



CESAG SANTE

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

**MBA GESTION DES SERVICES DE SANTE
OPTION : GESTION DES PROGRAMMES DE SANTE
27^e Promotion**

**Contribution à l'amélioration de la PEC médicale des
Personnes Agées à Mobilité Réduite au Centre de
Gériatrie et de Gérontologie de Ouakam/ Dakar -
Sénégal**

Présenté par :

El Hadji Djibril DIAGNE

Sous la direction de :

Dr Malick NIANG

Enseignant associé au CESAG

ANNEE ACADEMIQUE 2016-2017

Dédicaces

Je dédie ce mémoire à :

DIEU le Tout Puissant, puisse votre Lumière guider nos pas.

Ma défunte mère Adja Ndeye Woly DIOP, mon compagnon de tous les jours, ma confidente ma protectrice. En mère aimante, vous avez su nous chérir et nous éduquer. Comment vous témoigner de ma gratitude sinon vous dédier ce mémoire. Puisse Le Tout Puissant vous accueillir dans son Paradis céleste.

Mon défunt père El Hadji Abdoulaye DIAGNE, vous êtes un modèle, un guide. Vous avez su nous inculper vos valeurs à savoir humilité, amour de son prochain et l'amour du travail bien fait. Puisse Le Tout puissant vous accueillir dans son Paradis céleste.

Ma famille, la grande famille DIAGNE. Grand par le nom et par les valeurs incarnées, humilité, entre-aide et respect mutuel. Oh combien je suis fier de vous. Diarra, Bineta, Khady, Zeyna, Omar, Khalifa, Alioune, Ousmane, Mansour et enfin la cadette des filles et fédérateur Awa ce mémoire vous est dédié.

Ma douce et tendre moitié Ndeye Woly DIAW. Tu as su me reconforter et me remotiver durant les moments difficiles de cette formation. Merci pour tout et que Dieu te protège.

A mes amis, mes neveux et nièces.

Remerciements

A mon Directeur de mémoire Docteur **Malick NIANG** pour sa disponibilité et sa pédagogie. Vous êtes une bibliothèque pour nous apprenants. Vos conseils m'ont éclairé jusqu'à l'aboutissement de ce travail. Merci encore une fois pour vos leçons de savoir vivre et de savoir être.

Au docteur **El hadji GUEYE**, chef de département de CESAG SANTE, pour votre pédagogie.

Au **personnel enseignant de CESAG SANTE** pour la qualité de l'enseignement reçu durant toute la durée de la formation, pour leur compétence et leur disponibilité.

Au **Dr Lassana Tioté**, Enseignant-chercheur au Cesag

A la **27ème promotion MBA/GSS** du CESAG, « la famille GSS »...

Mes remerciements vont également à l'ensemble du personnel du centre de gériatrie et de gérontologie;

Au **Dr Fatou Fall Diop**, Médecin-chef du centre gériatrie.

Au **Dr Omar Diop**, médecin généraliste du centre de gériatrie

A **M. Adrien Mané**, Major au centre de gériatrie

A M. Boubacar Barry, responsable suivi Plan sésame au centre de gériatrie

A Mme Gueye, secrétaire et Mme Gueye, assistante sociale

Mes remerciements également à **M. Abdou A. Lo**, Directeur de la DASS, à **M. Pouye** et au **Dr Ndiaye**, ses collaborateurs.

ABREVIATIONS

- ANSD** : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
- CAPA-VD** : Coordination des Associations des Personnes Agées de la Ville de Dakar
- CAT** : Conduite à tenir
- CESAG** : Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion
- CGGO** : Centre de Gériatrie et de Gériatrie de Ouakam
- CMS** : Centre Médico-social (IPRES)
- CMU** : Couverture maladie universelle
- CS** : Centre de Santé
- DASS** : Direction de l'Action Sanitaire et des Services aux Personnes
- ECG** : Electro-Cardiogramme
- EDS** : Enquête Démographique et de Santé
- ESAM** : Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages
- ESPS** : Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal
- EPS** : Etablissement Public de Santé
- FARPAS** : Fédération des Associations des retraités et Personnes âgées du Sénégal
- FNR** : Fond National de Retraite
- HMO** : Hôpital Militaire de Ouakam
- INSEE** : Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques
- IPRES** : Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal
- ODD** : Objectifs de Développement Durable
- OMD** : Objectifs du Millénaire pour le Développement
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- ORL** : Oto-Rhino-Laryngologie
- PAMR** : Personnes Agées à Mobilité Réduite
- PEC** : Prise en charge
- PNDS** : Plan National de Développement Sanitaire
- PSE** : Plan Sénégal Emergent

RGPHAE : Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture
et de l'Elevage

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence

SAU : Services d'Accueil des Urgences

SONATEL : Société Nationale des Télécommunications sénégalaise

CESAG - BIBLIOTHEQUE

SOMMAIRE

<i>Dédicaces</i>	i
<i>Remerciements</i>	ii
ABREVIATIONS	iii
SOMMAIRE	v
Liste des tableaux	vii
Liste des graphiques	viii
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE :	1
ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	1
CHAPITRE I : ANALYSE SITUATIONNELLE	3
I - Analyse de l'environnement	3
II - Identification des Problèmes et Priorisation	21
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	23
I - Problématique	23
II - Cadre conceptuel	26
DEUXIEME PARTIE :	29
METHODOLOGIE ET RESULTATS DE L'ENQUETE	29
CHAPITRE III : METHODOLOGIE	30
I - Population de l'étude	30
II - Taille de l'échantillon et critères d'inclusion	30
III - Stratégie de recherche	30
CHAPITRE IV : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	32
I - Résultats de l'enquête	32
II - Analyse des résultats	47
TROISIEME PARTIE :	50
DETERMINATION/ ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION	50
IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS	50
PLAN DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS	50
CHAPITRE V : DETERMINATION/ ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION	51
I - Présentation des outils	51
II - Détermination et Analyse des causes	51
III - Hiérarchisation des causes	55
CHAPITRE VI : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS	56

I - Identification des solutions possibles	56
II - Priorisation des solutions	57
CHAPITRE VII : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS	58
I – Justification	58
II - Objectifs du projet	58
IV- Plan opérationnel	61
V – Budget	62
VI - Suivi-évaluation	63
RECOMMANDATIONS	66
CONCLUSION	68
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	69
ANNEXES	71
TABLE DES MATIERES	78

Liste des tableaux

Tableau I: Répartition des formations sanitaires dans les Districts sanitaires.....	11
Tableau II: Effectifs et spécialités des médecins de la Ville de Dakar.....	12
Tableau III: Effectif des paramédicaux de la Ville de Dakar.....	12
Tableau IV: Récapitulatif du personnel médical et paramédical du CGGO.....	16
Tableau V : Récapitulatif du personnel de l'administration et de soutien du CGGO.....	17
Tableau VI : Récapitulatif du matériel du CGGO.....	18
Tableau VII: Récapitulatif des activités du CGGO en 2016.....	19
Tableau VIII: Planning des activités médicales et paramédicales au CCGO.....	20
Tableau IX: Priorisation des problèmes.....	22
Tableau X: Chronogramme des activités.....	31
Tableau XI : Raisons du choix du lieu de suivi.....	37
Tableau XII : Recommandations pour soins de qualité.....	37
Tableau XIII: Priorisation des causes.....	55
Tableau XIV: Priorisation des solutions.....	57
Tableau XV: Cadre logique.....	59
Tableau XVI: Cadre logique suite.....	60
Tableau XVII: Chronogramme des activités.....	61
Tableau XVIII: Budget des activités.....	62
Tableau XIX: Cadre de suivi évaluation.....	64
Tableau XX: Indicateurs suivi - évaluation.....	65

Liste des graphiques

Graphique 1 : Carte administrative du Sénégal	3
Graphique 2: Pyramide sanitaire du Sénégal.....	7
Graphique 3 : Carte sanitaire de la Ville de Dakar.....	13
Graphique 4: Répartition des PAMR selon les tranches d'âge	32
Graphique 5: Répartition des PAMR selon l'adresse.....	33
Graphique 6: Raisons insatisfaction	33
Graphique 7: Appréciation sur les formalités administratives	34
Graphique 8: Durée moyenne d'attente.....	34
Graphique 9: Raisons de la satisfaction sur les soins	35
Graphique 10: Appréciation des dépenses en médicaments.....	36
Graphique 11: Choix du lieu de suivi.....	36
Graphique 12: Répartition du personnel selon la catégorie socio-professionnelle.....	38
Graphique 13: Répartition du personnel selon l'employeur.....	38
Graphique 14: Répartition du personnel selon l'ancienneté.....	39
Graphique 15: Appréciations sur la capacité hospitalisation.....	40
Graphique 16 : Méthodes de partage de l'information dans le travail	40
Graphique 17: Personnel ayant bénéficié d'une formation à la PEC personnes âgées	41
Graphique 18: Durée moyenne d'attente.....	41
Graphique 19: Méthodes de suivi des PAMR	42
Graphique 20: Recommandations pour soins de qualité	43
Graphique 21 : Raisons de l'adhésion	43
Graphique 22: Répartition du personnel selon l'employeur	44
Graphique 23: Répartition du personnel selon l'ancienneté.....	44
Graphique 24: Appréciation des formalités administratives	45
Graphique 25: Recommandations pour des soins de qualité.....	46
Graphique 26: Raisons adhésion démarche qualité.....	47

INTRODUCTION

Le nombre de personnes âgées est en augmentation permanente avec l'allongement de la durée de vie. Au Sénégal l'espérance de vie totale qui était de 64,7ans en 2013, est de 67,8 ans en 2017. Et, selon les prévisions de l'ANSD ; le nombre de personnes âgées de 788 100 en 2015 (dont 381 475 hommes et 406 625 femmes) passera à 1 098 595 en 2025 (dont 521 282 hommes et 577 313 femmes) (1). Selon ces prévisions, en 2035, l'espérance de vie totale sera de 74,6 ans.

La population âgée, posant des problèmes de santé particuliers, a donné naissance à la gériatrie il y a une quarantaine d'années. Elle est la médecine de la personne âgée. L'âge habituellement retenu est 75 ans. Cependant, ce n'est pas tant l'âge qui va rendre complexe la prise en charge d'un patient âgé, mais plutôt un ensemble de facteurs qui, en s'associant, vont nécessiter une prise en charge spécifique et globale de cette personne.

A l'augmentation de l'espérance de vie et l'amélioration des conditions sanitaires s'est associée la transformation des modes de vie. Ces transformations des modes de vie s'accompagnent du développement de maladies cardiovasculaires et de pathologies liées au vieillissement entraînant des handicaps (2) et rendent de plus en plus complexe la PEC des personnes âgées.

Ainsi, le « vieillissement » constitue un défi, surtout pour les pays économiquement faibles. Si les données médicales établissent qu'une grande partie de la population âgée va vieillir dans de bonnes conditions et d'autonomie (3), il est possible d'identifier une population de malades âgés à haut risque de décompensation ou d'évolution péjorative à l'occasion de l'apparition d'une nouvelle pathologie. Il s'agit de patients dits « fragiles » ou gériatriques : c'est tout particulièrement cette population qui nécessite une prise en charge globale, adaptée et pluridisciplinaire, dans le respect des règles éthiques. La coexistence de plusieurs pathologies associées à une perte d'autonomie (difficulté de se mouvoir seul) justifie une prise en charge spécifique articulant les traitements des affections avec la mise en œuvre d'actions d'amélioration de la qualité de vie et de suivi.

Du fait de l'aggravation de ces pathologies et de la dépendance qu'elles induisent, les établissements spécialisés dans la PEC des personnes âgées comme le centre de gériatrie et de gériologie de Ouakam (CGGO) peuvent s'avérer être une étape de la vie pour certaines de nos personnes âgées. C'est pourquoi la qualité des soins dans ces structures constitue une priorité. Cette qualité n'est certes pas une préoccupation nouvelle pour les professionnels

concernés mais depuis 1998 avec la réforme hospitalière, tous les établissements sont appelés à entrer dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Celle-ci, centrée sur les patients, s'appuie sur le projet d'établissement définissant les principes d'amélioration de la qualité des prestations offertes et de soins.

C'est dans cet objectif, de recherche continue d'amélioration de la qualité, que nous avons porté notre étude sur l'amélioration de la prise en charge médicale des personnes âgées à mobilité réduite (PAMR) au centre de gériatrie et de gérontologie. Cette couche spécifique de la population qui est très vulnérable et nécessite des soins spécialisés. Ces spécialistes ainsi que ces soins spécialisés sont insuffisants dans notre système sanitaire et nous osons espérer que ce mémoire de MBA Gestion des Services de Santé, fruit de notre travail, contribuera à pousser nos décideurs à avoir une nouvelle vision et à adopter de nouvelles stratégies pour prendre en charge adéquatement ces PAMR.

Pour mener cette étude notre travail s'articulera autour de Trois Parties :

1^{ère} PARTIE qui traitera

- ✓ L'analyse situationnelle pour s'imprégner de l'environnement du CGG et s'enquérir des problèmes rencontrés dans la prise en charge des PAMR.
- ✓ Le cadre théorique de l'étude

2^{ème} PARTIE

- ✓ La méthodologie de l'enquête
- ✓ La présentation des résultats

3^{ème} PARTIE

- ✓ La détermination et L'analyse des causes
- ✓ L'identification des solutions
- ✓ Le plan de Mise en œuvre de la solution

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

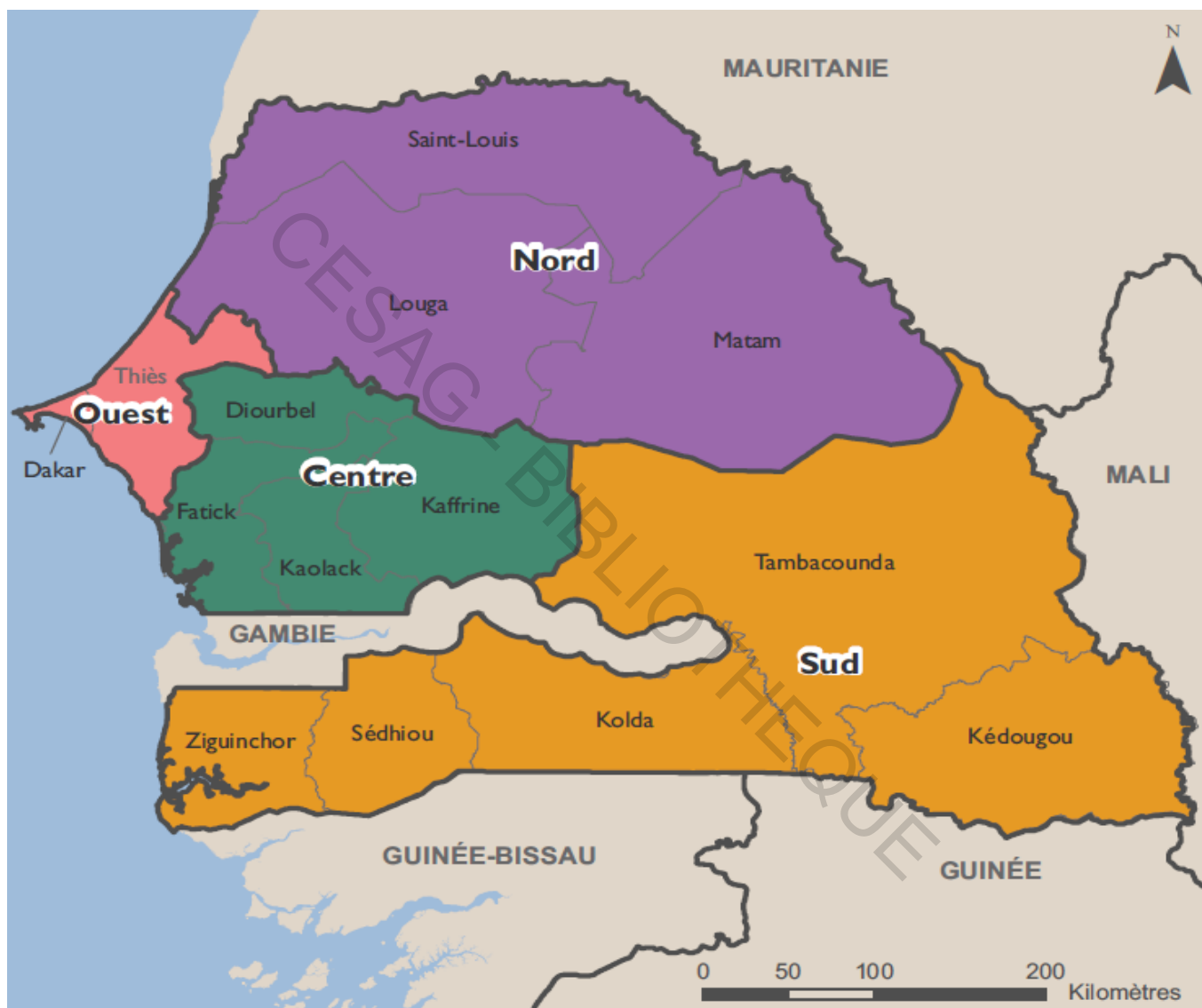
CHAPITRE I : ANALYSE SITUATIONNELLE

I - Analyse de l'environnement

I - 1 - Environnement externe

I - 1 - 1 Généralité sur le Sénégal

Graphique 1 : Carte administrative du Sénégal



I - 1 - 2 Géographie (4)

Pays Soudano-Sahélien situé à l'extrême Ouest du continent africain, le Sénégal est limité, au nord, par la République de Mauritanie, à l'est, par le Mali, au sud, par la Guinée Bissau et la Guinée et, à l'ouest, par l'Océan Atlantique.

D'une superficie de 196 722 kilomètres carrés, le Sénégal possède une grande ouverture sur l'océan atlantique avec ses 700 kilomètres de côtes. C'est un pays plat, l'altitude dépassant rarement 100 mètres.

Au plan hydrographique, le pays est traversé d'est en ouest par quatre fleuves, le Sénégal, la Gambie, la Casamance et le Saloum et leurs affluents. Ce réseau est complété par quelques cours d'eau temporaires et une contribution significative du lac de Guiers au nord du pays.

Au niveau administratif, 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), des collectivités locales (45 départements et 557 communes).

Depuis le 28 décembre 2013, les anciennes communautés rurales sont érigées en communes. Les communes de Dakar et de Thiès ont le statut de ville et sont divisées en communes d'arrondissement (5).

I - 1 - 3 Economie

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 qu'est le PSE (6) 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.

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

sénégalaise et sa capacité, dans le long terme, à améliorer de manière durable les conditions de vie des populations. En outre, selon la Direction de la prévision et des études économiques (Dpee), de 3 738 milliards en 2014, la dette publique projetée est évaluée à 4 109 milliards en 2015. L'encours de la dette publique totale connaîtra par conséquent un accroissement de 9,9 % comparativement à 2014. Cette dette reste cependant en adéquation avec les normes communautaires puisqu'elle est projetée à 49,9 % du Pib en 2015.

