



CESAG Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion

Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion

1000

Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion

1000

1000

Promotion (2013-2014)

Mémoire de fin d'étude

THEME

**EVALUATION DE LA SATISFACTION DE
LA CLIENTELE DU CENTRE NATIONAL
D'APPAREILLAGE ORTHOPEDIQUE
(CNAO) DE DAKAR**

Présenté par :

NGAYE DIOUF

Dirigé par :

Dr Bernard KORAI

Professeur associé au CESAG

Octobre 2015

DÉDICACES

Je dédie ce mémoire à :

► **MES PARENTS** : Nar Diouf et Sassy Ndour

Qui ont bien voulu me scolariser et qui, malgré leurs maigres moyens se sont donnés corps et âme afin de me permettre de devenir quelqu'un et de contribuer un temps soit peu au développement de ma patrie. Que Dieu vous accorde une bonne santé et longue vie. Amen!

► **MES ONCLES** : Massene Sy et Alexandre Ndour

Pour le soutien moral, financier et matériel qu'ils m'ont toujours apporté durant mes études universitaires et particulièrement pendant cette année de formation. Je vous réitère encore mes sincères sentiments de gratitude et de reconnaissance.

► **Mon collègue et frère aîné** : Diamé Diouf

Pour l'apport ô combien important qu'il m'a promptement apporté pour l'obtention du financement de cette formation dont l'aboutissement est ce travail. Je vous exprime ma profonde reconnaissance grand frère et collègue dans l'enseignement moyen secondaire. Puisse Dieu vous assister dans vos nouvelles responsabilités de conseiller en éducation auprès à la présidence de la République du Sénégal.

► **MON ÉPOUSE** : Rosalie Ndew Sagne

Pour sa patience, sa compréhension, son soutien indéfectible à l'égard de tout ce que j'entreprends, bref pour tous les sacrifices, qu'elle a consenti notamment pour la prise en charge correcte de notre enfant pendant mes absences et sans lesquels, ce travail serait presque irréalisable, toute mon affection et gratitude.

REMERCIEMENTS

J'adresse mes très sincères remerciements :

- ❖ aux autorités de l'organisme de l'État dénommé le Bureau Organisation et Méthodes (BOM) ex DREAT pour nous avoir financièrement pris en charge durant toute notre formation au CESAG ;
- ❖ aux autorités du Ministère de l'Éducation Nationale, pour la mise en position de stage qui nous a été accordée ;
- ❖ à Monsieur KORAI Bernard, professeur de Marketing associé au CESAG pour avoir promptement accepté de diriger ce travail lorsque je vous en ai fait part et en dépit de vos nombreuses occupations de recherches, de conférence et notamment de vos cours magistraux. Nous vous exprimons notre reconnaissance et gratitude pour votre abord facile, disponibilité pendant le cours tout comme hors de la classe, votre humilité, ouverture d'esprit, bref votre serviabilité et accessibilité à l'égard de vos étudiants ;
- ❖ à Dr Amadou Koura Ndao, Médecin-chef et Directeur du Centre National d'Appareillage Orthopédique de Dakar et à tout son personnel très chaleureux et accueillant qui n'a ménagé aucun effort pour nous permettre de mener cette étude de satisfaction de la clientèle. Nous ne vous remercierions jamais assez ;
- ❖ à Monsieur Pape Samba Ngom, chargé du Partenariat et de la Communication et Administrateur des Services de santé pour sa franche collaboration, sa disponibilité pour la facilitation de notre stage et surtout pour avoir mis à notre disposition la documentation nécessaire de l'entreprise ce qui nous a permis de mieux connaître l'organisation et les services du centre ;
- ❖ à Mademoiselle Matata Traoré, stagiaire au CESAG en Master Professionnel en Science de gestion option Marketing et Stratégie pour son immense et surtout désintéressée contribution dans l'aboutissement de cette œuvre. En effet, eu égard à sa maîtrise des logiciels Sphinx Plus, SPSS et notamment à sa générosité, elle nous a saisi le questionnaire de notre enquête et ensuite nous a énormément aidé lors de l'analyse des données obtenues sur le terrain. Nous vous serons toujours reconnaissants ;
- ❖ à Monsieur Idrissa Diop et aux membres de son cabinet (hygea), pour leur soutien lors de l'élaboration du questionnaire et de l'enquête sur le terrain ;
- ❖ aux camarades de la 12^e Promotion en Administration et Gestion des Entreprises du CESAG. La Formation a certes été par moment difficile du fait du rythme intense de travail, mais grâce à la solidarité, à l'abnégation, aux encouragements mutuels et à

l'entraide dans l'effort nous avons collectivement pu produire cette petite contribution dans la vaste thématique qu'est l'évaluation de la satisfaction de la clientèle plus particulièrement dans un centre en charge de personnes vivant avec un handicap ;

- ❖ à toutes les personnes qui de loin ou de près ont contribué à la réalisation de ce travail ;
- ❖ à Banda Dièye, Secrétaire Général de la Fédération Sénégalaise des Associations de Personnes Handicapées (FSAPH), pour les documents et informations mis à notre disposition, merci à vous et à tous vos membres.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

SOMMAIRE

DEDICACE	III
REMERCIEMENTS	IV
SOMMAIRE	VI
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	VII
LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES	X
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
PREMIÈRE PARTIE.....	14
CHAPITRE I : Le cadre théorique (la revue de la littérature).....	15
CHAPITRE II : Champ d'étude.....	23
DEUXIÈME PARTIE : PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP	36
CHAPITRE I : Situation des personnes handicapées	37
CHAPITRE II : La population des personnes handicapées	46
TROISIÈME PARTIE : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS.....	60
CHAPITRE I : Présentation et analyse des résultats	62
CHAPITRE II : Suggestions et recommandations de l'étude.....	83
CONCLUSION.....	92
BIBLIOGRAPHIE.....	94

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ANSD :	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
ANHMS :	Association Nationale des Handicapés Moteurs du Sénégal
AAS :	Amitié des Aveugles du Sénégal
ANASSEN :	Association Nationale des Sourds du Sénégal
ANAS :	Association Nationale des Albinos du Sénégal
ANDLBS :	Association Nationale pour le Développement des Léproux Blanchis du Sénégal
ANAMS :	Association Nationale des Aveugles Musiciens du Sénégal
ANATAD :	Associations Nationale des Accidentés du Travail et de leurs Ayants Droits
AHVI :	Appui aux Handicapés Visuels
APH :	Association de Promotion des Handicapés
ASSERPH :	Association Sénégalaise de Solidarité d'Entraide pour la Réinsertion des Personnes Handicapées.
AAH :	Association des Artistes Handicapés
ASVM :	Association Sénégalaise des Victimes de Mines
APAPDH :	Association de Protection d'Assistance aux Personnes Démunies et Handicapées
ARAS :	Association pour la Renaissance des Aveugles du Sénégal
ANAMIS :	Association Nationale des Anciens Militaires Invalides du Sénégal
APAS :	Association pour la Promotion des Aveugles du Sénégal
ANRLBS :	Association Nationale pour la Réinsertion des Léproux Blanchis du Sénégal
ANHD :	Association Nationale des Handicapés pour le Développement
ASLG :	Association Sénégalaise pour la Lutte contre le Glaucome
APESHV :	Association pour la Promotion Economique et Sociale des Handicapés Visuels

AGHPDS :	Alliance Générale des Handicapés pour la Promotion et de Développement du Sénégal
ANPAVH :	Association Nationale des Personnes Accidentées Vivant avec un Handicap
BALBS :	Bokjoom et Aide aux Lépreux Blanchis du Sénégal
BCIS :	Banque pour le Commerce et l'Industrie du Sénégal
CA :	Conseil d'Administration
CNAO :	Centre National d'Appareillage Orthopédique
CESAG :	Centre Africain d'Études Supérieures en Gestion
CEE :	Communauté Economique Européenne
CNLRH :	Comité National de Liaison pour la Réhabilitation des Handicapés
CRM :	Customer Relationship Management (Gestion de la Relation Clients)
CES :	Conférence of European Statisticians
CSSS :	Caisse de Sécurité Sociale du Sénégal
CME:	Commission Médicale d'Établissement
DACHS :	Derm Austria Schweiz Sudtirol
CHR :	Centre Hospitalier Régional
CTE :	Commission Technique d'Établissement
ENDSS :	École Nationale de Développement Sanitaire et Social
EPS :	Établissement Public de Santé
FSAPH :	Fédération Sénégalaise des Associations de Personnes Handicapées
FNAS :	Fondation Nationale d'Action Sociale
HOGGY :	Hôpital Général de Grand Yoff
IAAF:	International Association of Athletics Federations
IIA :	Institute of Internal Auditors
IB :	Imputation Budgétaire
IFACI :	Institut Français des Auditeurs et Contrôleurs Internes
IPM :	Institut de Prévoyance Maladie

IPRES :	Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal
LG :	Lettre de Garantie
MPSAS :	Mouvement pour le Progrès Social des Aveugles du Sénégal
MSC :	Mesure de la Satisfaction de la clientèle
NTICS :	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PAF :	Particuliers A leurs Frais
PTF :	Partenaire Technique et Financier
RGPHAE:	Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Élevage
RNSS :	Regroupement National de Solidarité des Sourds
SAF :	Service Administratif Financier
SONATEL :	Société National des Télécommunications du Sénégal
TAS :	Tribunal Arbitral de Sport
TO :	Technicien Orthoprothésiste
TK :	Technicien Kinésithérapeute
UCAD :	Université Cheikh Anta Diop de Dakar
UNAS :	Union Nationale des Aveugles du Sénégal

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition du personnel selon le service d'affectation. Source :CNAO	27
Tableau II : Répartition du personnel selon la catégorie. Source : CNAO.....	27
Tableau III : Les unités d'Appareillage et de Rééducation de la région de Dakar.	41
Tableau IV: Les Services Régionaux d'Appareillage et de Réadaptation Fonctionnelle.....	42
Tableau V : Les associations nationales phares des personnes handicapées	44
Tableau VI : Prévalence du handicap (%) par domaine fonctionnel et degré de difficulté (RGPHAE, 2013).....	50
Tableau VII: Prévalence du handicap (%) par région de résidence selon le type de handicap (RGPHAE, 2013).....	53
Tableau VIII : Prévalence du handicap (%) par sexe selon l'état matrimonial	55
Tableau IX : Prévalence du handicap (%) par sexe selon la situation par rapport à l'occupation	58
Tableau X : Prévalence du handicap (%) par sexe selon la situation dans l'occupation	58
Tableau XI : Analyse de la satisfaction par rapport à l'accueil	63
Tableau XII : test entre le motif de visite et la provenance de la clientèle	78
Tableau XIII: test entre le type de handicap et le coût d'appareillage.....	80

