain, respectueux des règles et procédures de gestion, le CHNU de Fann est reconnu comme étant un établissement prodiguant des soins et des services.

Pour ce faire le CHNU de Fann s'est fixé les objectifs suivants :

- Améliorer l'organisation et la gestion des activités au sein de la structure ;
- Renforcer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments, produits pharmaceutiques et consommables ;
- Améliorer la disponibilité et la qualité des ressources matérielles, financières et humaines ;
- Renforcer le système de partenariat Public-Privé ;
- Améliorer le système de communication interne et externe ;
- -Promouvoir les activités de recherche

### **1.1.5.6. Cadre Organisationnel du Centre Hospitalier National Universitaire de Fann (11)**

#### **1.1.5.6.1. Organigramme du CHNU de Fann**

L'organigramme présente cinq niveaux :

- le premier niveau comprend les entités ministérielles de tutelles à savoir le ministère de la santé et de l'action sociale et le ministère de l'économie et des finances ;
- le deuxième niveau comprend le conseil d'administration ;
- le troisième niveau est constitué du directeur, de son adjoint et des services et cellules rattachés à la direction ;
- le quatrième niveau est constitué des organes consultatifs que sont le comité technique d'établissement et la commission médicale d'établissement ;
- le cinquième niveau comprend les services opérationnels médicaux ; médico-techniques et administratifs qui à leur sein compose des divisions.

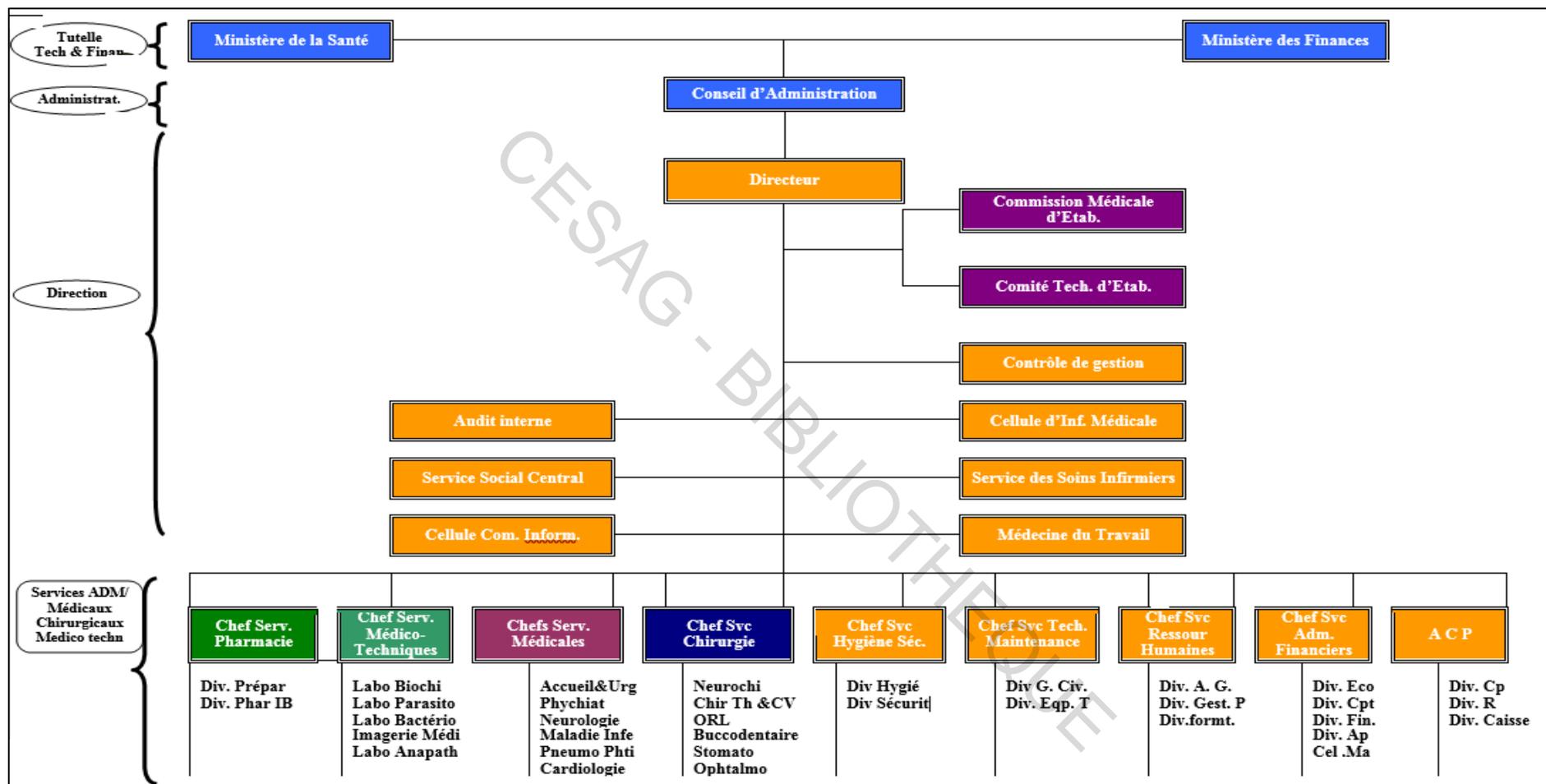
**NB :** L'organigramme a connu des évolutions

- le partenariat, le coordonnateur du Centre Diagnostic et d'Imagerie Médicale (CDIM), la cellule informatique dépendent directement du directeur ;

- la chirurgie pédiatrique dépend de la cardiologie.
- la cellule contrôle de gestion a deux divisions à savoir la comptabilité analytique et le suivi budgétaire.
- le service des soins infirmiers a deux divisions à savoir le chef de service des soins infirmiers et ses adjoints (formation et encadrement, qualité des soins).
- l'audit a une cellule de vérification et de contrôle des recettes.
- le CEPIAD dépend du service de psychiatrie.
- l'agent comptable particulier a une autre division.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Figure 2: Organigramme de l'hôpital de FANN (11)



Organigramme conçu en 2008

### 1.1.5.6.2. Les ressources du CHNU de Fann

- **Humaines**

Le CHNU de Fann compte actuellement 686 agents dont 126 (le personnel médical), 335(le personnel paramédical), 160(le personnel administratif), 65(le personnel technique et de soutien).

- **Financières**

Le budget de l'hôpital Fann en 2017 est de 7.182.265.000 FCFA dont 1.070.165.000 FCFA pour la subvention de l'Etat.

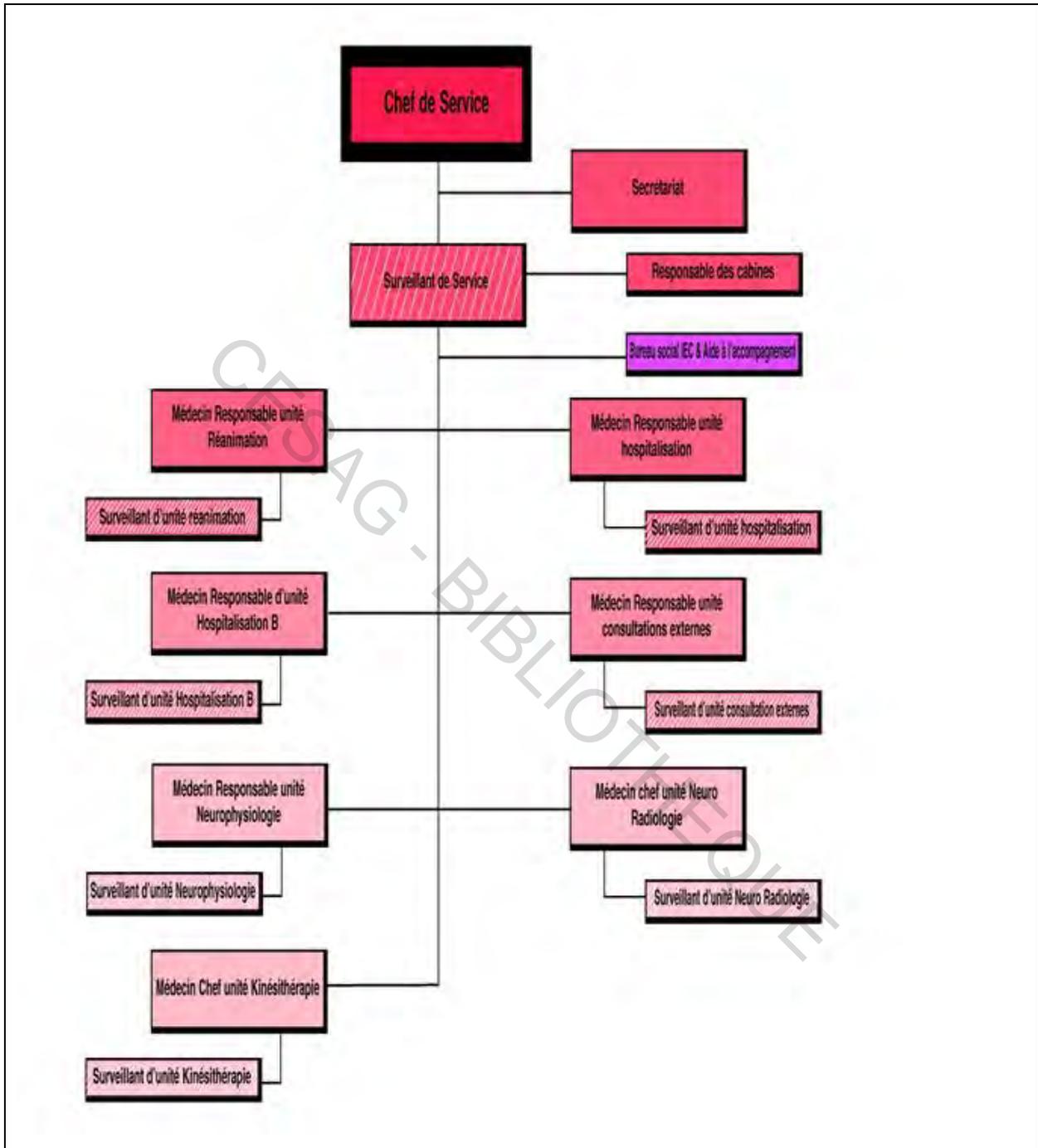
### 1.1.5.7. Le service de Neurologie

**Figure 3: Présentation du service**



### 1.1.5.7.1. Organigramme du service de Neurologie (11)

Figure 4: Organigramme de Neurologie



### 1.1.5.7.2. Organisation du service de Neurologie (11)

La clinique est constituée d'un bâtiment à étage d'un seul niveau :

- Au rez de chaussée, l'on trouve :
  - 8 bureaux de consultations pour les médecins ;
  - Une division de neurophysiologie comportant 3 appareils d'électroencéphalographie numérisés et un appareil d'électromyographie ;
  - Une division de neuroradiologie avec un scanner ;
  - Une salle d'archives ;
  - Une division de consultation externe jouxtant le rez de chaussée ;
  - Une salle de garde des médecins et étudiants en spécialisation en neurologie ;
  - Une division de kinésithérapie ;
  - Une salle de facturation
- A l'étage se trouve :
  - Deux divisions d'hospitalisation de 45 lits, chacune d'elles est divisée en unité de soins et est placée sous le contrôle d'un professeur agrégé ou d'un maître assistant ;
  - Une unité de soins intensifs comportant 9 lits, 9 sources d'oxygène murales, un moniteur de surveillance.

L'ensemble du service est managé par un chef de service qui est un professeur agrégé.

Du point de vue **ressources humaines**, le service de neurologie dispose de trois professeurs agrégés, deux maîtres assistants, quatre assistants, de trois médecins, de onze infirmiers d'état (dont deux étatiques, six pour la garde rémunérée et deux contractuelles), de neuf infirmiers brevetés, de seize aides-infirmiers, d'un seul garçon de salle, d'un planton, de deux cuisiniers, de cinq secrétaires, de neuf brancardiers, de cinq techniciens en kinésithérapie.

Il y a cinq majors de service, les staffs de sortie sont organisés par les médecins chaque lundi et les staffs de coordination tous les quinze jours.

Du point de vue **ressources financières**, le service de neurologie n'a pas d'autonomie financière. Il appartient au système public de la santé et à ce titre son fonctionnement est assuré par le CNHU de Fann à travers les subventions étatiques et les ressources générées par les activités de prestation de service de l'hôpital.

Du point de vue **ressources matérielles**, le tableau ci-dessous en est une illustration.

**Tableau 3: Les ressources matérielles**

Unité A	Unité B	RAM	Consultation externe
Extracteurs (2)	Poupinelles (1)	Lits (8), matelas (8)	Aspirateurs (1)
Aspirateurs (2)	Fauteuil roulant	Aspirateur à Suction (5),	Extracteurs (1)
Fauteuil roulant (1)	Aspirateur (1)	scope (6), saturomètre (1)	Lits (3)
Plateaux (8)	Extracteur (3)	Paravents (6)	Matelas (3)
Frigos (1)		Armoires/bureaux (3)	Armoire (1)
		Chaises (3), fauteuils (3)	Tensiomètre (2)
		Frigos (2), poupinelles (1),	Glucomètre (1)
		porte serrure (5), chariot (3)	Fauteuil roulant (1)
		Lampe chevet (2)	Chariot (1)
		Pousse seringue (6)	
		Chauffe-eau (1)	
		Appareil ECG (1)	
		Oxygène mural (4)	
		Onduleur (1)	

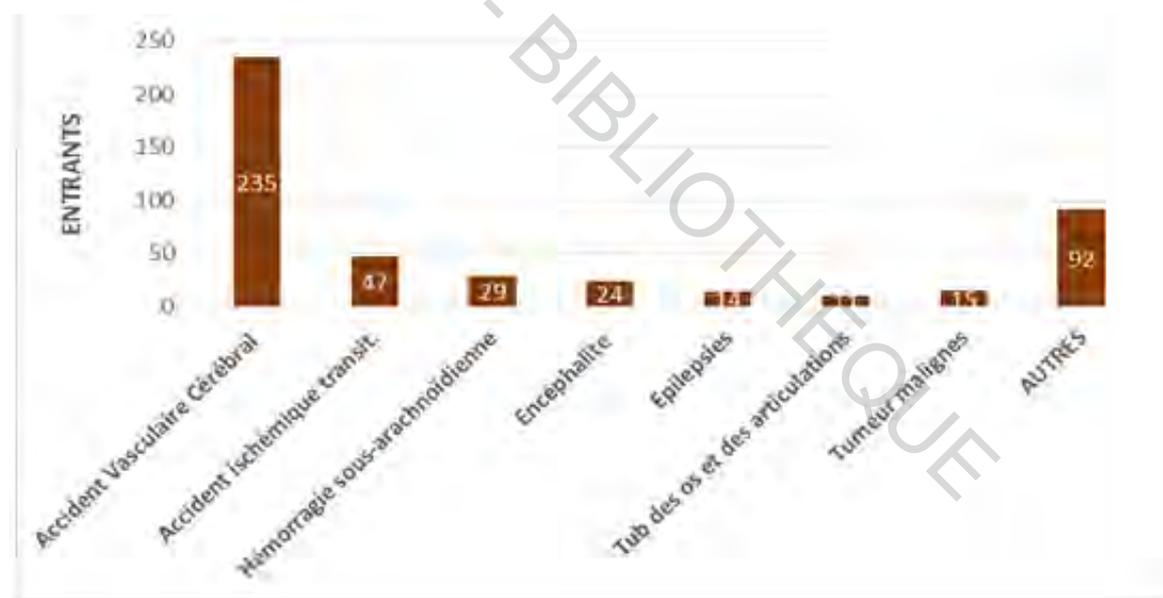
Le nombre de lits est ainsi réparti : neuf lits en réanimation, trois en post réanimation, quatorze lits dans les cabines à raison de deux lits par cabine et trente-deux lits d'hospitalisation à raison de quatre lits par salle.

Les pathologies les plus fréquentes au service de Neurologie sont réparties selon le tableau suivant :

**Tableau 4: Répartition du diagnostic Principal (source CIM Fann2016)**

Diagnostic principal	Total	DMS
Accident Vasculaire Cérébral	235	15
Accident ischémique transit.	47	147
Hémorragie sous-arachnoïdienne	29	167
Encéphalite	24	65
Epilepsies	14	67
Tubérosité des os et des articulations	11	60
Tumeur malignes	15	125
AUTRES	92	959
<b>TOTAL</b>	<b>467</b>	<b>17</b>

**Figure 5: répartition des entrants en fonction du diagnostic principal**



Source : CIM Fann (2016)

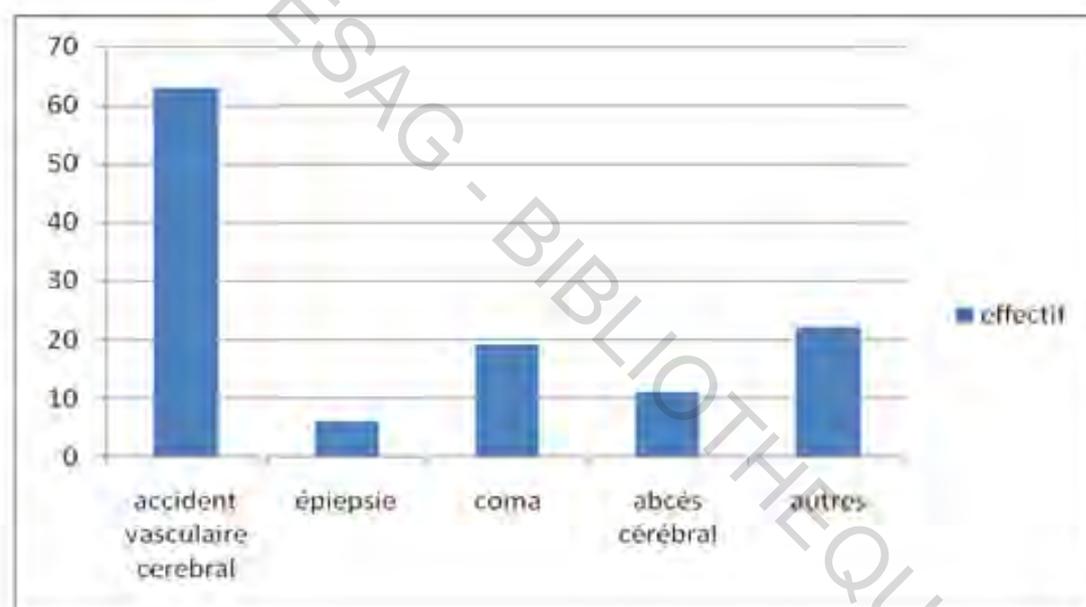
L'accident vasculaire cérébral représente la principale pathologie au service des urgences selon le rapport du CIM 2016

**Tableau 5: Répartition du diagnostic Principal**

DIAGNOSTIC PRINCIPAL	TOTAL	DMS
ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL	63	7.76
EPILEPSIES	6	5
COMA	19	6.5
ABCES CEREBRAL	11	6
AUTRES	22	9
<b>TOTAL</b>	<b>121</b>	<b>7</b>

Source : CIM Fann 2016

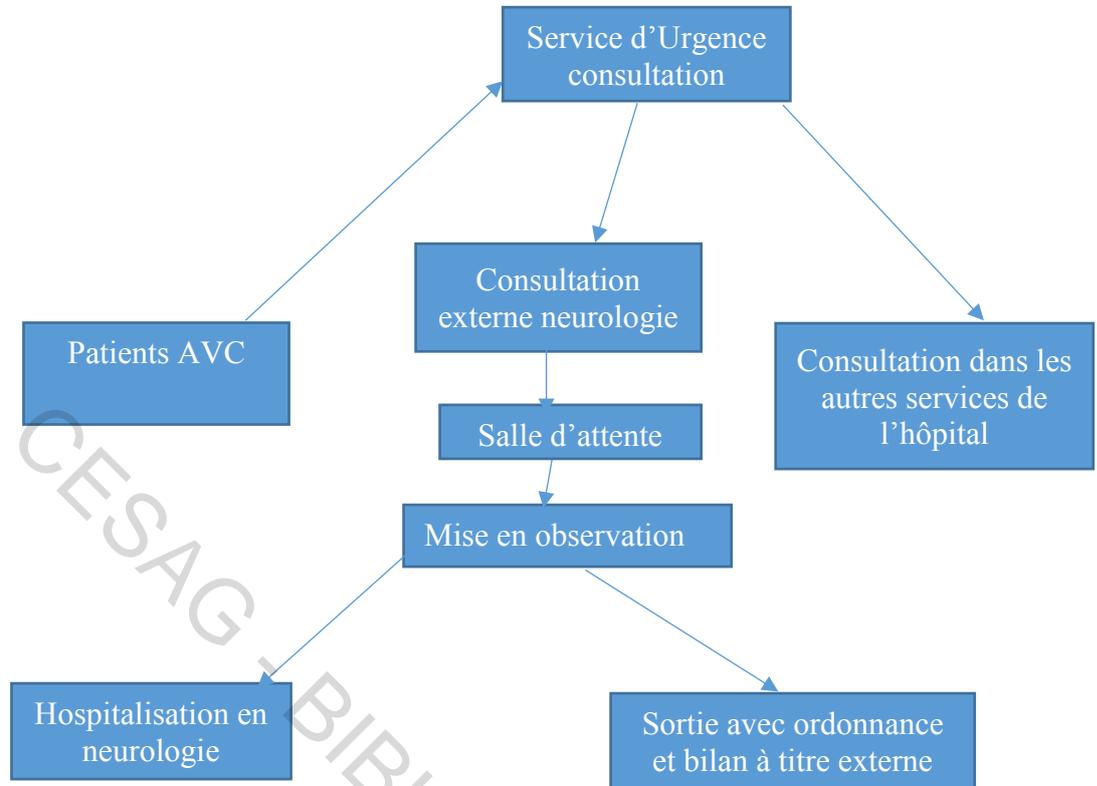
**Figure 6: répartition des entrants en fonction du diagnostic principal**



Source : CIM Fann (2016)

### 1.1.5.7.3. Circuit du patient au service de Neurologie

Figure 7: Circuit du patient



Source : nous-même

Le patient AVC qui arrive à l'hôpital est d'abord consulté au service des urgences. Il est ainsi soit référé au niveau des autres services de l'hôpital soit à la consultation externe du service de neurologie. Il est admis à la salle d'attente. Après observation, il est soit mis en hospitalisation en neurologie soit il est sorti avec une ordonnance et un bilan à titre externe.

## 1.1.6. Synthèse de l'environnement

### 1.1.6.1. Les atouts et les points forts de l'environnement

Ces points forts sont :

- la compétence des prestataires de service de la clinique, sa position de leader en matière de neurologie au Sénégal et dans la sous-région ;
- le démarrage effectif des activités de la cellule d'Information Médicale (CIM) au niveau de la neurologie ;
- la clinique constitue l'un des rares structures de la spécialité qui existe au Sénégal ;

- la clinique jouit d'une très grande réputation au niveau national, régional et international à travers les résultats de recherche, les thèses, les mémoires qu'elle fait publier dans la presse internationale spécialisée en neurologie.

#### **1.1.6.2. Les points faibles de l'environnement**

Ces points faibles sont :

- les difficultés éprouvées par la plupart des patients à faire face aux coûts de la consultation et des soins ;
- insuffisance d'extincteur dans le service ;
- absence de tableau, de feuille de température et fiches de traitement affichées au mur ;
- absence d'armoire de rangement ;
- absence de description de poste des agents ;
- absence d'ambulance destinée uniquement au service ;
- absence de formation continue du personnel ;
- capacité d'accueil de lits insuffisants pour une clinique de référence à vocation sous régionale ;
- un nombre de patients hospitalisés pour AVC qui augmente régulièrement ;
- lourde charge de travail surtout au plan nursing des malades (prévention des escarres, des stases sanguines et des maladies emboliques) ;
- long séjour des patients AVC à la clinique ;
- appareil d'échographie non fonctionnel ;
- mauvaises conditions de travail du personnel.

#### **1.1.6.3. Les opportunités**

Ces opportunités sont :

- centre de référence dans le domaine des neurosciences ;
- environnement favorable avec la proximité des autres services de neurosciences (neurochirurgie, psychiatrie) et spécialités « tête et cou » ;
- quasi-monopole des offres de soins en neurologie ;
- expertise reconnue des personnels qui y officient ;
- membre de la « World Federation of neurology, ce qui lui ouvre des perspectives intéressantes de coopération internationale.

#### 1.1.6.4. Les menaces

Ces menaces sont :

- trop forte demande qui ne peut être satisfaite par les ressources existantes ;
- insuffisance de ressources humaines ;
- absence de planification et de dotation des instruments de travail (intrants) ;
- absence de convention de partenariat avec les hôpitaux régionaux ;
- déperdition des neurologues.

### 1.2. Identification des problèmes et leur priorisation

En matière d'identification et de priorisation de problèmes, il existe plusieurs méthodes et approches.

Pour identifier et prioriser les problèmes au niveau du service de Neurologie, nous nous sommes inspirés de la **technique du groupe nominal** (approche dite par recherche de consensus)

La technique consiste en une réflexion collective, et un vote individuel, avec un groupe de personnes ressources (informateurs-clés), dit groupe nominal.