I - 1 - 4 Population

Le Sénégal dispose d'une masse importante de données sociodémographiques et économiques grâce à de nombreuses enquêtes : quatre (04) recensements généraux (1976, 1988, 2002 et 2013), sept (07) EDS (1986, 1992-1993, 1997, 2005, 2010-2011, 2012-2013 et 2014), deux (02) ESAM (1994/1995 et 2001/2002), deux (02) ESPS (2006 et 2011) ...

La population du Sénégal recensée en 2013 est de 13 508 715 habitants dont 474 695 habitants âgés de 65ans et plus (229 111hommes et 245 584femmes) (7) soit 3,5% de la population. En 2017 cette population est, selon l'ANSD estimée à 15 251 184 habitants dont 3,61% de cette population constituée des 65ans et plus (1). Cette expansion démographique est principalement due à l'accroissement naturel de la population. Au regard des chiffres, le Sénégal passe de 4 958 085 en 1976 à 6 881 919 en 1988, soit un taux d'accroissement intercensitaire de 2,7%. Cette population s'établissait en 2002 à 9 858 482 habitants, soit un taux d'accroissement annuel moyen intercensitaire de 2,5% entre 2002-2013 (7).

I - 1 - 5 Politique en matière de santé et situation sanitaire

La Politique de santé

La politique dans le secteur de la santé demeure dans la dynamique de la réalisation des objectifs prioritaires du deuxième Plan National de Développement Sanitaire (PNDS-II, 2009-2018) avec notamment pour objectif la réduction de la mortalité maternelle et de la mortalité infanto juvénile, la maîtrise de la fécondité et un plus grand accès aux services de base pour les plus démunis.

Avec l'accroissement de la population de personnes âgées et le contexte économique difficile, le Plan « Sésame », une politique destinée aux personnes âgées de nationalité sénégalaise, a été mis en œuvre. Il assure la gratuité des soins, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, et des médicaments essentiels.

La CMU, destiné à l'ensemble de la population sénégalaise, s'appuie essentiellement sur les mutuelles de santé à base communautaire dans le but d'atteindre le secteur informel ainsi que le monde rural.

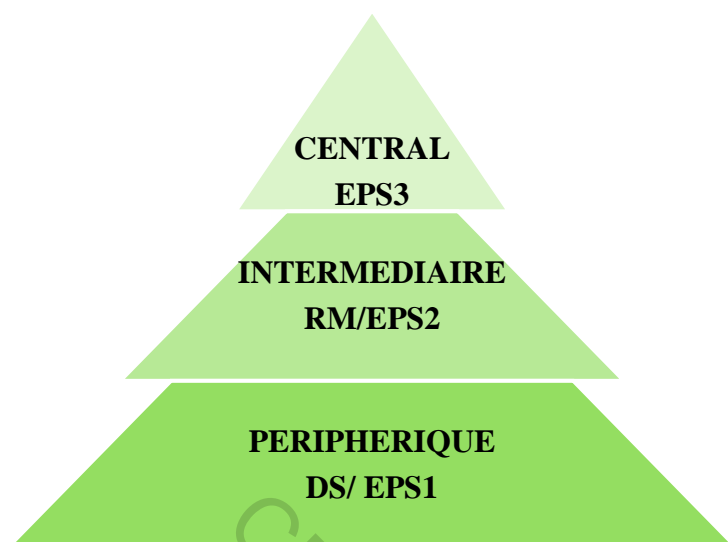
La Loi d'orientation sociale n° 2010-15 du 6 juillet 2010 relative à la promotion et à la protection des droits des personnes handicapées a permis la mise en place de la « carte d'égalité des chances ». cette carte permet à son titulaire de bénéficier des droits et avantages en matière d'accès aux soins de santé, de réadaptation, d'aide technique, financière, d'éducation, de formation, d'emploi, de transport, ainsi qu'à tout autre avantage susceptible de contribuer à la promotion et à la protection des droits des personnes handicapées.

Ces politiques permettent de réduire la charge liée aux dépenses de santé pour ces personnes âgées à mobilité réduite.

Le système de santé du Sénégal est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux :

- ✓ **Niveau central** : regroupe, outre le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, des Directions, des Services rattachés et les EPS de niveau 3.
- ✓ **Niveau intermédiaire** : constitué par les Régions Médicales. 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. Elle organise la collaboration technique entre toutes les structures régionales de santé et les assiste dans leur tâche d'administration, de gestion et de planification. Au niveau opérationnel nous avons les EPS de niveau 2.
- ✓ **Niveau périphérique** : appelé District sanitaire. 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, promotionnel et palliatif. 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.

Graphique 2: Pyramide sanitaire du Sénégal



Source : Stagiaire

Le système de santé du Sénégal est mixte et constitué aussi bien de l'offre publique que de l'offre privé.

Les infrastructures

À l'heure actuelle, le Sénégal compte un total de 3 084 structures de santé (dont 86 hôpitaux, 242 centres de santé y compris les centres médicaux de garnison, 1 250 postes de santé y compris les infirmeries des maisons d'arrêt et de correction et 1 506 cases de santé (8). Cependant, en termes de couverture en infrastructures sanitaires, le Sénégal n'a pas encore atteint les normes préconisées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

L'offre de soins aux personnes âgées

Dans le cadre du plan « sésame » les personnes âgées peuvent se soigner à tous les niveaux de la pyramide sanitaire selon une procédure bien déterminée. Force est de constater que la grande partie du plateau technique de pointe reste concentré à Dakar avec les structures sanitaires publiques de renommées et la presque totalité des cliniques privées.

Pour ce qui est des établissements spécialisés dans la prise en charge des personnes âgées nous ne pouvons citer que le centre de gériatrie de Ouakam, le CMS de l'IPRES et le cabinet Maadji qui est une institution privée dédiée aux personnes âgées.

I - 1 - 6 Analyse de l'environnement externe

Opportunités

- ✓ Environnement politique stable
- ✓ Engagement de l'Etat dans la PEC des personnes âgées
- ✓ Engagement de l'Etat pour la santé avec les ODD et l'axe 2 du PSE
- ✓ Partenariat avec la fondation SONATEL et l'association des retraités de Brest (France)
- ✓ Localisation du centre en périphérie
- ✓ Convention avec l'IPRES

Menaces

- ✓ La crise économique
- ✓ Retard dans le remboursement des prestations offertes dans le cadre du Plan sésame

I - 2 - Environnement interne

I - 2 - 1 Présentation de la D A S S (9) de la Ville de Dakar

La Ville de Dakar, en sa qualité de démembrement de l'Etat, élabore et met en œuvre des interventions visant à compléter celles du gouvernement dans ses efforts de prise en charge des aspirations des populations. Sous l'impulsion de son conseil municipal et de son maire, elle mène à bien ses différentes missions relatives à ses domaines de compétences tout en accordant une attention toute particulière aux services sociaux de base. Cela s'explique par le fait que c'est dans les secteurs sanitaires, sociaux, éducatifs, culturels et sportifs où l'action du gouvernement a le plus besoin d'être soutenue.

C'est ainsi que d'importants investissements ont été faits en faveur du secteur de la santé dans le but, notamment de relever le plateau technique des formations sanitaires municipales, de parachever la couverture en infrastructures de l'ensemble des 19 communes d'arrondissement et d'y introduire des spécialités médicales faisant souvent l'objet de sollicitations exprimées par les populations.

Le management de la santé urbaine s'inspire de la vision du Maire et du conseil Municipal et s'exécute dans le respect des principes directeurs de la santé publique et vise à réaliser une accessibilité géographique et financière des services sanitaires et sociaux.

Au plan sanitaire, pour atteindre cet objectif de soulager les souffrances des citoyens et citoyennes qui vivent dans un niveau de pauvreté toujours plus accrue, plusieurs initiatives locales ont été prises par la ville, dont la mise en œuvre de mécanismes de prise en charge à travers la signature de conventions avec des hôpitaux de la place, en plus du développement continu en quantité et en qualité d'une offre de santé par:

- l'augmentation du nombre d'infrastructures pour les rapprocher au mieux des populations et ainsi réaliser l'accessibilité géographique,
- le relèvement continu du plateau technique à travers le recrutement de personnel médical adéquat et suffisant et l'introduction planifiée de spécialités médicales afin de rendre opérationnelle la référence horizontale,
- une tarification sociale qui tient compte de l'éthique et de l'équité en santé, favorise l'accessibilité financière des soins et réalise la santé à moindre coût.

Cette option de la Ville de Dakar de faire en sorte que malade, le citoyen puisse se soigner à Dakar, est traduite en réalité par sa Direction de l'Action Sanitaire et des Services aux Personnes (DASS) à travers l'élaboration d'interventions cohérentes, ajustables et fiables.

L'arrêté n°1791/VD portant réorganisation des services de la ville de Dakar divise la DASS en trois 03 divisions elles même subdivisées en bureaux.

La Division de l'Action sanitaire et de l'Hygiène publique

Est chargée de la mise en œuvre de la politique municipale dans les domaines de la santé et de l'hygiène publique. En outre, elle est chargée, en collaboration avec les services du Ministère chargé de la Santé, d'animer des actions d'information, de sensibilisation et de prévention, de veiller à l'amélioration du cadre de vie, d'assurer la police sanitaire et de prendre toutes les mesures et précautions utiles pour préserver l'hygiène et la santé des populations. Elle compte trois bureaux :

- ✓ le Bureau de l'Hygiène et de la Prévention ;
- ✓ le Bureau de Coordination et de Suivi des Comités de Gestion ;
- ✓ le Bureau des Formations sanitaires.

La Division de l'Administration et de la Logistique

Est chargée de la gestion des ressources humaines et matérielles mises à la disposition de la Direction. Elle compte cinq (05) bureaux :

- ✓ le Bureau du Budget ;
- ✓ le Bureau du Personnel ;
- ✓ le Bureau du Matériel et de la Comptabilité Matières ;
- ✓ le Bureau des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance
- ✓ le Bureau de l'Informatique.

La Division du Développement social et des Services aux Personnes

Est chargée de la mise en œuvre de la politique municipale de promotion et de développement social ainsi que de la politique de lutte contre la pauvreté et l'exclusion. Elle compte cinq (05) bureaux :

- ✓ Le Bureau de l'Aide et de la Prophylaxie sociale ;
- ✓ Le Bureau de Gestion des Centres sociaux ;
- ✓ Le Bureau de la Promotion sociale et de Lutte contre la Pauvreté et l'Exclusion ;
- ✓ Le Bureau de la Protection de l'Enfance et de la Promotion de la Femme
- ✓ Le Bureau des Personnes vivant avec un handicap.

La DASS est chargée de la mise en œuvre de la politique municipale en matière de santé publique, de prévention et d'hygiène en liaison avec les départements ministériels concernés. Aussi, en anticipant, planifiant et exécutant des stratégies adéquates de prise en charge du secteur, la DASS a-t-elle réussi à doter la capitale, d'un véritable dispositif de santé.

Les formations sanitaires de la Ville de Dakar sont réparties dans le périmètre communal, et intègrent les 4 districts sanitaires (sud, nord, centre et ouest) qui composent la région médicale de Dakar. Elles concernent:

- 16 centres de santé répartis dans quatre districts sanitaires, dont (01) SAMU, et (01) Centre de Gériatrie et de Gérontologie de Ouakam
- 01 Centre d'Exploration, de Diagnostic et de Dialyse;

- 01 Centre Ophtalmologique intégré au Centre Hospitalier Abass NDAO;
- 01 Hôpital de niveau 3 (le Centre Hospitalier Abass NDAO).

Tableau I: Répartition des formations sanitaires dans les Districts sanitaires

District Sud	District Nord	District Centre	District Ouest
CS PMI MEDINA	CS NABIL CHOUCAIR	CS HANN	CS PHILIPPE SENGHOR
CS PLATEAU	CS PARCELLES ASSAINIES	CS HLM	CS NGOR
CS COLOBANE	CS GRAND YOFF (SAMU)	CS GRAND DAKAR	CS OUAKAM
C. HOSPITALIER ABASS NDAO	CS CAMBERENE	CS GASPARD KAMARA	CENTRE GERIATRIE
		Centre de Dialyse	
		CS Liberté 6 Extension	
		CS Hann Mariste	
POSTES DE SANTE (04)	POSTES DE SANTE (07)	POSTES DE SANTE (09)	POSTES DE SANTE (05)

Source : Rapport 2009 – 2013 de la D.A.S.S.

Tableau II: Effectifs et spécialités des médecins de la Ville de Dakar

Catégories socio-professionnelles	Effectif
Médecin généraliste	22
Médecin gynécologue	7
Médecin anesthésiste	5
Médecin cardiologue	3
Médecin pédiatre	3
Médecin dermatologue	1
Médecin santé publique	1
Médecin orl	1
Médecin psychiatre	1
Médecin gériatre	1
Médecin chirurgien	1
Médecin léprologiste	1
Médecin radiologue	1
Médecin néphrologue	1
Médecin ophtalmologue	1
Effectif total	

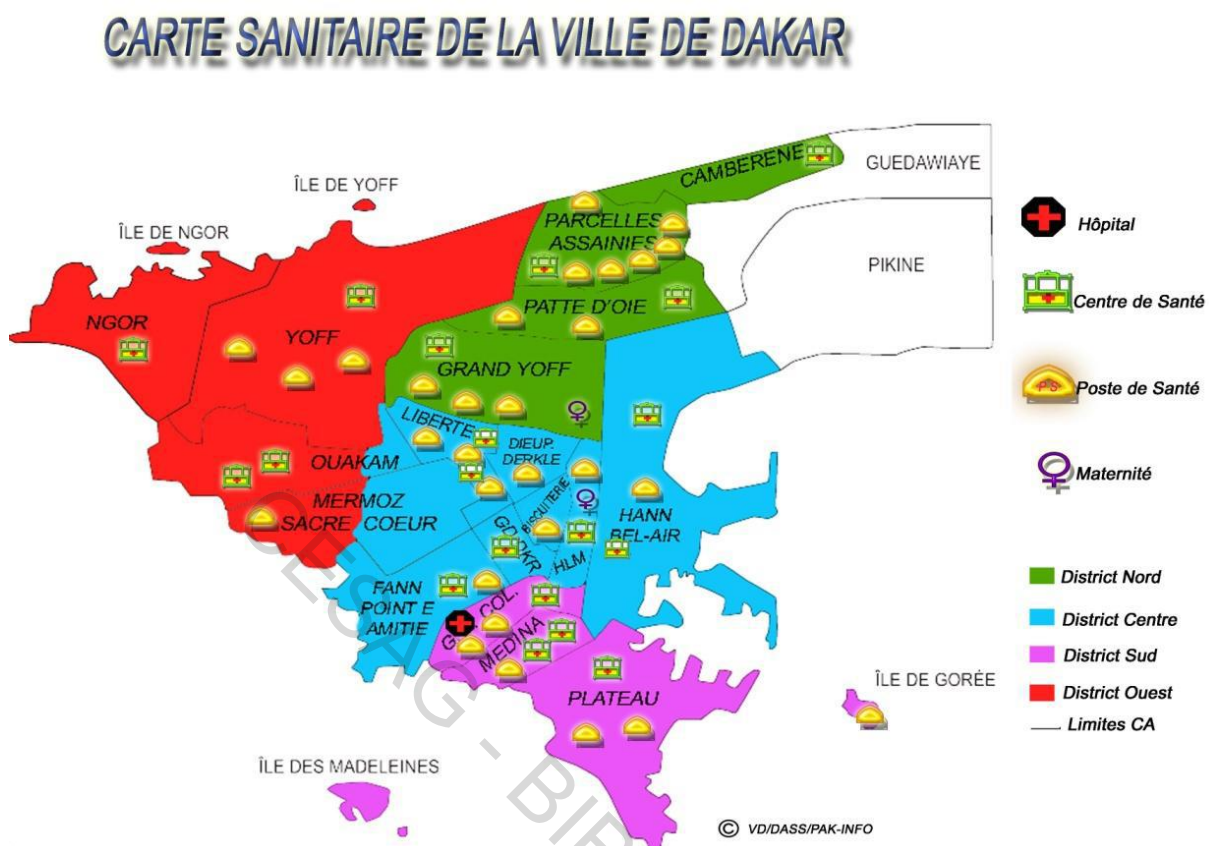
Source : Rapport 2009 – 2013 de la D.A.S.S.

Tableau III: Effectif des paramédicaux de la Ville de Dakar

Catégories socio-professionnelles	effectif
Technicien supérieur de santé	06
Technicien supérieur de labo	12
Sage-femme d'Etat	65
Infirmier d'Etat	42
Infirmier breveté	76
Infirmière puéricultrice	15
Aide-infirmier	132
Agent sanitaire	60
TOTAL EFFECTIF	

Source : Rapport 2009 – 2013 de la D.A.S.S.

Graphique 3 : Carte sanitaire de la Ville de Dakar



I - 2 - 2 Présentation du CGG0

I - 2 - 2 - 1 Historique

Situé dans la Commune d'arrondissement de Ouakam dans le District sanitaire ouest de Dakar, le Centre de gériatrie et de gérontologie de Ouakam a été créé en 2003 par la Ville de Dakar. Il couvre une population d'environ 84 027 habitants (1) avec d'autres structures sanitaires (HMO, le Centre de santé Annette Mbaye d'Erneville, le Centre de santé municipal de Ouakam, le Centre Lebret ...)

Avec l'avènement de l'acte 3 de la décentralisation, en 2014 le CGGO a été détaché du Centre de Santé Municipal de Ouakam avec la création de son Comité de gestion et mis sous tutelle de la Ville de Dakar.

I - 2 - 2 - 2 Missions

En droite ligne avec la Vision du Maire et du Conseil Municipal la mission principale du CGGO est la Prestation de soins de santé dans le respect des principes directeurs de la santé publique.

I - 2 - 2 - 3 But du centre

Le Centre a pour but de contribuer à améliorer la santé des personnes âgées sur le plan médico-psycho-social.

I - 2 - 2 - 4 Objectifs

Accompagner les personnes âgées sur le plan sanitaire et social.

Faciliter une accessibilité géographique et financière des services sanitaires et sociaux.

I - 2 - 2 - 5 Cadre juridique

Le CGGO est dirigé par le Comité de santé. L'arrêté n° 001425/VD/SM/DASS en date du 18 Mars 2014 crée et organise le comité de santé. Il est composé :

- Un Président : l'Adjoint au maire de la Ville de Dakar chargé de la santé
- Un Vice-président : l'Adjoint au maire chargé du social
- Un trésorier : un représentant de la coordination de la CAPA – VD.
- Les Membres : le Médecin-chef, un représentant de la DASS, trois représentants de la CAPA – VD dont un issu de Ouakam, un représentant de la Commune de Ouakam.

Le Comité travaille en étroite collaboration avec le Médecin-chef et les décisions sont prises de commun accord lors des réunions de cogestion trimestrielles. Le centre est administré par des agents issus de l'administration décentralisée de la Ville de Dakar. La Ville de Dakar est la principale tutelle. Toutes les informations susceptibles d'intéresser soit le personnel ou les usagers sont véhiculées via les notes de service, les lettres d'information et les affiches de sensibilisation.