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : L'organigramme du CNAO	30
Graphique 2 : Prévalence du handicap(%)par milieu de résidence selon le sexe.	48
Graphique 3 : Prévalence du handicap (%) selon la région de résidence.	51
Graphique 4 : Rapport de masculinité de personnes en situation de handicap par groupe d'âge	54
Graphique 5 : Pyramide des âges des personnes vivant avec un handicap.....	54
Graphique 6 : Prévalence du handicap par sexe selon la fréquentation scolaire	56
Graphique 7 : Prévalence du handicap par sexe selon l'alphabétisation	56
Graphique 8 question 32 : Satisfaction de la clientèle par rapport au délai d'attente.....	64
Graphique 9 question 14 : Satisfaction de la clientèle par rapport au service de Kiné.....	65
Graphique 10 question 17 : Satisfaction de la clientèle par rapport au service d'appareillage	66
Graphique 11 : question 13 : Le service le plus utilisé par la clientèle.....	67
Graphique 12 question 21 : Le taux d'utilisation des aides techniques par la clientèle	68
Graphique 13 question 10 : La culture de planning des rendez-vous de la clientèle.....	69
Graphique 14 question 1 : L'identité de la clientèle par rapport au genre.....	70
Graphique 15 question 2 : Les tranches d'âge de la clientèle.....	71
Graphique 16 question 4 : Les niveaux d'instruction de la clientèle	72
Graphique 17 question 6 : Les secteurs professionnels de la clientèle	73
Graphique 18 question 34 :Les modes d'information de la clientèle sur la structure.....	74
Graphique 19 question 36 : Les critères de choix de la clientèle.....	75
Graphique 20 question 38 : Les moyens de transport de la clientèle.....	76
Graphique 21 question 39 : La provenance de la clientèle	77

INTRODUCTION GÉNÉRALE

La condition de la personne en situation de handicap, aussi loin que nous remontons dans l'histoire de l'humanité, n'a presque point été facile. En effet, de tout temps, les sociétés ont élaboré des théories pour expliquer le handicap, la survenue d'une déficience ou encore, l'existence des différences. De ces théories culturelles, découle la manière dont la société, en général, perçoit le handicap et les personnes atteintes de handicap. Inconsciemment, nous en gardons tous une trace. Ainsi à titre illustratif, dans la période de l'Antiquité, la difformité était considérée comme le signe de la colère des dieux à l'égard des hommes. Pour se protéger, plusieurs pratiques étaient élaborées telles que le rejet, l'abandon et l'exposition afin que les dieux reprennent la vie de ceux qui avaient subi leur courroux. Par exemple, exposer un enfant handicapé consistait à, le laisser à l'abandon, en pleine nature.

Dans le même ordre d'idées, notons aussi que cette phobie du handicap, due à sa méconnaissance, avait comme conséquence de la discrimination même dans la prise en charge sociale de ces personnes selon qu'elles étaient malades ou difformes. En effet, les personnes atteintes de maladies ou d'infirmités acquises au cours de leur existence, étaient soignées, traitées et prises en charge par l'obole publique. Quant à celles atteintes de démence, elles n'étaient pas soignées ni exclues de la société, mais étaient cachées du fait qu'on leur prêtait des pouvoirs divins. La difformité congénitale comme précédemment énoncée était, rendue aux dieux.

En outre, au Moyen Âge, les catégories sociales telles que les pauvres, les voleurs et les handicapés étaient représentés comme des indigents, c'est-à-dire des misérables, des nécessiteux. Ces personnes étaient aussi celles dont on avait peur et que l'on méprisait. En effet, elles étaient considérées comme des risques pour la sûreté car dans l'imaginaire populaire, elles pouvaient s'attaquer aux citoyens qui disposaient de la richesse ou d'être tout simplement contagieuses pour la société.

Toutefois, il faut souligner que certains groupes comme les nains, les bossus et les fous, avaient paradoxalement le droit à la liberté d'expression. On leur accordait un statut particulier, du fait de leur différence, qui les mettait à distance des lois établies par les dirigeants, les plus forts. Mais parallèlement, le handicap de naissance était toujours associé à la faute, au châtement divin et hélas même dans certains de nos Livres saints qui se veulent Dieu, amour ou miséricordieux, cette perception du handicap y est présente.

En effet, aussi paradoxal que cela puisse paraître pour bon nombre de croyants, la discrimination et la stigmatisation des personnes handicapées sont aussi présentes de façon explicite dans certaines Écritures saintes et implicites dans d'autres. En effet, on peut noter l'exclusion des infirmes dans le culte et sacerdoce hébraïque. Ainsi, dans le livre du Lévitique de l'Ancien Testament le Seigneur demande à Moïse de communiquer à Aaron les prescriptions suivantes : 1 "Dans les générations à venir, aucun de tes descendants atteints d'un défaut physique ne sera autorisé à s'approcher de l'autel pour m'y offrir ma nourriture. Aucun infirme n'est admis à ce service, que ce soit un aveugle, un boiteux, un homme défiguré ou difforme, un homme atteint d'une fracture de la jambe ou du bras, un bossu, un gringalet, un homme affligé d'une tache à l'œil, un homme souffrant d'une maladie de la peau, ou encore un eunuque."¹ Nous voyons donc nettement qu'à cause de son infirmité perçue comme un signe d'impureté, la personne handicapée ne peut pas appartenir au clergé qui doit servir le Seigneur.

Dans les autres religions et d'une façon implicite, on peut nettement constater que la personne en situation de handicap n'est pas non plus bien lotie dans la mesure où il lui est souvent très difficile d'être désignée pour diriger les fidèles pendant les prières ou être leur guide dans la foi du fait qu'il est perçu comme une personne "incomplète". Autrement dit la personne handicapée en raison de son imperfection physique ou congénitale minimum soit elle ne peut pas ou dès fois ne doit pas diriger les fidèles pour ce qui est du domaine du culte ou de la prière.

Toutefois, on note une rupture dans la perception du handicap et de la stigmatisation de la personne handicapée. En effet, dans le Nouveau Testament, les aveugles, les paralytiques et les pauvres sont parmi les premiers appelés au Royaume de Dieu. Dans cette partie de la Bible, la personne handicapée a retrouvé de la dignité, de la considération et de la valorisation malgré que ce discours ne soit pas encore suffisamment ancré et structuré dans les sociétés. Mieux, dans l'un de ses miracles de guérison où il a guéri un homme aveugle de naissance, le Christ répond aux théories qui associent le handicap au châtement, au péché ou à la faute. Ses disciples lui demandèrent : "Maître, pourquoi cet homme est-il né aveugle : « à cause de son propre péché ou à cause du péché de ses parents ? » Jésus répondit : ce n'est ni à cause de son péché ou à cause du péché de ses parents. Il est aveugle pour que l'œuvre de Dieu puisse se manifester en lui".

¹ Handicap_vievard_0901201.pdf.12 oct. 2007/ Bible, Lévitique chap. 21 v17-21 p 41

Dans le même ordre d'idées et sur un tout autre registre, force est de constater qu'à travers l'Histoire moderne et contemporaine, la perception à l'égard des personnes en situation de handicap et plus particulièrement leur prise en charge se sont nettement améliorées. Ainsi, avec l'avènement des deux guerres mondiales, la médecine a connu beaucoup de progrès dans la rééducation et réadaptation des victimes handicapées. En effet, c'est avec la fin de la Seconde Guerre mondiale, qu'apparaissent les premiers centres de rééducation pour s'occuper des très nombreuses invalidités nées de ce conflit. La médecine de réadaptation se devait donc de « remettre droit » (ortho-) ces personnes handicapées, en les aidant à se réadapter leurs postes de travail, afin qu'elles retrouvent leur place dans la société.

La condition des personnes en situation de handicap a connu une évolution à géométrie variable à travers le monde. En Occident par exemple, elle a positivement évolué sur les plans social, économique et politique permettant ainsi aux personnes handicapées de mieux s'épanouir et s'intégrer dans leur environnement. En effet, ayant été le premier à maîtriser la médecine de la réadaptation, de rééducation et des nouvelles techniques prothétiques et orthopédiques entre autres, l'Occident a révolutionné en quelque sorte la prise en charge du handicap et le regard négatif constamment porté sur la personne en situation de handicap.

Désormais, grâce aux prouesses extraordinaires de la médecine et de la technologie dans le domaine de la prise en charge du handicap, la personne en situation de handicap a retrouvé de la considération et de la valeur dans son environnement sociétal au même titre que la personne dite valide. En effet, de nos jours, avec l'évolution constante de la prise en charge de son handicap, la personne en situation de handicap gagne davantage en autonomie au point d'être toute aussi capable que n'importe qui dans bons nombres d'activités de la vie. 'L'exemple d'Oscar Pistorius nous permet d'illustrer cette amélioration continue de la performance de la personne handicapée. En effet, grâce à des prothèses adaptées, ce jeune athlète sud-africain né sans péroné, est devenu un athlète handisport de très haut niveau puisqu'il est aujourd'hui détenteur du record du monde de vitesse du 100m, 200m et 400m handisport. Mieux, Oscar finit second lors d'un meeting à Rome où il est exceptionnellement autorisé à courir avec les valides.

En Afrique par contre, l'évolution de la situation des personnes handicapées reste encore très marginale. En effet, l'Afrique au sud du Sahara, zone la moins développée où tout est presque prioritaire, demeure l'une des parties du monde où la prise en charge du handicap est à la fois faible et souvent inaccessible aux personnes handicapées malgré les nombreux efforts de différents ordres qui sont constamment fournis par certains États.

En Afrique subsaharienne, la situation du secteur de la réadaptation physique et fonctionnelle varie d'un pays à l'autre. Les différences sont dues à plusieurs éléments tels que le contexte géo sociopolitique du pays, son histoire et son actualité, l'appréhension culturelle du handicap et sa prise en compte au niveau du système de santé et social. Mais, il y'a une unanimité pour reconnaître que les États subsahariens ont de réelles difficultés à garantir l'accessibilité aux soins de réadaptation de qualité aux personnes handicapées. De ce fait, de nombreuses organisations internationales se sont investies dans différents pays depuis plusieurs années pour assister les États dans leur prise en charge du handicap. Ce mode d'intervention trouve cependant ses limites en raison de l'inexistence de plans nationaux de réadaptation à moyen et long terme dans la plupart des pays subsahariens. Pour tenter de remédier à cette situation dans ce secteur, la Fédération Africaine des Techniciens Orthoprothésistes (FATO) en collaboration avec des organisations internationales telles que Handicap International et le comité de la Croix Rouge Internationale a permis le développement d'un questionnaire afin de mener une enquête pour déterminer les caractéristiques sanitaires, sociales, législatives et géographiques favorables au développement d'une stratégie en réadaptation physique dans les pays africains. L'objectif du 6^e Congrès international de la FATO tenu à Arusha en Tanzanie en 2011, était d'aboutir à l'élaboration de plans nationaux de réadaptation dans tous les pays membres à travers d'abord un état des lieux complet et ensuite à travers des recommandations pour parvenir à l'élaboration des plans nationaux en 2013. Cependant, pour ce qui est de l'atteinte du plan de réadaptation physique et fonctionnelle que la FATO s'était fixé, rien ne nous permet de confirmer la réalisation de cet objectif à l'échelle continentale encore moins au niveau national. En effet, au moment de la rédaction de ce travail, aucun congrès de la FATO ne s'est tenu (www.fatoafrique.org) et nos recherches documentaires ne nous ont pas appris non plus l'existence d'un plan d'action national de réadaptation fonctionnelle au Sénégal.

La problématique de la prise en charge correcte du handicap et surtout de l'inaccessibilité des services d'appareillage orthopédiques et de rééducation fonctionnelle au Sénégal, reste à l'image de la plupart des pays membres de la section ouest de la FATO. Elle est aussi caractérisée par entre autres barrières, l'absence d'un plan d'action national de réadaptation physique et fonctionnelle, le manque de véritables structures régionales du handicap performantes et capables de répondre aux nombreuses attentes des clients notamment en termes de qualité et de satisfaction. Autrement dit, il faut des unités régionales en appareillage et réadaptation pourvues en ressources humaines et en matériels adéquats. À ce facteur limitant, pourrait s'ajouter le coût souvent très élevé des prestations pour une clientèle aux

revenus très souvent modestes et également la méconnaissance ou le manque de visibilité médiatique des quelques centres existants auprès des populations.