#### 1.2.1. Identification des problèmes

En effectuant divers entretiens individuellement avec les responsables de l'hôpital et un certain nombre de personnels du service de neurologie (dont un professeur, sept neurologues, trois étudiants en spécialisation, la surveillante du service, les cinq majors du service, les stagiaires infirmiers, l'assistante sociale du service, le brancardier et le vigil) et en éclaircissant les problèmes émis, une dizaine de problèmes ont été identifiés dont :

- l'insuffisance du personnel en quantité et en qualité (neurologues, infirmiers, kinésithérapeutes, brancardiers, médecin réanimateur) ;
- l'insuffisance de matériels et de consommables (charriots, lavabos dans les bureaux, imprimante, photocopieur, trousse d'urgence, aspirateur, difficulté d'avoir l'ambulance en cas d'évacuation) ;
- le problème d'organisation architecturale (les salles d'hospitalisation en haut, les bureaux en bas, l'absence d'ascenseur) ;

- les mauvaises conditions de travail (les bureaux sont insuffisants, mal construits surtout en consultation externe où ils sont inondés, mauvais emplacement de la neurophysiologie qui devrait être isolée, les salles sont exiguës, étroites) ;
- le coût élevé de la prise en charge des patients ;
- la mauvaise organisation de la prise en charge des patients victimes d'AVC ;
- le temps d'attente allongé au niveau de la consultation externe et au niveau de la kinésithérapie ;
- la non disponibilité du médicament thrombolytique (cherté et rareté) alors que les compétences sont là (trois neurologues ont fait la formation de la thrombolyse) ;
- le problème de places (le seul service de neurologie où on peut hospitaliser, la durée du séjour est longue) ;
- Le manque d'humanisation du service de neurologie (pas d'abri pour les accompagnants).

### 1.2.2. Priorisation (choix du problème prioritaire)

Pour la priorisation, un groupe de travail a été constitué. Il est composé de :

- Cinq neurologues ;
- Trois infirmiers ;
- La surveillante de service ;
- La stagiaire.

Nous avons par la suite, procédé après discussion, au choix du problème prioritaire. La priorisation s'est basée sur les critères suivants :

- **L'importance du problème** : Il s'agit de voir si le problème entrave l'atteinte des objectifs du service ou de l'établissement ;
- **L'ampleur du problème** : désigne la fréquence, la récurrence, l'incidence, l'étendue du problème, s'il touche plusieurs secteurs et son impact sur le fonctionnement de la structure ;
- **La perception du problème** : désigne comment le personnel ou la structure perçoit le problème et son adhésion à la résolution du problème ;
- **La solvabilité** : désigne l'existence de solutions possibles, et la possibilité de mise en œuvre des moyens nécessaires à la résolution du problème.

Pour chaque problème identifié, chaque membre du groupe a attribué un certain nombre de points par critère en fonction de l'échelle ci-dessous :

- Niveau **faible** = 1 ou 2 points
- Niveau **moyen** = 3 ou 4 points
- Niveau **élevé** = 5 ou 6 Points

**Tableau 6: Priorisation de problème**

Problèmes \ Critères	L'importance	L'ampleur	La perception	La solvabilité	Total	Score
L'insuffisance du personnel en quantité et en qualité	6	5	6	5	22	2 <sup>ème</sup>
L'insuffisance de matériels et consommables	5	4	5	4	18	3 <sup>ex</sup>
Le problème d'organisation architecturale	3	3	4	2	12	10 <sup>ème</sup>
Les mauvaises conditions de travail	5	4	5	4	18	3 <sup>ex</sup>
Le coût élevé de la prise en charge des patients	6	3	2	6	17	5 <sup>ème</sup>
La mauvaise organisation de la prise en charge	6	6	6	6	24	1 <sup>er</sup>
Le temps d'attente allongé	5	3	2	5	15	7 <sup>ème</sup>
La non-disponibilité du médicament thrombolytique	5	3	4	2	14	8 <sup>ème</sup>
Le problème de places	6	2	2	6	16	6 <sup>ème</sup>
Le manque d'humanisation	4	3	4	2	13	9 <sup>ème</sup>

Source : nous-même

Suite à la cotation de chaque problème en fonction des critères, la mauvaise organisation de la prise en charge vient en première position avec un score de 24 suivi de l'insuffisance du personnel en quantité et en qualité. Au vu de ces résultats, nous abordons la mauvaise organisation de la prise en charge.

## Chapitre 2 :CADRE THEORIQUE

### 2.1. Problématique

Au service de neurologie (CHNU de Fann Dakar), les accidents vasculaires cérébraux sont au premier rang des affections neurologiques au Sénégal.

Ils représentent plus de 30 % des hospitalisations et sont responsables pour près de 2/3 de la mortalité dans le service de neurologie de Dakar.

La mise en place des mesures de prévention secondaire face à un AVC, parfaitement caractérisé, doit permettre une rationalisation de l'offre de soins autour de l'identification des filières locales de prise en charge des AVC, et centrée autour d'une unité neurovasculaire.

L'unité neurovasculaire, plaque tournante de la filière de soins, trouve sa place d'épicentre naturel de ce « réseau AVC » car c'est le lieu de convergence des patients qui ont fait un AVC : le bénéfice de santé pour les patients y est démontré, le projet de soins s'y structure de façon concertée, l'information médicale y est centralisée ; c'est un lieu de formation et de recherche.

La prise en charge des patients atteints d'un AVC aigu implique l'élaboration de protocoles acceptés par tous les partenaires concernés, qu'il s'agisse du personnel médical (neurologues, radiologues, urgentistes, cardiologues, réanimateurs, chirurgiens vasculaires, neurochirurgiens, médecins, rééducateurs) ou du personnel paramédical (infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues, assistantes sociales). Ces protocoles sont le meilleur garant de la qualité et de la complémentarité des interventions. Ceux-ci ne peuvent se concevoir sans une organisation globale de la prise en charge, structurée autour des différents acteurs de santé.

Toutefois, les particularités de chaque établissement et à travers, l'ensemble de la filière doivent être pris en compte. Enfin, de par leur situation stratégique dans l'urgence neurologique, les unités aident à évaluer les besoins de santé de la population.

L'AVC et l'AIT sont des urgences médicales majeures pour lesquelles l'enjeu essentiel est le délai de prise en charge qui doit être le plus court possible, pour assurer le diagnostic initial et réaliser les gestes d'urgence qui s'imposent (thrombolyse dans le délai de sécurité ou orientation vers un service de neurochirurgie). Il s'agit alors d' :

- organiser un maillage du territoire par des filières organisées, autour des UNV de territoire ou de recours, pour assurer à toute personne atteinte d'AVC cette prise en charge en urgence répondant à des critères de qualité et de sécurité ;
- intégrer l'ensemble des acteurs pour assurer une continuité de la prise en charge sanitaire, qu'elle soit effectuée par des acteurs hospitaliers ou libéraux, sociale et médico-sociale pour prévenir ou réduire les séquelles liées à cette maladie.

Il s'agit d'offrir à chaque patient un « plan de soins personnalisé » (PPS) formalisé avec l'équipe pluridisciplinaire de l'UNV pour tout patient victime d'AVC. Le PPS doit se dérouler sur la phase aiguë, la phase secondaire précoce et la phase de consolidation, le programme adapté de prise en charge et notamment la mobilisation des professionnels et les lieux de prise en charge.

**(12)**

Le Sénégal, à l'instar de plusieurs pays africains est en train de vivre une transition démographique et épidémiologique. Les changements de modes de vie ont entraîné une augmentation de la prévalence de facteurs de risque vasculaires tels que l'hypertension artérielle, le diabète, l'hypercholestérolémie, l'obésité, la sédentarité, le stress, le tabagisme et l'alcoolisme.

Ainsi les accidents vasculaires cérébraux et les états de mal convulsifs sont caractérisés par une fréquence et une létalité importantes, un coût élevé. La prise en charge de ces affections est faite à la clinique neurologique du CHU de Fann, Dakar-Sénégal (le seul dans tout le pays) qui a une capacité de 55 lits. Malheureusement, le recours à ce service est souvent tardif associé à un déficit en ressources humaines et matérielles. L'amélioration de cette prise en charge passe par le renforcement du plateau technique, du personnel de santé et la sensibilisation de la population sur la nécessité d'un recours précoce aux structures de santé et sur la prévention des facteurs de risque d'affections neurologiques. **(13)**

### **2.1.1. Contexte et justification**

Selon l'Organisation mondiale de la santé (World Health Organization, 2001), chaque année, environ 32 millions d'infarctus du myocarde ou d'AVC sont recensés dans le monde entraînant globalement 12,5 millions de décès. Par ailleurs, on dénombre environ 5,54 millions de décès par AVC dans le monde dont 80 % dans les pays en voie de développement (World Health Organization, 2002 ; Reddy et Yusuf, 1998).

En Afrique subsaharienne, les affections transmissibles, infectieuses, nutritionnelles et materno-fœtales représentaient 5,3 millions de décès contre 1,8 millions pour les affections non transmissibles en 1990. Parmi ces dernières, 815 000 environ sont attribuables aux affections cardio- et cérébrovasculaires. **(14)**

La couverture sanitaire est en deçà des normes de l'Organisation mondiale de la sante' (OMS) avec un ratio d'un médecin pour 10 000 habitants, un infirmier pour 3000 habitants, une sage-femme pour 300 femmes en âge de procréer.

En Europe, s'il y a un neurologue pour 20 000 habitants, en Afrique, il y a un pour trois millions d'habitants **(15)** alors que les recommandations de l'OMS sont d'un pour 50 000 habitants. En effet, en Afrique seulement, 11 pays disposent de plus de dix neurologues avec un ratio de 1 pour 711 856 habitants, la majorité' ayant moins de cinq neurologues avec un ratio de 1 pour 1 612 000 habitants **(15)**. Très peu de pays ont un service de neurologie individualisé'. De plus, même s'il y a quelques services de neurologie, leur nombre de lits est faible. En Afrique subsaharienne, il existe trois lits de neurologie contre 73 par million d'habitants en Europe (Aarli et al., 2007). Il semble bien que seulement très peu de lits soient spécifiquement dédiés aux AVC et il n'existe quasiment pas de stroke-unit en dehors de l'Afrique du Sud qui dispose de telle structure. **(14)**

Au Sénégal, il y a un neurologue pour 500.000 habitants et tous les neurologues officient à Dakar. **(14)**

Selon M.S. Diop-Sène et collaborateurs **(16)**, l'admission dans une structure de sante' est tardive ; dans une enquête sur la prise en charge des AVC, qui révèle qu'aucun malade n'a consulté dans une structure sanitaire dans les trois heures qui suivent la survenue de l'AVC et seuls 0,58 % des patients victimes d'un AVC ont été' admis dans le service de Neurologie dans les six heures. Il s'y ajoute que le transport est le plus souvent non médicalisé' : 84 % des patients comateux sont transportés dans des conditions non médicalisées, voiture personnelle, taxi ou transport en commun. Même le transfert des patients d'une structure sanitaire à une autre se fait dans les mêmes conditions de précarité. Le délai moyen d'admission dans le service de neurologie était de 35,2 heures. **(14)**

### 2.1.2. Revue de la littérature

Les causes possibles de cette haute incidence et de cette haute gravité résident dans des éléments spécifiquement médicaux : changement des comportements alimentaires des populations, augmentation de l'incidence des facteurs de risque vasculaire - HTA, diabète, obésité, sédentarité, etc.). La transition démographique et les mutations des habitudes de vie (industrialisation et urbanisation) peuvent jouer leur rôle. Mais la gravité des AVC en Afrique est probablement en rapport avec les insuffisances de la prise en charge des AVC. Toutes les recommandations concernant la prise en charge des AVC publiées en France, en Europe, aux Etats Unis et en Afrique, rappellent qu'une amélioration du pronostic des AVC n'est possible qu'en structurant la filière de soins, depuis le lieu de survenue de l'accident jusqu'au retour à domicile.

Or cette structuration des filières de soins est encore insuffisante en Afrique. Le système occidental est fondé sur l'existence d'unités Neurovasculaires et n'est pas immédiatement transposable actuellement dans les régions subsahariennes, notamment pour des raisons socio-économiques. Au faible développement initial en matière de soins s'ajoutent désormais des facteurs économiques nouveaux, qui retardent le développement de l'offre de soins.

La crise économique qui sévit dans le monde en général et en Afrique en particulier, les politiques d'ajustement structurel, le besoin de maîtriser les dépenses de santé, ont provoqué le désengagement partiel des Etats africains et le recours à des politiques sanitaires fondées sur le recouvrement des coûts. C'est ainsi que la résolution sur l'« Initiative de Bamako » (IB) a été adoptée par le comité régional de l'OMS en septembre 1987. Les populations doivent désormais faire face à leurs dépenses en santé.

Il est néanmoins pertinent de mettre en place des mécanismes appropriés et adaptés de prise en charge des AVC sur le continent.

Au **Mali**, la prise en charge des patients victimes d'AVC, à partir de l'analyse des moyens humains, des plateaux techniques disponibles, et de la pratique des intervenants a été explorée par un questionnaire. Il s'agit de la première étude extrahospitalière de ce type.

Une telle analyse de l'offre actuelle de soins aux patients victimes d'AVC nous paraît un préalable indispensable à une amélioration de la situation. La connaissance de ces réalités devrait permettre de proposer une stratégie nationale en matière de prise en charge des AVC,

comportant une filière organisée, ainsi que des actions de prévention (primaire et secondaire) et des interventions (17).

En **Gambie**, une étude hospitalière conduite en 1990–1991 avait estimé le délai moyen d'admission à 29 heures avec plus d'un quart des patients arrivant à l'hôpital. (15)

Après une semaine (Walker et al., 2003) dans une série prospective de 170 patients admis à l'hôpital de Dakar, ont souligné que seul un patient a pu arriver à l'hôpital dans un délai de six heures, 28,2 % des patients arrivant entre six et 24 heures ; moins de la moitié des patients ont bénéficié d'un scanner cérébral en moins de trois jours. (18). Très peu de patients arrivent dans les structures de soins dans les six premières heures. Des raisons culturelles et économiques expliquent en partie ce délai. En effet, des études sud-africaines ont montré qu'environ un tiers des patients consultent d'abord un praticien traditionnel avant le médecin (Thorogood et al., 2004). Ces réalités sont les mêmes partout en Afrique voire pire dans certaines régions. Par ailleurs, le niveau de connaissance de la population par rapport aux symptômes et signes d'alerte explique en partie ces délais d'accès aux structures hospitalières.

Dans la partie Sud du **Nigéria**, une récente étude hospitalière a révélé que seul 39,6 % des sujets suivis pour HTA et diabète ont pu identifier au moins un des signes et symptômes d'AVC (Wahab et al., 2008). Ces données étaient identiques à celles d'une étude antérieure (Ajayi et Ojo, 2007). Les facteurs associés à une identification des signes étaient le niveau d'éducation et le sexe, les hommes les reconnaissant mieux (mais ces deux derniers facteurs sont probablement liés en Afrique : l'accès à l'éducation scolaire des filles n'étant pas acquis). (14)

### **2.1.3. But de l'étude**

Améliorer la prise en charge des patients victimes d'AVC à la clinique neurologique de Fann.

### **2.1.4. Objectif général**

Contribuer à l'amélioration de l'organisation de la prise en charge des patients victimes d'AVC à la clinique neurologique du centre hospitalier de Fann de Dakar.

### **2.1.5. Objectifs spécifiques**

- Décrire l'organisation de la prise en charge des patients victimes d'AVC à la clinique neurologique du CHNU de Fann ;

- Identifier les problèmes liés à l'organisation de la prise en charge des patients victimes d'AVC ;
- Proposer des solutions pour l'amélioration de l'organisation de la prise en charge ;
- Formuler des recommandations.

## 2.2. Cadre conceptuel

Cette section portera essentiellement sur la définition de concepts :

- **Un Accident Vasculaire Cérébral (AVC)** est la lésion d'une zone du cerveau due à une altération d'un vaisseau, presque toujours une artère. La définition est donc simple, mais une lésion du cerveau peut avoir pour conséquence une multitude de déficits. Elle se traduit par la perte d'une fonction gérée par cette partie du cerveau, et comme l'AVC est brutal, la perte de la fonction concernée est brutale **(18)**.

On peut différencier deux types de lésions : Les AVC regroupent les accidents ischémiques cérébraux ou infarctus, représentant environ 85% de l'ensemble des AVC et les accidents hémorragiques (15%), hématomes intra-cérébraux et hémorragies méningées. Si les symptômes durent moins de 24h, on parle d'Accident Ischémique Transitoire (AIT).

### ➤ **Étiologie des AVC**

Il existe trois principales causes d'hémorragies cérébrales. La première est, de loin, l'hypertension artérielle, qui multiplie par dix les risques. La deuxième cause, qui est principalement responsable des hémorragies méningées, est la malformation des vaisseaux, dont la variété la plus fréquente est la dilatation localisée d'une artère, appelée anévrisme. La troisième cause, qui peut provoquer des troubles de la coagulation pouvant entraîner des hémorragies cérébrales.

### ➤ **Les causes des accidents ischémiques sont encore plus complexes**

Le plus souvent, l'artère s'obstrue à cause d'un caillot, ou thrombus, qui peut migrer et provoquer une embolie. Les facteurs de risque majeurs sont l'hypertension artérielle, les cardiopathies, le diabète, l'âge avancé, les antécédents personnels ou familiaux d'AVC, un taux de cholestérol élevé, le tabagisme, en particulier lorsqu'il est associé à une contraception orale, l'obésité, l'alcoolisme.

- **La thrombolyse** : C'est une méthode thérapeutique qui consiste en une injection d'une substance thrombolytique appelée également fibrinolytique (fibrinolyse) c'est-à-dire une substance capable de dissoudre un caillot sanguin. Le médicament qui permet de faire la thrombolyse s'appelle Rt-PA : Actilyse qui a obtenu son Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en 2003. (19)

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**DEUXIEME PARTIE :  
METHODOLOGIE ET RESULTATS D'ENQUETE**

## **Chapitre 3 : METHODOLOGIE**

Dans ce chapitre, nous parlerons de la population de l'étude, de la méthodologie et de la technique d'échantillonnage, de la stratégie de recherche, de la méthode et du type de recherche, de la technique et d'instruments de collecte de données, du déroulement de l'enquête, du dépouillement et du traitement des données et enfin des difficultés rencontrées sur le terrain.

### **3.1 Population de l'étude**

La population de l'étude sera constituée des patients victimes d'AVC à la clinique neurologique de Fann au cours de la période de notre étude et par les professionnels du dit service.

Certains patients seront exclus de l'échantillon ce sont les patients dont l'AVC n'est pas confirmé par le scanner cérébral et qui n'ont pas été hospitalisés dans le service.

### **3.2 Méthode et technique d'échantillonnage**

Pour la présente étude, nous avons utilisé la méthode non probabiliste pour déterminer la taille de l'échantillon. Nous avons interrogé 45 patients ou accompagnants victimes d'AVC et 36 professionnels au niveau de la clinique neurologique.

Pour les professionnels, nous avons interrogé les médecins neurologues, les paramédicaux (infirmiers et kinésithérapeutes) et les administratifs du service.

### **3.3 Stratégie de recherche**

Après avoir eu l'accord des autorités de l'hôpital de Fann et avoir échangé avec le personnel de la clinique neurologique des stratégies seront adoptées pour mener cette étude.

#### **3.3.1 Méthode et type de recherche**

Nous avons mené une étude descriptive, transversale, qualitative et quantitative basée sur l'observation du service et l'entretien.

#### **3.3.2 Technique et instruments de collecte de données**

Nous avons fait une observation au niveau de la clinique neurologique de Fann et soumis un questionnaire aux professionnels du service ainsi qu'aux patients.

### **3.3.2.1 La revue de la littérature**

Nous avons lu et analysé plusieurs documents (les ouvrages, les mémoires, les thèses) concernant l'organisation de la prise en charge des patients victimes d'AVC. Nous avons également utilisé l'internet pour plus d'informations. Nous avons aussi exploité les rapports d'activité de la cellule d'information médicale.

### **3.3.2.2 L'observation**

Nous avons observé la clinique neurologique et nous nous sommes intéressées à l'organisation du service et le circuit du patient.

### **3.3.2.3 Les entretiens**

Nous avons mené des entretiens avec les professionnels et les patients ou les accompagnants

## **3.4 Pré-test**

Avant d'utiliser nos questionnaires, nous les avons d'abord testés. Le document a été soumis à l'encadreur pour validation. C'est après la validation et la correction des erreurs que les questionnaires ont été administrés.

## **3.5 Déroulement de l'enquête**

Notre étude à la clinique neurologique s'est déroulée pendant trois mois, du 07 Août au 07 Novembre 2017. Pendant cette période, l'enquête auprès des patients a duré deux semaines.

## **3.6 Dépouillement et traitement des données**

Les données collectées ont été compilées et traitées à l'aide de logiciels Microsoft Word et Excel 2016 et Sphinx. Nous avons présenté les données sous forme de tableaux et de graphiques.

## **3.7 Difficultés et limites de l'étude**

Au cours de cette étude, nous avons confronté quelques difficultés à savoir :

- le manque de disponibilité de certains professionnels par contrainte de temps vu le volume de travail important ;
- la réticence de certains patients ou accompagnants parce qu'ils se disent que c'est leur vie privée.

## Chapitre 4 : PRESENTATION DES RESULTATS

### 4.1. Résultats de l'enquête

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

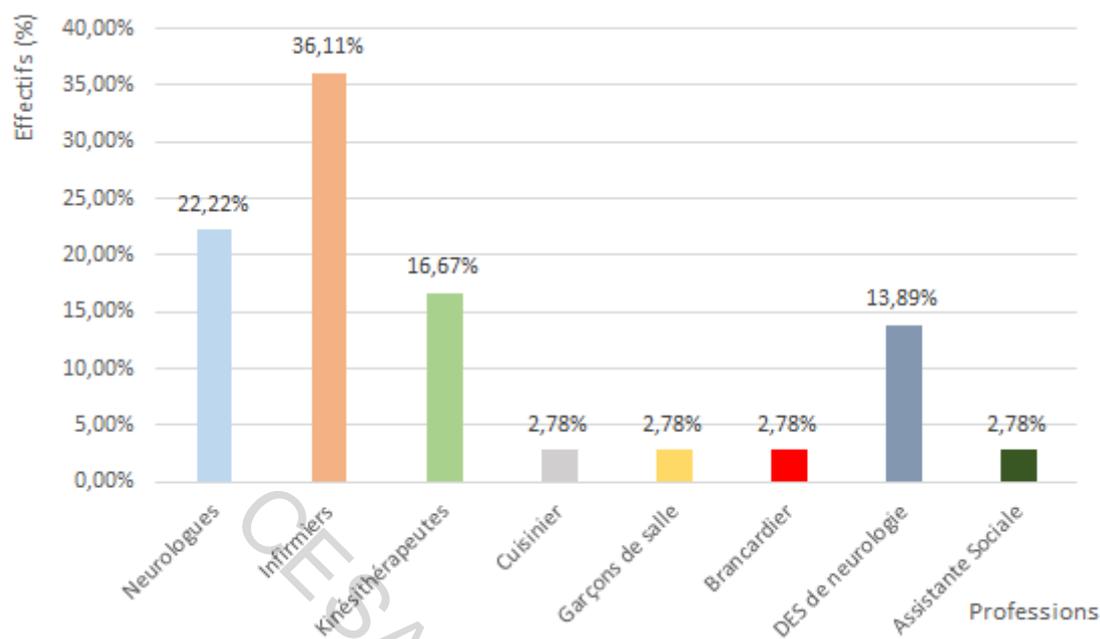
#### 4.1.1. Résultats du questionnaire soumis aux professionnels de la clinique neurologique

**Q1 :Quelle est votre profession ?**

**Tableau 7: Répartition selon la catégorie des professionnels enquêtés**

<b>Profession</b>	<b>Effectifs</b>	<b>%</b>
Neurologues	8	22,22%
Infirmiers	13	36,11%
Kinésithérapeutes	6	16,67%
Cuisiniers	1	2,78%
Garçons de salle	1	2,78%
Brancardiers	1	2,78%
DES de neurologie	5	13,89%
Assistantes Sociales	1	2,78%
Total	36	100%

**Figure 8: Répartition selon la catégorie des professionnels enquêtés**



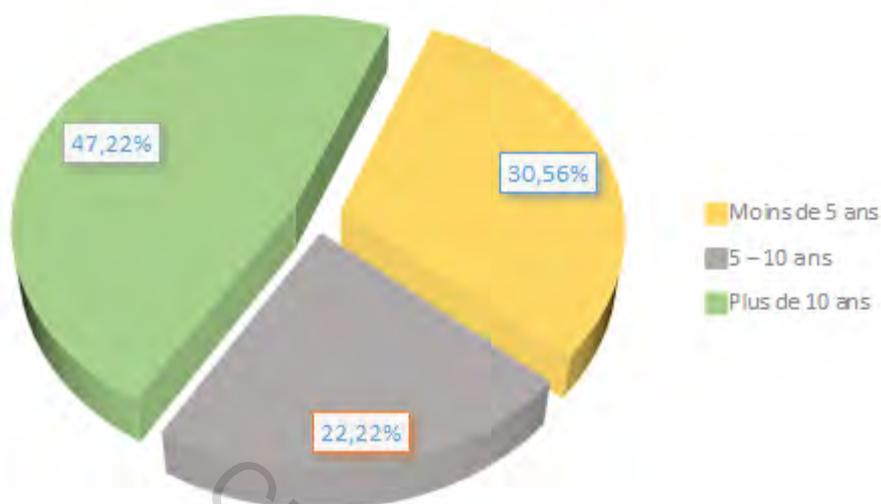
**Commentaire :** D'après ces chiffres, le personnel de la clinique est composé d'infirmiers (36,1%), de neurologues (22,2%), de kinésithérapeutes (16,7%), des étudiants du Diplôme d'Etude Spécialisée (DES) en neurologie (13,9%), d'un cuisinier (2,8%), d'un garçon de salle (2,8%), d'un brancardier (2,8%) et d'une assistante sociale (2,8%).