I - 2 - 2 - 6 Financement

La Ville de Dakar est le principal bailleur. Elle contribue à travers l'achat de médicaments, de produits d'entretien et de fournitures de bureau.

La collecte de fonds est l'œuvre du Comité de gestion. En dehors du remboursement des consultations par le Plan sésame, le CGGO fonctionne sur fond propre. Notons la participation de partenaires en don de médicaments et de matériels divers.

Depuis 2016 une Convention a été signée avec l'IPRES pour un financement à hauteur de 5millions/an pour les prestations des retraités de cette institution.

I - 2 - 3 Description du Centre

Située à la pointe nord-ouest de Dakar, la commune de Ouakam est limitée :

- au Nord par la commune de Ngor,
- au Sud par la commune de Mermoz,
- à l'Est par la commune de Yoff,
- à l'Ouest par l'océan atlantique.

La commune peut être divisée en deux zones :

- la zone « traditionnelle » constituée par le village de Ouakam et comprenant les quartiers M'boul, Taglou, Sinthia, Rippe, Gouye-Sor, Merina, Touba Ouakam ;
- zone « moderne » constituée par les nouvelles citées : Asecna, Assemblée, Africa et Avion.

Le CGGO est facilement accessible aussi bien par la route de Ouakam que par la corniche ouest. L'édifice du CGGO tient sur deux niveaux.

Au rez-de-chaussée se trouvent :

- ✓ Cinq (05) salles de consultation pour les médecins
- ✓ Une (01) salle de kinésithérapie
- ✓ Une (01) salle d'ophtalmologie
- ✓ Un (01) bloc opératoire avec deux (02) salles d'opération et une salle de réveil
- ✓ Un (01) salle d'hospitalisation avec une grande salle de trois (03) lits et deux (02) cabines ayant chacune un (01) lit d'hospitalisation
- ✓ Le bureau du major
- ✓ Une (01) salle de soins
- ✓ Une (01) salle pour l'anesthésiste
- ✓ Une (01) salle de radiologie
- ✓ Une (01) salle d'échographie
- ✓ Un (01) bureau d'accueil/orientation des malades
- ✓ Une (01) salle d'attente

- ✓ Une (01) caisse
- ✓ Deux (02) toilettes
- ✓ Une salle pour le personnel

A l'étage se trouve l'administration avec :

- ✓ Le bureau du Médecin-chef
- ✓ Le bureau du Gestionnaire
- ✓ Le bureau du Comité de santé
- ✓ Le bureau de l'Assistante sociale
- ✓ Le bureau de la Secrétaire
- ✓ Le logement du Major
- ✓ La bibliothèque

I - 2 - 4 Ressources Matérielles et Humaines

I - 2 - 4 - 1 Ressources Humaines

Tableau IV: Récapitulatif du personnel médical et paramédical du CGGO

Personnel médical	Personnel paramédical
01 Cardiologue	06 Infirmiers
01 Dermatologue	05 Techniciens supérieurs
01 Généraliste	- 01 TS Anesthésiste
01 Gériatre	- 02 TS Ophtalmologiste
01 Gynécologue	- 01 TS Kinésithérapeute
01 Neurologue	- 01 TS Radio
01 Orl	
01 Orthopédiste	03 Aides-soignants
01 Rhumatologue	02 Aides en Kinésithérapie
01 Urologue	01 Aide en soins Ophtalmologiques

Tableau V : Récapitulatif du personnel de l'administration et de soutien du CGGO

Equipe de gestion/sociale	Accueil
01 gestionnaire	03 Agent de la réception
01 Assistante sociale	02 Caissiers
01 Secrétaire	01 Responsable suivi du Plan sésame
01 Trésorier	01 Brancardier
	Soutien
	01 Chauffeur
	02 Garçons de salle
	06 Techniciennes de surface

CESAG - BIBLIOTHEQUE

I - 2 - 4 - 2 Ressources Matérielles

Tableau VI : Récapitulatif du matériel du CGGO

Bloc	02 Négatoscope 01 Autoclave 01 Poupinelle 02 Tables d'opération
Ophtalmologie	02 Lampes à fente 01 Réfractomètre 01 Champ visuel
Salle écho	01 Appareil échographe 01 Appareil ECG
ORL	01 Audiomètre
Radio	01 Appareil d'Ostéodensitométrie 01 Colonne de Radio standard
Kinésithérapie	02 Vélos 03 Tables de massage 02 Tables de Bobath (pour hémiplégiques) 01 fauteuil de massage complet 01 Verticalisateur 01 Espallier 04 Ballons de Klein 01 Jeu de coussin 02 Systèmes de poulies 02 Barres parallèles 01 Miroir de rééducation 02 Chevillères 01 Jeu de charges 01 Canne 01 Lampe à infrarouge 01 TENS (électrothérapie) 01 Vibromasseur 01 Appareil à ultra-son 02 Tapis 01 Déambulateurs 02 Plateaux de Freeman

Source : CGGO

I - 2 - 5 Activités

I - 2 - 5 - 1 Types d'activités

Les activités du centre tournent autour :

- ✓ Des consultations en gériatrie, médecine interne, cardiologie, dermatologie, gynécologie, neurologie, ophtalmologie, orl, orthopédie, ophtalmologie, rhumatologie, urologie
- ✓ Des actes chirurgicaux en gynécologie, en ophtalmologie, en orl et en urologie
- ✓ L'hospitalisation
- ✓ Des explorations avec l'échographie (cardiologie, gynécologie, urologie), l'ECG et la radiographie
- ✓ La kinésithérapie

Tableau VII: Récapitulatif des activités du CGGO en 2016

Actes	Année 2016
Consultations	12 145
Chirurgie	237
Radiologie	588
kinésithérapie	1384
Hospitalisation	34
Echographie	553
ECG	510

Source : Gestionnaire

I - 2 - 5 - 2 Organisation des activités

Tableau VIII: Planning des activités médicales et paramédicales au CCGO

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Médecine				
Gériatrie				
Ophtalmologie				
Cardiologie		Echo-cœur		Cardiologie
		Dermatologie		
Orthopédie		Orthopédie		
Neurologie			Neurologie	
	Gynécologie Orl		Urologie Rhumatologie	
Radiologie				
Kinésithérapie				

Source : Stagiaire

I - 2 - 6 Analyse de l'environnement interne

Les points faibles

- ✓ Faible capacité d'accueil (05 lits) de l'unité d'hospitalisation affectée aux opérés uniquement
- ✓ Le manque de fauteuils roulants
- ✓ Le manque de brancardier
- ✓ Le service n'est pas continu (activité de jour uniquement)
- ✓ Ambulance en panne
- ✓ L'absence de laboratoire d'analyse
- ✓ La mauvaise gestion des archives
- ✓ L'absence de Protocoles de PEC des personnes âgées

Les points forts du centre

- ✓ Plusieurs spécialités sont disponibles
- ✓ La disponibilité du gériatre
- ✓ Disponibilité d'un logiciel de facturation
- ✓ Le plateau technique assez fourni
- ✓ Espace disponible pour l'extension du centre

II - Identification des Problèmes et Priorisation

II - 1 - Identification des Problèmes

Grace aux Personnes Ressources (Médecins, Techniciens supérieurs et Administratifs) et à la Grille d'observation, certains problèmes entravant la bonne prise en charge des PAMR ont été décelés. Les Problèmes les plus récurrents ont été listés comme suit :

- ✓ Défaut de Maintenance : la maintenance du matériel existant fait défaut.
- ✓ Déficit de personnel qualifié : le personnel pour l'accueil/orientation est peu formé dans la prise en charge des personnes âgées. Dans certaines disciplines médicales le personnel est en sous-effectif.
- ✓ Plateau technique/équipements d'exploration insuffisant : certains équipements sont obsolètes dépassés tandis que d'autres sont insuffisants voire inexistant. Il n'existe pas de laboratoire d'analyse médicale dans le centre ni de pharmacie.
- ✓ Non-respect des rendez-vous : non-respect des dates de rendez-vous par certains usagers.
- ✓ Salle d'attente exiguë.
- ✓ Hospitalisation peu fonctionnelle : la capacité d'accueil de l'unité d'hospitalisation est faible et ne fonctionne que par intermittence (uniquement lorsqu'il y'a une opération chirurgicale et quelques rares urgences médicales).
- ✓ La PEC médicale difficile des PAMR : leurs déplacements sont pénibles en quittant chez eux et au sein du centre même, ce qui engendre parfois des rendez-vous manqués qui va se répercuter sur la qualité des soins.

II - 2 - Priorisation des problèmes

Afin de Prioriser ces différents problèmes, des critères ont été dégagés :

L'Ampleur du problème : évaluer grâce au nombre de personnes touchées par ce problème.

La Sévérité du problème : l'impact néfaste (sur la prise en charge) que pourrait avoir ce problème s'il n'est pas résolu.

La Perception du problème : Personnel conscient du problème et degré d'adhésion du personnel à la résolution du problème.

La Solvabilité du problème : Une solution existe-t-elle et est-ce qu'il est possible de la mettre en œuvre.

Pour chaque problème, chaque critère sera noté comme suit :

- Niveau faible : 1pt.
- Niveau moyen : 3pts.
- Niveau élevé : 5pts

Tableau IX: Priorisation des problèmes

ORDRE	Ampleur	Sévérité	Perception	Solvabilité	TOTAL	RANG
Défaut de maintenance	12	12	12	12	48	4 ^{ème}
Déficit de personnel qualifié	14	14	12	12	52	3 ^{ème}
Plateau technique insuffisant	10	12	6	12	40	6 ^{ème}
Non-respect des Rendez-vous	12	14	8	10	44	5 ^{ème}
Salle d'attente exiguë	10	8	8	10	36	7 ^{ème}
Hospitalisation peu fonctionnelle	16	18	14	16	64	2 ^{ème}
<u>PEC médicale difficile des PAMR</u>	20	20	18	14	72	1^{er}

Suite à la notation par les membres du groupe de travail, la PEC médicale difficile des PAMR a été retenu comme problème prioritaire suivi de l'hospitalisation qui est peu fonctionnelle.

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

I - Problématique

I - 1 - Contexte et justification

I - 1 - 1 Spécification du problème

« La qualité de la prise en charge et de la sécurité des Soins a pour objectif :

- La satisfaction du bénéficiaire et le respect de ses droits (bienveillance, prise en charge de la douleur, accès aux informations ...)
- La réalisation du projet thérapeutique.
- La maîtrise du risque.
- Le respect des bonnes pratiques et des soins de référence pour chaque pathologie et chaque professionnel, garantissant la sécurité des soins.
- La bonne utilisation des moyens, adaptés aux résultats attendus et intégrant une logique de développement durable » (10).

Ces différentes notions sont des indicateurs que l'on peut intégrer à la démarche qualité. En effet avec l'accès à l'information les usagers mettent de plus en plus en avant la notion de satisfaction, ils cherchent à recevoir des soins de qualité et n'hésite pas dès fois à engager des poursuites pénales contre les structures sanitaires négligentes. Ces usagers se disent que le personnel médical doté de savoir et de savoir-faire est à même de les soigner en maîtrisant au maximum les risques. Et ce risque est élevé chez les personnes âgées du fait de la spécificité des pathologies gériatrique et la multiplicité des acteurs concernés.

La satisfaction des personnes âgées grâce à l'amélioration de leur PEC médicale nécessite de définir des référentiels de bonnes pratiques communs à tous les acteurs afin de minimiser les risques. Fort de tous ces arguments nous nous sommes posés la question comment améliorer la PEC médicale des PAMR au CGGO.

I - 1 - 2 Formulation du problème

Au Sénégal cette population de personnes âgées de 65 ans ou plus est de 474 695 personnes (7). Parmi cette population de personnes âgées 30% sont des retraités bénéficiant de prise en charge soit de l'IPRES ou du FNR. Les 70% restant ne jouissent d'aucune protection médico-sociale. Conscient de ce problème vécu par la majorité des populations âgées non prise en charge, l'Etat a mis en œuvre, le Plan sésame en 2006 qui a offert à 450 000 bénéficiaires (11) l'opportunité d'accéder gratuitement à des soins de santé. Avec l'instauration de la CMU aussi une partie de cette population de personnes âgées a pu être soulagée.

Cependant l'augmentation de l'espérance de vie, l'amélioration des conditions sanitaires ainsi que la transformation des modes de vie ont permis une reconfiguration de la pyramide sanitaire avec un nombre plus important de personnes âgées. Ces transformations des modes de vie s'accompagnent du développement de maladies cardiovasculaires et de pathologies liées au vieillissement entraînant des handicaps. La prise en charge des personnes âgées est déjà complexe du fait de la spécificité des pathologies gériatriques, s'il s'y ajoute un handicap le problème s'amplifie. Cela mérite réflexion afin de s'adapter à cette évolution en mettant au point des stratégies de soins adéquates qui amélioreront le confort de vie des personnes âgées à Mobilité réduite.

I - 1 - 3 Justification du problème

Avec les nouvelles habitudes de vie, c'est-à-dire la sédentarité et l'alimentation riche en matières grasses, nous assistons à une augmentation des facteurs de risques cardiovasculaires et neurologiques. Ces pathologies métaboliques peuvent être lourdement handicapantes.

« L'espérance de vie totale qui était de 64,7ans en 2013 sera de 74,6ans en 2035. La population totale des personnes du 3^{ème} âge (60ans et plus) qui était de 788 100 sera de 1 098595 en 2025 » (1).

L'augmentation continue de cette population de personnes âgées associée aux nombreuses pathologies handicapantes ainsi que les insuffisances que présentent nos politiques de santé vis-à-vis des personnes âgées à mobilité réduite doivent mener à une réflexion poussée afin d'optimiser ces plans que l'on vient de mettre en place.

I - 2 - But de l'étude

Contribuer à l'amélioration de la santé des personnes âgées

I - 3 - Objectifs

I - 3 - 1 Objectif général

Améliorer la prise en charge médicale des personnes âgées à mobilité réduite au centre de gériatrie et de gérontologie de Ouakam/ Dakar.

I - 3 - 2 Objectifs spécifiques

Décrire les caractéristiques des PAMR

Décrire les étapes de la prise en charge médicale des PAMR

Identifier les problèmes rencontrés au cours de la PEC médicale des PAMR

Proposer des solutions aux problèmes rencontrés

Formuler des recommandations pour une meilleure PEC médicale des PAMR

II - Cadre conceptuel

Soins

Selon le dictionnaire « le Robert », la définition du mot « soin » est multiple :

- Soigner, c'est s'occuper du bien être de quelqu'un.
- Les soins sont aussi les actes par lesquels on soigne et peuvent être aussi utilisés pour le mot traitement.
- « Soin » veut aussi dire attention, prévenance et sollicitude.

Soins infirmiers (12)

On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation.

Qualité

Ce qui rend quelque chose supérieur à la moyenne (13)

Au sens large, la qualité est la « manière d'être », bonne ou mauvaise, de quelque chose

Démarche Qualité

Une démarche qualité selon l'OMS est « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostic et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé conformément:

- à l'état actuel de la science médicale
- au meilleur coût pour un même résultat
- au moindre risque iatrogénique.

Une démarche qualité est un projet d'entreprise mise en œuvre pour maîtriser la qualité, assurer la qualité, planifier la qualité et/ou améliorer les produits et services, les processus, les procédures de production, la satisfaction client et plus largement améliorer la performance d'un organisme et la satisfaction de toutes les parties intéressées (14).

Avant de mettre en place une démarche qualité, une entreprise doit avoir une politique qualité qui détermine les objectifs à atteindre en termes de production et de management.

Une fois cette politique qualité approuvée par la totalité des salariés, la démarche qualité est intégrée.

La démarche qualité (15) est l'ensemble des actions menées par une entreprise pour :

- ✓ améliorer la qualité et la gestion de la qualité,
- ✓ proposer de meilleurs produits, services ou prestations aux clients,
- ✓ faire évoluer les salariés.

Lors de la réflexion sur la mise en place d'une démarche qualité, l'entreprise invite tous ses salariés à proposer leurs idées et à participer à la création de la démarche qualité. Cette implication est la clé de la réussite.

Prise en charge médicale (16)

Action de prodiguer des soins à une personne présentant des symptômes dus à une maladie ou un accident.

Acte de prendre en charge tout ou partie des problèmes d'une personne.

Personne âgée

Selon l'OMS la personne âgée se définit comme étant la personne dont l'âge civil dépasse 65ans. Mais dans la plupart des pays, notamment le Sénégal la personne âgée est définie par rapport à l'âge de la retraite qui est de 60ans

Pour définir le terme « personne âgée » il convient d'avantage de s'intéresser à la notion de vieillesse au sens propre qui se définit comme « la période de la vie succédant à l'âge mur » et de manière plus technique, comme « le processus par lequel un organisme humain subit une série de transformation physique entraînant la dégénérescence des cellules et provoquant son affaiblissement. C'est processus lent et progressif » (17)

Gériatrie (17)

Discipline médicale qui prend en charge les personnes âgées malades. Elle étudie et soigne les maladies propres à la vieillesse, et elle tente, par des traitements divers, de retarder les effets de la sénescence. C'est une branche de la gériatrie.

Gériatrie (17)

C'est la science qui étudie le vieillissement dans tous ses aspects : biomédical, socio-économique, culturel, démographique ... c'est une branche de la médecine qui étudie le processus biologique du vieillissement et qui tente de résoudre les problèmes psychologiques, sociaux ou économiques des personnes âgées. La gériatrie embrasse tout ce qui concerne la vieillesse; à la partie proprement médicale ou gériatrie, s'ajoutent des études sur le sort et le rôle du vieillard dans la société : activité économique, sécurité sociale, vie individuelle, familiale ou collective, résidence, etc.

Suivi (18)

Contrôle permanent sur une période étendue d'une expérience, d'un traitement, etc. Ensemble d'opérations consistant à suivre et à contrôler un processus pour parvenir dans les meilleures conditions au résultat recherché

Mobilité réduite (19)

La mobilité réduite est une situation de handicap due à une diminution des capacités de déplacement dans l'espace d'une personne, de manière temporaire ou définitive ... Une mobilité réduite amène la personne à avoir une autonomie de déplacement limitée ou nulle dans un environnement « ordinaire ».

Accueil

Action et manière d'accueillir, de recevoir quelqu'un, quelque chose (20).

L'accueil est un soin à part entière qui a toute son importance malgré la charge du travail. Sa qualité traduit la qualité d'un service et détermine très souvent l'opinion et le jugement du patient à l'égard de la structure sanitaire. Le premier contact du patient ou du visiteur avec la structure sanitaire est fortement mémorisé, il détermine très souvent l'opinion et le jugement à l'égard de l'équipe soignante et de la structure.