Les structures de soins publiques, en Afrique subsaharienne se caractérisent et sont caractérisées très souvent par leur mauvais fonctionnement et le mauvais traitement des patients, par des personnels de santé qui, confrontés à des conditions de vie difficiles, sont souvent davantage préoccupés à compléter leurs revenus qu'à dispenser des soins.

Au Sénégal aussi, il est notoirement reconnu que les structures sanitaires et hospitalières n'ont pas une bonne image auprès de la population. En effet, la prise en charge des malades en situation d'urgence, la qualité des services dans certaines structures et l'accueil difficile sont très souvent des points constamment décriés.

Pourtant la culture de l'évaluation de la qualité des services demeure un impératif pour toute organisation qui veut continuer à se singulariser positivement auprès de son environnement interne et externe. En effet, l'évaluation de la qualité de service permet à l'organisation de se remettre souvent en cause et ainsi pouvoir toujours innover afin de mieux répondre aux exigences des clients et de ses partenaires, mieux d'acquérir des prospects. En d'autres termes, l'évaluation de la qualité de service est le soubassement de tout changement positif et souhaité capable de doper les affaires de l'organisation. Ainsi, il est beaucoup plus bénéfique d'entreprendre le changement que le laisser s'imposer brusquement. Car dès fois il y'a des circonstances du moment, des découvertes, des défauts, des innovations, des transformations de l'environnement, des lacunes etc. qui imposent même le changement à l'organisation.

Ainsi, n'est-il pas tout aussi légitime de se demander qu'en est-il des structures en charge du handicap au Sénégal? Ces dernières se préoccupent-elles vraiment de l'importance et de la survie que représente la satisfaction de la clientèle pour toute organisation?

La satisfaction de la clientèle, est un impératif pour toute organisation dont la finalité est de créer de la valeur par le biais de la performance. En effet, qui dit performance, fait référence à la production et cette dernière s'écoule ou se vend grâce au client qui est assimilable à ce que le fuel représente pour le véhicule, dans la mesure où sans une véritable clientèle conséquente et notamment fidélisée, l'entreprise ne peut pas ni faire de bénéfices et de plus-value, ni croître ses parts de marchés, ni inquiéter ses concurrents par son positionnement dans un marché concurrentiel.

Dans le même ordre d'idées, pour toute organisation qui veut se singulariser avantageusement de ses concurrents sur un marché concurrentiel, doit impérativement et constamment

maximaliser et maximiser la satisfaction de sa clientèle afin de mieux pérenniser ses acquis et succès que lui offre son environnement. Toutefois, il est important de préciser que cette satisfaction de la clientèle s'acquiert par la qualité des produits et des prestations de services que propose l'entreprise sur le marché et par une bonne communication de marketing de produits et de la marque.

Ainsi, c'est dans cette logique que s'inscrit notre étude dont le thème est d'essayer d'évaluer, de mesurer la satisfaction des patients du CNAO par rapport à l'accueil, aux aides techniques, aux services qui leur sont offerts dans le cadre de la prise en charge de leur handicap à savoir la Kinésithérapie, la Consultation et l'Appareillage.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

I – LA PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE

Les personnes handicapées, à l'instar de la plupart de leurs concitoyens, ne semblent pas être satisfaites du système sanitaire du pays. En effet, elles sont encore confrontées à des difficultés multiformes et récurrentes qui ne leur facilitent pas la tâche. Ensuite, il y'a la politique de l'État en matière de prise en charge du handicap qui ne favorise pas la consolidation et surtout la vulgarisation des acquis techniques dans les domaines de l'appareillage et de rééducation fonctionnelle sur l'ensemble du territoire national. En outre, l'inexistence d'une politique générale et efficiente de prise en charge du handicap de la part de l'Etat, est à l'origine du manque de soutien nécessaire et durable à la formation initiale et continue des techniciens du handicap de sorte qu'ils soient à même de répondre aux nombreuses attentes des personnes handicapées du pays. Autrement dit, disposer de spécialistes qualifiés en nombre et capables de fournir les matériels, les aides techniques et les prestations de services de qualité dont cette clientèle a tant besoin. Soulignons également, la non application de certains lois et textes qui pourtant prônent l'amélioration du volet social, l'accessibilité et la mobilité de cette frange de la population. Ainsi, au vu de ce qui précède, le système sanitaire sénégalais donne l'impression de reléguer au second plan les préoccupations urgentes de cette tranche de la population dont le taux de prévalence a augmenté de 1,4% (RGPHAE, 2002) à 5,6% (RGPHAE, 2013). À cet effet, pour arriver à une autonomie réelle des personnes handicapées, il est impératif de régler certains préalables. Il s'agit essentiellement, de la création de nouvelles structures avec un personnel tout aussi compétent. La répartition équilibrée de ces infrastructures et ressources humaines dans le territoire national est aussi capitale. C'est à ces conditions que l'acuité de la prise en charge des personnes handicapées au Sénégal, trouvera les solutions idoines dont l'objectif majeur est d'assister ces sujets dans leur perpétuelle quête d'autonomie.

L'une des conséquences des impairs de la carte sanitaire nationale pour ce qui concerne la prise en charge des personnes vivant avec un handicap est que, les structures publiques et privées confondues de la région de Dakar, semblent détenir le monopole en matière d'appareillage et de réadaptation fonctionnelle.

En effet, de nombreux services régionaux et de centres secondaires de l'intérieur réfèrent souvent leurs patients vers les centres de Dakar notamment au CNAO et à Talibou Dabo pour semble-t-il, des prestations de services de meilleure qualité en appareillage ou rééducation fonctionnelle. De ce fait, le choix des patients et de leurs médecins entre les différentes structures d'appareillage et de réadaptation, est sans doute motivé par le niveau de qualité

reconnu des services de certains centres dont la notoriété et l'expertise ne souffrent d'aucune contestation dans le milieu.

Ainsi donc, le CNAO en tant que la structure pionnière en matière de prise en charge du handicap au Sénégal voire dans la sous-région se distingue presque naturellement comme étant la référence nationale. Toutefois, ce statut de leader et la réputation de renom dont jouit le CNAO sont acquis grâce à la qualité de ses prestations de services, de son personnel, de ses praticiens dont la compétence n'est plus à démontrer, de la qualité de ses partenariats locaux et internationaux et de ses capacités matérielles et financières.

Mieux, le CNAO à travers son comité de direction, a lancé le projet d'Établissement Centre National d'Appareillage Orthopédique de Dakar qui couvre la période 2012-2016. Ce projet très ambitieux vise essentiellement à consolider les acquis, répondre à la demande qui ne cesse d'accroître, renouveler et augmenter l'équipement de ses différents services afin d'améliorer la qualité des soins prodigués et relever son niveau d'activité, créer les services nécessaires manquants au centre, bref atteindre le relèvement de la qualité des soins en matière de réadaptation fonctionnelle et d'appareillage.

Cependant, est-ce que la notoriété, le prestige d'être une structure pionnière en matière d'appareillage et de réadaptation, la reconnaissance et les certitudes acquises d'antan suffisent-ils pour permettre au CNAO de garder longtemps son leadership incontesté et surtout son importante clientèle face à l'émergence de structures privées de plus en plus performantes ? J'en doute d'autant plus qu'un autre aspect et pas des moindres de ces structures privées est qu'il y a dans leur sein des praticiens rompus à la tâche issus du CNAO.

Une véritable menace si le CNAO ne trouve pas les moyens requis de fidéliser ses clients et par ricochet consolider son positionnement et ses parts de marché dans un environnement qui, dans un avenir proche, sera davantage concurrentiel s'il ne l'est pas déjà. Et de ce fait, certaines interrogations peuvent être émises dans ce sens à savoir:

Les clients du CNAO sont-ils satisfaits de la qualité des prestations de services qui leur sont offertes ?

Est-ce que le CNAO se donne-t-il les moyens nécessaires pour mieux satisfaire sa clientèle et la fidéliser davantage ?

Quelles sont les mesures et initiatives réalistes et réalisables que le CNAO pourrait entreprendre pour non seulement satisfaire sa clientèle, mais surtout booster les très faibles ventes de son unité de fabrication des aides techniques ?

II PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE

II. 1 –LES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

- ❖ **Objectif principal** : Cette présente étude a pour objectif principal d'évaluer la satisfaction des clients du CNAO par rapport aux prestations de services qui leur sont offerts et à l'accueil qui leur est réservé. De ce fait, le CNAO aura une vision globale de la qualité de service et pourra prendre si nécessaire les dispositions idoines.
- ❖ **Objectifs spécifiques** : Les objectifs spécifiques de l'étude sont :
 - Déterminer les critères de satisfaction et d'insatisfaction des clients du CNAO ;
 - Montrer l'importance de l'évaluation de la satisfaction de la clientèle ;
 - Analyser les résultats de l'enquête administrée aux patients en vue d'apporter de l'amélioration dans la gestion de la clientèle au CNAO.

II. 2-L'INTÉRÊT DE L'ÉTUDE

- ❖ **Pour le CNAO** : L'étude peut s'avérer opportune dans la mesure où elle peut permettre à la structure de savoir, pour les critères déterminants, le niveau de satisfaction et d'insatisfaction de sa clientèle. En effet, pour mieux s'acquitter de sa mission de service public, le CNAO a besoin d'identifier les récurrentes difficultés pour lesquelles les clients se plaignent le plus. Ensuite, de les résoudre en vue de les satisfaire davantage, de les fidéliser, d'accroître leur fréquentation afin d'augmenter les recettes et la performance de la structure. Enfin, ce travail pourrait aussi, par le biais des solutions et recommandations qui y sont proposées, permettre à améliorer la qualité de l'accueil et de l'image de l'entreprise auprès des usagers.
- ❖ **Pour le CESAG** : Cette étude peut permettre au CESAG de disposer d'informations et de données sur la satisfaction de la clientèle d'une structure

en charge de personnes vivant avec un handicap dont les services offerts ont trait à l'appareillage, à la consultation et à la réadaptation fonctionnelle.

- ❖ **Pour nous-mêmes** : sur le plan personnel, ce travail constitue un double challenge. Il s'agit d'une part, d'appliquer les connaissances théoriques acquises de notre formation dans une situation concrète et d'autre part, d'apporter des solutions susceptibles d'aider la structure d'accueil de notre étude, dans la compréhension et la satisfaction des attentes de ses usagers.

II. 3-LA DÉMARCHE DE L'ÉTUDE

Quant à la démarche à suivre, elle consiste à :

- ↓ Procéder à la revue littéraire pour définir et expliquer les concepts clés de l'étude afin de mieux cerner les contours de cette dernière.
- ↓ Etablir un questionnaire qui sera administré aux patients qui sont tous externes à cause de la vocation princeps de soins externes du CNAO, (pas de lits d'hospitalisation) ; faire des entretiens directs avec des agents de la structure afin de recueillir le maximum d'informations et de données à analyser.
- ↓ Formuler des suggestions, des solutions et des recommandations d'amélioration de la satisfaction des clients à partir des informations et données obtenues de la part des patients et de certains agents de l'administration.