**Q2 : Quelle est votre ancienneté dans le service ?**

**Tableau 8: Répartition des participants selon leur ancienneté**

Ancienneté	Effectifs	%
Moins de 5 ans	11	30,56%
5 – 10 ans	8	22,22%
Plus de 10 ans	17	47,22%
Total	36	100%

**Figure 9: Répartition des participants selon leur ancienneté**



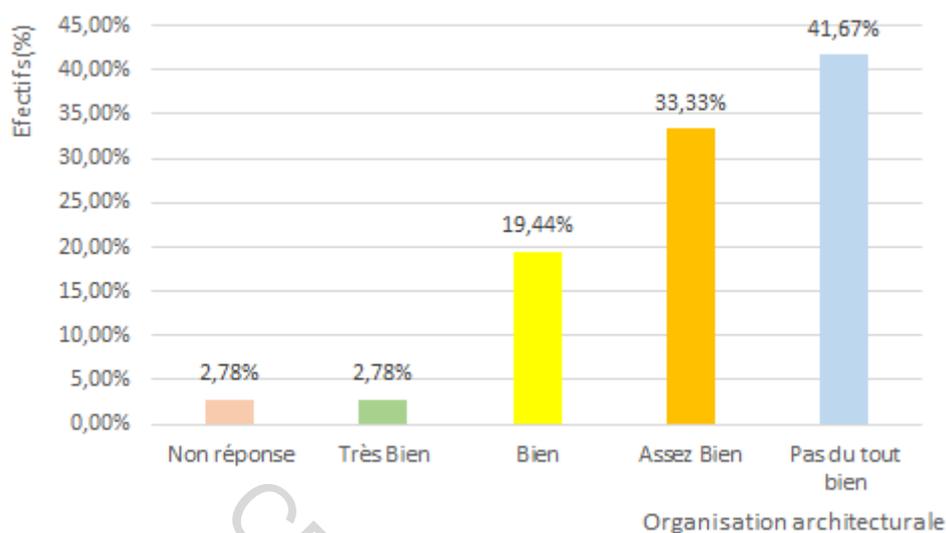
**Commentaire :** Sur 36 agents interrogés, 17 soit 47,2% ont plus de 10 ans dans le service, 11 soit (30,6%) ont moins de 5 ans et 8 soit 22,2% ont entre 5 et 10 ans. Il ressort de ces chiffres que la majorité des professionnels ont duré dans le service (plus de 10 ans).

**Q3 : Comment trouvez-vous l'organisation architecturale du service ?**

**Tableau 9: Organisation architecturale**

Organisation Architecturale	Effectifs	%
Non réponse	1	2,78%
Très Bien	1	2,78%
Bien	7	19,44%
Assez Bien	12	33,33%
Pas du tout bien	15	41,67%
Total	36	100%

**Figure 10: Organisation architecturale**



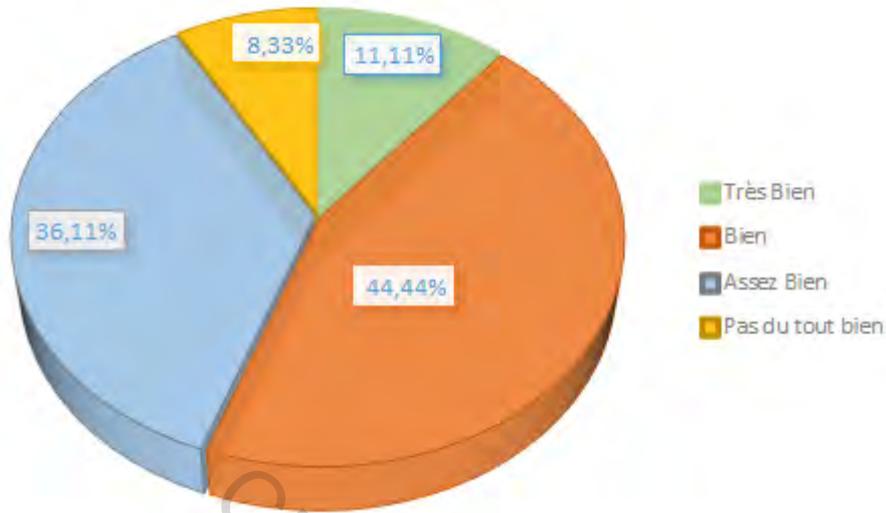
**Commentaire :** Sur 36 professionnels interrogés, 15 soit (41,7%) trouvent l'organisation architecturale pas du tout bien, 12 soit (33,3%) ont répondu assez bien, 7 soit (19,4%), une personne seulement soit (2,8%) a répondu très bien et il y a une personne qui n'a pas répondu. La majorité suggère qu'on revoit l'organisation architecturale.

**Q4 : Votre tâche est-elle bien définie ?**

**Tableau 10 : Appréciation de la tâche**

Tâche	Effectifs	%
Très Bien	4	11,11%
Bien	16	44,44%
Assez Bien	13	36,11%
Pas du tout bien	3	8,33%
Total	36	100%

**Figure 11:Appréciation de la tâche**



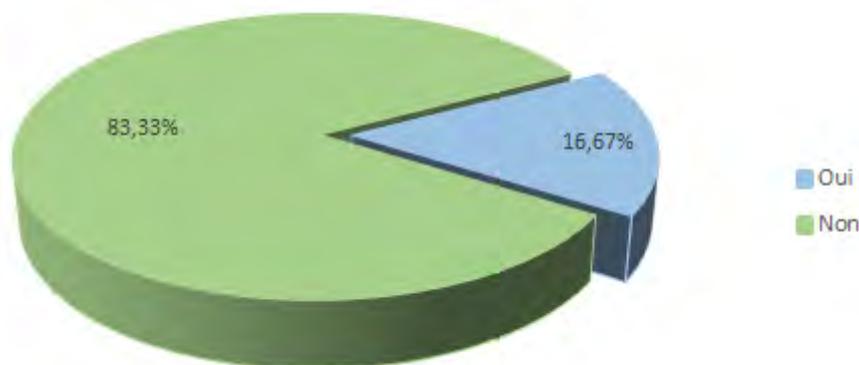
**Commentaire :** 16 professionnels soit (44,4%) ont répondu bien, 13 soit (36,1%) assez bien, 4 soit (11,1%) très bien et 3 soit (8,3%) pas du tout bien. La majorité disent que leur tâche est bien définie.

**Q5 : Existe-t-il des protocoles de soins ?**

**Tableau 11:Protocoles de soins**

Protocole de soins	Effectifs	%
Oui	6	16,67%
Non	30	83,33%
Total	36	100%

**Figure 12: Protocoles de soins**



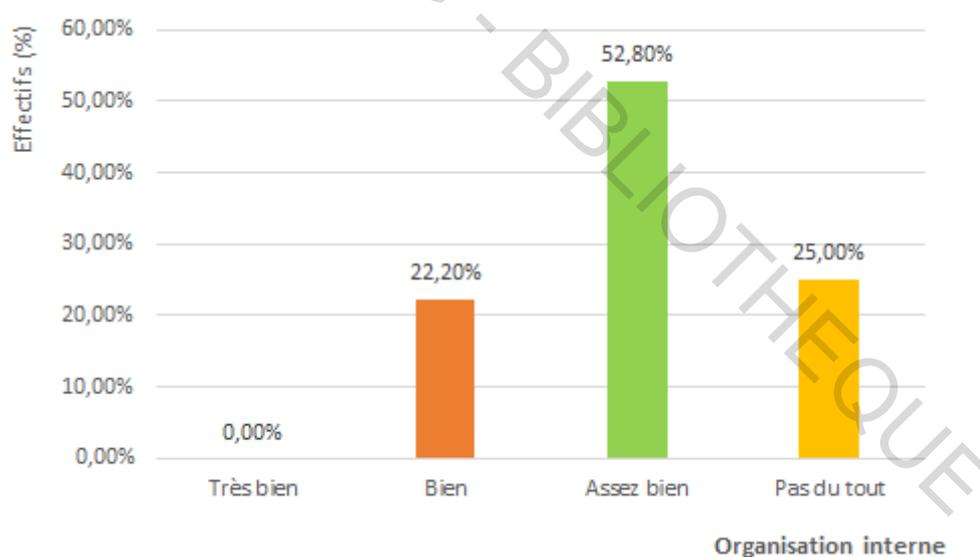
**Commentaire** : 30 professionnels soit (83,3%) disent qu'il n'y a pas de protocoles de soins dans la clinique, contre 6 soit (16,7%) qui disent oui. La majorité dit qu'il n'existe pas de protocoles de soins dans le service.

**Q6 : Comment trouvez-vous l'organisation interne du service ?**

**Tableau 12: Appréciation de l'organisation interne du service**

Organisation interne	Effectifs	%
Très bien	0	0,0%
Bien	8	22,2%
Assez bien	19	52,8%
Pas du tout	9	25,0%
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

**Figure 13: Appréciation de l'organisation interne du service**



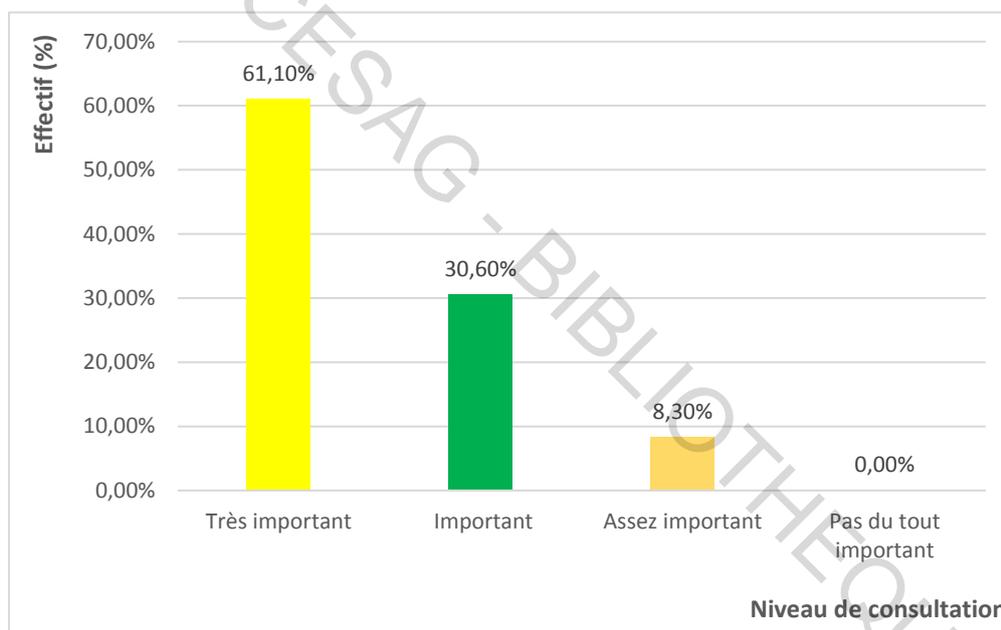
**Commentaire** : Sur 36 professionnels interrogés, 19 soit (52,8%) ont répondu assez bien, 9 soit (25%) pas du tout bien, 8 soit (22,2%) bien et personne n'a répondu très bien. La majorité approuve l'organisation interne du service.

### Q7 : Quel est le niveau de consultation ?

**Tableau 13: Le niveau de consultation**

Niveau de consultation	Effectifs	%
Très important	22	61,1%
Important	11	30,6%
Assez important	3	8,3%
Pas du tout important	0	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

**Figure 14: Le niveau de consultation**



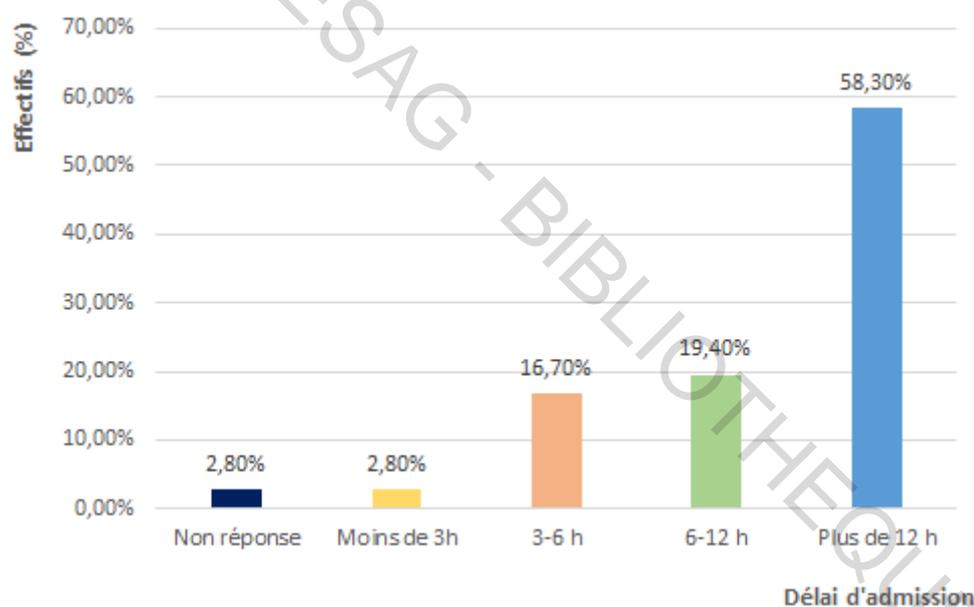
**Commentaire :** 22 professionnels soit (61,1%) trouvent le niveau de consultation très important, 11 (30,6%) important, 3 (8,3%) assez important. Ceci montre que le niveau de consultation du service est très important.

**Q8 : Quel est le délai d'admission dans le service ?**

**Tableau 14: Délai d'admission dans le service**

Délai d'admission	Effectifs	%
Non réponse	1	2,8%
Moins de 3h	1	2,8%
3-6 h	6	16,7%
6-12 h	7	19,4%
Plus de 12 h	21	58,3%
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

**Figure 15: Délai d'admission dans le service**



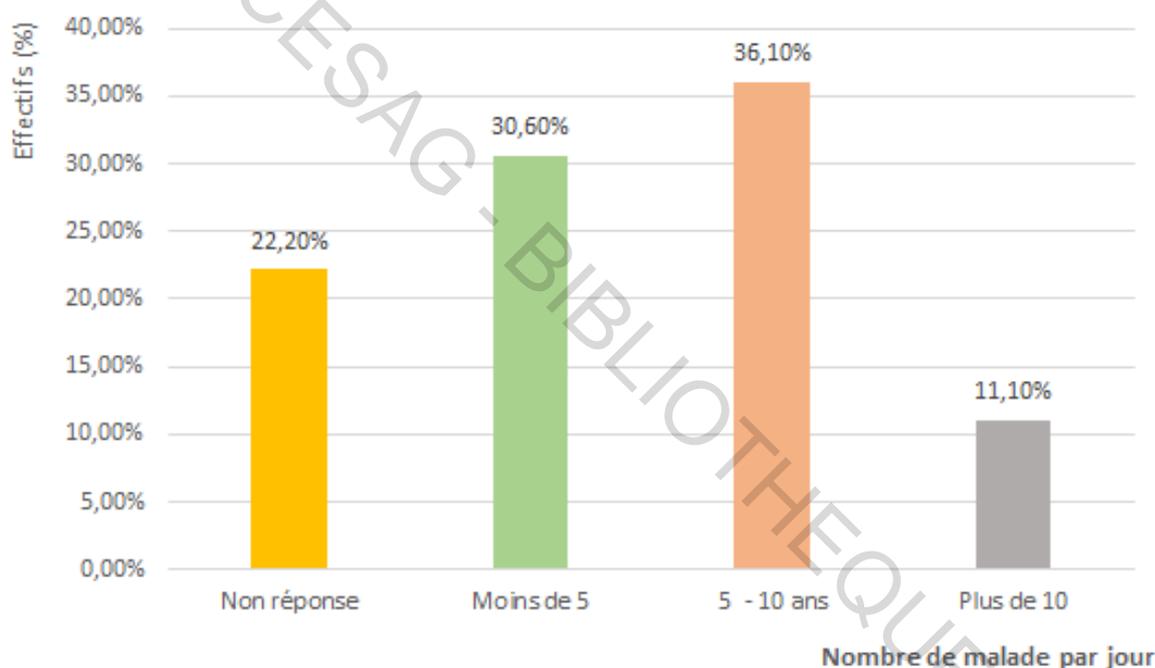
**Commentaire :** 58,3% des professionnels disent que le délai d'admission des patients dans le service est de plus de 12 h, 19,4% ont répondu 6- 12 h, 16,7% ont répondu 3- 6 h, 2,8% ont répondu moins de 3 h et une non réponse. Il ressort de ces chiffres que le délai d'admission dans le service est tardif c'est-à-dire plus de 12 h.

### Q9 : Combien de malades hospitalisez-vous par jour pour AVC ?

**Tableau 15: Répartition du nombre de malades par jour**

Nombre de malades par jour	Effectifs	%
Non réponse	8	22,2%
Moins de 5	11	30,6%
5-10	13	36,1%
Plus de 10	4	11,1%
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

**Figure 16: Répartition du nombre de malades par jour**



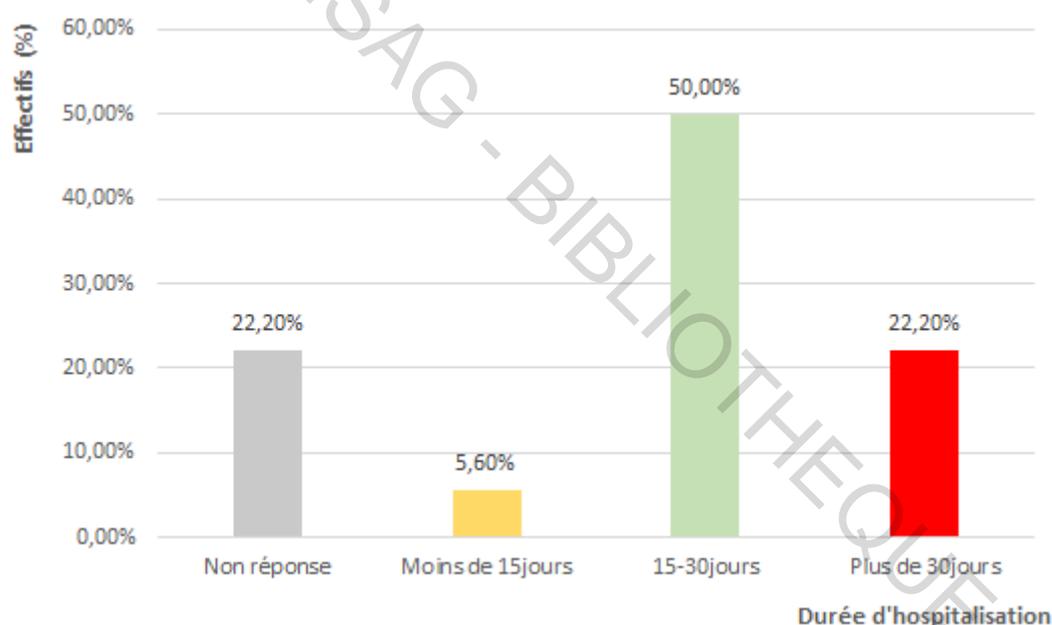
**Commentaire :** 36,1% des professionnels ont répondu que le service hospitalise 5 à 10 patients par jour pour AVC, 30,6% disent moins de 5 patients, 11,1% disent plus de 10 patients et 22,2% n'ont pas répondu à cette question. Nous pouvons dire que le nombre de patients hospitalisés par jour pour AVC est de 5 à 10.

### Q10 : Quelle est la durée d'hospitalisation ?

**Tableau 16: La durée d'hospitalisation**

Durée d'hospitalisation	Effectifs	%
Non réponse	8	22,2%
Moins de 15jours	2	5,6%
15-30jours	18	50,0%
Plus de 30jours	8	22,2%
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

**Figure 17:La durée d'hospitalisation**



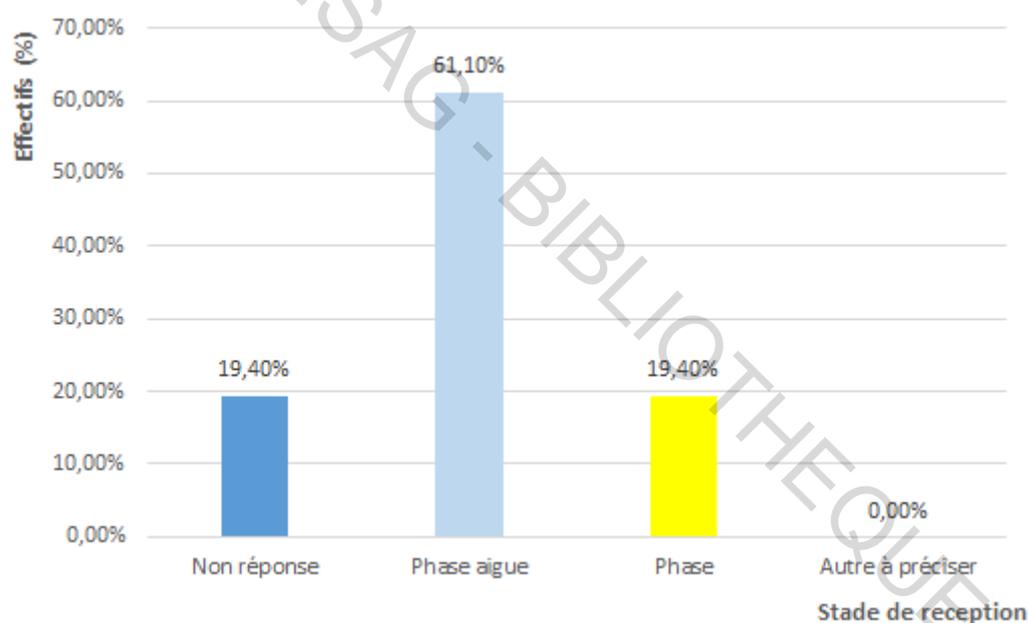
**Commentaire :** 72,2% des professionnels disent que la durée d'hospitalisation des patients victimes d'AVC va de 15 à plus de 30 jours d'hospitalisation. Ceci va jouer sur la disponibilité des lits d'où un manque de places.

**Q11 : A quel stade les patients victimes d'AVC sont reçus dans le service ?**

**Tableau 17:Le stade de réception des patients**

Stade de réception	Effectifs	%
Non réponse	7	19,4%
Phase aiguë	22	61,1%
Phase séquellaire	7	19,4%
Autre à préciser	0	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

**Figure 18:Le stade de réception des patients**



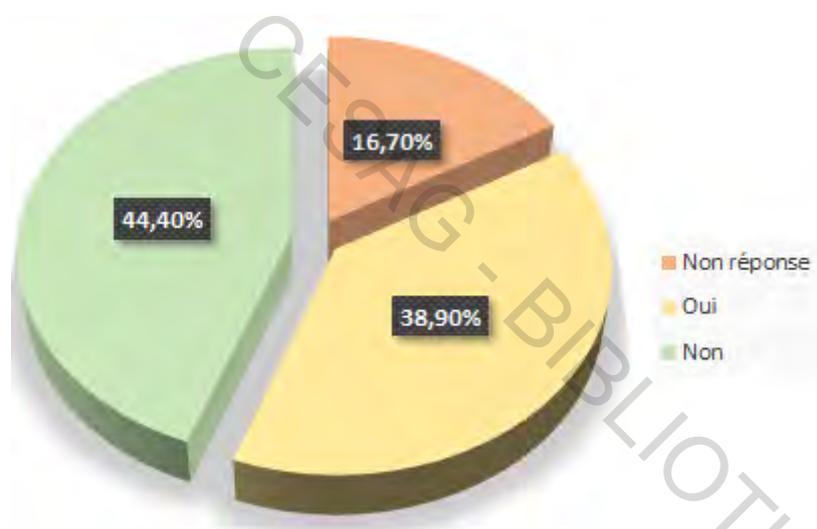
**Commentaire :** 22 professionnels soit (61,1%) ont répondu que les patients victimes d'AVC sont dans le service à la phase aiguë, contre 7 (19,4%) qui disent la phase séquellaire et 7 n'ont pas répondu à cette question.