DEUXIEME PARTIE :
METHODOLOGIE ET RESULTATS DE
L'ENQUETE

CHAPITRE III : METHODOLOGIE

I - Population de l'étude

Il s'agit d'une enquête réalisée sur :

- ✓ Le personnel médical, paramédical et administratif
- ✓ Les personnes âgées à mobilité réduite du centre

II - Taille de l'échantillon et critères d'inclusion

Notre échantillon est constitué des 50 personnes âgées à mobilité réduite et de 24 membres du personnel du CGGO

Pour les personnes âgées le critère d'inclusion est :

- ✓ la mobilité réduite
- ✓ la fréquentation du CGGO

III - Stratégie de recherche

III - 1 - Méthode et type de recherche

Etude quantitative et qualitative portant sur la PEC médicale des PAMR par le personnel du centre.

III - 2 - Technique et Instruments de collecte

Entretiens

Il s'agit des entretiens que nous avons eu avec le personnel durant l'étude et des réunions avec le groupe de travail (constitué du médecin-chef, du major, du gestionnaire et de moi-même).

Observation

Consiste à observer le personnel ainsi que les usagers du centre afin d'apprécier le déroulement des activités.

La revue documentaire

Nous avons eu à consulter des mémoires, en rapport avec l'intitulé de notre sujet, à la bibliothèque du CESAG. Plusieurs sites internet ont été consultés aussi.

Questionnaires

Les questionnaires destinés aux différents participants de l'enquête se trouvent en annexe. Après leur élaboration ils ont été testés avec un des membres du groupe de travail et ensuite soumis à notre encadreur pour être validés.

Après sa validation il a été administré au niveau du centre sur l'ensemble du personnel et sur 50 personnes âgées à mobilité réduite. En leur expliquant brièvement le travail à faire et l'objectif visé je me suis assuré de leur consentement et les enquêtés étaient informés du caractère anonyme et confidentiel des données qui seront recueillies

III - 3 - Déroulement de l'enquête

Notre étude a débuté le 31 juillet et a pris fin le 31 octobre soit trois (03) mois de stage.

Tableau X: Chronogramme des activités

Activités	Périodes
Revue documentaire	Juin 2017 – fin étude
Elaboration du questionnaire et validation par l'encadreur	30 août au 16 septembre 2017
Recueil des données	18 septembre au 06 octobre 2017
Analyse, interprétation des données et rédaction	07 octobre au 03 Novembre 2017

III - 4 - Dépouillement et traitement des données

Les données collectées, ont été traitées avec l'aide des logiciels Word et Excel. Nous avons présenté les données sous forme de tableaux et de graphiques.

CHAPITRE IV : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

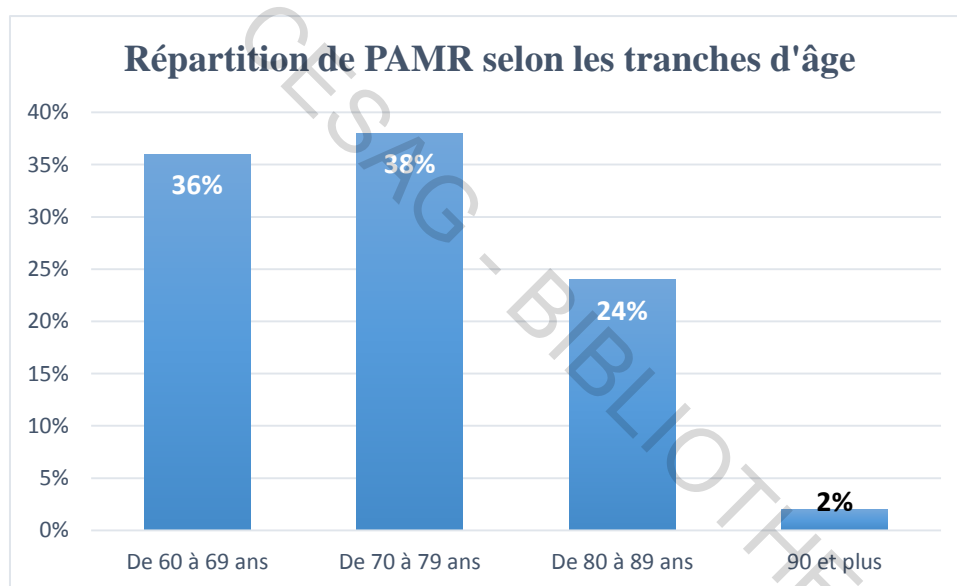
I - Résultats de l'enquête

I - 1 - Personnes âgées à mobilité réduite

✓ Répartition des patients selon le sexe

Les patients enquêtés sont à 60% du sexe féminin et à 40% du sexe masculin.

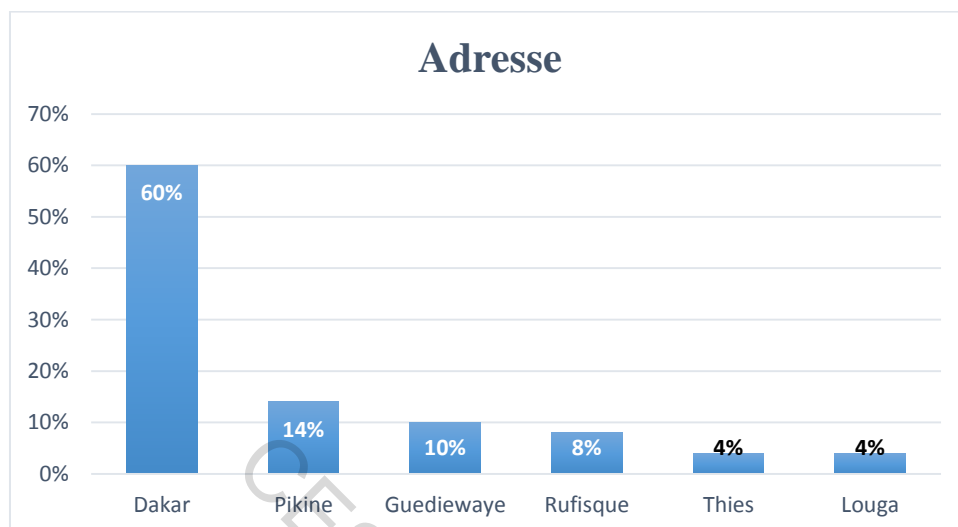
Graphique 4: Répartition des PAMR selon les tranches d'âge



Commentaire : L'âge de la majorité des enquêtés, soit 38%, se trouve dans la tranche d'âge de 70 à 79 ans. Pour les 36% leur âge se trouve dans la tranche allant 60 à 69 ans, 24% ont leur âge compris entre 80 et 89 ans et seulement 2% ont 90 ans ou plus.

La moyenne d'âge est de 75,8

Graphique 5: Répartition des PAMR selon l'adresse

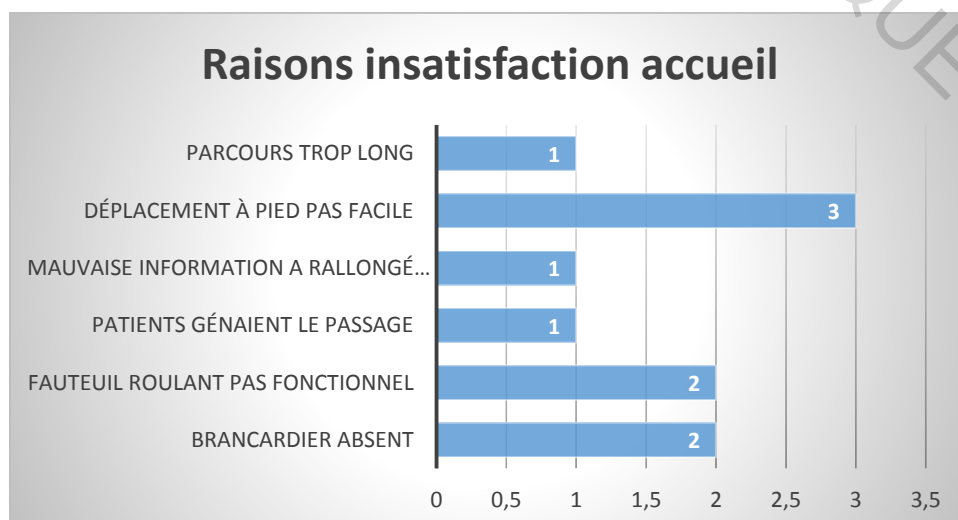


Commentaire : La majorité des patients enquêtés vient du département de Dakar avec 60% suivi des départements de Pikine, de Guédiawaye et de Rufisque avec respectivement 14%, 10% et 8%. Les régions de Thies et Louga se retrouvent chacun avec 4%.

✓ **Appréciation de l'accueil**

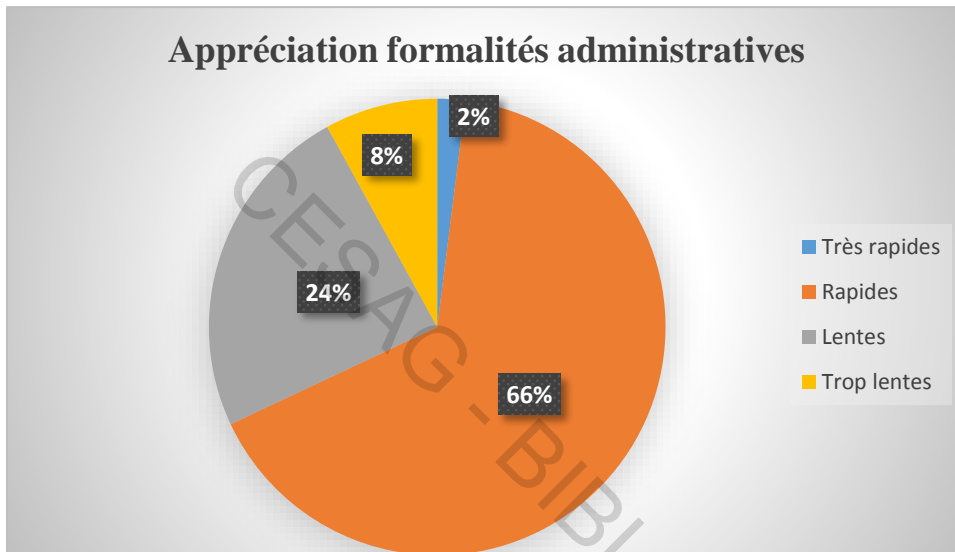
Les 20% des enquêtés ne sont pas satisfaits de l'accueil, les 80% apprécient bien l'accueil.

Graphique 6: Raisons insatisfaction



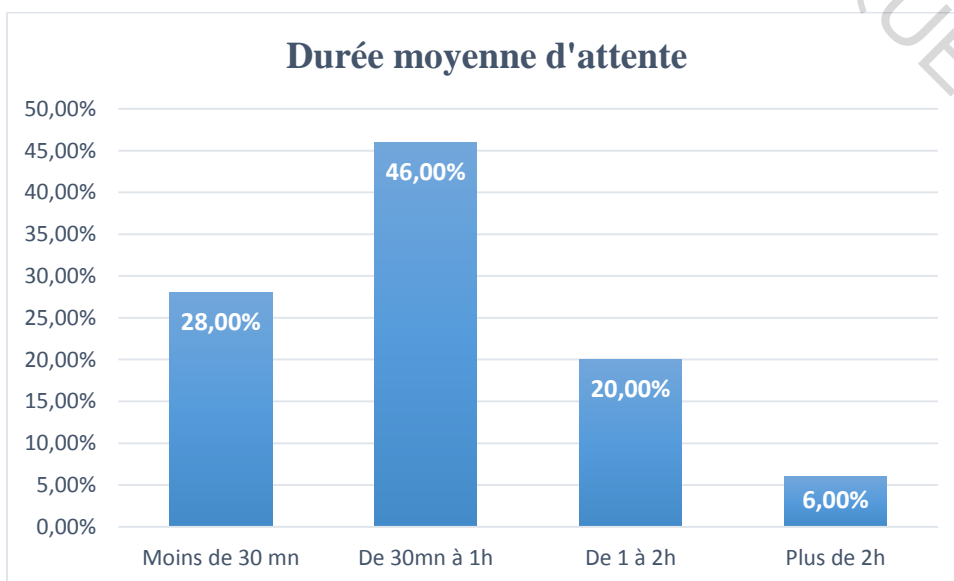
Commentaire : Parmi les 10 PAMR insatisfaites, 3 ont jugé que les laisser se déplacer à pied était pénible, 2 n'ont pas trouvé de brancardier pour les assister ou le fauteuil roulant n'était pas fonctionnel (roues à plat, pas de chambre à air). Les autres ont jugé que les allers-retours pour les formalités allongeaient le parcours, les patients assis gênaient le passage et sont obligé de se lever pour laisser passer le fauteuil ou bien la mauvaise information a allongé le parcours.

Graphique 7: Appréciation sur les formalités administratives



Commentaire : La majorité des enquêtés (66%) jugent ces formalités rapides alors que les 24% les trouvent lentes.

Graphique 8: Durée moyenne d'attente



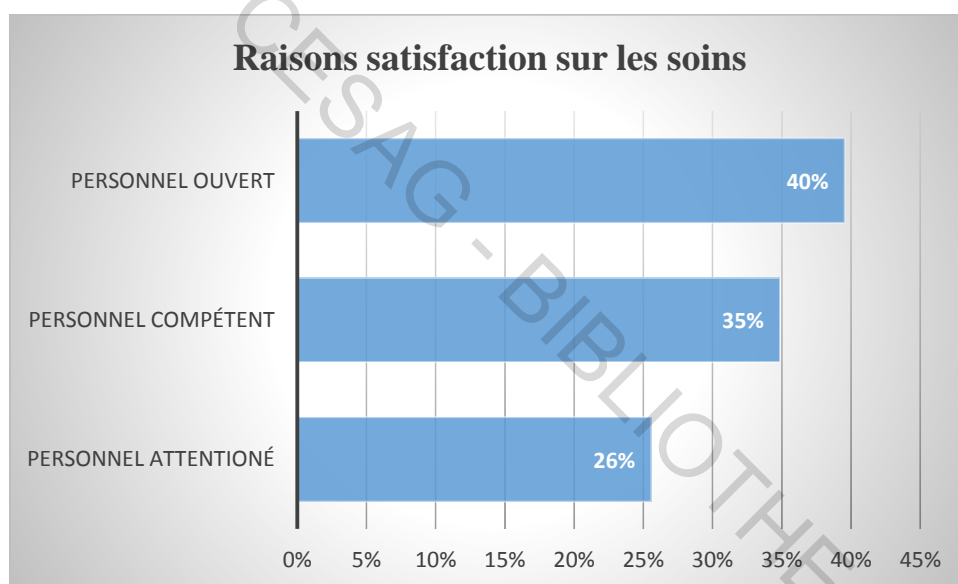
Commentaire : le quart des PAMR affirme patienter au moins 1 heure (20+6=26%). Seul 28% affirment patienter moins de 30mn et 46% entre 30mn et 1heure.

✓ **Appréciation des soins**

Les 4 % n'étaient pas satisfaits des soins parce qu'ils ont trop attendus

Les 10 % ne se sont pas prononcés

Graphique 9: Raisons de la satisfaction sur les soins



Commentaire : Les enquêtés sont satisfaits des soins pour diverses raisons :

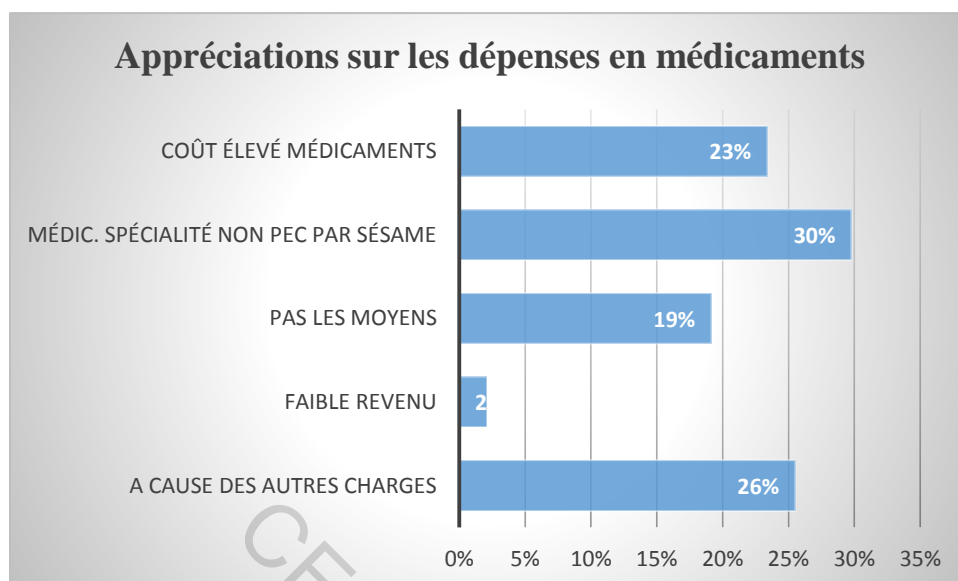
- les 40 % affirment que le personnel soignant est ouvert
- les 35 % que le personnel est compétent
- les 26 % que ce personnel est attentionnés

✓ **Appréciations sur les dépenses en médicaments**

Les 6 % des enquêtés trouvent ces dépenses supportables parce qu'ils aidés par leurs enfants

Les 94 % trouvent ces dépenses insupportables

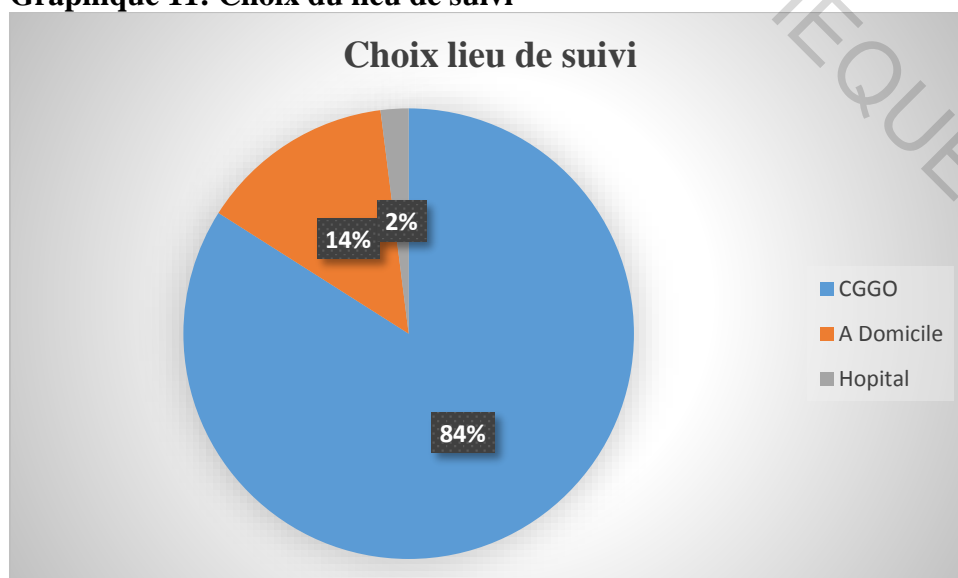
Graphique 10: Appréciation des dépenses en médicaments



Commentaire : les PAMR jugent les charges liées aux médicaments insupportables pour diverses raisons :

- 30 % parce que les médicaments de spécialité non pris en charge par le Plan sésame
- 26 % à cause des autres charges supportées
- 23% à cause du coût élevé des médicaments
- 19 % à cause du manque de moyens
- 2 % parce que leurs revenus sont faibles

Graphique 11: Choix du lieu de suivi



Commentaire : les 84% des enquêtés optent pour le CGGO pour leur suivi, les 14 % préfèrent être suivi à domicile et les 2 % aimeraient être suivi à l'hôpital.