II. 4-LA MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

Notre projet de recherche a commencé :

D'abord par des entretiens notamment avec le Directeur de la structure, des cadres de la direction et certains membres du personnel. L'objet de ces entretiens a été à la fois, la présentation et l'approbation de la part de la tutelle pour notre projet de travail et le questionnaire élaboré ensuite pour s'entretenir avec les clients. Ces entretiens nous ont permis aussi de faire de la recherche documentaire c'est-à-dire de pouvoir disposer d'une certaine documentation de la part de l'administration et ceci a constitué un très grand apport dans l'élaboration de l'étude. Il s'agit des documents relatifs à la présentation générale, à l'organisation et des manuels de procédures de travail.

Ensuite, dans une perspective de bien cerner notre étude, nous avons eu d'autres entretiens et cette fois-ci en-dehors de l'entreprise. Ainsi, sous l'instruction du médecin chef directeur du CNAO, nous avons eu des entretiens très utiles avec le directeur de hygea, un Cabinet d'Études et de Recherches. En effet, le directeur a bien voulu, non seulement nous apporter de

précieux conseils dans l'élaboration du questionnaire de l'étude, mais de mettre à notre disposition des documents notamment celui du projet quinquennal pour notre structure d'accueil et dont il est l'auteur.

En outre, nous avons mené des recherches à la bibliothèque du CESAG et notamment sur internet pour disposer d'informations en rapport avec notre thématique. Nous avons également effectué des recherches au niveau de Handicap International, une organisation internationale non gouvernementale qui s'occupe essentiellement de la prise en charge des personnes vivant avec un handicap.

Enfin, nous avons été à l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) pour disposer du rapport définitif du tout dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitation, de l'Agriculture et de l'Élevage (RGPHAE 2013) afin de recueillir d'amples d'informations sur les spécificités concernant les personnes handicapées au Sénégal, notamment la taille de cette frange de la population et ses principales caractéristiques. Parmi ces dernières, il y'a le taux national de prévalence du handicap au Sénégal et divers autres taux de prévalence du handicap par rapport à des aspects tels que le milieu de résidence, le domaine fonctionnel et le degré de difficulté, la région de résidence et le type de handicap et les caractéristiques socio-économiques (le sexe, la situation matrimoniale, la scolarité, l'alphabétisation, à l'économie etc.,).

Toute cette démarche documentaire et d'entretiens nous a permis d'avoir diverses et importantes informations sur notre thématique et aussi sur la population sur laquelle notre étude a porté. Elle nous a permis donc d'avoir une meilleure compréhension du sujet.

Dans le temps, cette étude s'est déroulée du 14 avril au 27 avril 2015.

III - LA DÉLIMITATION DU SUJET

Le champ d'investigation de l'étude est le Centre National d'Appareillage Orthopédique de Dakar (CNAO) avec comme perspective de vouloir mesurer le degré de satisfaction des clients de cette structure hospitalière particulière du fait de sa spécialisation en appareillage et réadaptation fonctionnelle pour les personnes vivant avec un handicap. Notre champ de réflexion implique aussi d'une part, l'analyse situationnelle des personnes handicapées du Sénégal, leur proportionnalité par rapport à la population, le concept de handicap, leurs caractéristiques divers ;et d'autre part, le point sur les structures spécialisées et habilitées à prendre en charge l'appareillage et la réadaptation fonctionnelle des personnes vivant avec un

handicap. Par ailleurs, la détention de l'information étant capitale pour toute organisation, ce travail de contribution, est un partage de nos résultats et renseignements avec les praticiens en appareillage et de réadaptation fonctionnelle, pour modestement impacter les activités et orientation de la prise en charge des personnes handicapées. En effet, en disposant des informations utiles, l'organisation planifie ses activités ; cerne mieux les besoins et exigences d'une clientèle dont le choix est de plus en plus motivé par le niveau de qualité des produits et des services que l'on lui propose. Par conséquent, les structures hospitalières spécialisées en appareillage et réadaptation, doivent souvent se servir des suggestions, recommandations et des données statistiques disponibles afin de mieux répondre aux attentes de cette catégorie. Leur prise en compte avant toute prise de décision, permettrait sans nul doute de mieux cerner les besoins de formation en perspective des praticiens, l'estimation des besoins en équipements modernes et performants pour les structures, la création de structures secondaires et l'orientation de la recherche.

IV - LES LIMITES DE L'ÉTUDE

Toutefois, il est important de souligner que nous avons rencontré quelques difficultés lors de la réalisation de cette étude.

En effet, pendant l'administration du questionnaire de notre enquête aux clients nous sommes confrontés aux cas des clients de types bébés et enfants. De ce fait, pour bon nombre de ces cas, à la place des patients incapables à répondre aux questions et à remplir le formulaire, nous avons fait confiance à leurs accompagnatrices ou accompagnateurs pour recueillir leurs impressions. Toutefois, au terme de notre enquête qui nous a valu trois cents formulaires remplis, nous avons été contraints à retirer plusieurs erronément remplis par les proches de ces clients de type bébé et enfants.

Ensuite, une autre difficulté et pas des moindres était la réticence, l'impatience et parfois quelques rares refus catégoriques de la part de certains usagers, à répondre à notre questionnaire. Et tout cela, dénote d'une certaine méconnaissance de l'importance des enquêtes sous nos tropiques de la part d'une certaine frange de la population qui, le plus souvent est illettrée et analphabète.

Il y a aussi le fait que des patients aient emporté le questionnaire chez eux, en vue de le remplir, mais ne l'ont pas retourné ou s'ils sont revenus en raison de leurs rendez-vous, ne l'ont pas ramené le plus souvent, car l'ayant oublié ou perdu tout bonnement.

Enfin, il faut souligner notre manque de temps dû notamment aux nombreuses activités inhérentes à notre statut d'enseignant et d'étudiant qui ne nous a pas facilité la tâche d'être le plus souvent disponible et surtout d'arriver à l'heure au centre lors de l'administration du questionnaire aux clients et lors des rencontres avec certains cadres de l'administration et d'autres personnes ressources hors de la structure.

V- PLAN DE L'ETUDE

Hormis l'introduction générale, la problématique, la présentation de l'étude, la délimitation, les limites, le plan de l'étude et la conclusion, notre travail comprend trois grandes parties subdivisées en deux chapitres chacune :

- ▶ Une première partie composée de deux chapitres à savoir le cadre théorique et la présentation du champ de notre étude ;
- ▶ Une deuxième partie comprenant également deux chapitres qui traitent d'une part, de la situation générale des personnes en situation de handicap au Sénégal et d'autre part, de la situation des structures en charge de leurs handicaps et des associations nationales les plus en vue des personnes handicapées ;
- ▶ Une troisième partie comprenant aussi deux chapitres où les données et résultats de notre enquête sont analysés, mais également les suggestions et les recommandations de l'étude y sont évoquées.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

PREMIÈRE PARTIE :

CADRE THÉORIQUE ET CHAMP DE L'ÉTUDE

CHAPITRE 1- LE CADRE THÉORIQUE (LA REVUE DE LA LITTÉRATURE)

Ce chapitre premier de la première partie de l'étude, est centré sur la revue de la littérature en vue de revisiter quelques théories, réflexions et contributions d'auteurs et penseurs distingués qui ont eu à travailler sur l'évaluation de la satisfaction de la clientèle, thème de notre étude. En outre, le chapitre présentera la section consacrée à la définition et explication des concepts clés de notre étude.

I/ LE CADRE CONCEPTUEL

Cette section présente les concepts clés de l'étude et notamment de leurs définitions et explications.

I.1. DÉFINITION DES CONCEPTS CLÉS DE L'ÉTUDE

I.2. ACCUEIL

Selon le dictionnaire *le Grand Robert* de la langue française, l'accueil est défini comme la manière de recevoir quelqu'un, de se comporter avec lui quand on le reçoit ou quand il arrive.

En marketing, il traduit la manière dont l'organisation prend en charge le consommateur à son arrivée dans les locaux de l'organisation. Il existe deux situations d'accueil : l'accueil direct ou face à face, et l'accueil indirect (exemple téléphonique). Le public accueilli, par l'organisation peut revêtir deux principales formes : les visiteurs extérieurs (clients, prospects, public) et les collaborateurs de l'entreprise (salariés, fournisseurs). Ainsi, nous voyons le caractère transversal de l'accueil pour l'organisation, car il constitue la première marque de satisfaction ou d'insatisfaction de sa clientèle interne et externe.

En effet, la qualité de l'accueil de l'organisation permet de retenir et de fidéliser ses partenaires (clients, fournisseurs) et d'en attirer de nouveaux (blog.tvdesentrepreneurs.com). Un client satisfait, qui se sent en confiance, reviendra dans votre organisation et y amènera des amis, des relations. Cette fidélisation sera, par la suite, source de rentabilité : un client satisfait ne cherche pas à tester la concurrence. Un fournisseur qui se sent considéré acceptera volontiers de retravailler avec la même organisation et fournira un service de qualité à l'organisation qui le contacte. Levier de la rentabilité de l'organisation, cette satisfaction des différents acteurs permet de véhiculer une image positive et de se différencier des concurrents. Fidéliser un collaborateur coûte moins cher que d'en former un autre; fidéliser un client coûte moins cher que d'en recruter un autre. À l'inverse, l'insatisfaction des clients, entraîne des réclamations qui provoquent une mise sous tension du personnel et génèrent une perte de temps et une augmentation des coûts. L'insatisfaction des collaborateurs a des

conséquences sur l'absentéisme et la motivation au travail (www.creg.ac-versailles.fr/l-accueil-dans-les-organisations).

L'accueil est devenu aujourd'hui un maillon essentiel de la satisfaction du client et un vecteur d'efficacité, de communication et de différenciation d'une organisation. Il recouvre donc plusieurs enjeux comme l'image d'une organisation, la fidélisation, et la rentabilité. Ainsi, l'accueil doit être préparé dans les organisations et c'est peut-être la raison qui explique, les investissements colossaux entrepris par les organisations en vue de développer des conditions d'accueil appropriées pour leur clientèle.

Une autre facette de l'importance qu'ala qualité de l'accueil sur l'organisation, est son impact sur les activités de cette dernière, notamment lorsque la rentabilité de l'organisation repose plus sur la clientèle que sur les agents commerciaux. Et l'organisation qui accueille notre étude, semble être le cas typique. En effet, en dehors de la subvention que lui verse l'État, le CNAO tire ses recettes principalement des prestations de services qu'il offre à sa clientèle.

Dans le même ordre d'idées, l'accueil est une priorité essentielle dans la communication de l'image de marque que l'entreprise se fait d'elle-même. En effet, l'entreprise véhicule une certaine image d'elle-même, à travers les signes visuels qu'elle transmet à son environnement extérieur (logo, qualité des courriers, slogans, etc.), à travers ses installations (le modernisme, l'emplacement de ses locaux), le comportement de ses collaborateurs et leur façon d'accueillir les visiteurs. Mieux, il s'est avéré qu'en soignant son accueil, l'entreprise, non seulement soigne son image de marque, mais aussi fidélise ses clients et ses collaborateurs. Elle attire également des prospects en réduisant les tensions relationnelles. L'accueil réussi, permet ainsi de créer une dynamique positive pour l'organisation. À l'inverse, un accueil négligé peut engendrer des effets pervers tels qu'une mauvaise image de l'organisation, l'impression pour le collaborateur de ne pas être à sa place, etc.

L'accueil constitue donc une importante source de satisfaction des différents publics de l'organisation tant en situation de communication directe (face à face) qu'indirecte (téléphone). À cet effet, pour que l'accueil réponde de façon efficace à l'attente des publics auxquels il est destiné, il est utile d'avoir une politique d'accueil bien pensée et bien au fait des attitudes et des comportements qui s'adaptent aux attentes des usagers.