**Q12 : Les patients victimes d'AVC reçus dans le service sont-ils conscients ?**

**Tableau 18: L'état de conscience des patients**

Etat de conscience	Effectifs	%
Non réponse	6	16,7%
Oui	14	38,9%
Non	16	44,4%
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

**Figure 19:L'état de conscience des patients**



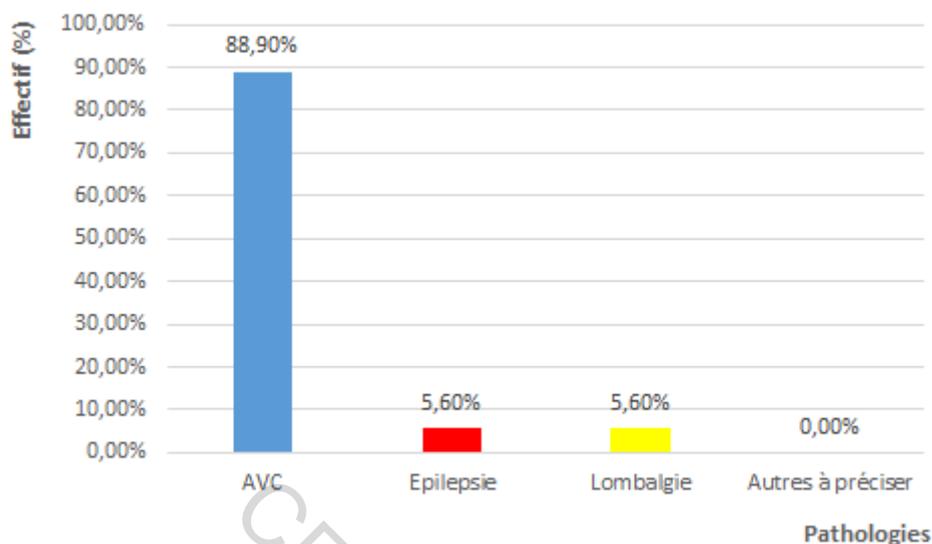
**Commentaire :** 44,4% des professionnels disent que les patients victimes d'AVC reçus dans le service sont inconscients, contre 38,9% qui ont répondu oui. Ceci s'explique par le fait que les patients victimes d'AVC reçus dans le service sont soit conscient, soit inconscient.

**Q13 : Quelles sont les pathologies les plus fréquentes dans le service ?**

**Tableau 19:Répartition des pathologies selon leur fréquence**

Fréquence des pathologies	Effectifs	%
AVC	32	88,9%
Epilepsie	2	5,6%
Lombalgie	2	5,6%
Autres à préciser	0	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

**Figure 20: Répartition des pathologies selon leur fréquence**



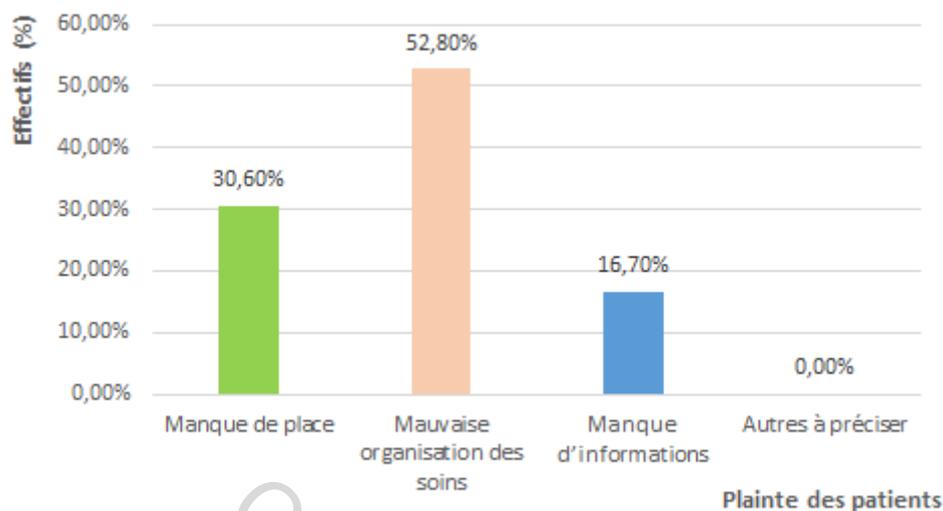
**Commentaire :** 88,9% des professionnels affirment que l'AVC est la pathologie la plus fréquente dans le service, contre 5,6% pour l'épilepsie et 5,6% pour la lombalgie. L'AVC constitue la principale pathologie du service.

**Q14 : Les patients qui viennent dans le service se plaignent-ils ?**

**Tableau 20: Les plaintes des patients reçus dans le service**

Plainte des patients	Effectifs	%
Manque de place	11	30,6%
Mauvaise organisation des soins	19	52,8%
Manque d'informations	6	16,7%
Autres à préciser	0	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

**Figure 21: Les plaintes des patients reçus dans le service**



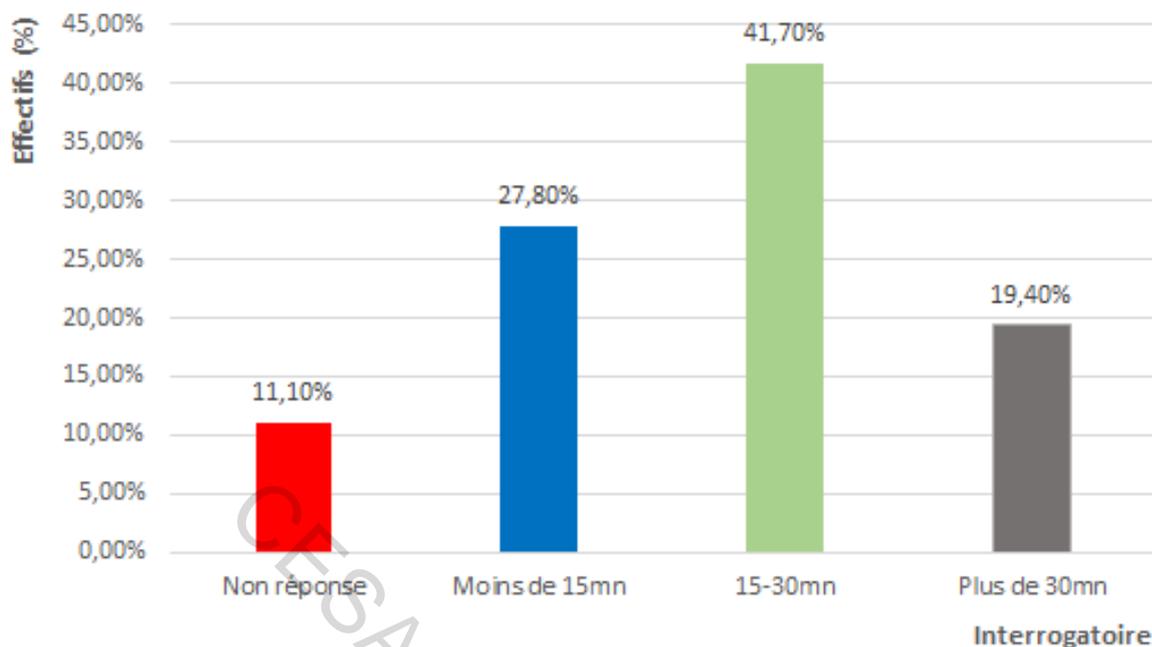
**Commentaire :** 52,8% des professionnels disent que les patients se plaignent le plus d'une mauvaise organisation des soins, 30,6% du manque de places et 16,7% du manque d'information.

**Q15 : Quel est le temps nécessaire pour discuter avec les patients ?**

**Tableau 21: Interrogatoire des patients**

Interrogatoire	Effectifs	%
Non réponse	4	11,1%
Moins de 15mn	10	27,8%
15-30mn	15	41,7%
Plus de 30mn	7	19,4%
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

**Figure 22: Interrogatoire des patients**



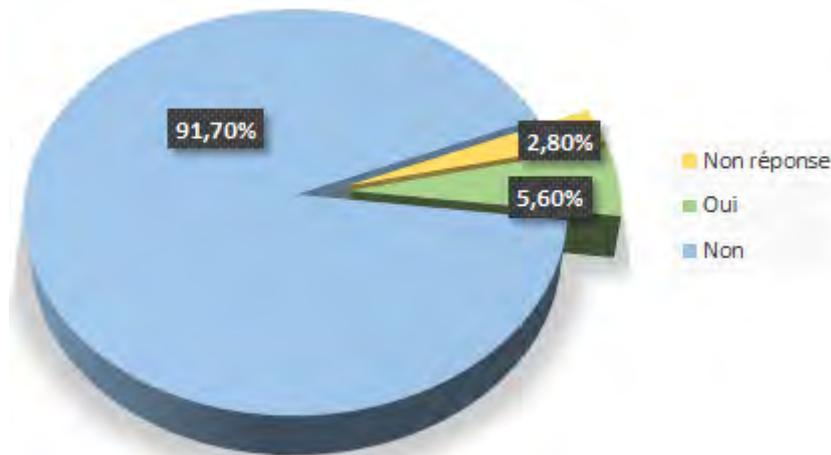
**Commentaire :** 61,1% des professionnels disent qu'il faut 15 mn à plus de 30 mn pour discuter avec les patients victimes d'AVC, contre 27,8% qui ont répondu moins de 15 mn. Ce qui veut dire que l'interrogatoire des patients victimes d'AVC prend beaucoup de temps.

**Q16 : Disposez-vous suffisamment de personnels nécessaires à une bonne prise en charge des patients victimes d'AVC ?**

**Tableau 22: Ressources humaines disponibles**

Moyens disponibles	Effectifs	%
Non réponse	1	2,8%
Oui	2	5,6%
Non	33	91,7%
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

**Figure 23: Ressources humaines disponibles**



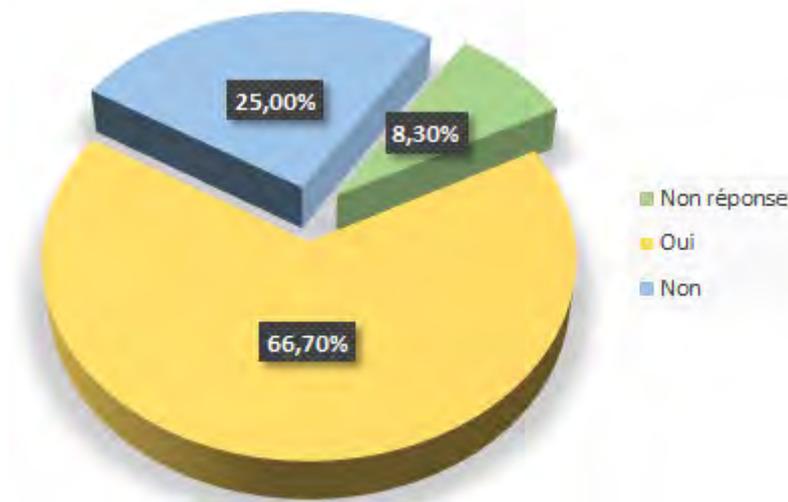
**Commentaire :** 91,7% des professionnels disent que les ressources humaines sont insuffisantes, contre 5,6% qui sont satisfaits.

**Q17 : Est-ce que le scanner est disponible en urgence pour les patients victimes d'AVC ?**

**Tableau 23: Disponibilité du scanner en urgence**

Disponibilité du scanner en urgence	Effectifs	%
Non réponse	3	8,3%
Oui	24	66,7%
Non	9	25,0%
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

**Figure 24: Disponibilité du scanner en urgence**



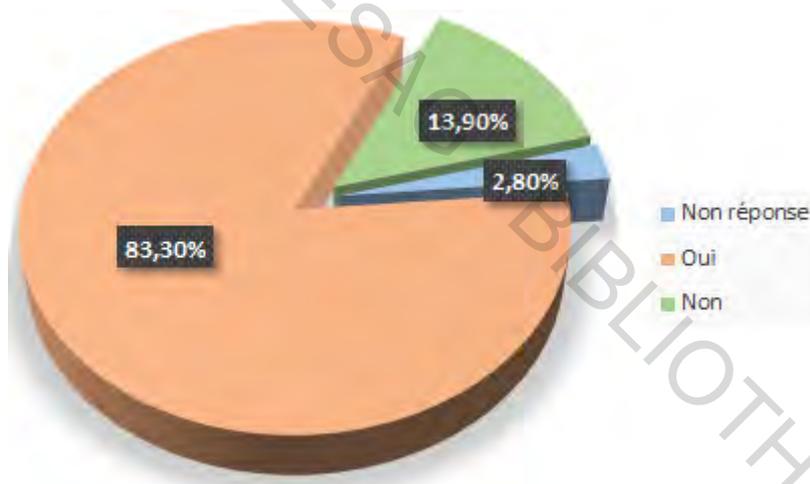
**Commentaire :** 66,7% des professionnels disent que le scanner est disponible en urgence, cependant, il faut payer d'abord avant de faire le scanner. 25% ont répondu non.

**18 : Existe-t-il un système de brancardage pour les patients victimes d'AVC ?**

**Tableau 24: Système de brancardage**

Système de brancardage	Effectifs	%
Non réponse	1	2,8%
Oui	30	83,3%
Non	5	13,9%
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

**Figure 25: Système de brancardage**



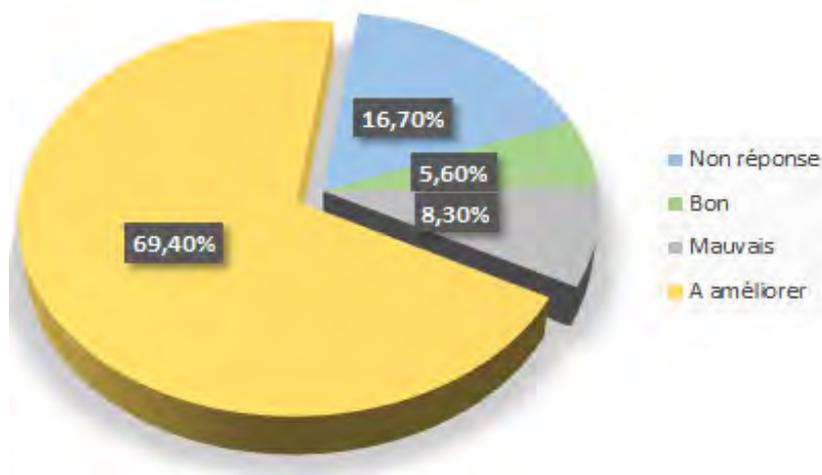
**Commentaire :** 83,3% des professionnels disent qu'il y a un système de brancardage, contre 13,9% qui ont répondu non.

**Q19 : Si oui, comment jugez-vous le système de brancardage ?**

**Tableau 25: Appréciation du système de brancardage**

Appréciation du système de brancardage	Effectifs	%
Non réponse	6	16,7%
Bon	2	5,6%
Mauvais	3	8,3%
A améliorer	25	69,4%
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

**Figure 26:Appréciation du système de brancardage**



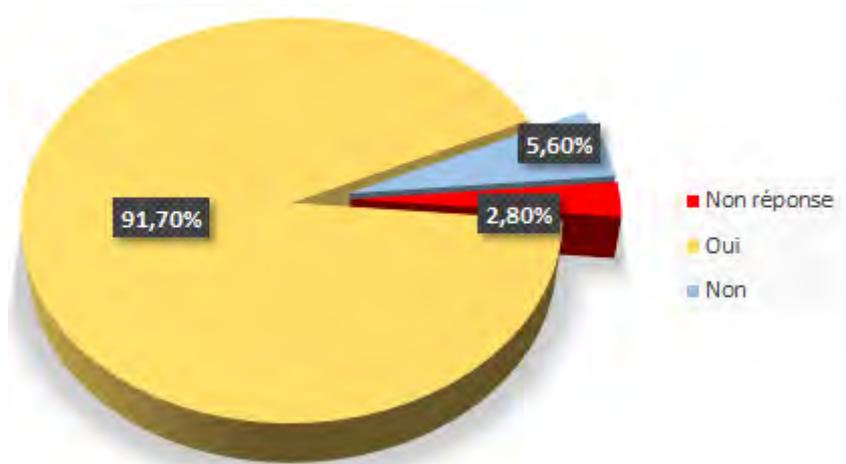
**Commentaire** : 69,4% des professionnels disent que le système de brancardage est à améliorer, contre 8,3% qui ont répondu mauvais, 5,6% qui ont dit bon et 6 n'ont pas répondu à cette question. D'après ces chiffres, nous disons que le système de brancardage est à améliorer.

**Q20 : Avez-vous besoin de formation continue pour la prise en charge des patients victimes d'AVC ?**

**Tableau 26: Formation continue**

Formation continue	Effectifs	%
Non réponse	1	2,8%
Oui	33	91,7%
Non	2	5,6%
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

**Figure 27:Formation continue**



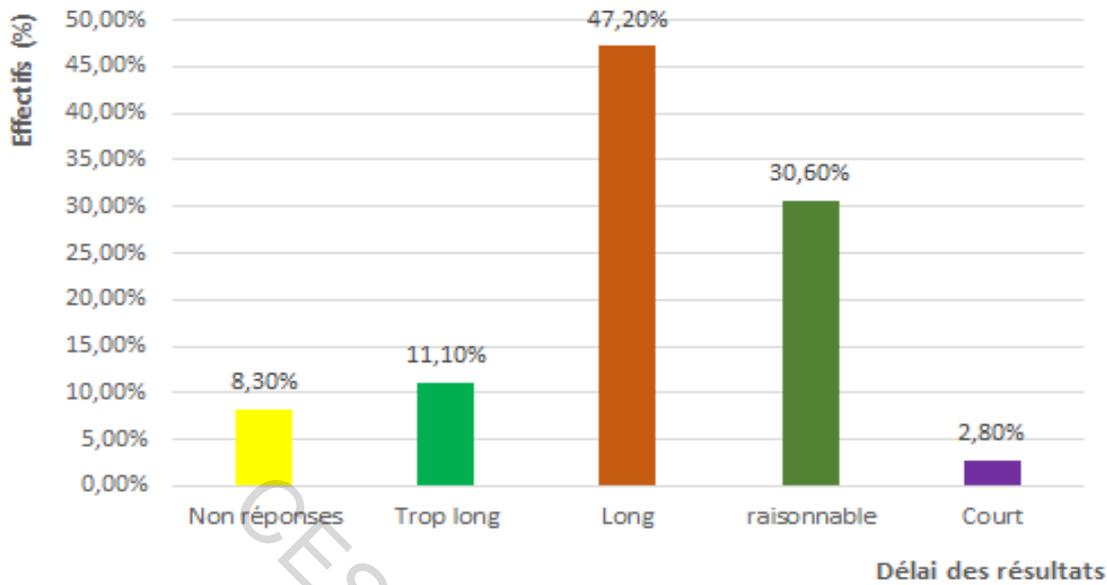
**Commentaire :** 91,7% des professionnels ont répondu qu'ils avaient besoin de formation continue pour la prise en charge des patients victimes d'AVC, contre 5,6% qui n'ont pas besoin de formation.

**Q21 : Lorsque vous demandez des examens complémentaires pour les patients victimes d'AVC (radiographie, bilan sanguin), les résultats vous parviennent dans un délai**

**Tableau 27: Délai des résultats**

Délai des résultats	Effectifs	%
Non réponses	3	8,3%
Trop long	4	11,1%
Long	17	47,2%
Raisonnable	11	30,6%
Court	1	2,8%
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

**Figure 28: Délai des résultats**



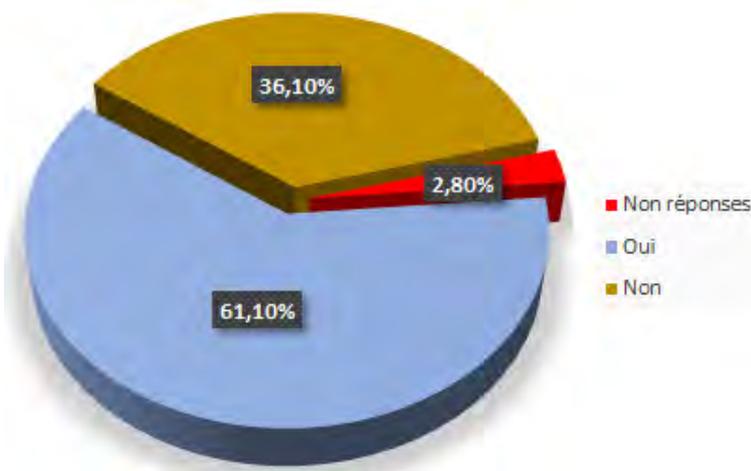
**Commentaire :** 47,2% des professionnels trouvent le délai des résultats long, contre 30,6% qui disent que c'est raisonnable, 11,1% ont répondu trop long et 2,8% disent que c'est court.

**Q22 : Est-ce que la rééducation se fait au chevet du patients victimes d'AVC ?**

**Tableau 28: La rééducation**

La rééducation	Effectifs	%
Non réponses	1	2,8%
Oui	22	61,1%
Non	13	36,1%
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

**Figure 29: La rééducation**



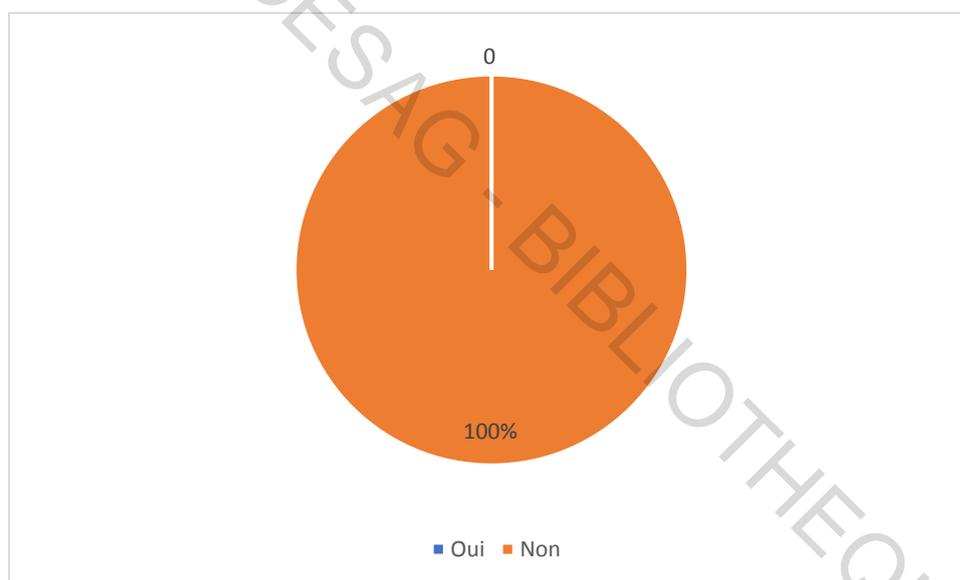
**Commentaire** : 61,1% des professionnels disent que la rééducation se fait au chevet du patient victime d'AVC, contre 36,1% qui ont répondu non.

**Q23 : Disposez-vous du médicament thrombolytique dans le service ?**

**Tableau 29: Disponibilité du médicament thrombolytique**

Médicament thrombolytique	Effectifs	%
Oui	0	0,0
Non	36	100%
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

**Figure 30: Disponibilité du médicament thrombolytique**



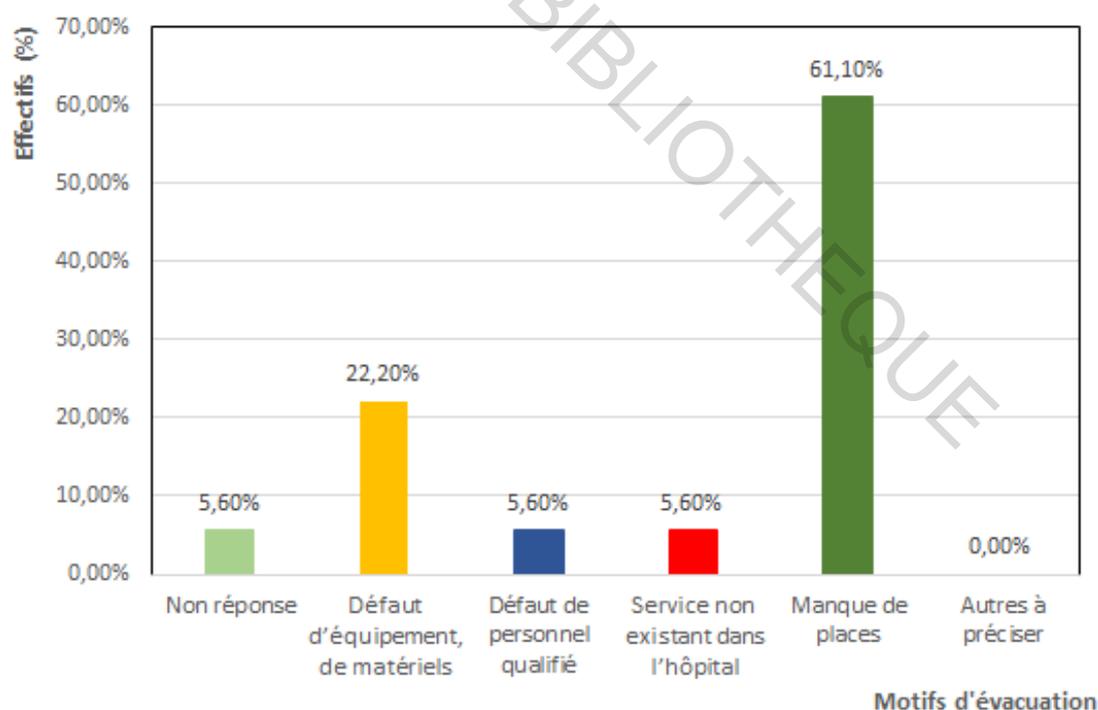
**Commentaire** : 100% des personnels interrogés disent que le médicament thrombolytique n'est pas disponible.