Tableau XI : Raisons du choix du lieu de suivi

Raisons du choix		
CGGO	Personnel qualifié	42 %
	Plateau technique	28 %
	Plus proche	14 %
A Domicile	Moins pénible et suivi plus régulier	14 %
Hôpital	Il y a tout à l'hôpital	2 %

Commentaire : Les raisons du choix du lieu de suivi

Au CGGO

- Personnel qualifié y est disponible pour 42 % des enquêtés
- Plateau technique y est disponible pour 28 % des enquêtés
- Le CGGO est plus proche pour 14 % des enquêtés

A Domicile

- Moins pénible et suivi plus régulier pour 14 % des enquêtés

A l'hôpital

- Il y a tout à l'hôpital pour 2 % des enquêtés

Tableau XII : Recommandations pour soins de qualité

Recommandations pour soins de qualité	Nb
Médicaments gratuits disponible dans le centre	36
Augmenter effectif du personnel	11
Délégué médicaux en dehors heures de consultation	8
Visite à domicile	15
Améliorer l'accueil	21
Interdire perturbation des consultations	11
Analyses disponibles dans le centre	39
Ambulance pour évacuation	8

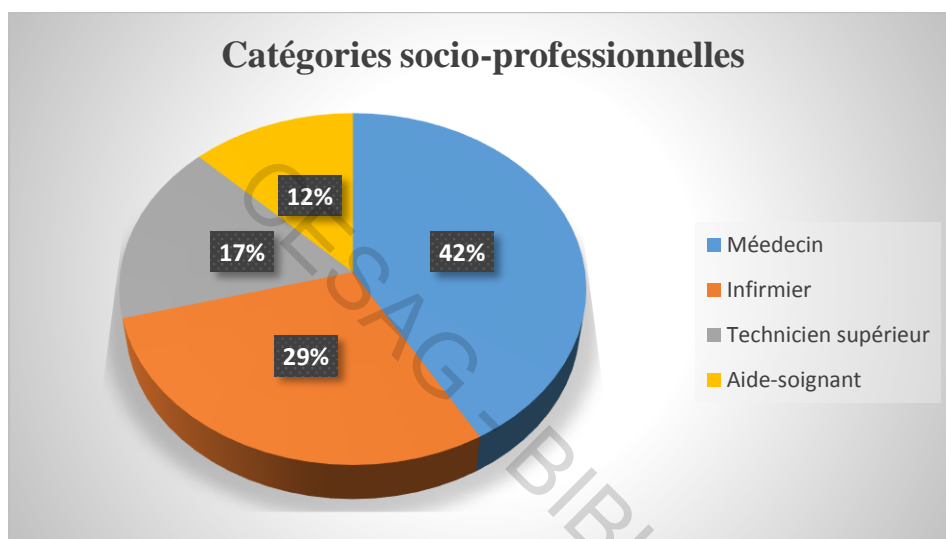
Commentaire : Disponibilité d'un laboratoire d'analyse et des médicaments gratuits dans le centre viennent en tête suivie de l'amélioration de l'accueil et des visites à domicile. Il faut souligner aussi que la perturbation des consultations occupe une place importante (entrée et sortie du personnel, délégués médicaux). Les PAMR aimeraient aussi que l'ambulance soit fonctionnelle pour les références.

I - 2 - Personnel médical et paramédical

✓ Répartition du personnel selon le sexe

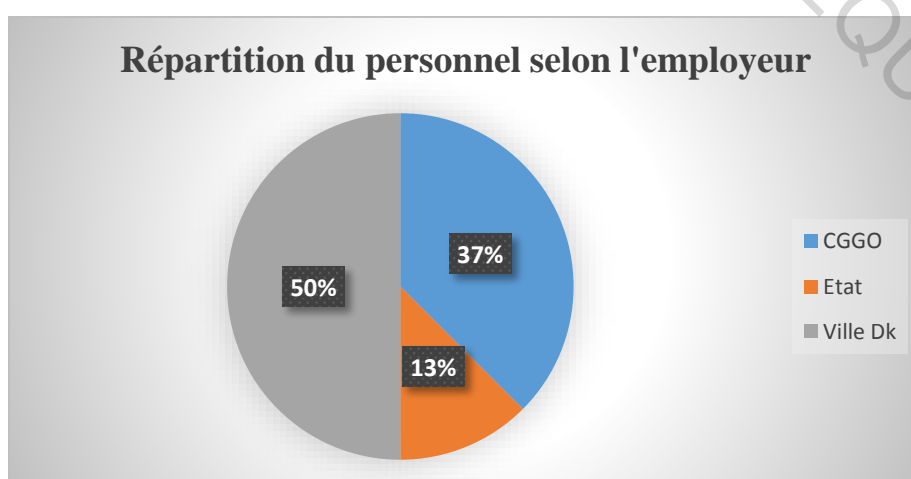
Le personnel médical et paramédical du centre est constitué à 58 % de femmes contre 42% d'hommes.

Graphique 12: Répartition du personnel selon la catégorie socio-professionnelle



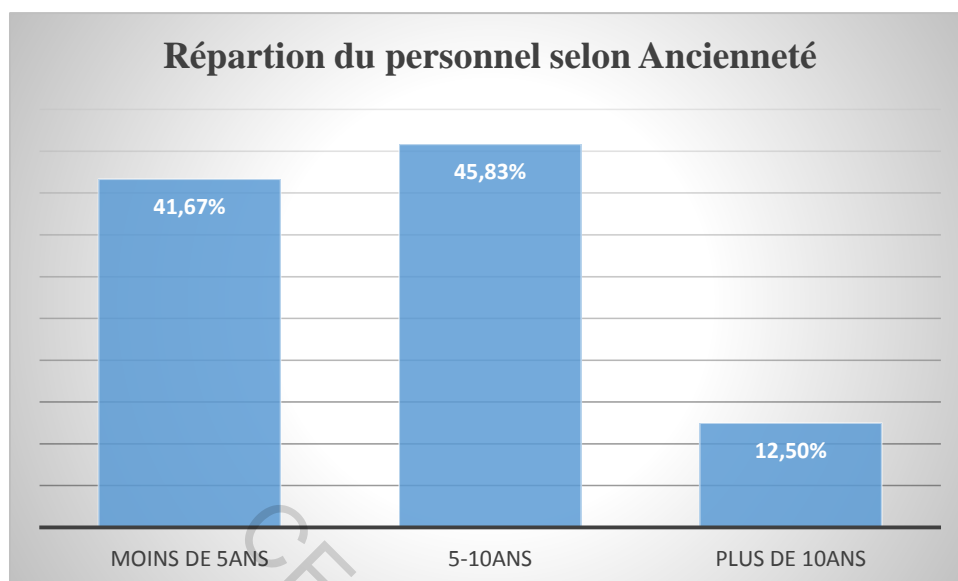
Commentaire : Le personnel du centre est constitué en majorité du personnel paramédical avec près de 58% (infirmiers, techniciens supérieurs, aides-soignants) contre 42% pour les médecins.

Graphique 13: Répartition du personnel selon l'employeur



Commentaire : La majorité du personnel est pris en charge par la ville de Dakar avec 50% suivi du centre lui-même qui prend en charge 37% du personnel (assez élevé du fait du manque de ressources). L'Etat quant à lui ne participe qu'à hauteur de 13%.

Graphique 14: Répartition du personnel selon l'ancienneté



Commentaire : Seul 41,67% du personnel a fait moins de cinq (05) ans dans le centre ainsi nous pouvons affirmer que la majorité du personnel (58,83 %) a au moins cinq ans d'ancienneté dans le centre.

✓ **Appréciation de l'environnement de travail**

La majorité du personnel affirme que l'environnement de travail est favorable pour le travail.

✓ **Appréciation sur la description des tâches**

Pour la majorité du personnel (88%) les tâches ne sont pas bien décrites, seul 12% affirment que leurs tâches ont été bien décrites.

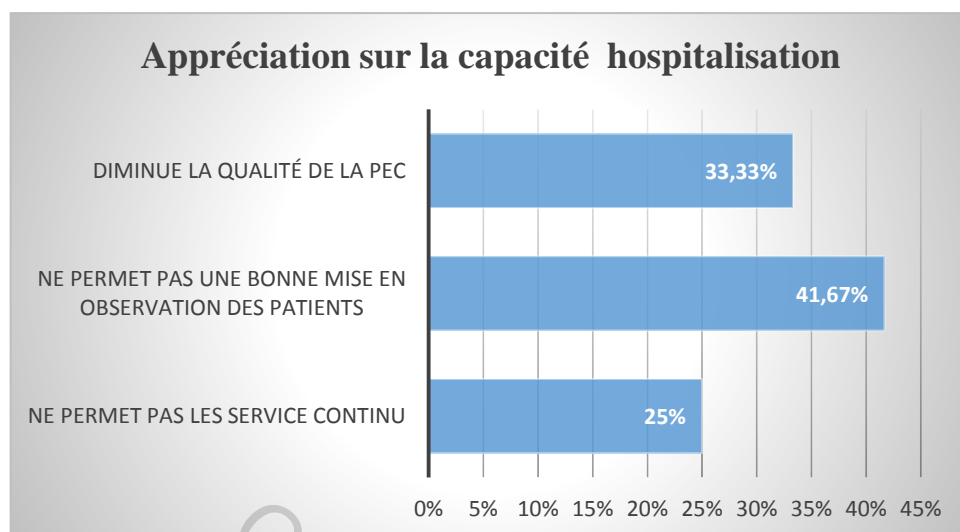
✓ **Appréciation sur les salles de soin**

A l'unanimité le personnel affirme que les salles sont adaptées aux PAMR.

✓ **Appréciation sur la capacité d'accueil de l'unité d'hospitalisation**

100 % du personnel trouvent cette capacité d'accueil (5lits) est insuffisante.

Graphique 15: Appréciations sur la capacité hospitalisation



Commentaires : 41,67% du personnel affirment cette capacité est insuffisante parce qu'elle ne permet pas une bonne mise en observation des patients.

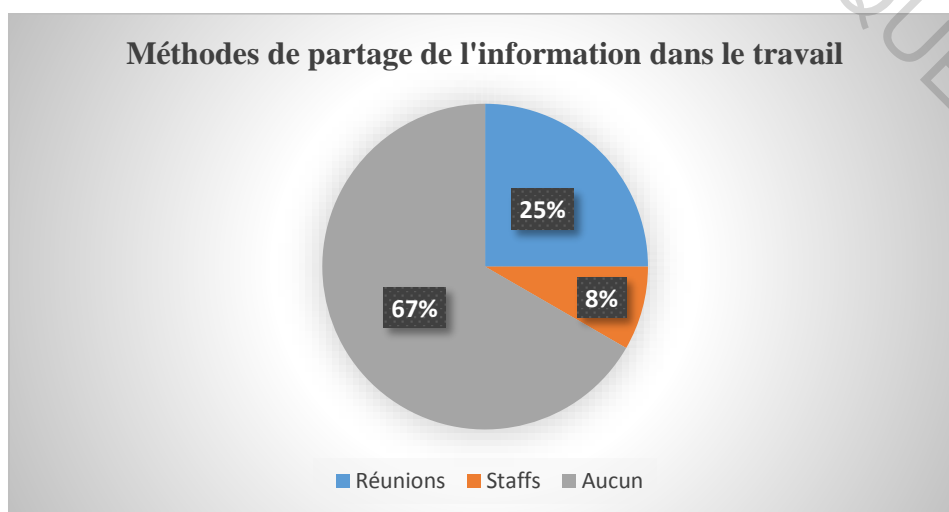
33,33% du personnel pensent que cette capacité faible diminue la qualité de la PEC.

25% du personnel affirment cette capacité insuffisante ne permet pas le service continu.

✓ **Existence de protocoles pour la PEC/PAMR**

95,83% affirment ne pas disposer de protocole pour la PEC des PAMR.

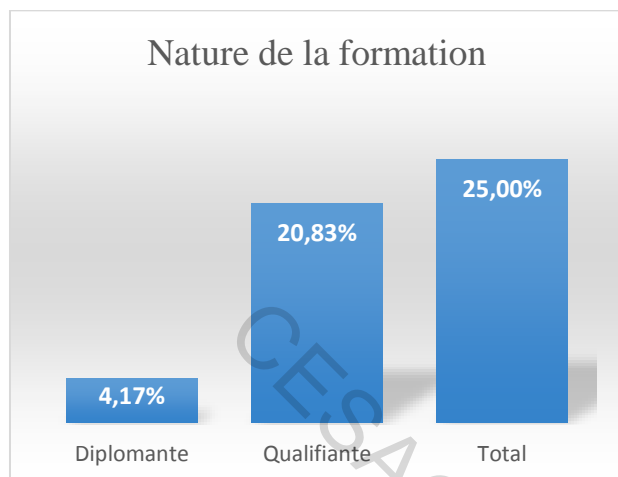
Graphique 16 : Méthodes de partage de l'information dans le travail



Commentaire : 67% du personnel affirment ne pas disposer de moyens pour partager l'information avec leurs collègues de travail.

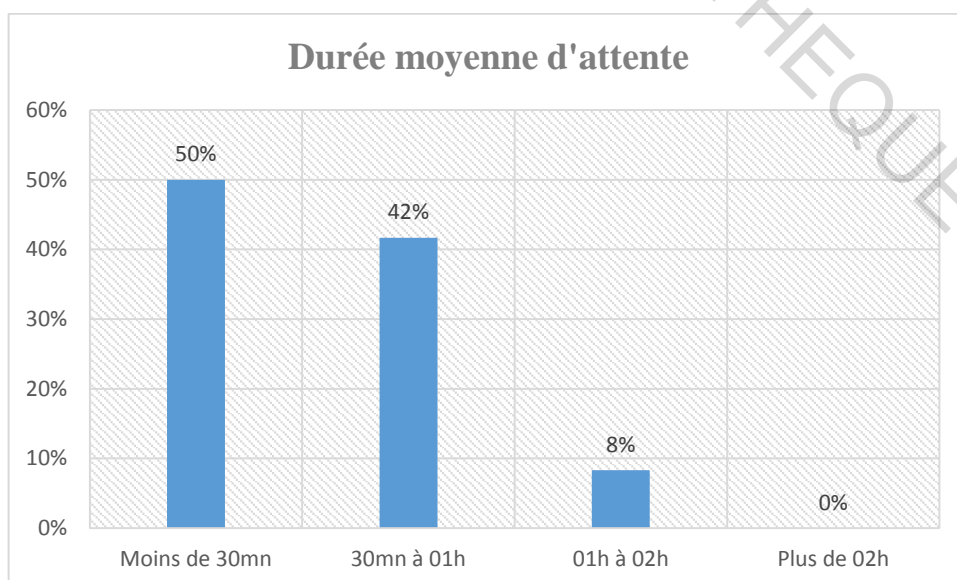
25% du personnel affirment que des réunions sont tenues alors que 8% disent qu'il y a parfois des réunions de l'équipe santé.

Graphique 17: Personnel ayant bénéficié d'une formation à la PEC personnes âgées



Commentaire : 25% du personnel ont pu bénéficier d'une formation à la PEC des personnes âgées (dont 4,17% diplômantes et 20,83% qualifiantes), alors que les 75% n'ont pas bénéficié de ces formations.

Graphique 18: Durée moyenne d'attente

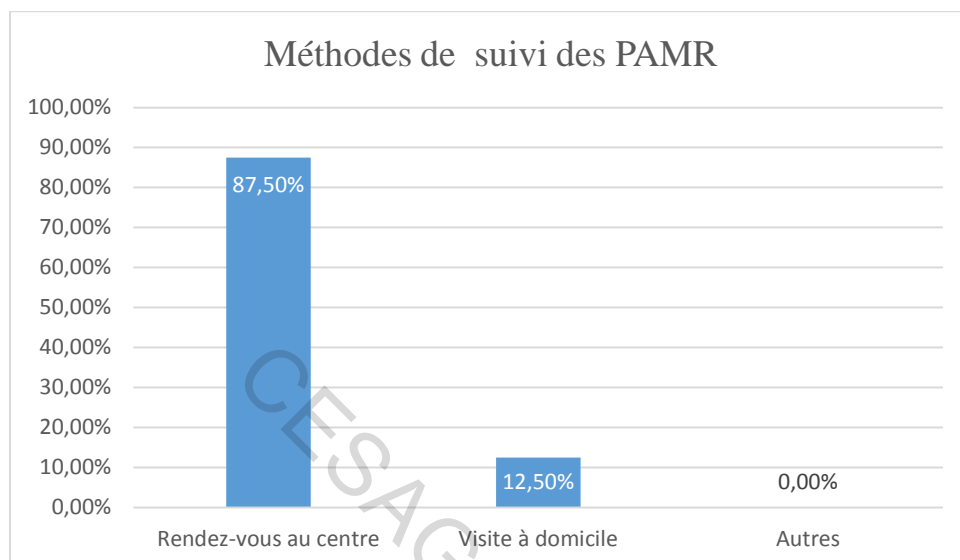


Commentaire : Les 50 % du personnel affirment que la durée moyenne d'attente est de moins de 30 minutes, les 42% affirment que cette durée varie entre 30 minutes et une heure. Enfin pour les 8%, les usagers peuvent patienter entre une heure et deux heures.

✓ **Connaissance du SIS**

Les 29% du personnel connaissent le SIS.

Graphique 19: Méthodes de suivi des PAMR



Commentaire : 87,5% du personnel suivent les PAMR sur rendez-vous au centre et 12,5% du personnel affirme recourir parfois, en dehors des rendez-vous au centre, à des visites à domicile pour suivre les PAMR indigentes ou perdues de vue.

✓ **La démarche qualité**

Les 92% ne connaissent pas la démarche qualité

Les 8% connaissent cette démarche qualité et ont reçu une formation sur la qualité des soins.