I.3. CLIENTÈLE

La clientèle est un terme désignant un ensemble de clients moraux ou physiques d'une entreprise ou d'une personne. Le terme s'emploie généralement dans le cadre d'activités commerciales, artisanales ou de services. Le client se définit comme une personne morale ou physique qui a recours ou susceptible d'avoir recours aux produits, aux biens ou services d'une entreprise ou d'une personne moyennant une rétribution. Autrement dit, il y a la clientèle acquise pour l'entreprise et celle dite potentielle. De ce fait, eu égard à la volatilité de la clientèle due à l'accroissement de la concurrence dans de nombreuses activités, l'organisation doit bien gérer ses clients acquis afin d'en tirer le maximum de profit. Les effets d'une mauvaise relation client sont dévastateurs pour l'organisation. En effet, en général le client mécontent parle beaucoup plus de sa mésaventure que le client satisfait. Alors, il est impératif pour l'organisation de donner autant d'importance à sa clientèle qu'elle en accorde aux fondamentaux tels que sa technologie, sa qualité, son savoir-faire, son management qui entre autres, la différencient des autres. En outre, l'organisation d'aujourd'hui, se trouve dans un monde économique de plus en plus globalisé ou planétarisé et donc, elle ne peut plus se limiter au simple fait de vendre des biens ou des services à la clientèle oubliant que cette dernière constitue un atout et un avantage compétitif énorme non négligeable.² Toute organisation qui n'est pas centrée sur le client risque une chute soudaine et brutale dans cette période de mondialisation économique. Les responsables d'organisation ont désormais compris que l'essentiel de leur richesse est indéniablement leurs clients. Se centrer sur le client, c'est se donner le meilleur avantage compétitif''. Il y va de la rentabilité voire de la pérennité de l'organisation de satisfaire au mieux ses clients qui constituent son véritable capital financier.³ Le seul moyen d'assurer la rentabilité à long terme et la survie de l'organisation est d'apporter d'avantage de valeur aux clients''.

I.4. LE CUSTOMER RELATIONSHIP MANAGEMENT (Gestion de la relation clients)

La gestion des relations avec la clientèle est une stratégie visant à mieux comprendre les clients et leurs besoins pour ainsi optimiser les interactions avec eux. Cette philosophie mise sur la technologie pour resserrer les liens avec d'anciens clients ou encore pour rétablir des relations étroites avec des clients actuels ou potentiels, tout en maximisant les aptitudes en matière de commercialisation et de service à la clientèle. Le CRM est aussi une façon d'aider l'organisation qui cherche à modifier son approche du marché, sa façon de vendre des

² Richard Whiteley et Diane Hessian. Les avantages compétitifs de l'entreprise orientée sur le client.

³ Norton D&P. Koplan. Le tableau de bord prospectif

produits ou de proposer des services. Toute la notion de CRM est basée sur la création de relations avec les clients sur le long terme et non plus sur une transaction ponctuelle.

I.5. PRESTATION DE SERVICE

Elle vient du latin *praestationis*. La notion de prestation de service, désigne un travail, une fourniture ou un service non autrement défini, qu'une personne ou une organisation s'engage à effectuer au profit d'une autre personne ou organisation, ou de plusieurs autres contre rémunération.

II - ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DU CLIENT

L'évaluation de la satisfaction du client a fait l'objet de nombreuses recherches et de publications dans la littérature de marketing des organisations. Et ceci, nous a permis de découvrir une diversité de définitions du concept de la satisfaction du client, mais aussi de l'existence de divers modes de mesure. Bref, la satisfaction est devenue un des thèmes majeurs de l'étude de comportement des clients, tant dans le champ de la théorie, que dans la pratique.

II.1. DÉFINITION DE LA SATISFACTION

Naturellement, du moment qu'il n'existe pas de consensus sur la définition et la mesure de la satisfaction des consommateurs, ceci peut ne pas faciliter la tâche à l'organisation qui désire évaluer le degré de satisfaction de sa clientèle. Toutefois, les chercheurs ont tenté tant bien que mal de cerner et de définir le concept. Ainsi, dans l'article de Bruno R. Frédérique & D. J. Gary & M. Elvis & M. Linda intitulé, « Etude de la satisfaction de la clientèle », selon les penseurs P. Kotler et B. Dubois, la satisfaction peut être vue comme : ⁴ « l'état d'un client résultant d'un jugement comparant les performances d'un produit au niveau de ses attentes ». Pour Howard et Hunt, dans l'article « Etude de la satisfaction de la clientèle » de Bruno R. Frédérique & D. J. Gary & M. Elvis & M. Linda, la satisfaction est ⁵ « l'impression d'être convenablement ou non récompensée pour les sacrifices supportés lors d'une situation d'achat ». Quant au Réseau Circum, toujours dans l'article « Etude de la satisfaction de la clientèle » de Bruno R. Frédérique & D. J. Gary & M. Elvis & M. Linda, il définit la satisfaction

⁴ Bruno R. Frédérique & D. J. Gary & M. Elvis & M. Linda, Etude de la Satisfaction de la Clientèle par rapport à l'Hôpital de Fort-Liberté, Oct. 2009 p4

⁵ Bruno R. Frédérique & D. J. Gary & M. Elvis & M. Linda, Etude de la Satisfaction de la Clientèle par rapport à l'Hôpital de Fort-Liberté, Oct. 2009 p4

comme : ⁶ ‘un sentiment qui résulte de la comparaison entre les attentes des clients et les perceptions que les clients ont retenues du service qu’ils ont reçu ‘.

Ces définitions nous permettent de voir la satisfaction comme une fonction de la différence entre la **perception de la qualité** du produit ou du service par le client, et ses **attentes**.

L’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) met la satisfaction des usagers au cœur de sa définition de l’évaluation de la qualité des soins. Ainsi, pour l’OMS dans « Etude de la satisfaction de la clientèle » de Bruno R. Frédérique & D. J. Gary & M. Elvis & M. Linda, l’évaluation est : ⁷ ‘une démarche qui permet de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en terme de santé conformément à l’état actuel de la science médicale (...) et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l’intérieur du système de soins’.

Nous pouvons avancer alors que les gestionnaires des services de santé et des services sociaux cherchent à rendre les services plus réceptifs aux besoins et aux attentes de ceux à qui ils s’adressent. La satisfaction tient désormais une place de choix dans l’évaluation de la performance des services de santé et des services sociaux.

II.2. LA PERTINENCE DE L’ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

Eu égard à des enjeux tels que la concurrence, la volatilité du client, la rentabilité, la pérennité, etc., la mesure de la satisfaction est devenue presque une nécessité pour toute organisation. En effet, fondamentalement on mesure la satisfaction pour connaître le point de vue du client sur les services ou les produits afin de déceler les faiblesses et pour décider des améliorations à apporter. La mesure de la satisfaction constitue aussi un outil essentiel pour l’organisation qui adopte une philosophie organisationnelle axée sur les services. En effet, la mesure de la satisfaction de la clientèle permet de connaître les besoins et les attentes des clients, de vérifier s’ils ont été satisfaits et de fixer des normes de services. Cette évaluation de la satisfaction est essentielle pour l’organisation qui vise l’amélioration continue et donc s’emploie à ⁸ ‘fournir aux clients ce qu’ils désirent et non ce que les décideurs pensent qu’ils

⁶ Bruno R. Frédérique & D. J. Gary & M. Elvis & M. Linda, Etude de la Satisfaction de la Clientèle par rapport à l’Hôpital de Fort-Liberté, Oct. 2009 p4

⁷ Bruno R. Frédérique & D. J. Gary & M. Elvis & M. Linda, Etude de la Satisfaction de la Clientèle par rapport à l’Hôpital de Fort-Liberté, Oct. 2009 p5

⁸ Dinsdale et Marson. Sondages auprès des citoyens : dissiper les mythes et redéfinir les orientations, éd d’organisation, 1999 p.22 ou [http : iccs-isacs.org/fra/pubs/ccg%20les%20 mythes.pdf](http://iccs-isacs.org/fra/pubs/ccg%20les%20mythes.pdf).

désirent. Cette prise en compte du désir du client, est un concept clé en matière de prestation de services centrée sur le client⁹. La mesure de la satisfaction de la clientèle (MSC) est également fondamentale pour l'organisation qui veut efficacement répartir les ressources consacrées aux services à la clientèle; l'organisation qui cherche des points de comparaison avec d'autres organisations de services ou bien qui cherche à prévenir les coûts de l'insatisfaction de la clientèle.

II.3. LES DÉTERMINANTS DE LA SATISFACTION

Certains facteurs sont considérés comme des déterminants de la satisfaction. Ce sont :

✓ L'image de l'entreprise

Selon Nha NGUYEN (1993)⁹, l'image est un "élément d'information que le consommateur utilise dans son processus d'évaluation du service/ou du produit". Le comportement de l'être humain est d'avantage influencé par l'image qu'il perçoit que par la connaissance de l'information. Ceci veut dire que nous réagissons à ce que nous croyons être vrai plutôt qu'à ce qui est réellement vrai. L'image d'une entreprise modère l'attitude du consommateur. Il évalue l'offre qui lui est faite selon les perceptions qu'il en a. L'évaluation finale ou le jugement que ce dernier porte sur l'entreprise est fonction de son attitude.

✓ La qualité

Une proportion importante des publications académiques a été consacrée à l'établissement du lien causal entre « la qualité » et la satisfaction du consommateur. C'est pourquoi les managers ne cessent d'insister sur la qualité en optant pour diverses stratégies d'amélioration de la satisfaction de leurs clients.

✓ Les attentes du consommateur

Les attentes du consommateur peuvent être définies comme étant « la probabilité de réalisation d'un événement susceptible de créer un sentiment positif ou négatif chez le consommateur » (Oliver, 1983)¹⁰. La compréhension des attentes des consommateurs est primordiale pour définir l'offre de services et communiquer celle-ci efficacement.

⁹ NHA NGUYEN : Le renforcement de l'image des entreprises de services. Revue Française de gestion, Février 1993

¹⁰ Oliver (1980), Oliver et Linda (1981), Bearden et Teel (1983)

✓ La perception

La perception est la manière selon laquelle l'homme comprend son environnement. Elle est fortement influencée par les caractéristiques de celui qui perçoit (interaction dynamique entre l'individu et la réalité objective) mais également par tout l'acquis culturel de l'individu.

II.4. MESURE ET ÉVALUATION DE LA SATISFACTION

Dans leur article « Etude de la satisfaction de la clientèle », Bruno R. Frédérique & D.J. Gary & M. Elvis & M. Linda, soulignent la définition de la mesure de la satisfaction de la clientèle faite par l'Institut des services axés sur les citoyens, 2001 qui la définit comme suit :
" La mesure de la satisfaction de la clientèle (MSC) est une opération de rétroaction qui consiste à connaître l'opinion « des clients sur leurs besoins, leurs attentes et leurs expériences à l'égard des services reçus » et qui « permet aux ministères et organismes de vérifier dans quelle mesure ils améliorent la satisfaction de leurs clients »¹¹."