**Q24 : Quels sont les motifs les plus fréquents d'évacuation des patients victimes d'AVC vers d'autres structures hospitalières ?**

**Tableau 30: Motifs d'évacuation**

Motifs d'évacuation	Effectifs	%
Non réponse	2	5,6%
Défaut d'équipement, de matériels	8	22,2%
Défaut de personnel qualifié	2	5,6%
Service non existant dans l'hôpital	2	5,6%
Manque de places	22	61,1%
Autres à préciser	0	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

**Figure 31: Motifs d'évacuation**



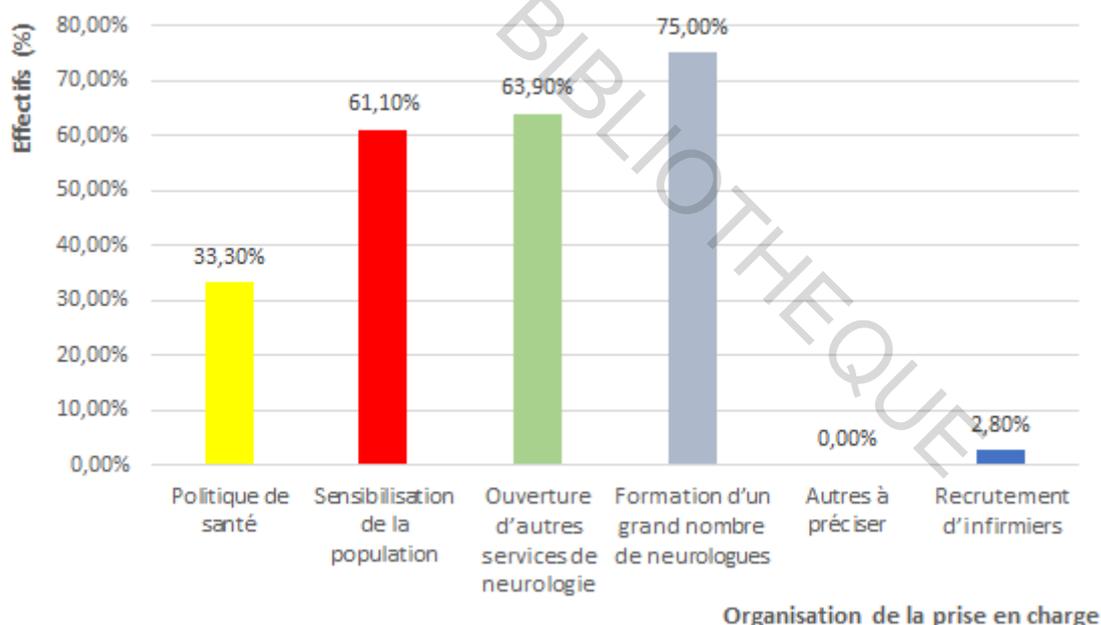
**Commentaire :** 61,1% des professionnels disent que les motifs les plus fréquents d'évacuation des patients victimes d'AVC sont dus au manque de places, 22,2% au défaut d'équipement et de matériels, 5,6% au défaut de personnel qualifié et 5,6% au service non existant dans l'hôpital.

**Q25 : Quelles solutions préconisez-vous pour l'amélioration de l'organisation de la prise en charge des patients victimes d'AVC à la clinique neurologique de Fann ?**

**Tableau 31: Organisation de la prise en charge**

Organisation de la prise en charge	Effectifs	%
Politique de santé	12	33,3%
Sensibilisation de la population	22	61,1%
Ouverture d'autres services de neurologie	23	63,9%
Formation d'un grand nombre de neurologues	27	75,0%
Autres à préciser	0	0,0%
Recrutement d'infirmiers	1	2,8%

**Figure 32: Organisation de la prise en charge**



**NB : Ce type de question est à réponse multiple. Les gens ont la possibilité de donner trois réponses.**

**Commentaire :** 75% des professionnels interrogés disent qu'il faut une formation d'un grand nombre de neurologues, 63,9% ont éprouvé la nécessité d'ouverture d'autres structures de neurologie, 61,1% pensent qu'il faut une sensibilisation de la population, 33,3% disent qu'il

faut instaurer la prise en charge des patients victimes d'AVC dans la politique de santé et 2,8% pensent qu'il faut recruter des infirmiers.

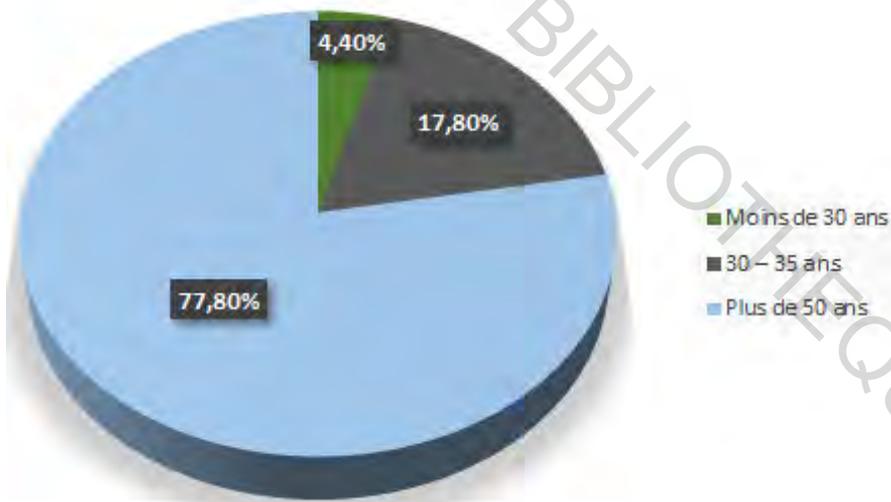
#### 4.1.2. Résultats du questionnaire soumis aux patients (ou accompagnants) victimes d'AVC à la clinique neurologique de Fann.

Q1 : Quel est votre âge ?

Tableau 32: L'âge des patients

Age	Effectifs	%
Moins de 30 ans	2	4,4%
30 – 35 ans	8	17,8%
Plus de 50 ans	35	77,8%
Total	45	100%

Figure 33:L'âge des patients



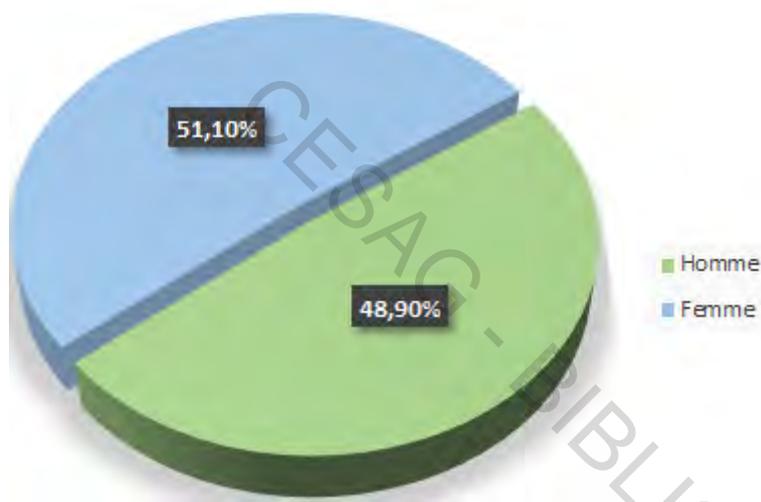
**Commentaire :** 77,8% des patients victimes d'AVC ont 50 ans et plus, 17,8% ont entre 30 et 50 ans et 4,4% ont moins de 30 ans. La majeure partie des patients interrogés ont plus de 50 ans car l'âge avancé est un facteur de risque de l'AVC.

**Q2 : Quel est votre sexe ?**

**Tableau 33: Répartition selon le sexe**

Sexe	Effectifs	%
Homme	22	48,9%
Femme	23	51,1%
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

**Figure 34: Répartition selon le sexe**



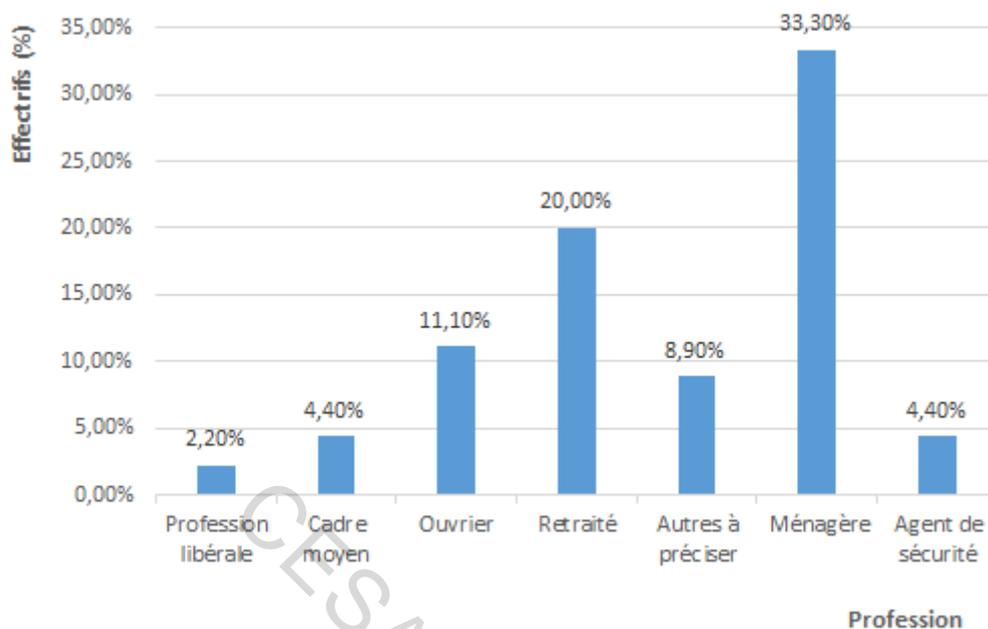
**Commentaire :** Parmi les 45 patients interrogés, nous avons eu 51,1% de femmes contre 48,9%.

**Q3 : Quelle est votre profession ?**

**Tableau 34: Répartition selon la profession des patients**

Profession	Effectifs	%
Agriculteur	2	4,4%
Commerçant	5	11,1%
Profession libérale	1	2,2%
Cadre moyen	2	4,4%
Ouvrier	5	11,1%
Retraité	9	20,0%
Autres à préciser	4	8,9%
Ménagère	15	33,3%
Agent de sécurité	2	4,4%
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

**Figure 35: Répartition selon la profession des patients**



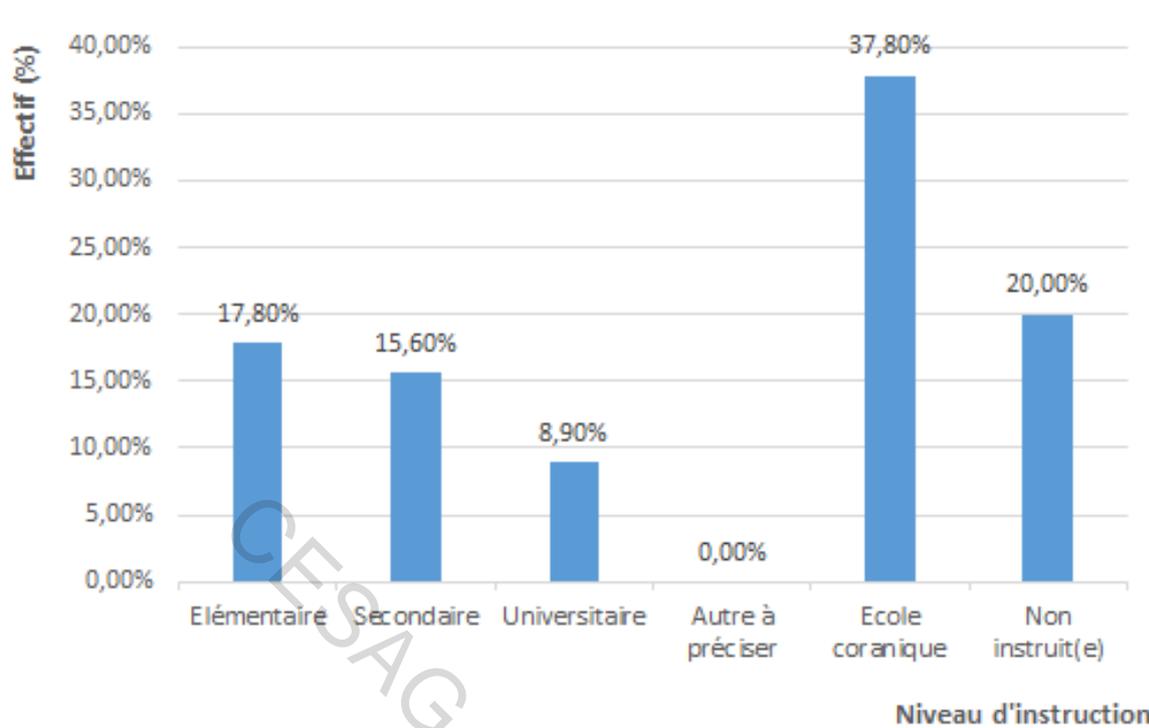
**Commentaire :** Parmi les 45 patients interrogés, nous avons 33,3% de ménagères, 20% de retraités, 11,1% d'ouvriers, 11,1% de commerçants, 8,9% d'autres professions, 4,4% de cadre moyen, 4,4% d'agriculteurs, 4,4% d'agent de sécurité et 2,2% de profession libérale.

**Q4 : Quel est le niveau d'instruction ?**

**Tableau 35: Le niveau d'instruction**

Niveau d'instruction	Effectifs	%
Elémentaire	8	17,8%
Secondaire	7	15,6%
Universitaire	4	8,9%
Autre à préciser	0	0,0%
Ecole coranique	17	37,8%
Non instruit(e)	9	20,0%
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

**Figure 36: Le niveau d'instruction**



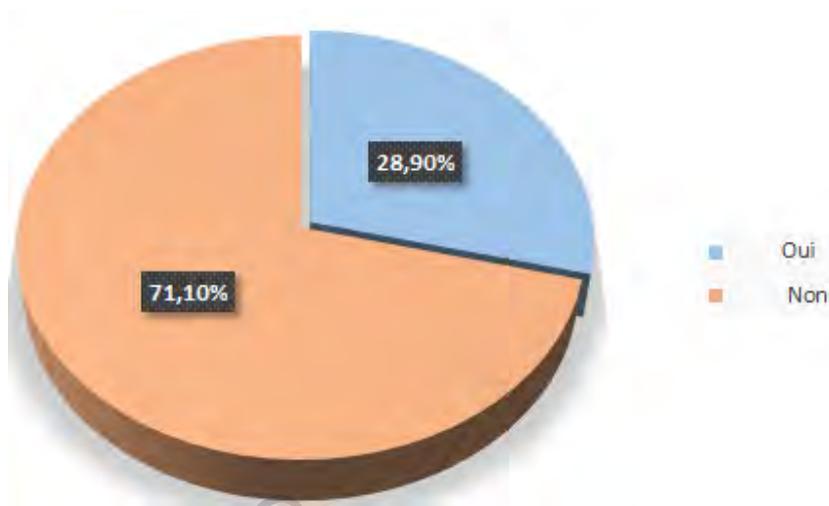
**Commentaire :** Sur 45 patients interrogés, 17 soit (37,8%) ont fait l'école coranique, 20% sont non instruits, 17,8% ont le niveau de l'élémentaire, 15,6% sont au niveau secondaire et 8,9% sont des universitaires.

**Q5 : Avez-vous fait recours aux tradipraticiens ?**

**Tableau 36: Tradipraticiens**

Tradipraticiens	Effectifs	%
Oui	13	28,9%
Non	32	71,1%
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

**Figure 37: Tradipraticiens**



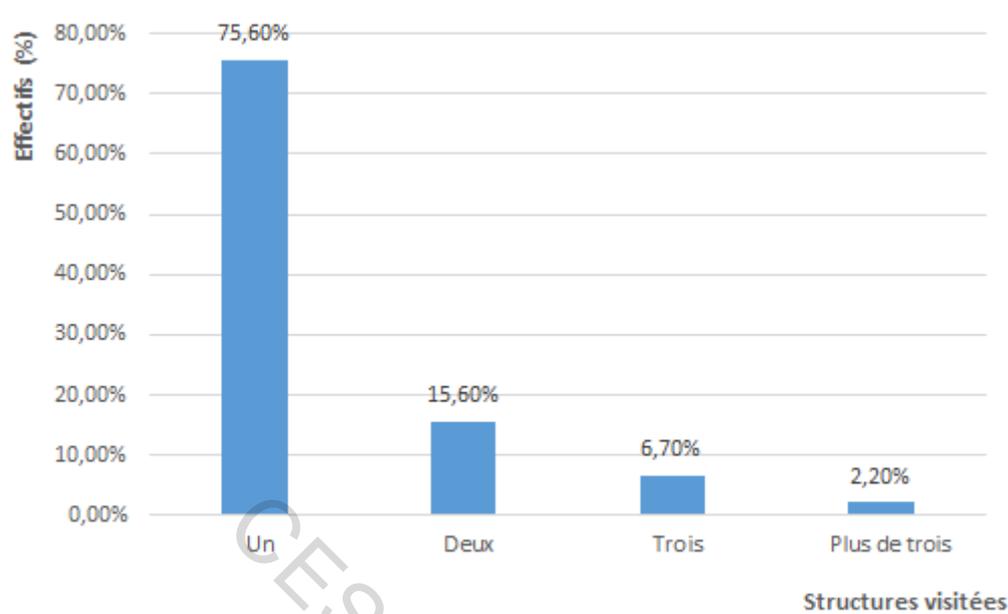
**Commentaire :** 71,1% des patients interrogés disent qu'ils n'ont pas fait recours aux tradipraticiens avant de venir dans le service, contre 28,9%.

**Q6 : Combien de structures de santé avez-vous visitées avant votre admission ?**

**Tableau 37: Structures visitées**

Structures visitées	Effectifs	%
Un	34	75,6%
Deux	7	15,6%
Trois	3	6,7%
Plus de trois	1	2,2%
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

**Figure 38: Structures visitées**



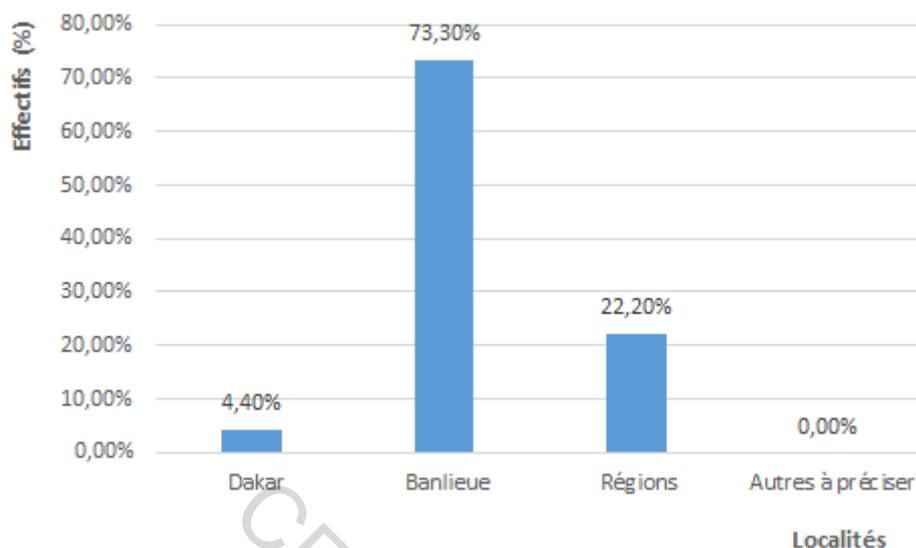
**Commentaire :** 75,6% des patients ont visité une structure de santé avant de venir dans le service, 15,6% sont passés dans deux structures, 6,7% ont fait trois structures et 2,2% ont fait plus de trois structures.

**Q7 : Dans quelle localité habitez-vous ?**

**Tableau 38: Localités**

Localités	Effectifs	%
Dakar	2	4,4%
Banlieue	33	73,3%
Régions	10	22,2%
Autres à préciser	0	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

**Figure 39: Localités**



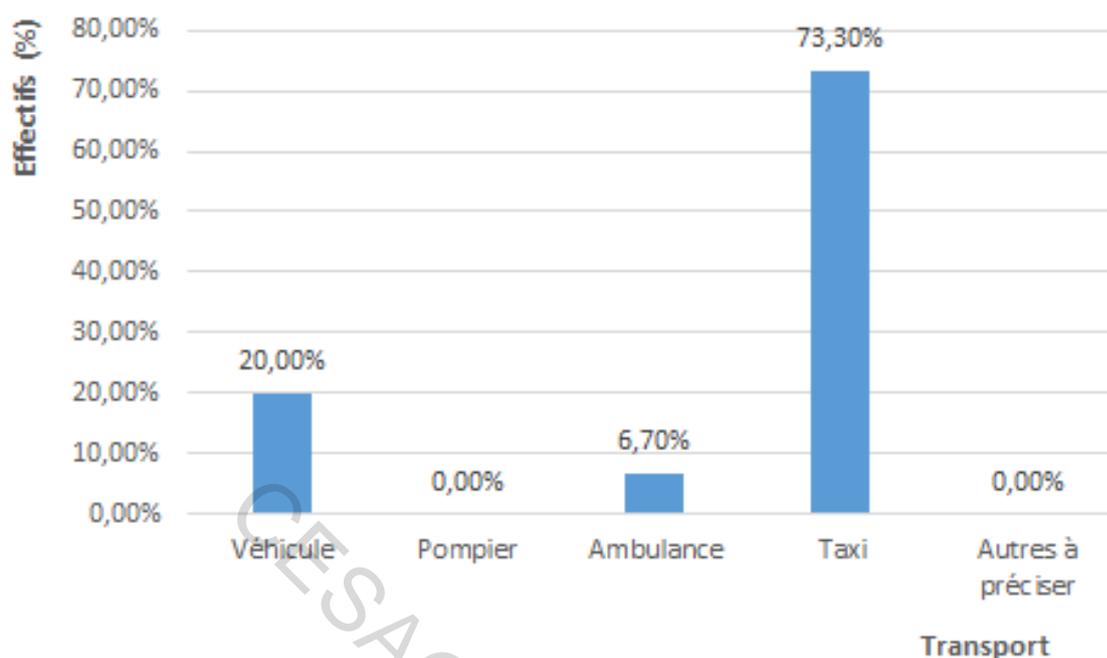
**Commentaire :** 73,3% des patients habitent en banlieue, 22,2% dans les régions et 4,4% à Dakar ville.

**Q8 : Quel est le mode de transport utilisé pour venir à l'hôpital ?**

**Tableau 39:Transport**

Transport	Effectifs	%
Véhicule	9	20,0%
Pompier	0	0,0%
Ambulance	3	6,7%
Taxi	33	73,3%
Autres à préciser	0	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

**Figure 40:Transport**



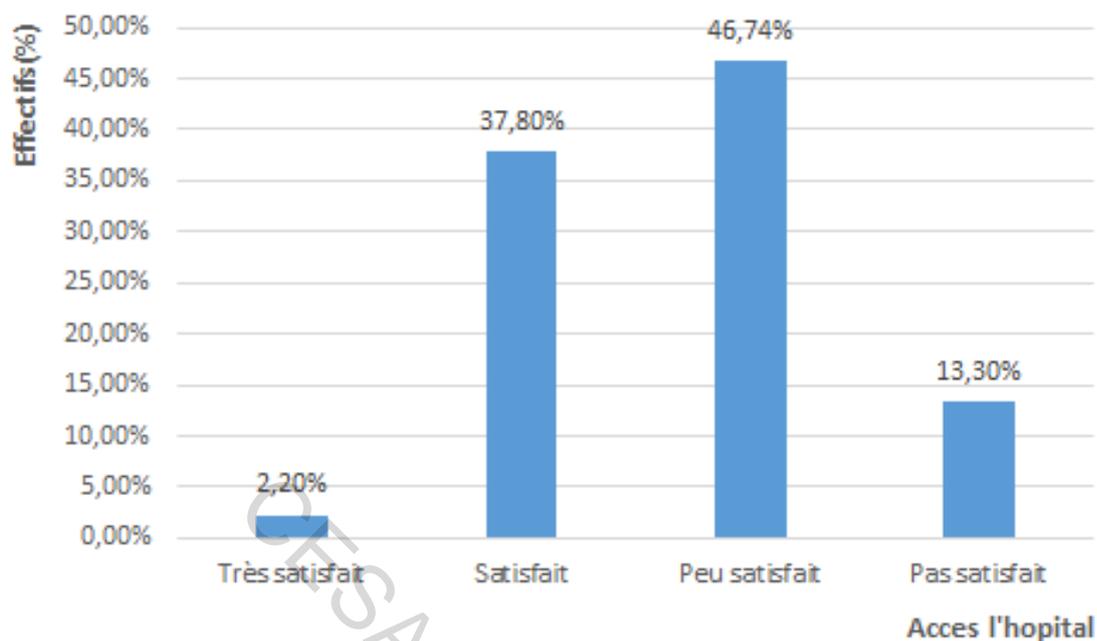
**Commentaire :** 73,3% des patients sont amenés dans le service en taxi, 20% ont utilisé des véhicules particuliers, 6,7% sont amenés par l'ambulance. Ce qui explique que les patients ne sont pas transportés dans de bonnes conditions et accusent du retard à l'admission.