✓ **Implication du personnel dans la prise de décision**

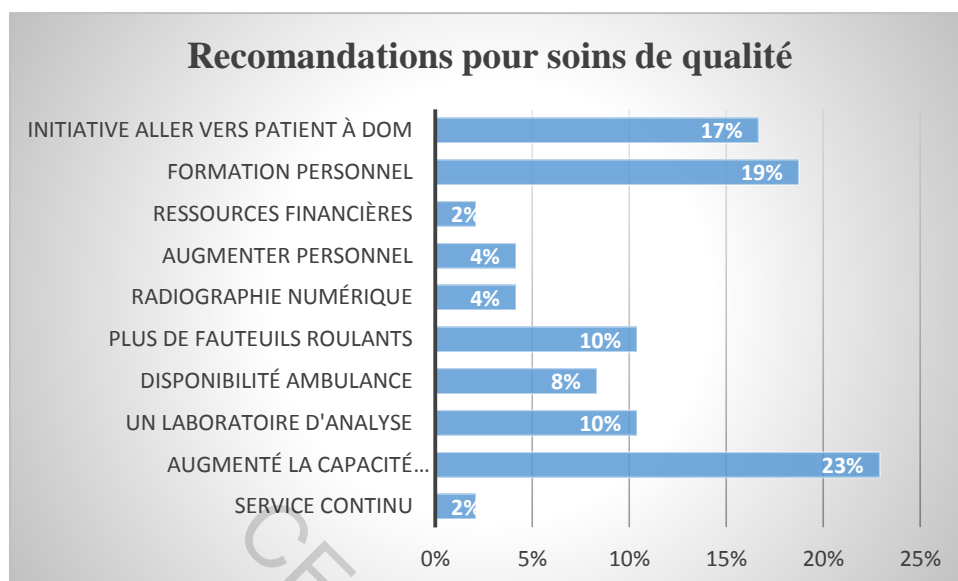
Les 21% du personnel sont mis à contribution dans la prise de décision alors que les 79% ne participe pas à la prise de décision.

✓ **Evaluation du travail**

Les 54% du personnel ne sont pas évalués.

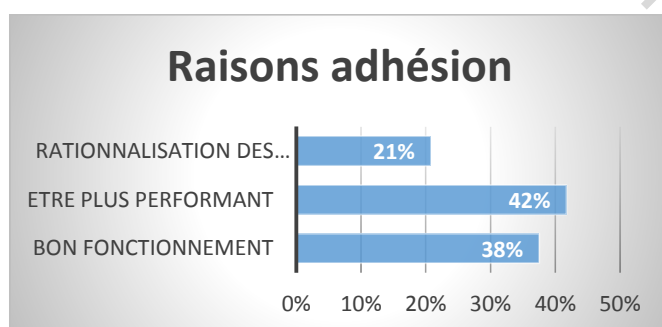
Les 46% sont évalué et le sont tous grâce à une fiche de notation.

Graphique 20: Recommandations pour soins de qualité



Commentaire : les principales recommandations sont l'augmentation de la capacité d'accueil de l'unité d'hospitalisation suivi de la formation du personnel et l'initiative d'aller vers les patients à domicile.

Graphique 21 : Raisons de l'adhésion

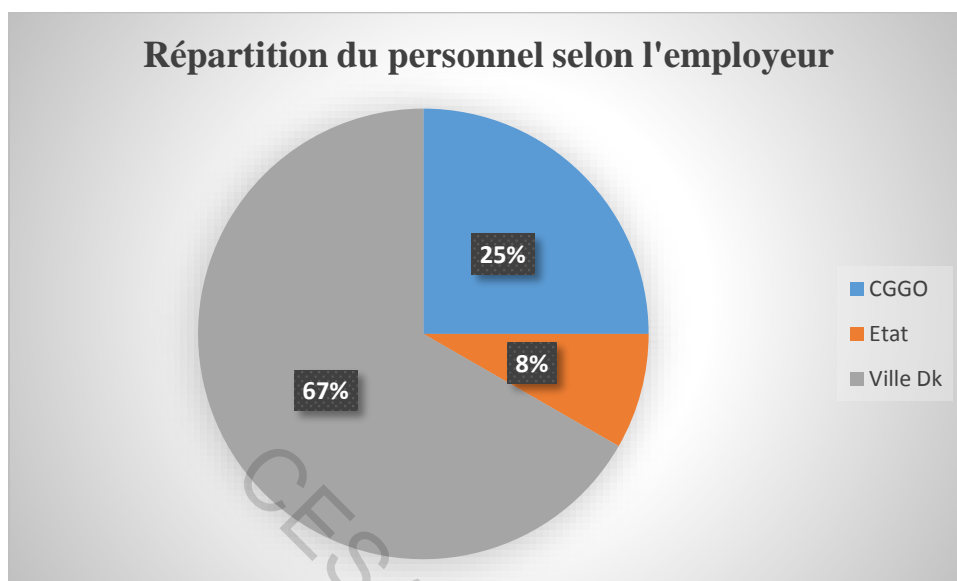


Commentaire : L'ensemble du personnel (100%) adhère à l'instauration d'une démarche qualité et ils ont jugé :

- ✓ Pour 42% que c'était pour être plus performant
- ✓ Pour 38% que c'était pour le bon fonctionnement du centre
- ✓ Pour 21% que c'était pour rationaliser les moyens

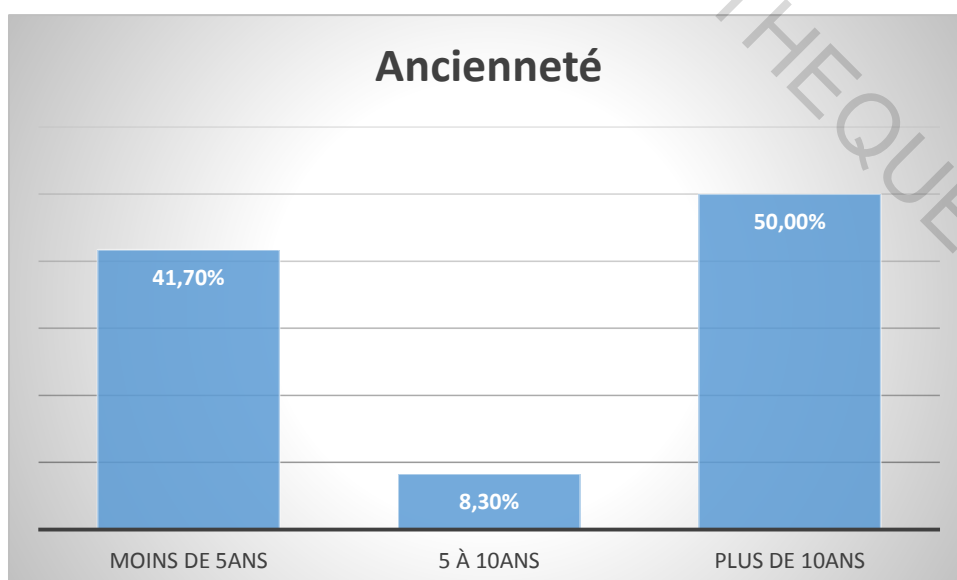
I - 3 - Personnel de l'administration

Graphique 22: Répartition du personnel selon l'employeur



Commentaire : La Ville de Dakar est l'employeur majoritaire avec 67% suivi du centre qui emploie 25% du personnel de l'administration. L'Etat a fourni 8% de ce personnel.

Graphique 23: Répartition du personnel selon l'ancienneté



Commentaire : 50% du personnel a fait plus de 10ans dans le centre et 8,3% ont fait entre 5 et 10 ans. La majorité du personnel soit 58,3% a au moins 5 ans d'ancienneté.

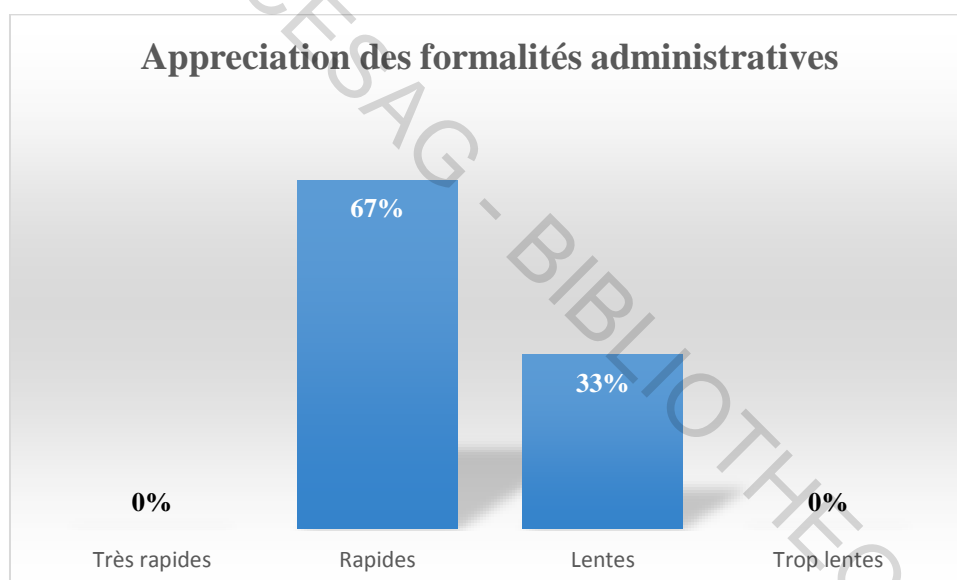
✓ **Existence d'un budget de fonctionnement du centre**

100% du personnel affirme que le centre ne dispose pas de budget de fonctionnement il fonctionne sur ses recettes propres.

✓ **Environnement de travail**

Seul 17% du personnel juge que l'atmosphère qui règne n'est pas favorable pour le travail alors les 83% jugent cette atmosphère favorable.

Graphique 24: Appréciation des formalités administratives



Commentaire : Le personnel juge à 67% que les formalités sont rapides alors que 33% pensent que ces formalités sont lentes.

✓ **Personnel ayant bénéficiées d'une formation pour PEC/PA**

La majorité du personnel soit 92% n'a pas pu bénéficier d'une formation pour PEC/PA depuis leur arrivée dans le centre. Seul 8% ont bénéficié de ce genre de formation.

✓ **Appréciation sur l'effectif du personnel**

La moitié, c'est-à-dire 50% du personnel, juge que le personnel est suffisant pour le bon fonctionnement du centre tandis que l'autre moitié juge que c'est insuffisant.

✓ **Existence d'un bureau des archives**

Il n'existe pas de bureau des archives dans le centre.

✓ **Connaissance de la démarche qualité**

Les 92% du personnel ne connaissent pas la démarche qualité seul les 8% connaissent cette démarche.

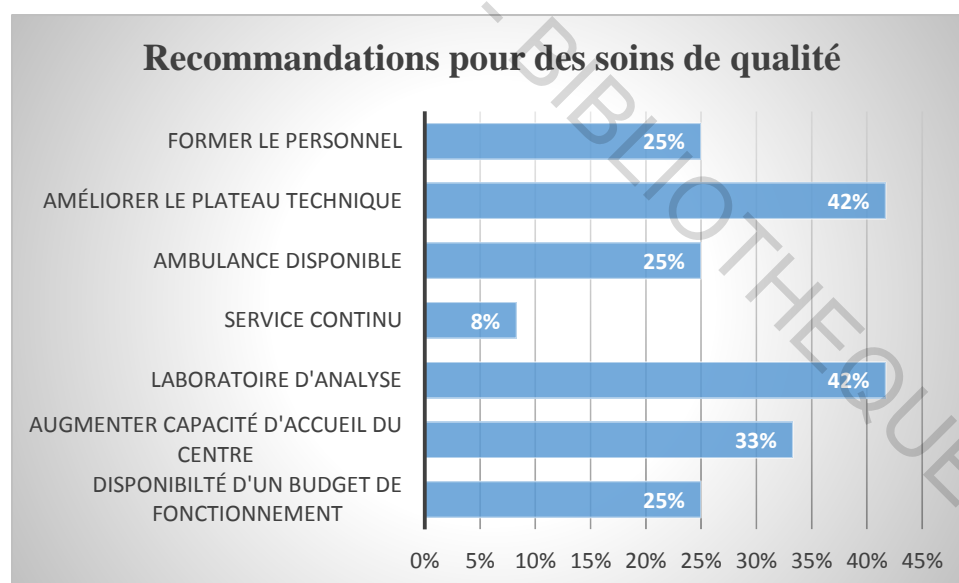
✓ **Implication du personnel dans la prise de décision**

La majorité du personnel (67%) affirme ne pas être impliquée dans la prise de décision seul les 33% participe à cette prise de décision.

✓ **Evaluation du travail**

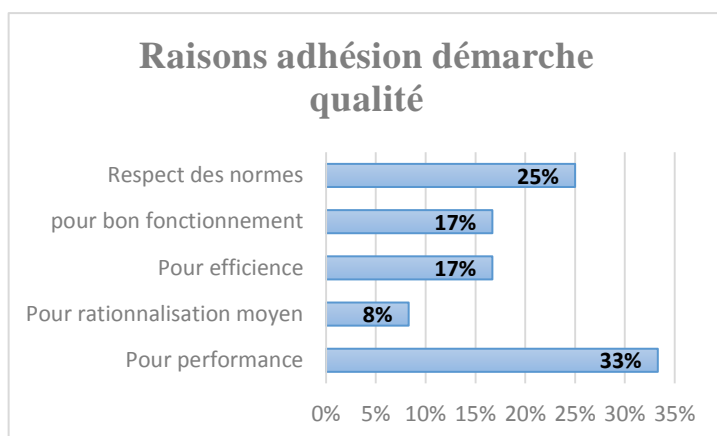
La moitié du personnel soit 50% est évaluée et ce grâce à une fiche de notation.

Graphique 25: Recommandations pour des soins de qualité



Commentaire : Améliorer le plateau technique et la disponibilité d'un laboratoire viennent en tête des recommandations avec 42% chacun, suivi d'augmenter la capacité d'accueil du centre 33%, former le personnel et disponibilité de l'ambulance 25% et enfin le service continu avec 8%.

Graphique 26: Raisons adhésion démarche qualité



Commentaire : Tout le personnel adhère à l'installation de la qualité pour diverses raisons, pour la performance (33%), respect des normes (25%).

II – Analyse des résultats

II - 1 - Les questionnaires du Personnel du CGG (médical, paramédical et de l'administration)

Sur la base des données recueillies sur le personnel il existe un certain nombre de points à améliorer parmi lesquels : la formation, le partage de l'information, la capacité d'accueil pour l'hospitalisation, les archives et les moyens financiers.

- ✓ La formation du personnel à la PEC/PA fait défaut avec seulement 16,65% de l'effectif qui ont pu bénéficier d'une formation depuis leur arrivée contre 83,35% qui n'ont pas bénéficié de ces formations
- ✓ Pour ce qui est du partage de l'information il existe de rares réunions pour discuter des problèmes médicaux.
- ✓ Le SIS est peu connu du personnel vu son importance pour les décideurs dans la prise de décision, tandis l'archive point essentiel est négligée, il n'y a même pas de bureau pour les archives ni de responsable.
- ✓ Les moyens financiers aussi font défaut car le CGGO ne disposant pas de budget de fonctionnement proprement dit de la part de la Ville de Dakar.

Améliorer la prise en charge des PAMR représente donc un enjeu important, et repose sur des principes relativement simples :

- faire attendre le moins possible des PA particulièrement vulnérables,

- associer au plus tôt une expertise gériatrique afin d'évaluer leur complexité et calculer le risque iatrogène des traitements (recommandations)
- disposer d'informations fiables pour prendre les décisions

II - 2 - Le questionnaire des PAMR/Accompagnants

Suite à l'analyse du questionnaire quelques points attirent notre attention (l'insatisfaction de 20% des personnes enquêtées et 32% qui jugent les formalités administratives lentes) et méritent investigations pour améliorer leurs performances. A la vue des explications fournies ces problèmes sont liés à des difficultés dans l'organisation de l'accueil.

Les enquêtés ont aussi mis l'accent sur les dépenses auxquelles ils sont confrontés pour : l'achat des médicaments, les frais de déplacement pour effectuer les consultations au CGGO et les analyses dans les autres structures sanitaires qui en disposent.

II - 3 - Les résultats de l'observation

Durant notre stage nous avons pu observer les activités et les acteurs du centre ainsi que la configuration. Nous nous sommes rendu-compte que la salle d'attente avait une capacité réduite et pour pallier à cela des bancs ont été installés dans les couloirs ce qui gêne le passage des fauteuils roulants alors que ces couloirs ont été bien aménagés auparavant. En période de canicule malgré les ventilos la température dans ces couloirs peut être gênante.

II - 4 - Difficultés et limites

Dans le cadre de cette enquête nous avons rencontré quelques difficultés par rapport à :

- ✓ Certaines personnes âgées sortaient complètement du cadre du questionnaire pour parler de leurs propres préoccupations. Mais j'étais obligé, tout en les écoutants, de revenir à l'enquête et essayer tant bien que mal de recueillir leurs avis sur la qualité de leur PEC.
- ✓ L'indisponibilité du personnel débordé par la procuration des soins aux malades. Il était difficile de les avoir pour remplir les questionnaires mais avec un peu de sacrifice de leur part nous avons pu les avoir à la fin de leur service.
- ✓ La susceptibilité du personnel surtout paramédical par rapport aux questions sur l'amélioration de la qualité des soins. Ils ont, un certain moment, pris l'étude comme une inspection pour venir contrôler leur travail. Mais à force de les côtoyer et d'échanger avec eux cette susceptibilité s'est dissipée.

TROISIEME PARTIE :

**DETERMINATION/ ANALYSE DES CAUSES ET LEUR
PRIORISATION
IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES
SOLUTIONS
PLAN DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTION**

CHAPITRE V : DETERMINATION/ ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION

I - Présentation des outils

Le Diagramme d'Ishikawa encore appelé diagramme cause-effet

Le diagramme causes-effets d'Ishikawa en référence à son concepteur promoteur, aussi appelé diagramme arête de poisson en raison de sa graphie, est un outil qualité utilisé pour identifier les causes d'un problème.

Le diagramme Ishikawa est aussi fort utile pour tout autre type de réflexion fondée sur l'identification du cheminement causes effets.

La Démarche Ishikawa au cours d'une session en groupe, dans un esprit brainstorming, on cherche à identifier les causes d'un effet précis. Ce peut être un problème technique et on classera la cause dans une des catégories comme sur le schéma ci-après.

Le vote pondéré

Le vote pondéré est un parmi les outils de hiérarchisation. Il a deux (02) avantages : il permet le consensus et sa mise en œuvre est facile.

Pour ce qui est de sa démarche :

- A chaque cause identifiée on affecte une lettre
 - Chaque participant dispose de 10 points
 - Chaque participant a le droit d'affecter au maximum 5points/cause
- L'anonymat est respecté

II - Détermination et Analyse des causes

1 - Causes selon la Littérature

Suite à la revue documentaire il est ressorti diverses causes expliquant la difficulté dans la prise en charge médicale des PAMR.

La prise en charge médicale de la personne âgée selon le Docteur Dan Kogel (21) est complexe car il faut tenir compte d'un certain nombre de facteurs externes qui en font sa spécificité : le type de vieillissement, la polypathologie, la polymédication et la dépendance. L'objectif principal de la prise en charge gériatrique n'est pas de guérir les maladies, mais d'apporter de la qualité de vie à la personne âgée. Étant donné le nombre de problématiques tant sociales que médicales ou psychiques qui s'imbriquent chez la personne âgée malade, il convient de proposer

une prise en charge globale qui nécessite l'intervention de différents professionnels de santé : médecins, kinésithérapeutes, assistants sociaux, psychologues, ergothérapeutes, orthoptistes, diététiciens, médecins traitants. Cette intervention ne peut se faire sans en référer aux patients, aux familles et en prenant en compte l'environnement social afin de prendre en charge les personnes âgées au mieux, le plus longtemps possible et dans les conditions les plus optimales.