Pour évaluer la satisfaction de la clientèle, il existe plusieurs modèles rapportés dans la littérature. Parmi les plus utilisés, citons :

- La théorie de la performance : qui lie la satisfaction du client directement aux caractéristiques du produit ou du service, perçues objectivement par le client.
- La théorie de l'équité : le client est satisfait quand il pense que le résultat du produit ou du service est proportionnel aux ressources qui ont été investies dans sa production.
- La théorie de l'attribution : elle s'applique surtout aux produits, mais pourrait s'appliquer aux services. Selon cette théorie, la satisfaction résulte de l'attribution que fait le client de la cause du succès (bonne qualité) ou de l'échec (mauvaise qualité) de l'achat du produit ou de l'usage du service.
- La « disconfirmation des attentes » : selon lequel, le niveau de satisfaction du client dépend à la fois de ses attentes par rapport au service, et de sa perception du service reçu.

Le sentiment de satisfaction apparaît quand la perception dépasse les attentes, et le niveau de satisfaction ou d'insatisfaction dépend de l'ampleur de l'écart entre les attentes et la perception. Ainsi, toute mesure de la satisfaction doit vérifier à la fois les attentes du client et le jugement de ce dernier sur la qualité du service qu'il a reçu. Il en découle que toute

¹¹ Bruno R. Frédérique & D. J. Gary & M. Elvis & M. Linda, Etude de la Satisfaction de la Clientèle par rapport à l'Hôpital de Fort-Liberté, Oct. 2009 p6

organisation dispose de deux leviers pour influencer la satisfaction : gérer les attentes des clients ou améliorer la qualité des services.

III - QUESTIONS D'ÉTUDE

1/ Les clients sont-ils satisfaits de l'accueil et du délai d'attente au CNAO ?

2/ Les clients sont-ils satisfaits des prestations et des aides techniques du CNAO ?

3/ Existe-t-il une culture de planning des rendez-vous des clients au CNAO ?

4/ Que peut-on retenir d'essentiel des caractéristiques sociodémographiques des clients du CNAO ?

5/ Quels sont les principaux supports d'information des clients sur le CNAO et critères de choix pour y venir ?

6/ Au vu de l'affluence de la clientèle, de la population couverte et du champ d'action du CNAO, existe-t-il une corrélation entre la cause de visite et la provenance des clients ?

7/ Les clients dont le handicap nécessite une prothèse du membre supérieur, souffrent-ils le plus de la prise en charge au CNAO ?

CHAPITRE 2 : LE CHAMP DE L'ÉTUDE

L'analyse interne de notre champ d'étude se fera sur trois axes majeurs. D'abord la présentation générale de la structure où nous comptons aborder entre autres l'historique du centre, ses missions, ses objectifs et son statut. Ensuite, la présentation des différentes ressources dont le centre dispose pour à la fois accomplir ses missions et atteindre ses objectifs et enfin l'organisation et la structure du CNAO où nous allons essayer de présenter l'organigramme du centre et de ses différents services entre autres.

I - PRÉSENTATION DU CNAO

Dans cette partie nous présenterons successivement l'historique, les missions et objectifs, les activités, l'architecture et le statut juridique du CNAO.

I.1 HISTORIQUE

Le Sénégal, colonie française à l'instar des autres pays africains a payé un lourd tribut dans sa participation aux deux guerres mondiales. La France se devait par conséquent de prendre en charge les blessés et mutilés de guerre régis au même titre que les citoyens français par le code français des pensions militaires. Pour faire face à ses engagements, elle a dû créer déjà dès la fin de la Première Guerre mondiale des centres d'appareillage destinés à ces soldats africains. C'est ainsi qu'en 1971, le service d'appareillage de Dakar a vu le jour.

D'abord intégré à l'hôpital militaire français (Hôpital Principal de Dakar), géré par le Ministère des Anciens Combattants français, le service d'appareillage est transféré en 1952 dans un quartier périphérique de Dakar (Fann) pour devenir le centre d'appareillage de Dakar/Fann.

En 1975, le Centre d'Appareillage de Dakar/Fann qui jusqu'alors n'assurait que des prestations d'appareillage aux anciens combattants, commence à s'ouvrir aux populations civiles.

En effet, le 1^{er} juillet 1975, le Centre d'Appareillage de Fann est nationalisé conformément aux accords passés entre la Coopération Française et le Gouvernement Sénégalais, pour devenir le Centre National d'Appareillage Orthopédique de Dakar (CNAO). Dès lors, beaucoup d'efforts seront faits pour répondre à cette nouvelle orientation dévolue au centre qui, malgré sa nationalisation restera sous la tutelle de la Coopération Française.

C'est sous cette même tutelle que le nouveau Centre National d'Appareillage Orthopédique a été restructuré en 1986 grâce à l'appui d'un certain nombre de partenaires tels que :

- ❖ La Communauté Économique Européenne (CEE),
- ❖ Le Fonds d'Aide Européen
- ❖ La Coopération Française,
- ❖ La Croix-Rouge Internationale,
- ❖ Le Comité National de Liaison pour la Réhabilitation des handicapés (CNLRH),
- ❖ La Fondation Nationale d'Action Sociale (FNAS),
- ❖ L'Ordre Souverain de Malte,
- ❖ La Caisse de Sécurité Sociale du Sénégal (CSSS),
- ❖ Le Rotary Club de Dakar.

Toutefois, il est important de souligner que cette restructuration du CNAO s'est faite grâce à un homme et son équipe qui ont marqué de leur empreinte l'histoire et l'évolution du centre jusqu'à son état actuel. Il s'agit du Docteur François Rigal (vit présentement à Lyon en France) qui fut directeur médecin-chef et de son équipe dont Michel Lahot moniteur- cadre en Kinésithérapie (vit en France à côté de Paris), le Professeur agrégé feu Idrissa Pouye en chirurgie d'orthopédie, Birame Faye maître ortho prothésiste et chef du service d'appareillage qui a pris sa retraite au moment de la rédaction de ce mémoire et Déthié Ndour infirmier d'État qui vit à Dakar à Grand yoff.

I.2- POPULATION COUVERTE ET CHAMP D'ACTION

Le CNAO polarise la population environnante de la ville de Dakar et de sa banlieue. Mais du fait de sa vocation, son rayon d'action englobe l'ensemble du territoire national et ainsi couvre une population estimée à 13.508.715 millions d'habitants. Par ailleurs, le CNAO constitue un pôle d'attraction sous régional qui, au-delà du Sénégal, draine des patients de tout âge sans distinction ethnique, religieuse, raciale ou socioculturelle, provenant essentiellement des pays limitrophes du Sénégal (Mauritanie, Gambie, Mali, Guinée Conakry, Guinée Bissau, etc....).

I.3- MISSION

Le CNAO avec son statut d'Établissement Public de Santé (EPS) a fondamentalement une mission de service public.

I.4- OBJECTIFS

Être toujours capable de prendre correctement et de façon satisfaisante en charge la très forte demande de sa clientèle qui ne cesse de croître ; améliorer la qualité de ses prestations, de la prise en charge sociale ; mieux répondre aux attentes des patients ; relever le niveau de

compétence et de technicité de ses praticiens et de son personnel pour garder son statut de leader national et sous régional.

I.5- ACTIVITES ET PARTENARIATS

Le CNAO, essentiellement offre des prestations telles que les appareillages et les séances de kinésithérapie pour les soins de réadaptation fonctionnelle ; les consultations médicales et les soins médicaux. En outre, il y a les prestations d'appareillage par la conception et la conception d'appareillage de type orthopédique et prothétique, sans oublier les aides techniques (béquilles, cannes, fauteuils, voiturettes) le tout en appui avec le service administratif.

En dehors de ces missions, le CNAO participe à la formation initiale et continue des médecins et des kinésithérapeutes dans le domaine de la réadaptation fonctionnelle. Ainsi, par le décret n°92-1400 du 07 octobre 1992 portant création de l'Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social (ENDESS), les enseignements pour la formation des Techniciens Supérieurs de kinésithérapie a été rattachée à l'ENDSS. Autrement dit, l'ENDSS assure le volet théorique des enseignements tandis que le CNAO a en charge leur application. Ces activités d'enseignements s'adressent aussi à des partenaires tels que les étudiants de la Faculté de Médecine de l'UCAD, étudiants stagiaires en kinésithérapie et d'ergothérapie de France de Belgique et du Canada, médecins spécialisés, de techniciens orthopédistes, etc....

Depuis son érection en EPS en 2004 la direction du CNAO a mis en place une cellule chargée du partenariat et de la communication externe.

L'une des missions de cette cellule consiste en la recherche de partenaires financiers et techniques capables d'accompagner le CNAO en lui permettant d'acquérir les financements nécessaires aux renouvellements du matériel, à l'agrandissement de ses locaux et à la prise en charge des cas sociaux. À ce propos on peut souligner les partenaires suivants :

- ❖ **Fondation Sonatel**
- ❖ **Handicap International**
- ❖ **Handisable International**
- ❖ **Mairie de Dakar**
- ❖ **Association Dongnocchi en Italie**
- ❖ **Les organisations caritatives et les bonnes volontés** qui apportent des contributions sociales au CNAO à travers des dons matériels et/ou financiers.

- ❖ **L'Association Nationale des Personnes Handicapées Moteurs** : La prise en charge de ses membres constitue l'une des vocations principales du CNAO
- ❖ **Les hôpitaux, les cliniques et cabinets du secteur privé** qui réfèrent au CNAO tous les patients qui relèvent de sa compétence.

Par exemple, c'est dans le cadre du partenariat que le CNAO sur financement des partenaires financiers et techniques (associations et ONG, etc.), effectue des missions de stratégies avancées dans la banlieue de Dakar et des missions d'équipes mobiles à l'intérieur du pays dans les zones où les personnes handicapées n'ont pas accès aux soins. Malgré les efforts et les moyens utilisés, l'équité d'accès aux soins pose problème.

I.6 ARCHITECTURE

Au plan structural le CNAO est structuré en trois compartiments :

- ❖ **Le bâtiment central abrite** : la direction avec sa tête le Directeur et son secrétariat ; le service de consultation ; le service de kinésithérapie ; le service social
- ❖ **Le deuxième bâtiment abrite** : le service d'appareillage (unité d'ortho prothèse et podologie) ; le magasin de stockage des intrants et autres fournitures ; les services administratifs financiers (S.A.F, l'agence comptable, la comptabilité matière et le service des ressources humaines)
- ❖ **Le troisième bâtiment abrite** : les ateliers d'aide technique (voiturettes, cannes, béquilles, etc.) ; la menuiserie (les éléments complémentaires en bois qui entrent dans la fabrication des appareils orthopédiques) et le service technique de maintenance.

I.7. STATUT JURIDIQUE

Le CNAO est établi en Établissement Public de Santé (EPS) de niveau 3 par le décret n°2004 – 1410 du 4 novembre 2004 conformément à la loi 98-12 du 12 février 1998 portant respectivement réforme hospitalière et organisation et fonctionnement des Établissements Publics de Santé. Ainsi, il jouit à ce titre depuis 2004, d'une autonomie administrative financière et comptable. Les décisions sont prises en délibération par le Conseil d'Administration (C.A) et exécutées par la direction.

II- PRÉSENTATION DES RESSOURCES

Dans cette section nous présenterons tour à tour les ressources humaines, matérielles et financières.

II.1- LES RESSOURCES HUMAINES

Le CNAO dispose pour son fonctionnement de soixante-quinze (75) agents répartis en trois groupes :

- ❖ Agents étatiques : 25 ;
- ❖ Agents contractuels : 47 ;
- ❖ Vacataires : 3 (Médecins spécialisés).

Le tableau I présente la répartition du personnel selon la catégorie (statut professionnel) et le service d'affectation.