**Q9 : Comment appréciez-vous l'accès à l'hôpital ?**

**Tableau 40: L'accès à l'hôpital**

Accès à l'hôpital	Effectifs	%
Très satisfait	1	2,2%
Satisfait	17	37,8%
Peu satisfait	21	46,74%
Pas satisfait	6	13,3%
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

**Figure 41: L'accès à l'hôpital**



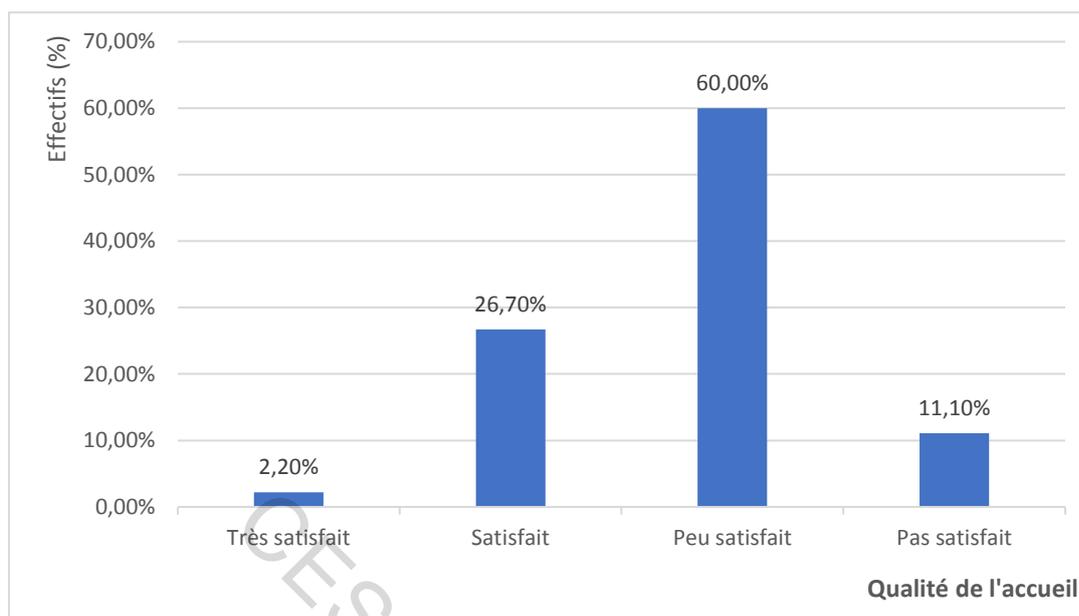
**Commentaire :** 46,7% des patients sont peu satisfaits de l'accès à l'hôpital, 37,8% sont satisfaits, 13,3% ne sont pas satisfaits et 2,2% sont très satisfaits.

**Q10 : Comment jugez-vous la qualité de l'accueil ?**

**Tableau 41:La qualité de l'accueil**

La qualité de l'accueil	Effectifs	%
Très satisfait	1	2,2%
Satisfait	12	26,7%
Peu satisfait	27	60,0%
Pas satisfait	5	11,1%
TOTAL	45	100%

**Figure 42: La qualité de l'accueil**



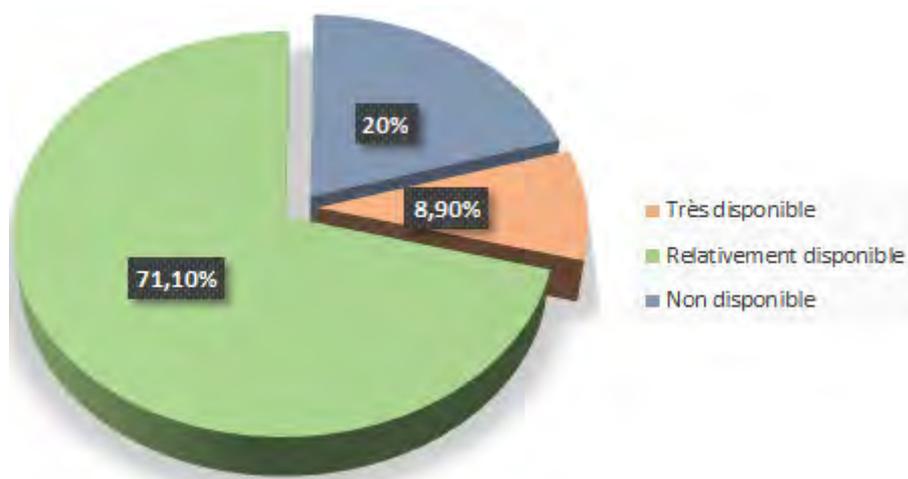
**Commentaire :** 60% des patients sont peu satisfaits de la qualité de l'accueil, 26,7% sont satisfaits, 11,1% ne sont pas satisfaits et 2,2% se disent très satisfaits. La majorité des patients sont peu ou pas satisfait de la qualité de l'accueil.

**Q11 : Le personnel soignant est-il disponible ?**

**Tableau 42: Le personnel soignant**

La disponibilité	Effectifs	%
Très disponible	4	8,9%
Relativement disponible	32	71,1%
Non disponible	9	20,0%
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

**Figure 43: Le personnel soignant**



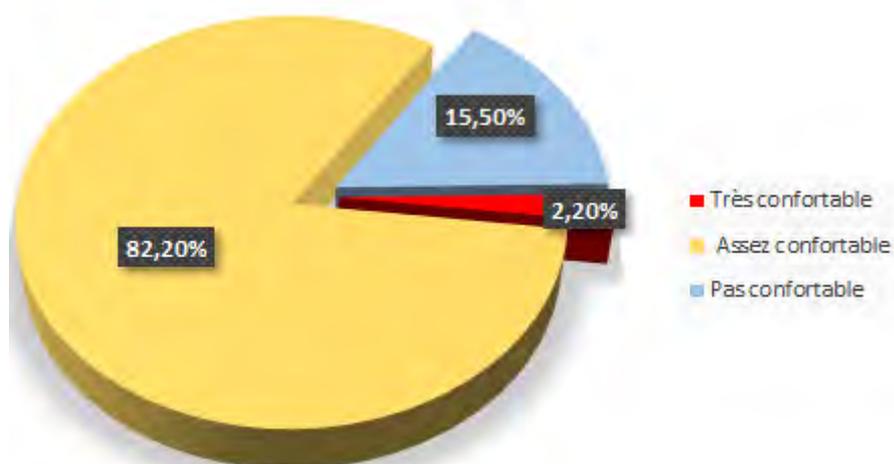
**Commentaire :** 71,1% des patients disent que le personnel est relativement disponible. Pour 20% des patients, le personnel n'est pas disponible, contre 8,9% qui ont répondu très disponible.

**Q12 : La chambre est-elle confortable ?**

**Tableau 43: Le confort**

Le confort	Effectifs	%
Très confortable	1	2,2%
Assez confortable	37	82,2%
Pas confortable	7	15,5%
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

**Figure 44: Le confort**



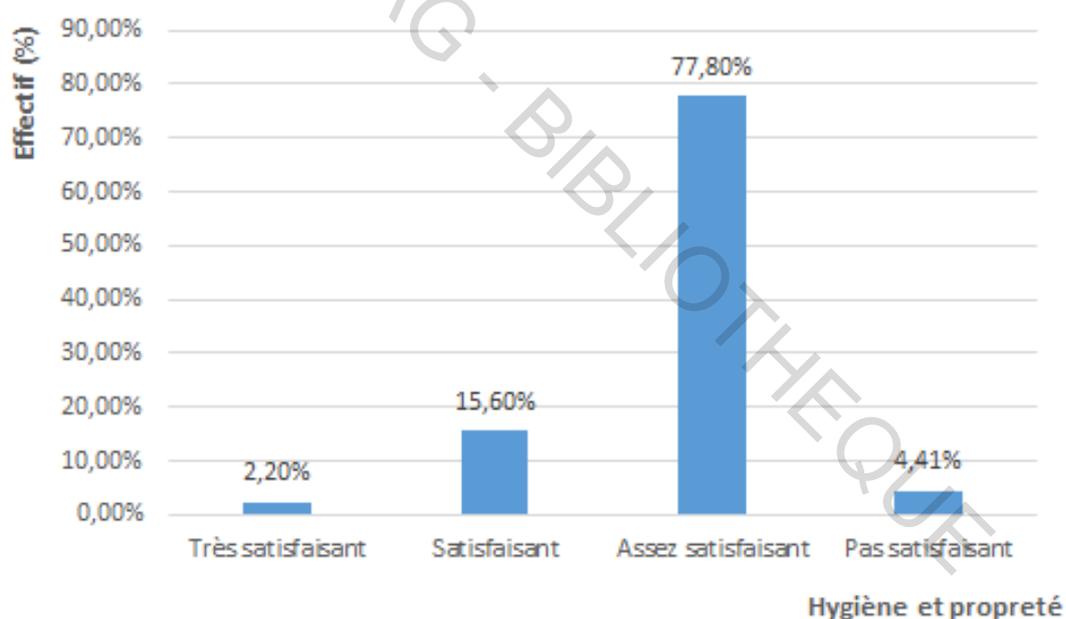
**Commentaire** : 82,2% des patients trouvent la chambre assez confortable, 15,6% ne sont pas satisfait du confort et 2,2% se disent très satisfaits.

### Q13 : Comment jugez-vous l'hygiène et la propreté ?

**Tableau 44: Hygiène et propreté**

Hygiène et propreté	Effectifs	%
Très satisfaisant	1	2,2%
Satisfaisant	7	15,6%
Assez satisfaisant	35	77,8%
Pas satisfaisant	2	4,41%
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

**Figure 45:Hygiène et propreté**



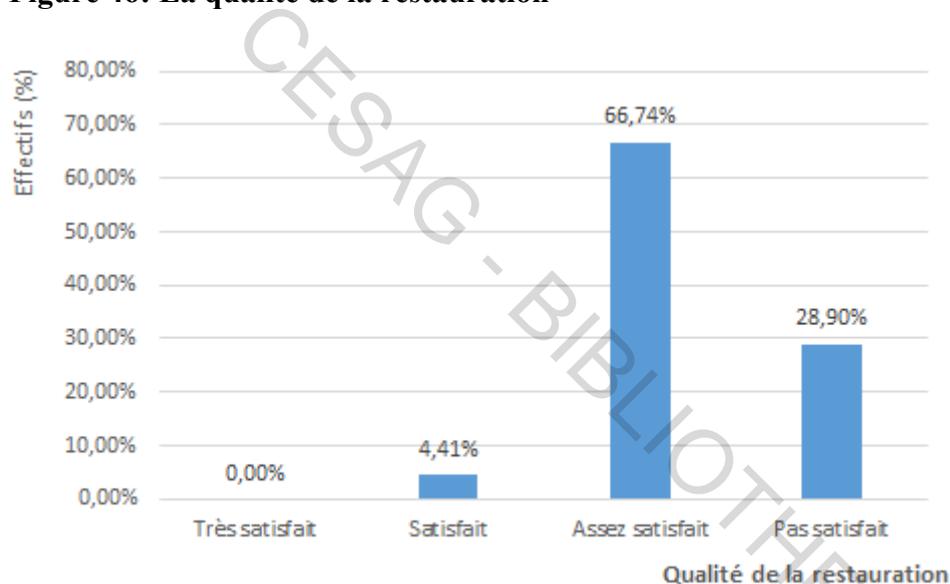
**Commentaire** : 77,8% des patients trouvent l'hygiène et la propreté assez satisfaisantes, 15,6% se disent satisfaits, 4,4% ne sont pas satisfaits et 2,2% sont très satisfaits.

### Q14 : Comment jugez-vous la qualité de la restauration ?

**Tableau 45: La qualité de la restauration**

Qualité de la restauration	Effectifs	%
Très satisfait	0	0,0%
Satisfait	2	4,41%
Assez satisfait	30	66,74%
Pas satisfait	13	28,9%
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

**Figure 46: La qualité de la restauration**



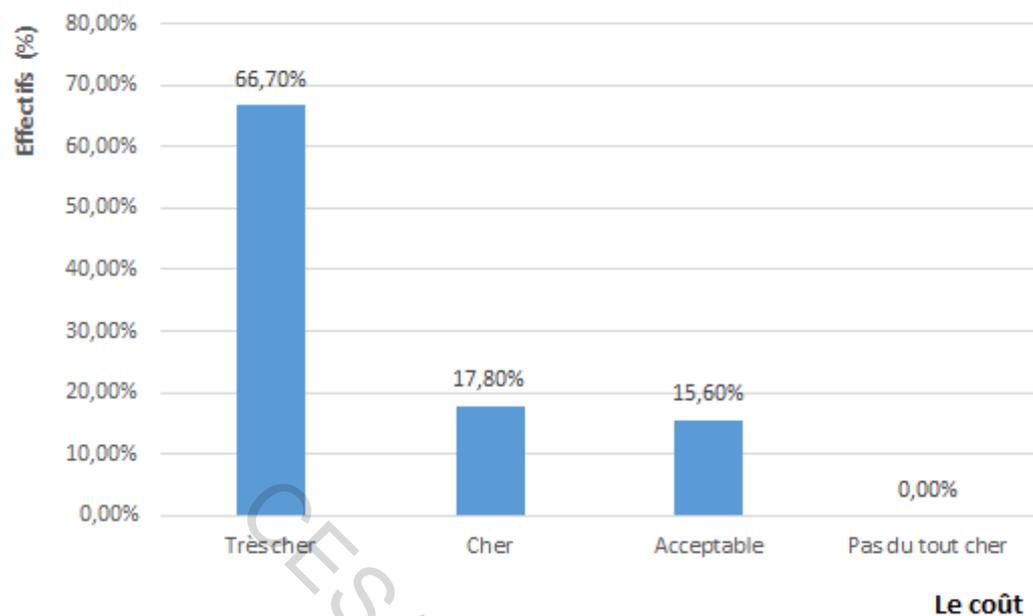
**Commentaire :** 66,7% des patients sont assez satisfaits de la qualité de la restauration, 28,9% ne sont pas satisfaits et 4,4% sont satisfaits.

### Q15 : Comment trouvez-vous le coût de la prise en charge des AVC ?

**Tableau 46: Le coût de la prise en charge**

Le coût	Effectifs	%
Très cher	30	66,7%
Cher	8	17,8%
Acceptable	7	15,6%
Pas du tout cher	0	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

**Figure 47: Le coût de la prise en charge**



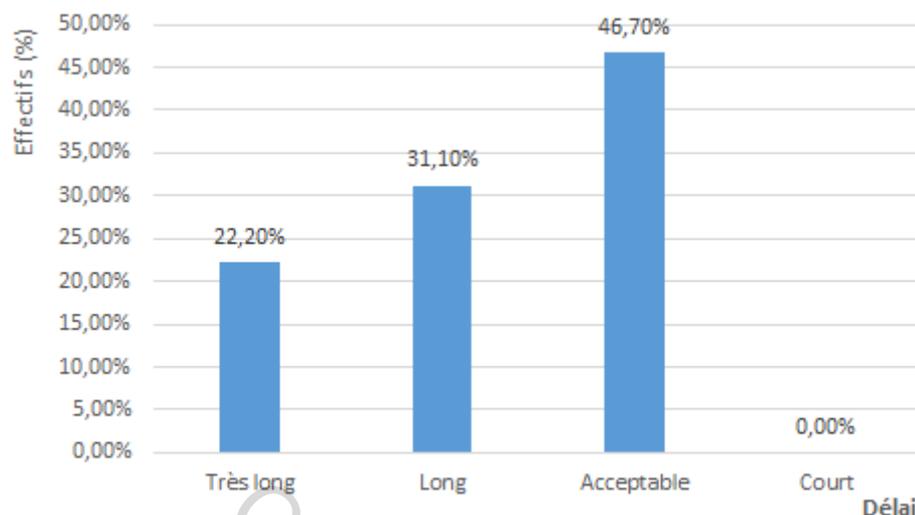
**Commentaire :** 66, 7% des patients trouvent le coût de la prise en charge très cher, 17,8% ont répondu cher, 15,6% ont répondu acceptable. D'après ces chiffres, nous disons que le coût de la prise en charge des AVC est cher voire très cher.

**Q16 : Comment jugez-vous le délai de la prise en charge ?**

**Tableau 47: Le délai de la prise en charge**

Délai	Effectifs	%
Très long	10	22,2%
Long	14	31,1%
Acceptable	21	46,7%
Court	0	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

**Figure 48: Le délai de la prise en charge**



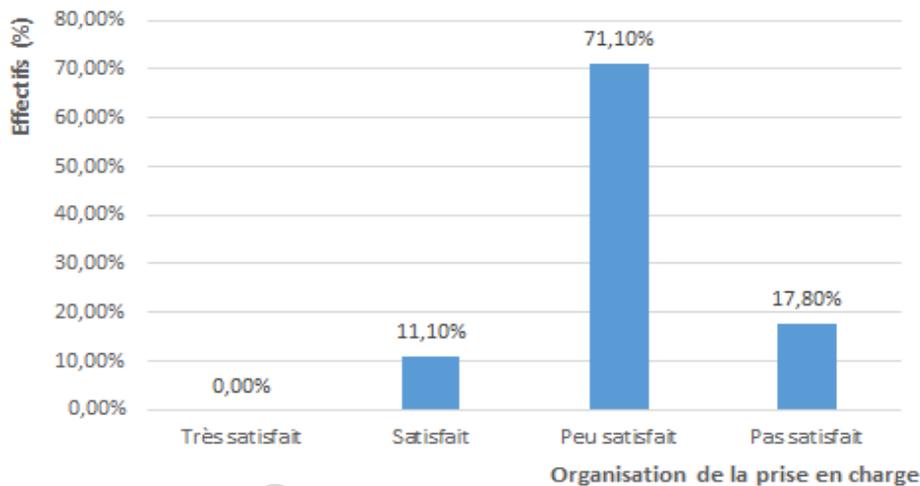
**Commentaire :** 46,7% des patients ont jugé le délai de la prise en charge acceptable, 31,1% disent que c'est très long et 22,2% l'ont trouvé long. Globalement, 53,3% des patients trouvent le délai de prise en charge long voire très long.

**Q17 : Comment trouvez-vous l'organisation de la prise en charge des patients victimes d'AVC à la clinique neurologique de Fann ?**

**Tableau 48: L'organisation de la prise en charge**

Organisation de la prise en charge	Effectifs	%
Très satisfait	0	0,0%
Satisfait	5	11,1%
Peu satisfait	32	71,1%
Pas satisfait	8	17,8%
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

**Figure 49: L'organisation de la prise en charge**



**Commentaire :** 71,1% des patients sont peu satisfaits de l'organisation de la prise en charge, 17,8% ne sont pas satisfaits et 11,1% sont satisfaits. La majorité des patients soit 82,2% sont peu ou pas satisfaits de l'organisation de la prise en charge.

## 4.2. Résumé des questionnaires soumis aux professionnels et aux patients

### 4.2.1. Résumé du questionnaire soumis aux professionnels

L'insuffisance de personnels, malgré un niveau de consultation très important et un nombre de patients hospitalisés par jour élevé (5 à 10 /jour), augmente la charge de travail. A ceci, s'ajoutent le manque de protocole de prise en charge, le manque de formation continue, de coordination entre les unités, mais aussi le manque de médicaments d'urgence et surtout du médicament thrombolytique. De même, le long séjour des patients hospitalisés (15 à plus de 30 jours) peut favoriser d'autres complications et créer un manque de places dans le service. Tout ceci peut être à l'origine d'une mauvaise organisation de la prise en charge.

### 4.2.2. Résumé du questionnaire soumis aux patients (accompagnants)

La plupart de patients interrogés sont âgés plus de 50 ans aussi bien au niveau des hommes que des femmes. Ils ont le plus souvent le niveau de l'école coranique ou de l'élémentaire. La majorité habitant en banlieue ou dans les régions prennent les taxis pour venir à l'hôpital. Ils ont visité une ou deux structures de santé et n'ont pas fait recours aux tradipraticiens. Ils trouvent le coût de la prise en charge très élevé et sont peu ou pas satisfaits de l'organisation de la prise en charge.

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

## Chapitre 5 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES CAUSES

Dans ce chapitre, nous présenterons les outils d'identification, d'analyse et de priorisation des causes du problème. Nous aborderons la détermination et l'analyse des causes et enfin nous ferons la hiérarchisation

### 5.1. Présentation des outils

Pour identifier, analyser et prioriser les causes liées à une mauvaise organisation de la prise en charge des patients victimes d'AVC, nous avons utilisé quelques outils :

- Le **diagramme d'ISHIKAWA** encore appelé **diagramme de causes à effet** ou **diagramme en arête de poisson** : C'est un outil permettant de visualiser et d'identifier de façon ordonnée les causes possibles d'un effet constaté que l'on cherche à analyser, et donc de déterminer les moyens pour y remédier, en les classant suivant les cinq aspects que sont: la **matière**, le **matériel**, la **méthode**, le **milieu** et la **main d'œuvre** ; d'où, l'appellation de **méthode des « 5 M »**, destinée à mettre en évidence les liens de causalité entre les éléments conduisant à un même effet.
- **Le vote pondéré** : C'est un outil qui permet de hiérarchiser c'est-à-dire de trier les causes par ordre d'importance.
- **Le diagramme de PARETO** : Cet outil est basé sur la loi de PARETO (Sociologue, économiste italien né en 1848), encore appelé, « loi des 80/20 » qui est en fait, un phénomène empirique, constaté dans certains domaines, constatant qu'environ 80 % des effets, sont le produit de 20 % des causes. Cet outil peut donc mettre en évidence les 20% des causes, sur lesquelles, on pourrait agir pour résoudre 80% du problème.

### 5.2. Détermination et Analyse des causes

Le recensement des causes émises par les patients ou leurs accompagnants et les professionnels a mis en évidence des causes liées à une mauvaise organisation de la prise en charge des patients victimes d'AVC à la clinique neurologique de Fann. Ces causes ont été regroupées selon les « 5 M », pour une meilleure compréhension, selon Ishikawa.

### **5.2.1. Causes liées à la main-d'œuvre**

Les causes liées à la main-d'œuvre sont celles relatives à l'action humaine. Il s'agit de l'insuffisance de personnels (médical, paramédical et de brancardier), du manque de formation du personnel (angioscanner) et du manque de coordination entre personnels de santé.

### **5.2.2. Causes liées à la procédure ou à la méthode**

Les causes liées à la procédure ou à la méthode sont celles relatives à l'organisation ou au savoir-faire. Il s'agit du manque de protocole, de procédure, de référentiel dans le service, la non continuité des consultations à la consultation externe jusqu'à 8 heures du matin, une organisation interne du travail inadéquate (le personnel de l'équipe A devrait aussi travailler avec celui de l'équipe B car c'est le même service) et une mauvaise organisation du service d'accueil même s'il existe.

### **5.2.3. Causes liées au matériel**

Les causes liées au matériel résultent de l'investissement. Il s'agit de l'insuffisance de l'équipement ou de matériel (manque de bureaux pour certains médecins et pour l'assistante sociale du service, de chariots, de lavabos, d'imprimantes, de photocopieuses, de machines pour l'électroencéphalographie et l'électromyographie) et aussi un problème de maintenance (le matériel tombe souvent en panne).