Parmi ces causes l'effectif réduit de gériatres ainsi que de structures dédiées aux personnes âgées (22). En effet au Sénégal seul le CGGO, le CMS de l'IPRES et le cabinet Maadji sont spécialisés dans la prise en charge des personnes âgées.

A côté de ce manque de spécialistes Mme CISSE Coura DIOUF soulève le manque d'organisation que l'on retrouve dans divers services. Ce manque d'organisation peut réduire à néant tous les efforts faits pour améliorer la qualité des soins

Dans son mémoire Eninga Mulamba Patient (23) qualifie l'accueil d'étape cruciale dans les soins. En effet l'accueil est un élément important des soins, c'est le premier contact du patient avec la structure sanitaire. La manière d'assister le malade à son arrivée, l'écoute, la disponibilité, toutes ces marques d'empathie mettent en confiance le malade et le soulagent un peu de sa douleur.

Au Cameroun la Note d'Information Stratégique (24) qui a été rédigée par le Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé (CDBPS) souligne le problème d'accès aux soins de qualité, surtout en urgence. De nombreuses plaintes relayées par les médias concernent les conditions d'accueil et de prise en charge des urgences, notamment dans les hôpitaux nationaux et régionaux. Le taux de satisfaction des usagers pour les SAU de Yaoundé de 51,5% et de 54,7% pour l'accueil.

Et pour ATTOUMOH M. (25) de souligner que les problèmes des services d'accueil sont surtout liés à l'inéquation au niveau de la division du travail, l'inexistence du système de tri, le niveau faible de l'information, la surcharge du travail, les conditions de travail entre autre.

2 - Causes ressorties de l'enquête

Accueil

- ✓ personnel peu formé
- ✓ déficit de fauteuils roulants

- ✓ manque d'organisation
- ✓ salle d'attente exiguë

Soins

- ✓ service n'est pas continu
- ✓ système d'information sanitaire peu connu
- ✓ déficit de communication
- ✓ peu de formation disponible
- ✓ méthode d'évaluation inadéquate
- ✓ capacité d'accueil de l'hospitalisation insuffisante
- ✓ Absence de laboratoire d'analyse médicale
- ✓ inexistence de budget de fonctionnement
- ✓ indisponibilité de l'ambulance

Matière

- ✓ manque d'informations
- ✓ médicaments indisponibles

Méthodes

- ✓ défaut de communication
- ✓ manque de leadership
- ✓ absence de recommandations pour pec personnes âgées
- ✓ pas de service continu
- ✓ inadéquation de l'évaluation

Matériel

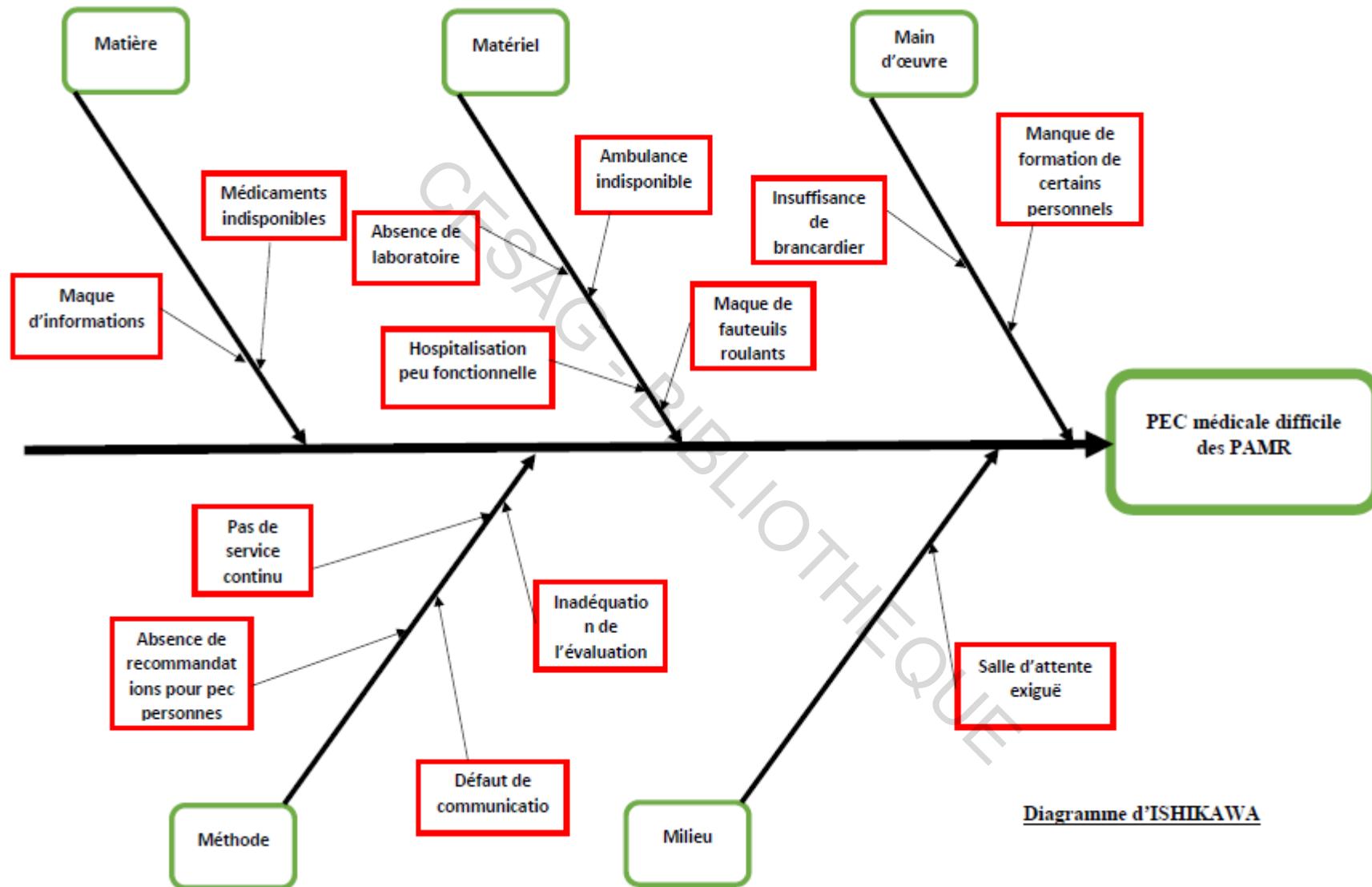
- ✓ absence de laboratoire
- ✓ ambulance indisponible
- ✓ manque de fauteuils roulants
- ✓ hospitalisation peu fonctionnelle

Main d'œuvre

- ✓ insuffisance de brancardier
- ✓ manque de formation de certains personnels

Milieu

- ✓ salle d'attente exiguë



III - Hiérarchisation des causes

Les causes qui ont été retenues sont :

- Manque d'offres de formations
- Absence de laboratoire d'analyse
- Manque de communication
- Déficit de fauteuils roulants
- Absence de Protocoles
- Hospitalisation peu fonctionnelle
- Problème du Suivi des PAMR
- Indisponibilité de l'ambulance

Les critères de priorisation des causes sont :

- . La pertinence de la cause ;
- . L'impact que l'action sur la cause aura sur le problème.
- . La possibilité d'agir sur la cause ;

Tableau XIII: Priorisation des causes

Causes	Pertinences	Impact de l'action	Action possible	Score	Rang
Manque d'offres de formations	7	7	5	19	4 ^{ème}
Absence de laboratoire d'analyse	3	3	1	7	7 ^{ème}
Manque de communication	9	5	10	24	1 ^{er}
Déficit de fauteuils roulants	10	6	7	23	3 ^{ème}
Absence de Recommandations	5	5	5	15	5 ^{ème}
Hospitalisation peu fonctionnelle	5	7	1	13	6 ^{ème}
Problème du Suivi des PAMR	10	9	5	24	1 ^{er}

Il est ressorti de cette priorisation que le problème du suivi des PAMR et le manque de communication sont les causes majeures.

CHAPITRE VI : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS

I - Identification des solutions possibles

Après le brainstorming ces solutions ont été retenues :

✓ Améliorer la communication

La communication est un outil essentiel de management. C'est un cadre d'échange qui permet aux différents acteurs : de Les différents acteurs de partager leur expérience professionnelle, de recueillir les points de vue, d'être au courant de certaines initiatives et principalement c'est le cadre idéal pour fixer de commun accord les objectifs de travail à atteindre et les évaluer. L'idéal serai les membres d'un service se retrouvent dans un cadre et par la suite il y'aura une réunion mensuel du centre.

✓ Mettre en place des visites à domicile

Le personnel médical et paramédical est confronté au problème du suivi. Certains patients (surtout les PAMR) dont l'état de santé nécessite un suivi régulier sont souvent perdus de vue. Ainsi sur avis du médecin, après évaluation médicale, certaines de ces PAMR se verront inscrites sur la liste des patients à visiter pour un suivi hebdomadaire.

✓ Améliorer l'accueil

L'accueil est le premier contact du patient avec la structure sanitaire. La manière d'accueillir, d'écouter et de recueillir les informations sur le patient est cruciale pour instaurer ce sentiment de confiance et d'être considéré chez le patient. Bien accueillir et bien informer et le premier des soins.

✓ Améliorer le plateau technique

Lors de leurs prestations les médecins et infirmiers prescrivent des analyses à faire et les patients sont obligés de se rendre dans les structures plus outillées pour les faire. Il est plus pratique de se faire consulter et d'effectuer ses analyses de laboratoire dans la même structure, c'est moins pénibles pour les patients et la prise en charge devient plus rapide.

✓ **Formation du personnel médical et paramédical**

La personne âgée est spécifique et les spécialistes dédiés sont insuffisants. Nous espérons, qu'avec la disponibilité toute récente (2012) à la Faculté de médecine de Dakar de la formation en gériatrie, ce déficit sera résorbé rapidement.

✓ **Rédiger des protocoles**

Les protocoles et CAT permettent une systématisation du travail. Cela diminue le risque d'erreurs et optimise la PEC des malades.

II - Priorisation des solutions

Pour mener à bien le choix de la solution à retenir nous avons procédé à la priorisation des solutions retenues. Pour cela des critères de notation ont été définis :

- L'impact de la solution : renvoie à la pertinence de la solution et ses effets à court, moyen ou long terme
- L'acceptation : c'est-à-dire l'adhésion et l'engagement des acteurs
- La faisabilité : qui est en rapport avec la disponibilité des ressources

Tableau XIV: Priorisation des solutions

Solutions	Critères			Score	RANG
	Acceptation	Impact	Faisabilité		
Améliorer la communication	1,7	2	2	5,7	3 ^{ème}
Mettre en place des visites à domicile	1,5	3	2	6,5	1^{er}
Améliorer l'accueil	1,8	2	2	5,8	2^{ème}
Améliorer le plateau technique	1,6	1	1	3,6	6 ^{ème}
Formation du personnel médical et paramédical	1,8	1	1	3,8	5 ^{ème}
Rédiger des recommandations	1,6	1	2	4,6	4 ^{ème}
TOTAL	10	10	10	30	

A l'issue du vote pondéré mettre en place des visites à domicile et améliorer la qualité de l'accueil sont retenues comme solutions prioritaires.

CHAPITRE VII : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS

I – Justification

Pour ce qui est de la mise en œuvre des solutions, instaurer des visites à domicile, former le personnel de l'accueil et améliorer la communication ont été retenues. L'amélioration du plateau technique demande un lourd investissement qui est du ressort de la tutelle, les recommandations demandent la collaboration des gériatres et le Ministère de la santé. Pour ce qui est de la formation du personnel médical et paramédical les offres de formation (spécialisation en gériatrie, séminaires ...) ne dépendent pas du CGGO.

La mise en œuvre de ces solutions sera source de soulagement pour ces PAMR qui seront jugées aptes à en bénéficier. Ces personnes croulent sous le poids des charges liées à leurs déplacements et des efforts physiques. Une politique visant à se rapprocher d'elle est la bienvenue.

II - Objectifs du projet

1 - Objectif général

Contribuer à l'amélioration du suivi médical des PAMR

2 - Objectifs spécifiques

- ✓ Instaurer 04 visites à domicile mensuelle dans le District Ouest d'ici 2019
- ✓ Améliorer la qualité de l'accueil d'ici à mars 2018
- ✓ Améliorer la communication d'ici à mars 2018

III – Cadre logique

Tableau XV: Cadre logique

	Logique d'intervention		Indicateurs objectivement vérifiable	Moyens de vérification	Conditions critiques/préalables
Objectif général	Contribuer à l'amélioration du suivi médical des PAMR		Taux de satisfaction des usagers	Enquête de satisfaction auprès des PAMR	Engagement : Comité de gestion Médecin-chef
Objectifs spécifiques	A	Instauration de visites à domicile	Nombre de sorties/mois	PV Réunions préparatoires Rapports d'activité	Disponibilité - Ressources financières - Ressources humaines
	B	Améliorer la qualité de l'accueil	Taux de satisfaction des usagers	Enquête de satisfaction auprès des PAMR	Engagement - Médecin-chef - Gestionnaire Disponibilité du personnel à former
	C	Renforcer la communication	Réunions mensuelles Staff médical	PV Réunions	Engagement - Médecin-chef - Gestionnaire
Résultats	A	Visites à domicile instaurées	Nombre de visites/mois	Rapports d'activités	Disponibilité - Personnel - Ressources financières
	B	Qualité accueil améliorée	Taux de satisfaction	Enquête de satisfaction	Engagement Personnel à former
	C	La communication est renforcée	Nombre de réunions/mois Nombre de staffs/semaine	PV Réunions Compte rendu de staff	Engagement du personnel

Tableau XVI: Cadre logique suite

		Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiable	Moyens de vérification	Conditions critiques/préalables
Activités	A	Réunion de réflexion sur la stratégie	Nombre de Réunions/semaine	PV Réunions	Disponibilité - Médecin-chef - Major - Gestionnaire
		Réunion d'évaluation des besoins/identifications participants	Nombre de réunions/semaine	PV Réunions	
		Réunions de partage avec le personnel	Nombre de Réunions/semaine	PV Réunions	Disponibilité du personnel
		Visites à domicile	Nombre de visites/semaine	Rapports d'activités	Disponibilité - Equipe - Matériel - PAMR
	B	Remise à niveau personnel de l'accueil sur le logiciel soft	Nombre de séances/semaine	Liste de présence	Disponibilité - Formateur de Soft solutions sarl - Caissiers
		Formation du Brancardier	Nombre de séances/semaine	Liste de présence	Disponibilité Traumatologue du centre
		Description et répartition des tâches	Note de service	Consultation de la fiche	Disponibilité - Gestionnaire
		Améliorer le parc de fauteuils roulants	Nombre de FR fonctionnels/service	Observation	Disponibilité Moyens financiers
	C	Réunion mensuelle (centre)	Nombre Réunions/mois	PV Réunion	Disponibilité Personnel du centre
		Réunion mensuelle (service)	Nombre Réunions/mois	PV Réunion	Disponibilité Personnel du service
		Réunion du Staff médical	Nombre de staffs/semaine	Compte rendu	Disponibilité Personnel médical/paramédical

Source : Stagiaire

IV- Plan opérationnel

Tableau XVII: Chronogramme des activités

Activités	Début	Fin	Budget	Source de financement	Responsable
Réunion réflexion sur la stratégie	01 Nov 2017	29 Dec 2017	0f	Fonds propres	Médecin-chef
Réunions de partage avec le personnel	13 Dec 2017	13 Dec 2017	0f	Fonds propres	Médecin-chef Major
Réunion d'évaluation des besoins/identifications participants	01 Janv 2018	31 Janv 2018	0f	Fonds propres	Médecin-chef Major Gestionnaire
Démarrage visite à domicile	07 Mars	-	80 000f	Fonds propres	Médecin-chef Major
Mise à niveau des caissiers sur le logiciel SIES	15 Nov 2017	15 Nov 2017	25 000f	SAV Soft solution/Fonds propres	Technicien de Soft solution sarl Gestionnaire
Formation agents d'accueil	08 Nov 2017	29 Nov 2017	0f	Fonds propres	Gestionnaire du CGG
Formation du Brancardier	15 Nov 2017	15 Nov 2017	0f	Fonds propres	Orthopédiste Gestionnaire
Réparation fauteuils roulants	06 Nov 2017	08 Nov 2017	10 000	Fonds propres	Gestionnaire
Réunions de Staff	08 Nov	-	0f	Fonds propres	Médecin-chef
Réunions centre	10 Nov 2017	-	0f	Fonds propres	Médecin-chef Gestionnaire
Réunions services	03 Nov 2017	-	0f	Fonds propres	Responsable service

Source : Stagiaire

V – Budget

Tableau XVIII: Budget des activités

Activités	Coûts
Réunion réflexion sur la stratégie	0f cfa
Réunions de partage avec le personnel	0f cfa
Réunion d'évaluation des besoins/identifications participants	0f cfa
Démarrage des activités/visites - Carburant - Motivations - Matériel	- 5000f cfa - 15 000f cfa - Dotation du CGG (ville) = 20 000f cfa/semaine x 04 visites TOTAL = 80 000f cfa/mois
Mise à niveau sur le logiciel Formation agents d'accueil Formation du brancardier Réparation fauteuils roulants	- 25 000f cfa - 0f cfa - 0f cfa - 10 000f cfa
Staffs Réunions centre Réunions services	- 0f cfa - 0f cfa - 0f cfa
TOTAL	115 000f cfa

Source : Stagiaire

Le budget des activités est arrêté à 115 000f cfa dont 80 000f cfa/mois pour les visites à domicile.

VI - Suivi-évaluation

1 - Le suivi (26)

Le suivi est le processus systématique du recueil, de l'analyse et de l'utilisation d'information visant à déterminer en continu les progrès d'un programme en vue de la réalisation de ses objectifs et à guider les décisions relatives à sa gestion. Il porte généralement sur les processus, notamment sur le moment et le lieu où se déroulent les activités, les auteurs des activités et le nombre de gens ou d'entités atteints par celles-ci.

Le suivi est entrepris une fois que le programme a démarré et se poursuit tout au long de la période d'exécution du programme.

Un comité de suivi sera mis en place pour suivre l'évolution des activités planifiées et procéder à des modifications du plan de travail si nécessaire.