Tableau I : Répartition du personnel selon le service d'affectation. Source :CNAO

Catégorie	Consultation	Kinésithérapie	Appareillage	Administration	Personnel Soutien	Total
Étatiques	0	7	6	12	0	25
Contractuels	4	9	15	11	11	50
Total	4	16	21	23	11	75

Le tableau II présente l'effectif par catégorie et l'effectif total en valeurs absolues et en valeurs relatives

Tableau II : Répartition du personnel selon la catégorie. Source : CNAO

PERSONNEL	EFFECTIF (valeur absolue)	EFFECTIF (valeur relative)
Étatique	25	33%
Contractuel	50	66%
Total	75	100%

II.2- LES RESSOURCES MATÉRIELLES

Pour ce qui est des ressources matérielles, le CNAO dispose pour son fonctionnement de différents types d'équipements et de matériels tels que :

- ❖ Machines permettant de produire des appareillages orthopédiques (orthèses ; prothèses et les aides techniques) ;
- ❖ Appareils biomédicaux pour les soins de Kinésithérapie ;
- ❖ Matériel informatique et de climatisation ;
- ❖ Parc automobile composé de trois (3) véhicules fonctionnels dont un réservé aux stratégies.

II.3- LES RESSOURCES FINANCIÈRES

Cette section présentera les sources financières du CNAO, ses principaux clients et les modes de règlement de ses clients.

Les principales sources financières du CNAO sont :

Les recettes qui proviennent des prestations de services que sont les activités de consultations médicales, les soins médicaux, les soins de Kinésithérapie, et des prestations d'appareillage. Ces recettes représentent 63% du budget global ;

Il y a l'État du Sénégal qui lui alloue une subvention d'exploitation qui représente 30% du budget global et une autre subvention d'investissement de la part de la Banque pour le Commerce et l'Industrie du Sénégal (BCIS) qualifiée d'irrégulière ;

Il y a les dons et legs de la part d'organisations nationales et internationales et certains partenaires locaux. Ils représentent 7% du budget global du centre.

Les principaux clients du CNAO sont :

Les particuliers à leurs Frais (PAF) : les PAF représentent environ 59% des patients dont la plupart est en situation de précarité. La spécificité du centre fait qu'il est très rarement confronté à des situations d'urgence. En effet, les patients traités nous sont très souvent référés après avoir subi au préalable d'autres soins. Fort heureusement, le service social prend en charge les cas sociaux en effectuant des

Exonérations partielles ou totales sur les montants facturés en fonction du niveau d'indigence.

L'État : L'érection du CNAO en Établissement Public de Santé offre aux agents de l'État la possibilité de bénéficier des Imputations Budgétaires comme moyen de prise en charge pour toutes les prestations autorisées par le Ministère des Finances. Par ailleurs, l'État à travers la Direction de l'Action Sociale supporte la prise en charge de certains patients indigents. (cabinet hygea, janvier 2012)

Les Institutions de Prévoyance Maladie (IPM), Assurances et Sociétés : Elles se portent garantes de leurs adhérents agents et assurés pour toute prestation offerte par le CNAO. Cette garantie est matérialisée par la délivrance d'une lettre de garantie après entente préalable. Ils représentent 23% de la population traitée par le CNAO. (cabinet hygea, janvier 2012)

La Caisse de Sécurité Sociale (CSS) : elle se porte garante de la prise en charge des accidentés du travail qui sollicitent le CNAO. De manière générale, elle assure

directement le paiement des actes de consultation, d'appareillage et de rééducation fonctionnelle selon les tarifs en vigueur (Cabinet hygea, janvier 2012).

Les organisations d'assistance et d'appui : les Organismes Non Gouvernementaux (ONG), la Croix Rouge Internationale et autres organisations caritatives se portent garants des frais liés au traitement de certains patients. En général, ces derniers bénéficient de réductions substantielles de la part du centre. Ces organismes représentent près de 3% (Cabinet hygea, janvier 2012).

Les modes de paiement de la clientèle du CNAO sont essentiellement :

Les espèces

Les chèques

Les Imputations Budgétaires (IB)

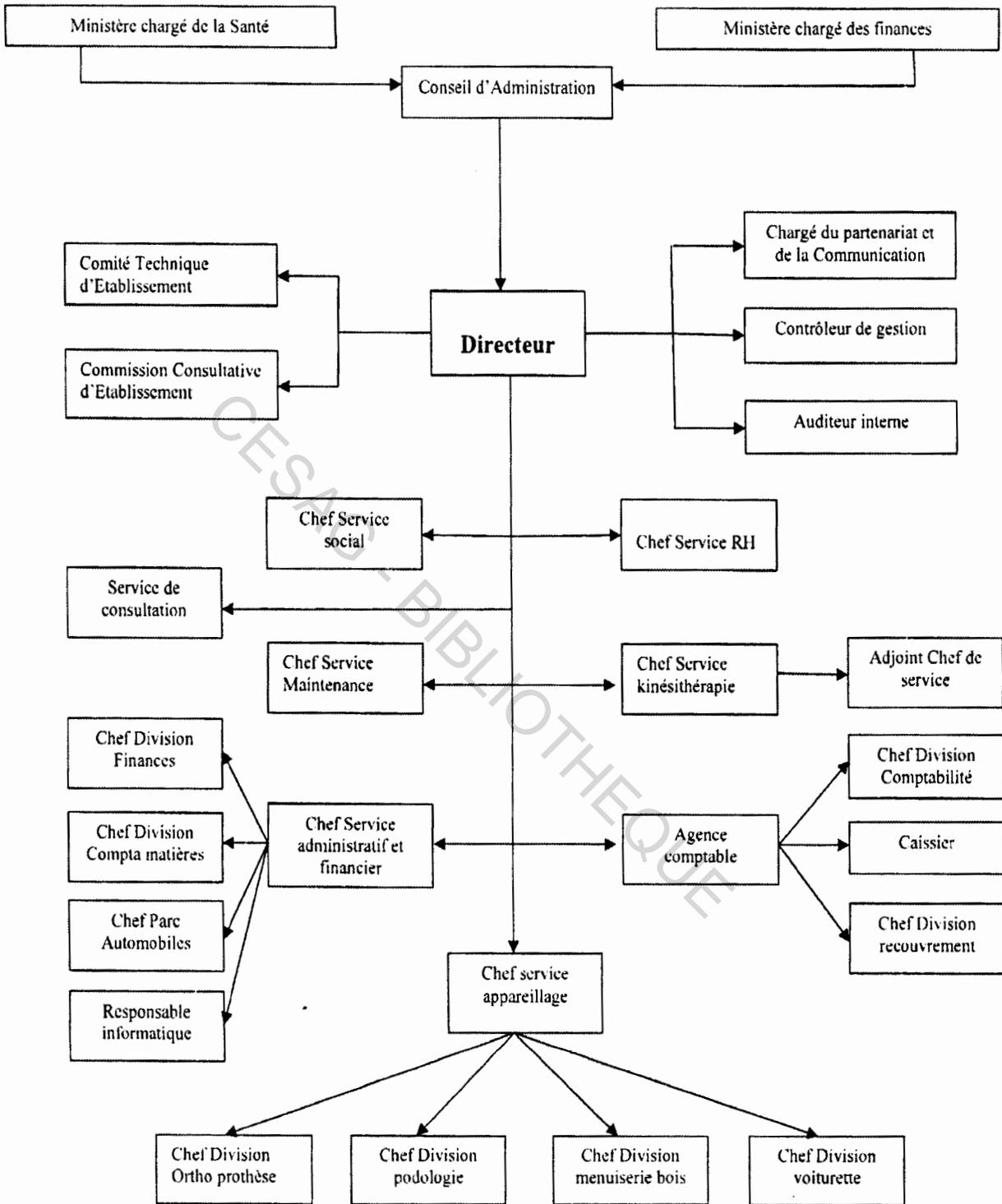
Les Lettres de Garanties (LG)

III- L'ORGANISATION

Dans cette section nous présentons tour à tour l'organigramme du CNAO, ses différents services, son administration, ses organes de décisions et les services nécessaires et manquants au centre.

III.1 L'ORGANIGRAMME

Le CNAO dispose d'un organigramme avec une organisation hiérarchique :



Graphique 1 : L'organigramme du CNAO

III.2-LES DIFFÉRENTS SERVICES

Les principaux services de la structure sont :

- **La Direction**
- **Le Service Contrôle de Gestion et Audit Interne**
- **Le Service Social**
- **Le Service des Ressources Humaines**
- **Le Service Administratif et Financier**
- **Le Service Agence Comptable**
- **Le Service de Consultation**
- **Le service de Kinésithérapie**
- **Le Service d'Appareillage Orthopédique**
- **Le Service Maintenance.**

III.3- DÉFINITION ET FONCTION

❖ La Direction Générale

La direction de l'établissement dirige l'ensemble des activités et services de la structure. Elle exécute aussi les décisions et les orientations que lui a assignées le conseil d'administration.

❖ Le Service Social

Le service social comme l'indique sa dénomination est au service des nécessiteux qui ne sont pas en mesure de prendre en charge la totalité des frais de leurs prestations. Ainsi, il prend souvent en charge entièrement ou partiellement de nombreux démunis ou bien accorde des réductions préférentielles aux associations caritatives qui viennent souvent en aide à ces derniers.

❖ Le Service Administratif et Financier (SAF)

Le SAF a pour rôle entre autres de contrôler la comptabilité de l'entreprise; gérer la trésorerie; prévoir le financement des investissements; participer à l'administration du personnel et à la gestion des systèmes d'informations; superviser les relations avec les services fiscaux.

Ainsi, pour ce qui est du CNAO, le SAF entre autres organise les facturations des prestations et l'engagement des dépenses.

❖ Le Service de Consultation

Le service de consultation, par le biais du secrétariat médical accueille le patient et l'identifie, l'oriente vers le service approprié si son cas ne nécessite pas l'avis du médecin. Toutefois en cas de nécessité pour une consultation, le médecin l'examine et l'oriente vers le service adéquat à savoir la Kinésithérapie et l'Appareillage. Les consultations se tiennent tous les jours sauf le vendredi.

❖ Le Service de Kinésithérapie

L'unité du service kinésithérapie reçoit les malades selon le planning établi pour les rendez-vous des soins. Ces derniers sont exécutés par des praticiens qualifiés de l'établissement ou contractuels.

❖ Le Service d'Appareillage Orthopédique

L'unité du service appareillage orthopédique s'occupe de la conception et de la confection d'appareillages commandés (prothèses et orthoses) et des aides techniques.

❖ La Division d'Aides Techniques

Les aides techniques sont des outils tels que les béquilles, les embouts, les fauteuils roulants, les voiturettes, etc. fabriqués pour les personnes handicapées.