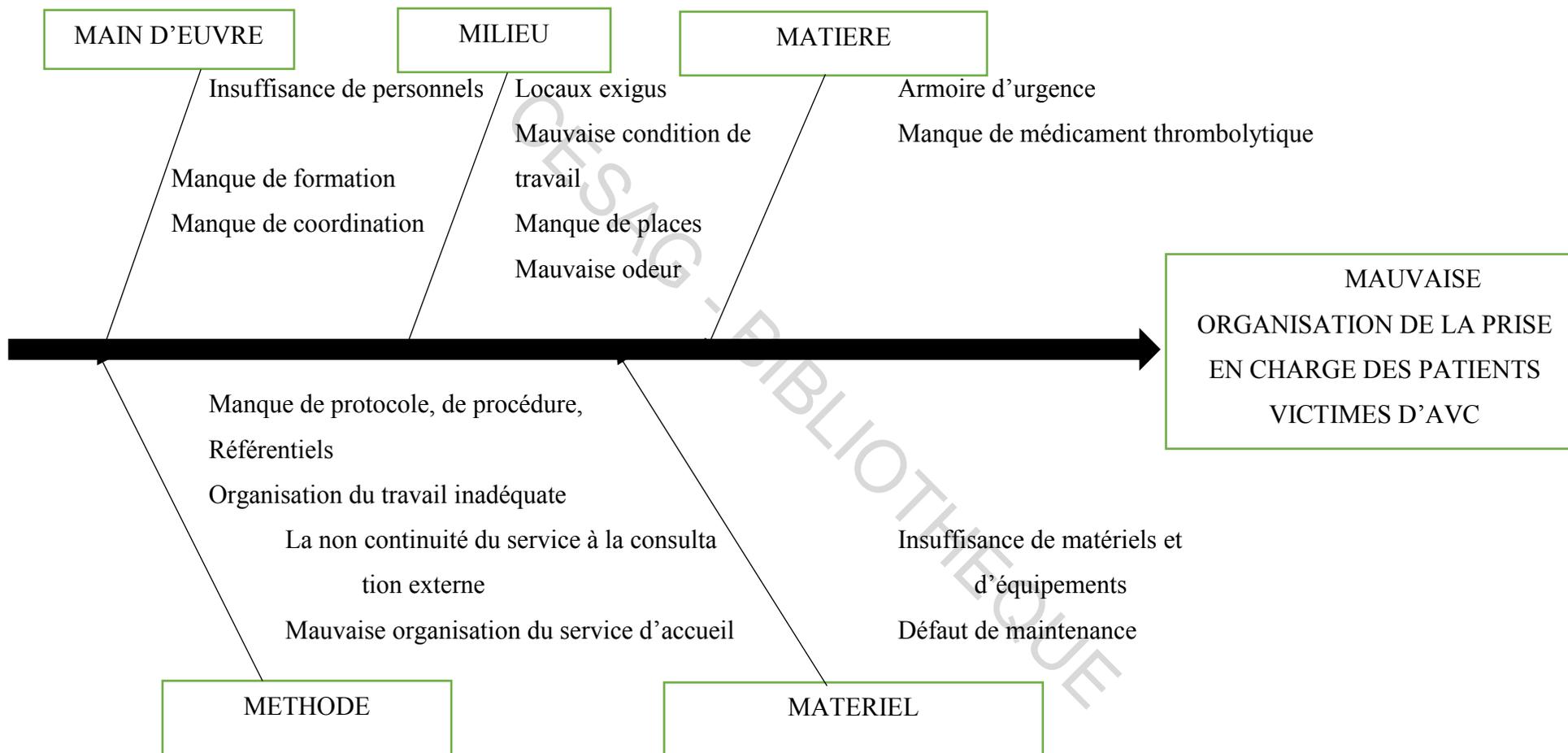
### **5.2.4. Causes liées au milieu**

Les causes liées au milieu sont relatives à l'environnement physique et humain. Il s'agit des locaux qui sont exigus comme à la salle de l'électromyographie, des mauvaises conditions de travail (il y a beaucoup de bruit quand on fait l'électroencéphalographie et l'électromyographie dans les couloirs), du manque de place (le service ne dispose pas de beaucoup de place surtout en réanimation mais aussi de la mauvaise odeur qui se dégage quand on est dans les couloirs).

### **5.2.5. Causes liées à la matière**

Les causes liées à la matière c'est tout ce qui est consommable. Il s'agit de l'armoire d'urgence à la consultation externe qui n'est pas bien fournie en médicaments d'urgence, du manque du médicament thrombolytique pour faire la thrombolyse.

Figure 50: Diagramme d'Ishikawa



### **5.2.6. Causes selon la littérature**

Outre les questions de dimensionnement des structures, il faut noter l'importance de la démographie et de la répartition géographique des professionnels, facteur clé dans les organisations mises en place pour assurer la fluidité à chaque étape de la prise en charge. Or, les effectifs et la répartition actuels des professionnels médicaux et paramédicaux entre régions sont hétérogènes.

La pénurie de kinésithérapeutes dans nombre d'établissements de santé publics retentit sur leur disponibilité.

Les formations pour les paramédicaux relatives à la prise en charge de l'AVC ne sont pas développées.

La réadaptation, la prise en compte des séquelles physiques, psychologiques et cognitives des patients, leur réinsertion sociale et professionnelle sont encore peu traitées et mal connues. L'accès à un soutien psychologique est considéré comme insuffisant.

Leur souffrance morale et la difficulté de réinsertion familiale et sociale qu'ils éprouvent sont souvent mal prises en compte car invisibles. Ils expriment une demande de soutien, d'aide dans leurs démarches pour organiser les soins et la prise en charge soignante puis médico-sociale.

Les principes d'organisation allemande, par exemple autour de la clinique neurologique de Fribourg, sont de pratiquer la rééducation le plus possible en ambulatoire ; par ailleurs, la sortie précoce du patient est encouragée, dès lors qu'il est correctement soutenu et pris en charge à domicile.

L'intervention de nombreux professionnels du soin, de la rééducation, de la réinsertion sociale est nécessaire ; ils ne sont pas toujours suffisamment mobilisés, ou leurs interventions ne sont pas toujours liées : la nécessité de mieux les coordonner est de plus en plus prise en compte, sous des formes variées.

La prise en charge de l'AVC ne se conçoit pas comme une succession de tronçons, mais comme une prise en charge globale pluridisciplinaire.

La formation initiale et continue des médecins et des professions paramédicales est un élément incontournable de la qualité de la prise en charge des patients.

La formation peut s'organiser à l'échelon local (inscription dans les projets d'établissement, au programme ...). D'autres éléments de la formation proposés par le comité de pilotage relèvent de décisions nationales : adaptation de la maquette du DES de neurologie, master de pathologie neurovasculaire, masters paramédicaux, passerelles à mettre en place pour des non neurologues (concept de « stroke-physician »). **(20)**

### 5.3. Hiérarchisation des causes

Après avoir identifié et classé les différentes causes, nous les avons hiérarchisées par ordre d'importance à l'aide du vote pondéré fait par les membres du groupe nominal.

Nous avons fixé que chaque participant dispose de 10 points pour voter, qu'il doit attribuer ces points ou une partie de ces points aux causes qui lui semblent primordiales, qu'il ne peut donner au maximum que 5 points par cause, qu'il doit écrire sur papier les numéros associés aux causes ainsi que les points attribués afin de respecter l'anonymat.

Puis, nous avons ramassé les papiers et avons comptabilisé les votes pour chaque participant.

**Tableau 49: Priorisation des causes**

Causes	Pertinence	Impact	Faisabilité	Score	Rang
Insuffisance de personnel	5	5	5	15	1er
Manque de formation	5	4	4	13	3ème
Manque de coordination	2	2	2	6	14ème
Locaux exigus	2	2	2	6	14ème
Mauvaises conditions de travail	4	4	4	12	6ème
Manque de place	5	4	4	13	3ème
Mauvaise odeur	3	3	1	7	13ème
Médicament d'urgence	4	4	3	11	7ème
Médicament thrombolytique	4	4	3	11	7ème
Manque de protocole	5	4	4	13	3ème
Organisation du travail inadéquate	4	3	3	10	9ème
Insuffisance de matériels et d'équipements	5	4	5	14	2ème
Défaut de maintenance	4	3	2	9	10ème

Non continuité du service à la consultation externe	3	4	1	8	11ème
Mauvaise organisation du service d'accueil	3	4	1	8	11ème

Source: nous- même

A l'issue du vote pondéré, le groupe de travail a retenu l'insuffisance de personnel comme cause prioritaire puis l'insuffisance de matériels et d'équipements vient en deuxième position.

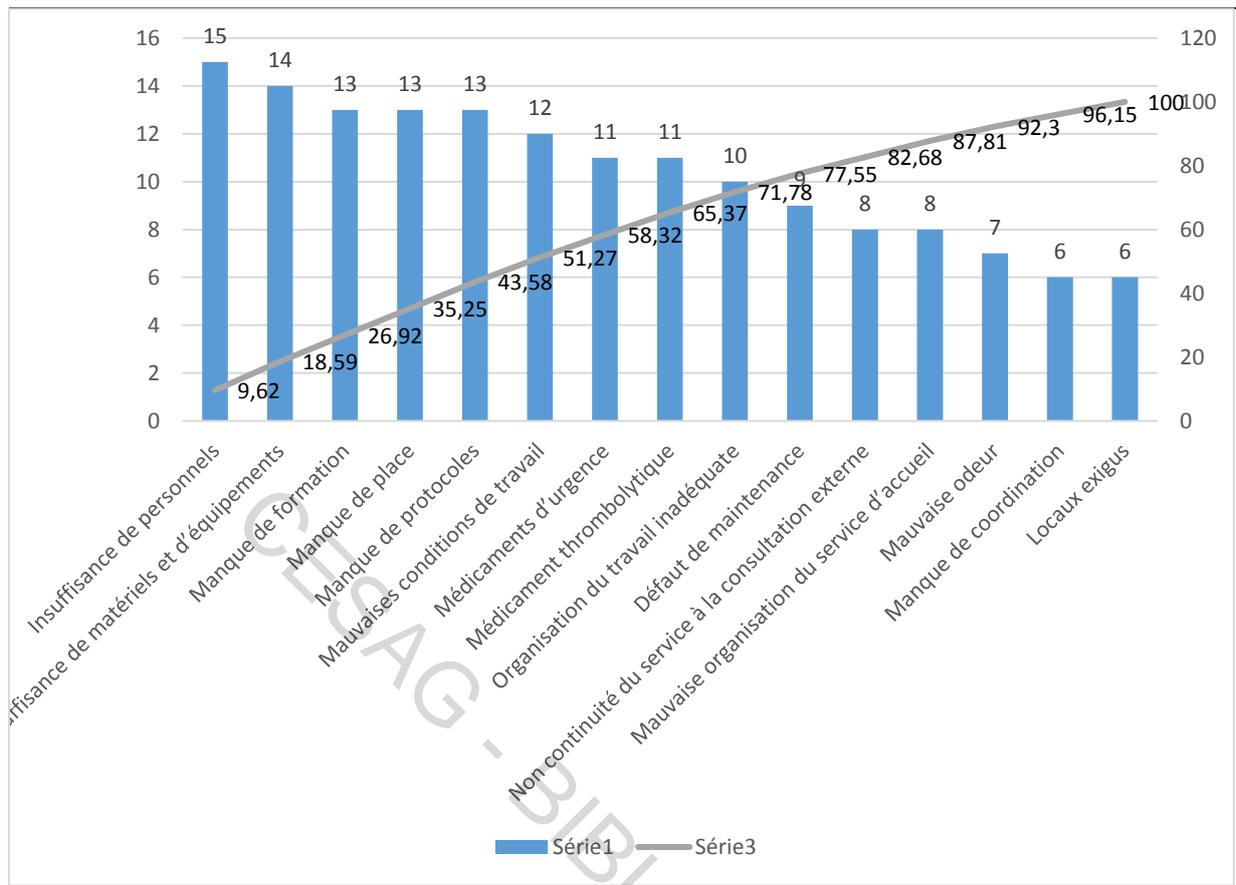
**Tableau 50: Hiérarchisation des causes par fréquences cumulées décroissantes**

Causes	Score	Fréquence en %	Fréquences cumulées	Rang
Insuffisance de personnels	15	9,62	9,62	1 <sup>er</sup>
Insuffisance de matériels et d'équipements	14	8,97	18,59	2 <sup>ème</sup>
Manque de formation	13	8,33	26,92	3 <sup>ème</sup>
Manque de place	13	8,33	35,25	3 <sup>ème</sup>
Manque de protocoles	13	8,33	43,58	3 <sup>ème</sup>
Mauvaises conditions de travail	12	7,69	51,27	6 <sup>ème</sup>
Médicaments d'urgence	11	7,05	58,32	7 <sup>ème</sup>
Médicament thrombolytique	11	7,05	65,37	7 <sup>ème</sup>
Organisation du travail inadéquate	10	6,41	71,78	9 <sup>ème</sup>
Défaut de maintenance	9	5,77	77,55	10 <sup>ème</sup>
Non continuité du service à la consultation externe	8	5,13	82,68	11 <sup>ème</sup>
Mauvaise organisation du service d'accueil	8	5,13	87,81	11 <sup>ème</sup>
Mauvaise odeur	7	4,49	92,3	13 <sup>ème</sup>
Manque de coordination	6	3,85	96,15	14 <sup>ème</sup>
Locaux exigus	6	3,85	100	14 <sup>ème</sup>
Total	156			

Source : nous- même

Pour hiérarchiser les causes, nous allons utiliser le diagramme de Pareto. Celui-ci met en exergue les causes qui expliquent en grande partie le problème à l'étude et sur lequel il faut agir.

**Figure 51: Le Diagramme de Pareto**



Source : nous- même

**Commentaire :** Le diagramme montre que 20% des causes sont à la base de 80% des problèmes, d'où la loi « 20/80 ». En effet, l'insuffisance de personnels, l'insuffisance de matériels et d'équipements, le manque de formation, le manque de place et le manque de protocoles sont les principales causes. Comme, on ne peut pas résoudre toutes les causes, nous allons nous intéresser à l'insuffisance de personnels pour résoudre le problème de mauvaise organisation de la prise en charge des patients victimes d'AVC à la clinique neurologique de Fann.

## **Chapitre 6 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS**

### **6.1. Identification des solutions possibles**

#### **6.1.1. Solution selon la littérature**

Le patient présentant un accident vasculaire cérébral (AVC) n'est assurément plus le parent pauvre de la médecine actuelle et de la neurologie en particulier. Si l'importance de la problématique neurovasculaire n'a été reconnue que récemment, ceci peut s'expliquer par le peu de réponses thérapeutiques précédemment disponibles. Deux données sont utiles à rappeler ici et parlent d'elles-mêmes : plus de 20 000 AVC surviennent en Suisse chaque année et l'AVC reste la première cause de handicap acquis dans notre pays. Sous l'égide de la Société cérébrovasculaire suisse et de la « Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies », une nouvelle organisation se met en place au niveau national avec le but ambitieux, mais réaliste, d'offrir à chaque personne victime d'un AVC les meilleurs soins que son état nécessite. Nous vous présentons ici les fondements de cette organisation afin d'optimiser la collaboration entre les secteurs hospitalier et extrahospitalier pour permettre une meilleure prévention, traiter au mieux les patients victimes d'AVC et les accompagner lorsqu'un handicap persiste.

Sur le plan politique tout d'abord, la question de l'AVC est maintenant reconnue au niveau fédéral. La problématique cérébrovasculaire fait dorénavant partie de la Médecine hautement spécialisée (MHS) par décision de la Direction des directeurs cantonaux de la santé (CDS) permettant une tarification hospitalière spécifique. L'information à la population est transmise à l'aide de différents vecteurs, allant de la diffusion de spots télévisuels sous l'égide de la Fondation suisse de cardiologie à l'organisation de la Journée mondiale de l'AVC qui se déroule chaque année le 29 novembre dans plusieurs villes, dont Genève.

L'organisation hospitalière a été complètement repensée pour standardiser la prise en charge de tous les patients souffrant d'AVC en Suisse. Deux types de structures sont prévus pour les accueillir : les « Stroke Centers » (centres cérébrovasculaires, CCV) et les « Stroke Units » (Unités cérébrovasculaires).

Le terme « Stroke Unit » fait référence à des structures organisationnelles hospitalières qui comprennent des soins intermédiaires et des lits aigus spécialisés.

Les « Strokes Units » ne se limitent cependant pas à ces lits aigus. Pour être certifiées, elles doivent répondre à des critères stricts pour ce qui a trait au personnel, aux itinéraires cliniques ainsi qu'à la formation.

Un suivi après l'hospitalisation est garanti dans le cadre de consultations ambulatoires et un registre de qualité (Swiss Stroke Registry) permet la documentation des patients. En Suisse romande, de tels dispositifs sont disponibles à Sion, Neuchâtel, Fribourg, Bienne et Nyon, mais leur nombre est clairement insuffisant à l'heure actuelle pour prendre en charge tous les patients. De nouvelles « Stroke Units » sont prévues ou peuvent être discutées dans divers hôpitaux comme Rennaz et Yverdon-les-Bains par exemple.

Le « Stroke Center » inclut une « Stroke Unit » comme décrite ci-dessus, mais également la possibilité d'un accès rapide aux plateaux techniques neurochirurgical et neuroradiologique.

Des liens étroits sont nécessaires entre « Stroke Units » et « Stroke Centers » pour les cas les plus complexes. **(21)**

La télémédecine est considérée comme un remède au manque de personnels en Afrique. En effet, la population africaine est confrontée à de nombreux enjeux en termes d'accès à la santé.

Les patients sont obligés de se déplacer pour accéder aux services de santé mais l'accès est rendu difficile par les problèmes de transports et l'état des routes. Par faute de ressources financières, beaucoup n'ont pas accès aux moyens de diagnostics et de prise en charge.

Cela est d'autant plus vrai lorsque le patient est hospitalisé dans une structure de santé localisée dans une ville où il n'a pas d'attache familiale, occasionnant ainsi des coûts additionnels inhérents à l'hospitalisation.

La quasi-totalité des hôpitaux régionaux ne disposent que d'un ou deux spécialistes voire trois spécialistes. **(22)**

Ces dix dernières années, la prise en charge des patients ayant un AVC s'est radicalement modifiée. En effet, il est clairement démontré qu'une prise en charge dans une unité neurovasculaire spécialisée (UNV) et le recours à la thrombolyse lorsqu'elle est possible améliore de façon significative le devenir des patients. Malheureusement, le recours à un avis neurologique en urgence peut parfois être difficile du fait de la faible densité de neurologues en



**Tableau 51 : Priorisation des solutions**

Solutions	Coût	Efficacité	Impact	Score	Rang
Le recrutement de personnels	15	15	15	45	1er
L'acquisition de matériels et d'équipement en nombre suffisant	13	13	13	39	5ème
La formation continue du personnel aux protocoles de prise en charge de qualité des patients victimes d'AVC	15	14	14	43	3ème
La sensibilisation du personnel sur l'importance de la prise en charge précoce (avant 3 h)	15	14	13	42	4ème
La réhabilitation du service en une unité neurovasculaire moderne	12	12	12	36	7ème
La disponibilité du médicament thrombolytique et le renforcement de la trousse d'urgence à travers la politique de santé	12	13	13	38	6ème
La réorganisation du service pour une prise en charge de qualité des patients victimes d'AVC	15	15	14	44	2ème

Source : nous- même

**Commentaire :**

**Justification de la solution retenue :** A l'issue du vote pondéré, le recrutement du personnel a été retenu comme solution prioritaire, suivi de la réorganisation du service pour une prise en charge de qualité des patients victimes d'AVC.

Après analyse, le groupe de travail a retenu que la deuxième solution soit retenue pour la mise en œuvre. En effet, compte tenu que le recrutement du personnel n'est pas uniquement du ressort de la direction, le groupe de travail a jugé opportun de faire un plaidoyer auprès du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale pour le renforcement de son effectif. De ce fait, la première solution, bien que pertinente, ne sera pas mis en œuvre. Par conséquent, la réorganisation du service, sera mise en œuvre. En effet, selon ATTOUMOH, (24) dans son mémoire « Il n'y a pas d'organisation sans hommes. L'homme fournit à l'entreprise le travail et l'énergie : travail élémentaire n'exigeant qu'un minimum de capacités physiques, ou travaux

complexes nécessitant des savoirs, savoir-faire et savoir être, ordonnés et structurés dans des métiers. L'entreprise organise le travail des hommes : elle le définit, le répartit, le coordonne et le contrôle » (25)

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## **Chapitre 7 : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION**

La réorganisation du service est la solution retenue pour une bonne organisation de la prise en charge des patients victimes d'AVC à la clinique neurologique de Fann. Puis que, tout processus d'organisation ne peut se faire sans le personnel qui doit être disponible en quantité et en qualité, nous avons tenu compte des besoins du personnel : d'où le souci d'associer au processus de réorganisation la formation et le recyclage du personnel.

### **7.1. Objectifs du projet**

#### **7.1.1. But**

Contribution à l'amélioration de l'organisation de la prise en charge des patients victimes d'AVC à la clinique neurologique de l'hôpital de Fann de Dakar au Sénégal.

#### **7.1.2. Objectif général**

L'objectif général de ce projet est la réorganisation de la clinique neurologique de Fann à travers la formation du personnel de janvier 2018 au mois de décembre 2018.

#### **7.1.3. Objectifs spécifiques**

- Assurer la formation continue du personnel pour une meilleure prise en charge des patients victimes d'AVC ;
- Superviser le personnel formé sur la prise en charge de patients victimes d'AVC ;
- Instaurer une nouvelle organisation de la prise en charge

#### **Résultats attendus**

R1 : Le personnel est formé ;

R2 : La supervision est instaurée pour une meilleure prise en charge des patients victimes d'AVC ;

R3 : Une nouvelle organisation est instaurée

#### **Les Activités**

##### **Résultat 1 :**

A1 : Identification et élaboration des besoins de formation ;

A2 : Elaboration des modules de formation ;

A3 : Formation des agents aux modules élaborés

##### **Résultat 2 :**

A1 : Suivi de la mise en œuvre des recommandations ;

A2 : Evaluation

**Résultat 3 :**

A1 : Réaménagement des horaires de travail pour éviter la surcharge de travail ;

A2 : Elaboration et application des protocoles de prise en charge ;

A3 : Amélioration du système de brancardage.

**7.2. Cadre logique**

**Tableau 52: Matrice du cadre logique**

	<b>Logique d'intervention</b>	<b>Indicateurs objectivement vérifiables</b>	<b>Source et moyens de vérification</b>	<b>Conditions critiques</b>
<b>But</b>	Contribution à l'amélioration de l'organisation de la prise en charge des patients victimes d'AVC à la clinique neurologique de Fann	Proportion de patients satisfaits de la qualité de l'organisation de la prise en charge	Enquête de satisfaction des patients	Engagement de la direction et de acteurs de prise en charge
<b>Objectif Général</b>	Réorganiser la clinique neurologique de Fann à travers la formation du personnel durant l'année 2018	Proportion de personnels satisfaits de la réorganisation de la clinique	Enquête de satisfaction du personnel	Adhésion du personnel
<b>Objectifs Spécifiques</b>	OS1 : Assurer la formation continue du personnel sur la prise en charge de qualité des patients victimes d'AVC	Nombre de sessions de formation Nombre d'agents formés	Rapport de formation	Disponibilité de ressources Planification de la formation
	OS2 : Superviser le personnel formé sur la prise en charge des	Nombre de supervisions réalisées sur nombre prévu	Rapport de supervision Rapport d'activité	Planification de la supervision Disponibilité de ressources

	patients victimes d'AVC			
	OS3 : Instaurer une nouvelle organisation de la prise en charge	La clinique neurologique est réorganisée durant l'année 2018	Rapport d'évaluation	Adhésion des autorités de Fann et du personnel de la clinique neurologique
<b>Résultats</b>	R1 : Le personnel est formé sur la prise en charge de qualité de l'AVC	Proportion de prestataires qui pratiquent une prise en charge de qualité	Rapport d'activité	Disponibilité de ressources
	R2 : La supervision est instaurée pour la prise en charge des patients victimes d'AVC	Proportion de prestataires qui ont subi une supervision	Rapport d'activité	
	R3 : Une nouvelle organisation est instaurée	Le taux de changement dans l'organisation du service	Enquête auprès des patients	
<b>Activités</b>	R1-A1 : Identification et élaboration des besoins de formation	Nombre de réunions effectuées	Procès-verbal des réunions	Disponibilité des ressources
	R1-A2 : Elaboration des modules de formation	Nombre de modules élaborés	Rapport d'activité de formation	Disponibilité de ressource
	R1-A3 : Formation du personnel aux modules élaborés	Nombre de personnes formées	Rapport de formation	Implication du chef de service et du personnel
	R2-A1 : Suivi de la mise en œuvre des recommandations	Nombre de recommandations suivies	Registre de formation Rapport d'activités	Planification de la supervision
	R2-A2 : Evaluation des activités	Nombre d'évaluation effectuées	Rapport d'activité	Planification de l'évaluation

	R3-A1 : Réaménagement des horaires de travail	Continuité des consultations 24 h/ 24 Coordination des activités	Rapport d'activités Observation directe	Adhésion et implication de tout le personnel
	R3-A2 : Elaboration et application des protocoles de prise en charge	Disponibilité des protocoles de prise en charge	Enquête auprès des prestataires	
	R3-A3 : Amélioration du système de brancardage	Nombre de chariots disponibles	Enquête Observation	

Source : nous- même

### 7.3. Le plan opérationnel

**Tableau 53: Le plan opérationnel**

Activités	Début	Fin	Budget(FCFA)	Responsable	Source de financement
Identification et élaboration des besoins de formation	1 <sup>er</sup> janvier 2018	7/01/18	300.000	RH Chef de service	Budget du CNHF
Elaboration des modules de formation	07/01/18	14/01/18	500.000	Chef de service en collaboration avec le responsable de la formation	
Formation du personnel aux modules élaborés	14/01/18	18/01/18	800.000	Responsable de la formation	
Suivi de la mise en œuvre des recommandations	18/01/18	23/01/18	300.000	Responsable du suivi	

Evaluation des activités	23/01/18	31/01/18	400.000	Responsable de l'évaluation Direction	
Réaménagement des horaires de travail	14/01/18	30/01/18	-	Chef de service	
Elaboration et application des protocoles de prise en charge	07/01/18	18/01/18	-		
Amélioration du système de brancardage	18/01/18	31/01/18	200.000	Direction Chef de service	
Montant total			2.500.000		

Source : Nous- même

**Le montant total du budget est arrêté à la somme de deux millions cinq cent mille FCFA (2.500.000).**

#### 7.4. Le suivi – évaluation

Le suivi est un contrôle régulier de l'état d'avancement des activités qui exige un (e) :

- comparaison de l'exécution effective des activités et du plan de travail ;
- respect de l'échéancier ;
- existence d'un comité de suivi ;
- budget dépensé selon prévision ;
- mise en place de ressources matérielles selon les prévisions ;
- nécessité de changement ;
- modification du plan de travail.