2 - L'évaluation

L'évaluation ne doit pas être confondue avec le suivi qui est un acte routinier. L'évaluation c'est donc porter un jugement ou une appréciation. (27)

L'évaluation est l'appréciation systématique d'une activité, d'un projet, d'un programme, d'une stratégie, d'une politique, d'un domaine opérationnel ou des performances d'une institution. Elle porte sur les accomplissements escomptés et réalisés et examine la chaîne des résultats (intrants, activités, extrants, effets et impacts), les processus, les facteurs contextuels et les rapports de cause à effet afin de comprendre les accomplissements ou le manque d'accomplissements. L'évaluation vise à déterminer la pertinence, l'impact, l'efficacité, l'efficience et la durabilité des interventions et les contributions de l'intervention aux résultats obtenus.

L'évaluation doit fournir des informations factuelles qui soient crédibles, fiables et utiles. Les constats, recommandations et enseignements d'une évaluation doivent être utilisés pour informer les processus décisionnels subséquents concernant le programme considéré.

Dans le cadre de notre projet l'évaluation se fera en interne avec le Médecin-chef, le Gestionnaire et le Major.

3 - Les indicateurs

Tableau XIX: Cadre de suivi évaluation

Suivi			Evaluation	
Apport Intrants	Activités/processus	Produits/Extrants	Effets/Résultats	Impacts
Des Matières sont mobilisées	Pour réaliser des activités	Dont les produits ou services	Produisent des effets immédiats	Et ont un impact sur le long terme
Personnel médical – Matériel	- Visites à domicile - Formation personnel accueil	- Soins/suivi - accueil amélioré	Bonne santé	Satisfaction des usagers
Suivi des intrants et des produits			Suivi des effets	Evaluation d'impact
Evaluation du processus			Evaluation des effets	

Tableau XX: Indicateurs suivi - évaluation

Indicateurs	Méthode calcul	Source données	Fréquence évaluation
Nombre d'agents pour la visite	Nb agents/nb agents prévus	Rapport d'activité	Mensuelle
04 visites à dom/mois	Nb visites/nb prévu	Rapport d'activité	Mensuelle
Pourcentage de PAMR suivi	PAMR suivi/PAMR venues en consultation	Rapport d'activité Registre consultations	Annuelle
Taux de suivi régulier	PAMR suivi/PAMR vues au centre	Rapports d'activités	Annuelle
Taux agents d'accueil formés	Nb formé/Nb prévu	Liste de présence	Fin de la formation
Nombre séances formation	Nb séances faites/Nb prévu	Rapport de formation	Fin de formation
Taux de satisfaction des PAMR	Satisfait/effectif total	Enquête de satisfaction	Annuelle
Nombre de réunions mensuelles	Nb fait/nb prévu	PV réunions	Mensuelle

RECOMMANDATIONS

A la fin de notre travail nous formulons des recommandations à ces différents acteurs : le ministère de la santé et de l'action sociale, la Ville de Dakar, le Médecin-chef du CGG, le personnel du centre et usagers.

✓ Aux PAMR

- Adhérer aux mutuelles dans le cadre de la CMU
- Postuler pour la carte d'égalité des chances

✓ Au Personnel

- Pérenniser la stratégie des visites à domicile
- Participer pleinement à l'adoption et à la mise en œuvre de la démarche qualité

✓ Au Médecin-chef

- Encourager les initiatives de se rapprocher des usagers par la mise en œuvre du projet de visite à domicile, son suivi et son évaluation afin de le développer et le pérenniser.
- L'adoption de la démarche qualité dans le centre
- Confectionner des fiches de poste pour les agents
- La description des tâches
- Impliquer plus le personnel dans le management du centre
- Créer un bureau des archives avec un responsable nommé et sensibiliser le personnel sur le système d'information sanitaire
- Pérenniser les réunions afin d'instaurer une bonne communication

✓ A la Ville de Dakar

- Améliorer le plateau technique avec la mise en place d'un laboratoire d'analyse, l'acquisition d'un appareil de radiologie numérique etc.
- Mettre en œuvre le projet d'extension du centre.

✓ **Au ministère de la santé et de l'action sociale**

- Reconsolider le Plan sésame par :

La mise en œuvre des stratégies d'informations adaptées à la population cible,

La mise en place de stratégies de soin mobiles et à domicile pour mieux assister les personnes âgées incapables de supporter les difficultés d'accès aux services publics de santé,

L'introduction progressive de médicaments pour certaines maladies chroniques.

- Mettre à disposition des bourses de formation en gériatrie.

- Rembourser à date échuée les prestations liées au Plan sésame

GESAG - BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION

Mon début de stage au CGGO s'est déroulé avec ma présentation aux différents prestataires mais cette journée fut marquée par cette image de l'arrivée en urgence d'une personne âgée dans les bras des membres de sa famille en désarroi. Après avoir été pris en charge, je me suis rapproché d'un des membres de la famille pour m'enquérir de son état et par la même occasion savoir comment cette personne en est arrivée à cet état. Surpris je fus quand j'ai compris que son état était en parti lié à un problème de suivi régulier (mesure de la tension artérielle, taux de sucre). Avec l'âge et son état physique elle n'arrivait plus à se déplacer seule et le cout du transport pour aller se faire suivre régulièrement était insupportable.

Depuis ce fait marquant mes réflexions ont portés sur « comment améliorer le suivi » de cette couche spécifique des personnes âgées qui n'arrive pas à se déplacer sans aide et qui ont du mal à avoir un bon suivi.

Cette réflexion a été le sujet principal de mes entretiens avec le Médecin-chef du centre, le groupe de travail ainsi qu'avec les membres du personnel soignant dans le souci de voir comment faire pour soulager cette couche spécifique et leur apporter un de confort de vie.

Ce souci permanent de vouloir satisfaire et d'apporter du confort est un des piliers de la démarche qualité, démarche qualité qui est à la base de cette étude. En effet, depuis l'instauration de la réforme hospitalière, il est du ressort des structures sanitaires de réfléchir sur les voies et moyens pour prodiguer des soins de qualité et ainsi satisfaire les patients. Satisfaire ces patients par des soins de qualité passe d'abords par la détermination de leurs besoins, faire l'état des lieux de l'offre disponible et ensuite réfléchir sur des stratégies dont la mise en œuvre mènera à la satisfaction. Nous osons espérer que le partage et la mise en œuvre des différentes stratégies initiées dans ce mémoire avec l'aide du groupe de travail, effacera à jamais cette image de patient dans les bras de sa famille en détresse dans nos structures sanitaires.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 - ANSD, « Rapport de projection de la population du Sénégal 2013-2063 », 2015.
www.ansd.sn
- 2 - Fatoumata HANE, «La prise en charge des personnes âgées dépendantes au Sénégal Entre aidants familiaux et institutions » Université de Ziguinchor, IRD/INSERM UMR 912 chercheuse associée à l'UMI 3189. http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers13-12/010054695.pdf
- 3 - Direction générale de la santé « Recommandation de bonnes pratique de soins en EHPAD » 2004. <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ehpad-2.pdf>
- 4 - ANSD « Enquête Démographique et de Santé EDS-Continue 2014 ». <http://www.ansd.sn>
- 5 - Découpage administratif. <http://www.au-senegal.com/les-regions-du-senegal,3605.html>
- 6 - Plan Sénégal Emergent. <https://www.sec.gouv.sn>
- 7 - ANSD « Rapport définitif Recensement Général de la Population de l'Habitat de l'Agriculture et de l'Élevage 2013 ». <http://www.ansd.sn>
- 8 - Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal] et ICF International. 2012. Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé (ECPSS) du Sénégal 2014. Rockville, Maryland, USA : ANSD et ICF International.
www.ansd.sn
- 9 - Source DASS « Rapport 2009 – 2013 de la D.A.S.S. »
- 10 - Centre médical Rocheplane, Politique qualité et sécurité des soins.
http://www.rocheplane.org/images/pdf/Politique_Qualite_Securite_Soins-E-V2.pdf
- 11 - MSAS, « Plan stratégique de développement de la CMU au Sénégal 2013-2017. http://www.coopami.org/fr/countries/countries/senegal/social_protection/pdf/social_protection_05.pdf
- 12 - International Council of Nurses. <http://www.icn.ch/fr/who-we-are/icn-definition-of-nursing>
- 13 - Dictionnaire www.Larousse.fr
- 14 - Dictionnaire www.Wikipedia.fr
- 15 - Ooreka <https://qualite.ooreka.fr/comprendre/demarche-qualite>
- 16 - Wikipédia «René-Charles Rudigoz, Échographie et écho Doppler en gynécologie, page 164, Masson, 2004» https://fr.m.wiktionary.org/wiki/prise_en_charge
- 17 - Collège National de Gériatrie, Polycopié national enseignement du 2^{ème} cycle, France.
<http://campus.cerimes.fr/geriatrie/poly-geriatrie.pdf>

- 18** - Larousse, <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/suivi>
- 19** - Wikipedia, <https://fr.m.wikipedia.org/wiki/mobilitéréduite>
- 20** - Larousse, <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accueil>
- 21** - Docteur Dan Kogel « La prise en charge médicale de la personne âgée ». Revue francophone d'orthoptie 2015;8: p204–208.
- 22** - Mme CISSE Coura DIOUF « Contribution à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des malades hospitalisés au centre médico-social de l'IPRES » Mémoire MBA/GSS
- 23** - E. MULAMBA PATIENT « Problématique de l'accueil du malade dans un milieu hospitalier et son impact sur la qualité des soins. Cas de l'hôpital général de référence d'Uvira. http://www.memoireonline.com/10/12/6209/m_Problématique-de-laccueil-du-malade-dans-un-milieu-hospitalier-et-son-impact-sur-la-qualité-de2.html
- 24** - NIS «Améliorer l'Accueil et la Prise en Charge dans les Services d'Accueil des Urgences (SAU) des Hôpitaux Nationaux et Régionaux au Cameroun ». <http://www.who.int/evidence/sure/FRPBAccessSAU.pdf>
- 25** - ATTOUMOH, Marcelle « Contribution à l'amélioration de l'accueil au niveau du service des urgences porte de l'hôpital principal de Dakar », Mémoire du DESS de Gestion Hospitalière, CESAG, 2005.
- 26** - End violence against women and girls (Centre virtuel de connaissance pour mettre fin à la violence des femmes et des filles. <http://www.endvawnow.org/fr/articles/330-quest-ce-que-le-suivi-et-evaluation-.html>
- 27** - Dr Malick NIANG. « L'évaluation et le suivi de la relation contractuelle ». Cours de contractualisation MBA/GSS. 2016-2017

ANNEXES

QUESTIONNAIRE DU PERSONNEL MEDICAL ET PARAMEDICAL

Identification

1. Sexe : Masculin féminin
2. Catégorie professionnelle
- Aide-soignant Infirmier Tech. Supérieur Médecin
3. Employeur ?
- CGGO Etat Ville
4. Ancienneté dans le centre ?
- de 5ans 5 – 10ans + de 10ans

Conditions de travail

5. Comment trouvez-vous l'environnement de travail dans le centre ?
- Favorable pour le travail Pas favorable pour le travail
6. Est-ce que le centre dispose d'un budget de fonctionnement ?
- Oui Non
7. Est-ce que vos tâches sont bien décrites ?
- Oui Non

Prestation de Soins

8. Combien de fauteuils roulants fonctionnels sont disponibles dans le centre ?
- Aucun 01 02 + de 02
9. Est-ce que les salles (soins et consultation) sont adaptées pour pec les personnes âgées à mobilité réduite ?
- Oui Non
10. Comment appréciez-vous la capacité du pavillon d'hospitalisation ?
- Suffisante Insuffisante
11. Pourquoi ?
-
12. Existe-t-il un protocole ou des recommandations à suivre pour PEC des PAMR ?
- Oui Non

13. Dans le cadre du travail, comment partagez-vous l'information ?

Réunions

Staffs

Aucun

14. Depuis votre arrivée au centre, avez-vous bénéficié d'une formation pour prendre en charge une personne âgée ?

Oui Précisez la nature

Non

15. Quelle est la durée moyenne d'attente des patients ?

Moins de 30mn

30mn

01h

02h

Plus de 02h

16. Connaissez-vous le système d'information sanitaire ?

Oui

Non

17. Comment se fait le suivi (pansement, vérification de certaines constantes) des personnes âgées à mobilité réduite ?

Rendez-vous au centre

Autre :

La démarche qualité

18. Connaissez-vous la démarche qualité ?

Oui

Non

19. Si oui, avez-vous reçu une formation sur la qualité des soins ?

Oui

Non

20. Participez-vous à la prise de décisions et au management du centre ?

Oui

Non

21. Est-ce que votre travail est évalué ?

Oui

Non

22. Si oui, précisez comment ?

23. Quelles sont vos recommandations pour prodiguer des soins de qualités aux personnes âgées à mobilité réduite ?

.....

24. Adhérez-vous à l'instauration de cette démarche qualité ?

Oui Non

Pourquoi

QUESTIONNAIRE DU PERSONNEL DE L'ADMINISTRATION

Identification

1. Sexe

Masculin

féminin

2. Employeur

CGGO

Etat

Ville

3. Ancienneté dans le centre

- de 5ans

5 - 10ans

+ de 10ans

Conditions de Travail

4. Est-ce qu'il existe Budget pour le centre ?

Oui

Non

5. Si oui, est-il suffisant pour le bon fonctionnement du centre ?

Oui

Non

6. Comment vous trouvez l'environnement de travail dans le centre ?

Favorable pour le travail

Pas favorable pour le travail

Activités

7. Comment trouvez-vous les Formalités administratives (caisse, formulaires Plan Sésame ...) :

Très rapides

Rapides

Lentes

Trop lentes

8. De quelles commodités d'accès, pour les personnes à mobilité réduite, votre service dispose ?

Rampe d'accès

Fauteuil roulant

Brancardier

Inexistant

Autres

9. Existe-t-il des offres de formations pour la PEC des personnes âgées dans le centre ? Si oui les précisez

Oui Précisez la nature :

Non

10. Les moyens humains du centre sont :

Insuffisants

Suffisants

11. Existe-t-il un bureau des archives des documents du centre ?
Oui Non

12. Si oui, qui gère ces archives ?
.....

La démarche qualité

13. Connaissez-vous la démarche qualité ?
Oui Non

14. Si oui, avez-vous reçu une formation sur la qualité ?
Oui Précisez la nature

Non

15. Participer-vous à la prise de décision et au management du centre ?
Oui Non

16. Est-ce que votre travail est évalué ?
Oui Non

17. Si oui, précisez comment
.....
.....

18. Quelles sont vos recommandations pour prodiguer des soins de qualités aux personnes âgées à mobilité réduite ?

19. Adhérez-vous à l'instauration de cette démarche qualité ?
Oui Non

Pourquoi ?

QUESTIONNAIRE DES PERSONNES AGEES MR - ACCOMPAGNANTS

Identification

1. Sexe : Masculin Féminin
2. Age :
3. Adresse :

Accueil

4. Comment appréciez-vous l'accueil ?

Satisfait Insatisfait

5. Si insatisfait, pourquoi ?
-

6. Comment trouvez-vous les Formalités administratives (caisse, formulaires Plan Sésame ...) :

Trop lentes Lentes Rapides Très rapides

7. Quelle est la durée moyenne d'attente ?

Moins de 30mn 30 mn à 01h 01 à 02h + de 02h

Prise en charge

8. Etes-vous satisfait des soins ?

Oui Non

9. Pourquoi ?
-

10. Comment appréciez-vous vos dépenses pour vos soins ?

Insupportable Supportable

Pourquoi

Suivi

11. Ou Aimeriez-vous être suivi régulièrement ?

Au centre de gériatrie A domicile

Ailleurs

12. Pourquoi ?

.....
.....

Qualité des Soins

13. Quelles Recommandations faites-vous pour des soins de qualité ?

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

CESAG - BIBLIOTHEQUE

TABLE DES MATIERES

<i>Dédicaces</i>	i
<i>Remerciements</i>	ii
ABREVIATIONS	iii
SOMMAIRE	v
Liste des tableaux	vii
Liste des graphiques	viii
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE :	1
ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	1
CHAPITRE I : ANALYSE SITUATIONNELLE	3
I - Analyse de l'environnement	3
I - 1 - Environnement externe	3
I - 1 - 1 Généralité sur le Sénégal	3
I - 1 - 2 Géographie (4)	4
I - 1 - 3 Economie	4
I - 1 - 4 Population	5
I - 1 - 5 Politique en matière de santé et situation sanitaire	5
I - 1 - 6 Analyse de l'environnement externe	8
I - 2 - Environnement interne	8
I - 2 - 1 Présentation de la D A S S (9) de la Ville de Dakar	8
I - 2 - 2 Présentation du CGG0	13
I - 2 - 3 Description du Centre	15
I - 2 - 4 Ressources Matérielles et Humaines	16
I - 2 - 5 Activités	19
I - 2 - 6 Analyse de l'environnement interne	20
II - Identification des Problèmes et Priorisation	21
II - 1 - Identification des Problèmes	21
II - 2 - Priorisation des problèmes	22
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	23
I - Problématique	23
I - 1 - Contexte et justification	23
I - 1 - 1 Spécification du problème	23
I - 1 - 2 Formulation du problème	24

I - 1 - 3 Justification du problème	24
I - 2 - But de l'étude	25
I - 3 - Objectifs	25
I - 3 - 1 Objectif général	25
I - 3 - 2 Objectifs spécifiques	25
II - Cadre conceptuel	26
DEUXIEME PARTIE :	29
METHODOLOGIE ET RESULTATS DE L'ENQUETE	29
CHAPITRE III : METHODOLOGIE	30
I - Population de l'étude	30
II - Taille de l'échantillon et critères d'inclusion	30
III - Stratégie de recherche	30
III - 1 - Méthode et type de recherche	30
III - 2 - Technique et Instruments de collecte	30
III - 3 - Déroulement de l'enquête	31
III - 4 - Dépouillement et traitement des données	31
CHAPITRE IV : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	32
I - Résultats de l'enquête	32
I - 1 - Personnes âgées à mobilité réduite	32
I - 2 - Personnel médical et paramédical	38
I - 3 - Personnel de l'administration	44
II - Analyse des résultats	47
II - 1 - Les questionnaires du Personnel du CGG (médical, paramédical et de l'administration)	47
II - 2 - Le questionnaire des PAMR/Accompagnants	48
II - 3 - Les résultats de l'observation	48
II - 4 - Difficultés et limites	48
TROISIEME PARTIE :	50
DETERMINATION/ ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION	50
IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS	50
PLAN DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS	50
CHAPITRE V : DETERMINATION/ ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION	51
I - Présentation des outils	51
II - Détermination et Analyse des causes	51
1 - Causes selon la Littérature	51

2 - Causes ressorties de l'enquête.....	52
III - Hiérarchisation des causes.....	55
CHAPITRE VI : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS	56
I - Identification des solutions possibles	56
II - Priorisation des solutions	57
CHAPITRE VII : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS	58
I – Justification	58
II - Objectifs du projet	58
1 - Objectif général	58
2 - Objectifs spécifiques.....	58
IV- Plan opérationnel	61
V – Budget	62
VI - Suivi-évaluation	63
RECOMMANDATIONS	66
CONCLUSION	68
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	69
ANNEXES	71
TABLE DES MATIERES	78