L'évaluation est un jugement de valeur ou une appréciation sur des changements qui ont été introduits. Elle aide à la prise de décision. Elle peut se faire avant, pendant ou à la fin du projet.

**Tableau 54: Cadre de suivi-évaluation**

Indicateurs	Méthode de calcul	Source de collecte	Méthode de collecte	Fréquence
Proportion de besoins de formation	Nombre de formations identifiés sur nombre total	Registre formation	Enquête	Semestrielle
Proportion de modules et de protocoles élaborés	Nombre de modules et de protocoles élaborés sur nombres identifiés	Registre de formation	Enquête	Trimestrielle
Proportion de professionnels formés	Nombre de personnels formés sur le nombre total de professionnels	Rapport de formation et d'activités	Enquête	Mensuelle
Proportion de professionnels qui suivent les recommandations	Nombre de professionnels qui suivent les recommandations sur le nombre total de professionnel formé	Rapport de suivi	Enquête	Hebdomadaire
Evaluation réalisée	Nombre d'évaluations réalisées sur le nombre prévu	Rapport d'évaluation	Enquête	Mensuelle

Source : nous- même

## **7.5. Recommandations**

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

- Le Ministère de la Santé et l'Action Sociale ;
- La direction du Centre National Hospitalier Universitaire de Fann ;
- Le chef de service et les professionnels de la clinique neurologique de Fann et
- Les patients (accompagnants) de la clinique neurologique de Fann.

### **Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale**

- Former les médecins spécialisés en neurologie qui pourront exercer en milieu périphérique ;
- Mettre en place des unités de soins spécialisés géographiquement accessibles aux patients.

### **La direction du Centre National Hospitalier Universitaire de Fann**

- Améliorer les conditions de travail en procédant à une réorganisation architecturale du service ;
- Relever le plateau technique ;
- Rendre disponibles les thrombolytiques ;
- Rationaliser, nécessairement, la demande des examens complémentaires dans le but de réduire le coût de la prise en charge ;
- Instaurer un régime alimentaire pour les AVC.

### **Le chef de service et les professionnels de la clinique neurologique de Fann**

- Assurer la formation continue des professionnels pour la prise en charge des patients victimes d'AVC ;
- Instaurer des protocoles de prise en charge ;
- Instauration d'une bonne communication avec l'implication de tous les acteurs concernés conformément à la charte du malade dans les établissements publics de santé hospitaliers (voir annexe) ;
- Procéder à la réorganisation du service.

### **Les patients (accompagnants) de la clinique neurologique de Fann**

- Respect des conseils des prestataires (respect des rendez-vous, de la prescription médicale) ;
- Respect des heures de visite, de l'intimité et de la tranquillité des patients ;

- Sensibilisation des accompagnants des patients victimes d'AVC dans le cadre de leur prise en charge.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## **CONCLUSION**

La prise en charge d'un accident vasculaire cérébral (AVC) requiert des prestations de service visant la recherche d'étiologies sur lesquelles l'indication thérapeutique va porter pour améliorer le pronostic vital et fonctionnel du patient. Les AVC nécessitent un diagnostic clinique et radiologique urgent. Ce diagnostic doit être précoce pour éviter les risques de récidives. Il permet en outre un traitement spécialisé de l'urgence. De plus, la prise en charge des AVC est multidisciplinaire pour le diagnostic, la recherche de causes et le traitement. Si le patient est au centre de l'action, il reste unique et singulier. Les équipes doivent s'interroger sur le sens de ce qui est proposé et / ou réalisé et partager les décisions avec le patient ou l'accompagnant. Une coopération réussie suppose des acteurs autonomes collaborant en confiance réciproque et mobilisant les compétences spécifiques de chacun en les articulant de manière complémentaire. Dans le service de neurologie, les prestations de service sont nécessaires pour la prise en charge de l'AVC. Or, le service est confronté à un problème d'organisation de la prise en charge des patients victimes d'AVC qui est lourde. Ceci nous a été révélé lors de notre étude.

Ainsi, nous avons mené une enquête auprès des professionnels et des patients de la clinique. L'analyse de ces résultats a révélé plusieurs facteurs explicatifs qui concourent à une mauvaise organisation de la prise en charge. Il s'agit entre autres de l'insuffisance de personnels et de matériels, des mauvaises conditions de travail qui ont un impact sur l'organisation de la prise en charge. Ainsi, un groupe de travail a été mis en place pour proposer des solutions. A l'issue de ce travail des propositions de solutions et un plan d'action ont été établis afin d'améliorer l'organisation de la prise en charge. La formation continue des professionnels contribue à l'amélioration de la prise en charge.

Enfin, on peut dire que les résultats de cette étude ne sont qu'une étape dans la réflexion pour améliorer la prise en charge des patients victimes d'AVC. D'autres réflexions sur l'ensemble du processus de prise en charge des patients victimes d'AVC devront être menées au niveau de la clinique neurologique de Fann.

## REFERENCES

1. HACKE W, KASTE M, BOGOUSLAVSKY J, BRAININ M, CHAMORRO

*A et al.* – European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management-update 2003. *Cerebrovasc Dis*, 2003, 16, 311-337.

2. Dr Woimant, neurologie, Paris et collaborateurs Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse Mai 2009 France

3. Aubry.P L'évolution des maladies cardio-vasculaires dans les pays en développement Mise à jour le 09/04/2003 médecine tropicale

[http://medecinotropicale.free.fr/cours/cardiopathies\\_tropicales.htm](http://medecinotropicale.free.fr/cours/cardiopathies_tropicales.htm) consulté le 10/08/17

4. NDIAYE F., NDIAYE I.P., AUTIRET A., LINHARD J.

Accidents vasculaires cérébraux ischémiques et drépanocytose

hétérozygote. Bull. Soc. Med. Afri Nre. Lgue. Frse; 1978; 23 (3): 153-155

5. Diop C.A.T. : Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux : connaissances, attitudes et pratiques du personnel de santé des districts sanitaires de Guédiawaye Mbao et Pikine Thèse de Doctorat en médecine (THM -47233) de 88 pages soutenues le 09/07/10 à Dakar.

6. ANSD : Situation économique et sociale du Sénégal en 2012. Mai 2015.

7. Banque Mondiale : Senegal presentation: Banque Mondiale.org/fr/country Senegal overview

8. REPUBLIQUE DU SENEGAL : Agence Nationale de la Statistique et de la démographie (ANSD) :« Enquête démographique et de santé continue au Sénégal (EDS-Continue) 2014-2015, Rapport final 1ère année ».

9. PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME AU SENEGAL 2016 - 2020, octobre 2015

10. Cissokho. M : Contribution à l'amélioration de la prise en charge des patients à la consultation de la clinique externe du Centre National Hospitalier d'Enfants Albert Royer de Dakar Mémoire pour l'obtention du DESS en Gestion des Services de Santé Novembre 16 135 pages.
11. Source Direction des Ressources Humaines du CHNU de Fann
12. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale  
BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2012/4 du 15 mai 2012, Page 153.
13. Prise en charge de l'urgence neurologique dans un pays en développement : exemple du Sénégal *revue neurologique* 168 (2012) 216 – 220
14. Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en Afrique subsaharienne *revue neurologique* 166 (2010) 882 – 893
15. G. Zenebe, M. Alemayehu, J. Asmera Characteristics and outcomes of stroke at Tikur Anbessa Teaching Hospital Ethiopia *Ethiop Med J*, 43 (2005), pp. 251-259
16. F. Sene-Diouf, A.M. Basse, A.K. Ndao, M. Ndiaye, K. Touré, A. Thiam, M.M. Ndiaye, A.G. Diop, I.P. Ndiaye Pronostic fonctionnel des accidents vasculaires cérébraux en Pays en voie de développement : Sénégal
17. Modalités de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux au mali (Afrique de l'Ouest) : une enquête de pratiques
18. BOGOUSLAVSKY J., BOUSSER M.-G., MAS J.-L., *Accidents vasculaires cérébraux*, Doin éditeurs, 1993
19. Dr Claire T. Moret Chalmin, honoraire. Neurologue neurophysiologiste Médecine aéronautique et spatiale [clmoret@gmail.com](mailto:clmoret@gmail.com)
20. AVC rapport final <http://www.sante.gouv.fr> consulté le 15/10/17
21. Dr EMMANUEL CARRERA, Prs LORENZ HIRT, ROMAN SZTAJZEL, PATRIK MICHEL, ANDREAS KLEINSCHMIDT et RENAUD DU PASQUIER *REVUE MÉDICALE*

SUISSE RMS\_560\_883.pdf Organisation de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en Suisse romande

22. [www.clusanteafrique.org](http://www.clusanteafrique.org) Club santé Afrique dossier télémédecine consulté le 28/09/17

23. [www.em-consulte.com/revue/lpm](http://www.em-consulte.com/revue/lpm) www.sciencedirect.com Télémédecine : application aux urgences neurologiques consulté le 05/10/17

24. ATTOUMOH M Contribution à l'amélioration de l'accueil au niveau du service des urgences porte de l'hôpital principal de Dakar M0006GSS05 à la page 51

25. BEAUGRAND (jean louis) l'organisation du travail et la fonction humaine dans l'entreprise, Editions Liaisons 1995 Liaison et convergence SA

RESAG - BIBLIOTHEQUE

## **ANNEXES**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## Annexe 1 : Questionnaire destiné aux professionnels du service de Neurologie

### contribution à l'amélioration de l'organisation de la prise en charge des patients victimes d'AVC

Aout-Octobre 2017

Ce questionnaire est destiné aux professionnels de la clinique neurologique de Fann.

Toutes ces questions concernent la prise en charge des patients victimes d'AVC bien qu'il existe d'autres pathologies dans le services

**1. Quelle est votre profession**

1. neurologues     2. infirmiers     3. kinésithérapeutes     4. cuisinier     5. Garçon de salle  
 6. brancardier     7. DES de neurologie     8. Assistante sociale

**2. Quelle est votre ancienneté dans le service**

1. moins de 5ans     2. 5-10ans     3. plus de 10ans

**3. comment trouvez-vous l'organisation architecturale du service?**

1. très bien     2. bien     3. assez bien     4. pas du tout bien

**4. votre tâche est-elle bien définie?**

1. très bien     2. bien     3. assez bien     4. pas du tout bien

**5. Existe-t-il des protocoles de soins?**

1. oui     2. non

**6. comment trouvez-vous l'organisation interne du service?**

1. très bien     2. bien     3. assez bien     4. pas du tout

**7. Quel est le niveau de consultation?**

1. très important     2. important     3. assez important     4. pas du tout important

**8. Quel est le délai d'admission dans le service?**

1. moins de 3 h     2. 3-6 h     3. 6-12 h     4. plus de 12 h

**9. combien de malades hospitalisez-vous par jour pour AVC?**

1. moins de 5     2. 5-10     3. plus de 10

**10. Quelle est la durée d'hospitalisation ?**

1. moins de 15jours     2. 15-30jours     3. plus de 30jours

**11. A quel stade les patients victimes d'AVC sont reçus dans le service?**

1. phase aigue     2. phase séquellaire     3. autre à préciser

**12. Les patients victimes d'AVC reçus dans le service sont-ils conscients?**

1. oui     2. non

**13. Quelles sont les pathologies les plus fréquentées dans le service?**

1. AVC     2. Epilepsie     3. Lombalgie     4. Autres à préciser

**14. Les patients qui viennent dans le service se plaignent-ils?**

1. manque de place     2. mauvaise organisation des soins     3. manque d'informations     4. autres à préciser

**15. Quel est le temps nécessaire pour discuter avec les patients ?**

1. moins de 15mn     2. 15-30mn     3. plus de 30mn

**16. Disposez-vous suffisamment de personnels nécessaire à une bonne prise en charge des patients victimes d'AVC?**

1. oui     2. non

**17. Est-ce que le scanner est disponible en urgence pour les patients victimes d'AVC?**

1. oui     2. non

18. Existe-t-il un système de brancardage pour les patients victimes d'AVC?

1. oui  2. non

19. Si oui comment jugez-vous ce système de brancardage?

1. bon  2. mauvais  3. à améliorer

20. Avez-vous des besoins de formations continues pour la prise en charge des patients victimes d'AVC?

1. oui  2. non

21. Lorsque vous demandez des examens complémentaires pour les patients victimes d'AVC (radiographie, bilan sanguin), les résultats vous parviennent en un délai

1. trop long  2. long  3. raisonnable  4. court

22. Est-ce que la rééducation se fait au chevet du patient atteint d'AVC ?

1. oui  2. non

23. Disposez-vous du médicament thrombolytique dans le service?

1. oui  2. non

24. Quels sont les motifs les plus fréquents d'évacuation des patients victimes d'AVC vers d'autres structures hospitalières?

1. défaut d'équipement, de matériels  2. défaut de personnel qualifié  3. service non existant dans l'hôpital  
 4. manque de places  5. autres à préciser

25. Quelles solutions préconisez-vous pour l'amélioration de l'organisation de la prise en charge des patients victimes d'AVC à la clinique neurologique de Fann?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. politique de santé                        | <input type="checkbox"/> 2. sensibilisation de la population           |
| <input type="checkbox"/> 3. ouverture d'autres services de neurologie | <input type="checkbox"/> 4. formation d'un grand nombre de neurologues |
| <input type="checkbox"/> 5. autres à préciser                         | <input type="checkbox"/> 6. recrutement d'infirmiers                   |

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).*

## Annexe 2 : Questionnaire destiné aux patients (accompagnants) de la clinique neurologique de Fann

### Contribution à l'amélioration de l'organisation de la prise en charge des patients victimes d'AVC

Août-Octobre 2017

Ce questionnaire est destiné aux patients(accompagnants) victimes d'AVC à la clinique neurologique de Fann

**1. Quel est votre âge?**

1. moins de 30ans  2. 30-50ans  3. 50ans et plus

**2. Quel est votre sexe?**

1. homme  2. femme

**3. Quelle est votre profession?**

1. agriculteur  2. commerçant  3. profession libérale  4. cadre moyen  5. ouvrier  6. retraité  
 7. autres à préciser  8. ménagère  9. agent de sécurité

**4. Quel est le niveau d'instruction?**

1. élémentaire  2. secondaire  3. universitaire  4. autre à préciser  5. école coranique  6. non instruit(e)

**5. Avez-vous fait recours aux tradipraticiens?**

1. oui  2. non

**6. Combien de structures de santé avez-vous visité avant votre admission?**

1. un  2. deux  3. trois  4. plus de trois

**7. Dans quelle localité habitez-vous?**

1. Dakar ville  2. banlieue  3. régions  4. autres à préciser

**8. Quel est le mode de transport utilisé**

1. véhicule particulier  2. pompier  3. ambulance  4. taxi  5. autres à préciser

**9. Accès à l'hôpital(parking,signalisation)**

1. très satisfait  2. satisfait  3. peu satisfait  4. pas satisfait

**10. Comment jugez-vous le motif de l'admission?**

**10. Comment jugez-vous la qualité de l'accueil?**

1. très satisfaisant  2. satisfaisant  3. peu satisfaisant  4. pas satisfaisant

**11. Le personnel soignant est-il disponible?**

1. très dispo  2. relativement dispo  3. non dispo

**12. Le confort d'installation dans la chambre?**

1. très confortable  2. assez confortable  3. pas confortable

**13. Comment jugez-vous l'hygiène et la propreté?**

1. très satisfaisant  2. satisfaisant  3. assez satisfaisant  4. pas satisfaisant

**14. Comment jugez-vous la qualité de la restauration?**

1. très satisfait  2. satisfait  3. assez satisfait  4. pas satisfait

**15. Comment trouvez-vous le coût de la prise en charge des AVC**

1. très cher  2. cher  3. acceptable  4. pas du tout cher

**16. Comment jugez-vous le délai de la prise en charge?**

1. très long  2. long  3. acceptable  4. court

**17. Comment trouvez-vous l'organisation de la prise en charge des patients victimes d'AVC à la clinique neurologique de Fann?**

1. très satisfait  2. satisfait  3. peu satisfait  4. pas satisfait

### **Annexe 3 : Charte du malade dans les établissements publics de santé hospitaliers**

REPUBLIQUE DU SENEGAL

-----

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE

-----

DIRECTION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

#### **Charte du malade**

#### **Arrêté 005776 / MSP / DES du 17/07/2001**

**ARTICLE 1 :** L'accès au service public Hospitalier est garanti à tous les Malades sans discrimination aucune.

**ARTICLE 2 :** Les personnes handicapées doivent être prises en compte dans l'aménagement des sites d'accueil.

**ARTICLE 3 :** Les Etablissements publics de Santé Hospitaliers garantissent un accueil et des soins de qualité ; ils veillent au soulagement de la douleur.

**ARTICLE 4 :** L'information destinée au malade doit être accessible et juste afin que ce dernier accepte les choix Thérapeutiques.

**ARTICLE 5 :** Aucun soin ne peut être dispensé au malade sans son consentement libre et éclairé, celui des parents ou des représentants légaux, sauf en cas de force majeure.

**ARTICLE 6 :** Le malade hospitalisé dans un établissement public de santé, peut à tout moment le quitter sauf exceptions prévues par la loi, après avoir été informé des risques éventuels qu'il encourt et signé une décharge.

**ARTICLE 7 :** Le malade a droit au respect de sa vie, des croyances ainsi que la confidentialité des informations personnelles médicales et sociales le concernant.

**ARTICLE 8 :** Le malade peut accéder à son dossier médical par l'intermédiaire d'un médecin de son choix.

**ARTICLE 9 :** Le malade hospitalisé peut exprimer ses observations sur la qualité de l'accueil et des soins. Il dispose du droit de demander réparation des préjudices qu'il estime avoir subi.

**ARTICLE 10 :** Le malade et les personnes qui l'accompagnent doivent se conformer aux normes de conduite requises pour sauvegarder la sécurité de l'hôpital et de la salubrité de son environnement

**ARTICLE 11 :** Le malade et son entourage doivent protéger le patrimoine de l'hôpital. Ils ne doivent ni en abuser, ni le détourner de son utilisation.

**ARTICLE 12** : Le malade doit participer à la préservation et au renforcement de l'harmonie sociale au sein de l'hôpital.

**ARTICLE 13** : Les droits et devoirs de chaque malade s'exercent dans le respect du droit d'autrui, de la morale et de l'intérêt commun.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## TABLE DES MATIERES

Dédicace .....	i
Remerciements .....	ii
Liste des sigles, acronymes et abréviations .....	iv
Liste des tableaux .....	vi
Liste des Figures.....	viii
Liste des Annexes.....	x
Sommaire .....	xi
INTRODUCTION .....	1
PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE .....	5
Chapitre 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE .....	6
1.1. Analyse de l'environnement externe.....	6
1.1.1. Généralités sur le Sénégal .....	6
1.1.2. Présentation du pays.....	6
1.1.2.1. Géographie .....	6
1.1.2.2. Données climatologiques .....	7
1.1.2.3. Organisation administrative .....	7
1.1.2.4. Situation socio-économique .....	7
1.1.2.5. Population.....	8
1.1.3. Organisation du système de santé .....	9
1.1.3.1. Organisation du Ministère .....	9
1.1.3.2. Politique de santé .....	9
1.1.4. La situation sanitaire au Sénégal : Les infrastructures sanitaires.....	10
1.1.5. Analyse de l'environnement interne .....	10
1.1.5.1. Historique (11) .....	10
1.1.5.2. Statut juridique (11) .....	12
1.1.5.3. Situation géographique et répartition physique des services .....	12
1.1.5.3.1. Situation géographique.....	12
1.1.5.3.2. Répartition physique des services .....	12
1.1.5.4. Mission .....	13
1.1.5.5. Vision .....	14

1.1.5.6. Cadre Organisationnel du Centre Hospitalier National Universitaire de Fann (11) .....	14
1.1.5.6.1. Organigramme du CHNU de Fann .....	14
1.1.5.6.2. Les ressources du CHNU de Fann .....	17
1.1.5.7. Le service de Neurologie.....	17
1.1.5.7.1. Organigramme du service de Neurologie (11).....	18
1.1.5.7.2. Organisation du service de Neurologie (11) .....	19
1.1.5.7.3. Circuit du patient au service de Neurologie.....	23
1.1.6. Synthèse de l'environnement .....	23
1.1.6.1. Les atouts et les points forts de l'environnement.....	23
1.1.6.2. Les points faibles de l'environnement.....	24
1.1.6.3. Les opportunités .....	24
1.1.6.4. Les menaces .....	25
1.2. Identification des problèmes et leur priorisation.....	25
1.2.1. Identification des problèmes .....	25
1.2.2. Priorisation (choix du problème prioritaire).....	26
Chapitre 2 :CADRE THEORIQUE.....	28
2.1. Problématique.....	28
2.1.1. Contexte et justification .....	29
2.1.2. Revue de la littérature .....	31
2.1.3. But de l'étude .....	32
2.1.4. Objectif général.....	32
2.1.5. Objectifs spécifiques .....	32
2.2. Cadre conceptuel.....	33
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET RESULTAT D'ENQUETE.....	35
Chapitre 3 : METHODOLOGIE .....	36
3.1 Population de l'étude.....	36
3.2 Méthode et technique d'échantillonnage.....	36
3.3 Stratégie de recherche .....	36
3.3.1 Méthode et type de recherche.....	36
3.3.2 Technique et instruments de collecte de données .....	36
3.3.2.1 La revue de la littérature.....	37
3.3.2.2 L'observation .....	37
3.3.2.3 Les entretiens.....	37

3.4	Pré-test.....	37
3.5	Déroulement de l'enquête .....	37
3.6	Dépouillement et traitement des données.....	37
3.7	Difficultés et limites de l'étude .....	37
Chapitre 4 : PRESENTATION DES RESULTATS .....		38
4.1.	Résultats de l'enquête.....	38
4.1.1.	Résultats du questionnaire soumis aux professionnels de la clinique neurologique .....	38
4.1.2.	Résultats du questionnaire soumis aux patients (ou accompagnants) victimes d'AVC à la clinique neurologique de Fann.....	61
4.2.	Résumé des questionnaires soumis aux professionnels et aux patients .....	76
4.2.1.	Résumé du questionnaire soumis aux professionnels .....	76
4.2.2.	Résumé du questionnaire soumis aux patients (accompagnants).....	76
TROISIEME PARTIE : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION-IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS- PLAN DE MISE EN ŒUVRE.....		77
Chapitre 5 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES CAUSES .....		78
5.1.	Présentation des outils.....	78
5.2.	Détermination et Analyse des causes .....	78
5.2.1.	Causes liées à la main-d'œuvre.....	79
5.2.2.	Causes liées à la procédure ou à la méthode .....	79
5.2.3.	Causes liées au matériel .....	79
5.2.4.	Causes liées au milieu .....	79
5.2.5.	Causes liées à la matière.....	79
5.2.6.	Causes selon la littérature.....	81
5.3.	Hierarchisation des causes .....	82
Chapitre 6 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS.....		85
6.1.	Identification des solutions possibles.....	85
6.1.1.	Solution selon la littérature .....	85
6.1.2.	Solutions selon le groupe de travail .....	87
6.2.	6.2 : Priorisation de la solution retenue.....	87
Chapitre 7 : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION .....		90
7.1.	Objectifs du projet.....	90
7.1.1.	But .....	90

7.1.2. Objectif général .....	90
7.1.3. Objectifs spécifiques .....	90
7.2. Cadre logique .....	91
7.3. Le plan opérationnel .....	93
7.4. Le suivi – évaluation .....	94
7.5. Recommandations .....	96
CONCLUSION .....	98
Références .....	100
ANNEXES .....	103
TABLE DES MATIERES .....	109

CESAG - BIBLIOTHEQUE