III.4 - LES ORGANES DE DÉCISION

Les principaux organes d'aide à la décision au CNAO sont :

- **Le Conseil d'Administration (CA)** : entre autres choses définit, la stratégie, détermine les orientations de l'activité de l'établissement et veille à leur mise en œuvre.
- **Le Comité Technique d'Établissement** : dans chaque établissement public de santé, il existe un CTE qui est une instance représentative du personnel dotée de compétences consultatives sur les sujets ayant une incidence sur le fonctionnement et sur l'organisation de l'établissement.
- **La Commission Consultative d'Établissement** : elle est consultée sur toutes les questions relatives aux soins et assure la promotion de l'évaluation de la qualité des soins au sein de l'établissement.
- **Le Service Contrôle de Gestion et Audit Interne** : il est nécessaire et indispensable pour à la fois un meilleur fonctionnement et une bonne gestion de l'établissement

dans la mesure où il constitue un outil d'évaluation et de prévention des risques. Et ceci est en phase avec la définition du célèbre penseur Bertin citée par PARADJIA ESSOTISSIA (2013) dans son mémoire « Conception d'un service d'audit interne dans une entreprise de bâtiments et travaux public ». En effet, selon Bertin de l'Institute of Internal Auditors (IIA), dont l'une des missions est d'élaborer les normes et pratiques professionnelles, a donné en 1999 la définition de l'audit interne, adoptée par l'IFACI en ces termes : ‘ l'audit interne est une activité indépendante et objective qui donne à une organisation une assurance sur le degré de maîtrise de ses opérations, lui apporte ses conseils pour les améliorer et contribue à créer de la valeur ajoutée. Il aide cette organisation à atteindre ses objectifs en évaluant, par une approche systématique et méthodique, ses processus de management des risques, de contrôle et de gouvernement et en faisant des propositions pour renforcer son efficacité ’’¹².

La cellule chargée du Partenariat et de la Communication : (I.5 les activités et partenariats du CNAO).

III.5- POSITIONNEMENT PAR RAPPORT À L'OFFRE DE SOINS

Au Sénégal, le CNAO, reste le centre de référence en matière de soins en rééducation et réadaptation fonctionnelle, d'appareillage. Il est pratiquement le seul centre national qui allie enseignement et notamment de la recherche en dehors de ses activités principales. En outre, avec son statut de centre de référence, le CNAO reçoit également des patients orientés par les services régionaux d'appareillage et de réadaptation fonctionnelle pour une meilleure prise en charge. À ce titre, il effectue régulièrement des missions de supervision et d'appareillage à l'intérieur du territoire national.

Au plan sous régional, le CNAO reçoit aussi des patients qui viennent essentiellement des pays limitrophes à savoir le Mali, la Guinée Bissau, la Guinée Conakry et de la Mauritanie. Ces derniers sont soit référés par leurs médecins soit ils viennent d'eux-mêmes après le bouche-à-oreille pour trouver une meilleure prise en charge de leur handicap.

III.6 - LES SERVICES NÉCESSAIRES MANQUANTS

Le service nécessaire et manquant au CNAO, selon l'avis de personnes ressources et praticiens de la structure dont certains sont à la retraite est, le service d'ergothérapie. D'après

¹² PARADJIA ESSOTISSIA (2013) Conception d'un service d'audit interne dans une entreprise de bâtiments et travaux publics p108, Promotion 24 CESAG

ces dernières, c'est le maillon qui manque à la chaîne que devraient former les unités d'Appareillage, de Kinésithérapie et d'ergothérapie et qui constitue la réadaptation fonctionnelle. Non seulement l'unité d'ergothérapie est à créer, mais il lui faut aussi former les praticiens qui l'exerceront et acquérir le matériel adéquat. En effet, le peu de matériel existant a été fait au CNAO sous commande des stagiaires français et canadiens.

Selon la définition " DACHS " de l'ergothérapie, (version du 6.2.2007) : " l'ergothérapie – du grec « *ergein* » (agir, être actif) – part du principe que " être actif " est un besoin fondamental de l'être humain et qu'une activité mise en œuvre de manière ciblée a un effet thérapeutique et bénéfique pour la santé. Pour cette raison, l'ergothérapie soutient et accompagne les personnes, quel que soit leur âge, qui sont restreintes dans leur capacité d'action ou menacées par une limitation et/ou désirent étendre leur capacité d'action.

L'objectif de l'ergothérapie est de soutenir les personnes dans leur environnement lors de la réalisation d'activités significatives pour elles dans les domaines des soins personnels, de la productivité et des loisirs.

L'ergothérapie utilise des activités spécifiques, l'adaptation à l'environnement et le conseil de manière ciblée et orientée vers les ressources. Ceci permet au client d'améliorer sa capacité d'action dans le quotidien, sa participation sociale, sa sensation de qualité de vie et sa satisfaction ¹³.

Enfin toutes les unités qui constituent la réadaptation fonctionnelle doivent aussi disposer de boxes de soins spacieux, suffisants et sécurisées.

Toutefois, il est à noter qu'au moment de la rédaction de ce mémoire, des travaux de construction de deux bâtiments sont en cours en vue d'augmenter la capacité d'accueil des services de kinésithérapie et d'appareillage en termes de boxes de soins d'ateliers et de bureaux.

¹³<http://www.dachs.it/fr/kap-1.php>

Conclusion partielle :

Le CNAO est un établissement public de santé (EPS) à la fois historique et particulier dans le système sanitaire national du Sénégal. En effet, il est la structure pionnière en matière d'appareillage et de réadaptation fonctionnelle du pays. Il demeure encore aussi la référence en la matière non seulement sur le plan national mais sous régional en particulier avec les pays limitrophes du Sénégal. Son expertise et la qualité de ses prestations en tant que leader, ne souffrent presque d'aucune contestation auprès des partenaires et des concurrents. En outre, en dépit des difficultés de tout ordre, sa direction et son personnel accueillant, font tout leur possible pour toujours satisfaire leur clientèle dont la majorité est constituée de personnes vivant avec un handicap.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CESADU - BIBLIOTHEQUE

DEUXIÈME PARTIE :

PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP DU SÉNÉGAL

CHAPITRE I- LA SITUATION DES PERSONNES HANDICAPÉES

Ce premier chapitre de la deuxième partie est consacré à la situation des personnes vivant avec un handicap du Sénégal. Autrement dit, il s'agit d'essayer de faire le diagnostic des conditions de vie, de santé, des conditions économiques, sociales et éducatives des personnes en situation de handicap. Il s'agira aussi de faire le point sur l'état des structures en charge des personnes handicapées notamment leur répartition, leurs équipements, leurs ressources humaines entre autres à travers le territoire national.

I- ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT NATIONAL

La situation des personnes handicapées du Sénégal, à l'instar de nombreux pays africains au sud du Sahara, reste encore dans l'ensemble très difficile à tous les plans. En effet, les personnes en situation de handicap au Sénégal sont majoritairement confrontées à la pauvreté, à la mendicité, à la non-scolarisation, à la stigmatisation et à l'inaccessibilité des services de prise en charge de leur handicap, des moyens de transport, etc. Ils sont aussi victimes de viols, de toutes sortes de discriminations et d'assassinats rituels liés à des croyances et pratiques magico-culturelles.

Lorsqu'on souffre d'un handicap quel qu'il soit, cela complique tous les aspects de la vie. Ceci est d'autant plus vrai lorsqu'on vit dans un pays comme le Sénégal où, la personne handicapée est souvent dans le dénuement le plus total et où tout le monde semble s'accommoder de cette situation. La conséquence de tout cela est que, en l'absence de changements en perspective, bon nombre des personnes handicapées ont tendance à tomber dans un fatalisme intérieur, moral qui croit à la prédominance de la fatalité sur la volonté humaine.

Une autre difficulté qui n'est pas particulière aux personnes handicapées du Sénégal, est l'incompréhension du handicap de la part d'une grande franche de la population dite valide. Ainsi, face au handicap le regard des personnes dites valides est très variable. Pendant que certains sont très chaleureux et manifestent une certaine empathie, d'autres par contre ont peur du handicap et le fuient. Ils évitent d'en parler et peuvent être agressifs. D'où l'importance de montrer le handicap afin que les personnes valides, puissent s'y familiariser. Et pour comprendre le handicap et enlever la peur qu'il suscite pour certains, la meilleure approche semble être davantage de communication sur le handicap pour changer les mentalités. C'est la plus grande barrière qui doit être la première à franchir pour dissiper la peur de ce que l'on ne comprend pas, la peur de ce qui pourrait nous arriver et la peur de la différence. Et certaines personnes en situation de handicap admettent même qu'il n'y a pas

besoin de rendre tout accessible pour elles. En effet, ce qui est plus nécessaire, c'est de changer les attitudes mentales négatives, le regard des autres de sorte que les personnes valides puissent apporter davantage d'assistance aux personnes handicapées.

Sur le plan des infrastructures et des transports, les personnes en situation de handicap au Sénégal continuent de vivre le martyr. En effet, ces personnes ont toutes les peines du monde pour se déplacer et vaquer à leurs occupations. Les rues et les routes de la presque totalité de nos villes ne permettent pas aux personnes handicapées de se mouvoir facilement ou seules. Dans une ville comme Dakar et capitale de surcroît, les personnes handicapées ne sont pas prises en compte dans la circulation interurbaine. Les sociétés de transports interurbains qui existent au Sénégal n'ont pris aucune mesure dans le sens d'intégrer cette catégorie vulnérable. Bon nombre de personnes handicapées notamment ceux en fauteuils roulants ont d'énormes difficultés pour prendre le transport en commun. Car les bus ne sont pas adaptés à leurs handicaps. Il arrive même que certains chauffeurs de véhicules de transport en commun les évitent systématiquement. Ils arguent que cette couche sociale non seulement leur font perdre du temps et occupe trop de place qu'elle ne paie pas.

Quant aux infrastructures et édifices publics, les gens construisent pour la plupart sans tenir compte de l'accessibilité des lieux pour les personnes handicapées. Certaines personnes connaissent bien l'existence de normes à respecter en matière de construction, mais étant donné que ces lois et règlements ne sont pas appliqués de façon coercitive pour le moment du moins, alors de nombreux bâtiments de toute sorte continuent de sortir de terre sans aucun respect des dispositions invitant à l'intégration de l'aspect handicap dans la conception et réalisation des infrastructures. Pour preuve la quasi-totalité de nos universités, écoles et lycées de notre système éducatif national, ne sont pas conçus pour faciliter l'admission dans leur sein des personnes en situation de handicap. Cela a pour conséquence le faible taux de scolarisation et d'alphabétisation de cette catégorie.

Au plan social et économique comme déjà indiqué, les personnes en situation de handicap rencontrent d'énormes difficultés. Elles souffrent pour l'essentiel de la pauvreté, de la promiscuité, de la discrimination, de difficultés d'insertion sociale, de chômage, du manque de prise en charge en cas de maladie ou d'équipements en aides techniques entre autres.

Toutefois, en dépit de tout ce qui précède, le Sénégal, essaie tant bien que mal d'améliorer les conditions d'existence, de formation, de promotion, de prise en charge et d'insertion sociale des personnes en situation de handicap. À cet effet, la mise en place d'une loi d'orientation devant servir de cadre de référence à une politique d'intégration de cette couche de la

population constitue une forte recommandation issue du Conseil interministériel de 2001 sur la prise en charge et l'intégration des personnes vivant avec un handicap. Cette loi s'articule autour de trois axes majeurs à savoir la réadaptation, la mobilisation des ressources et l'encadrement. De façon plus détaillée, elle aborde les points suivants :

- ✓ la lutte contre la discrimination et la garantie de l'égalité des chances ;
- ✓ la garantie par l'État des soins médicaux nécessaires à la santé physique et mentale ;
- ✓ l'Éducation, la formation professionnelle et l'emploi ;
- ✓ l'accessibilité, l'habitat, le cadre de vie, le transport, la communication et l'accès à la terre ;
- ✓ le droit aux sports et aux loisirs, l'art et la culture ;
- ✓ l'organisation des personnes handicapées ;
- ✓ des dispositions diverses et finales ;
- ✓ la célébration chaque année au Sénégal de la semaine des personnes handicapées au mois de décembre de chaque année.

À l'instar de la communauté internationale, le Sénégal célèbre aussi les journées mondiales des personnes handicapées. En outre, notre pays a ratifié le 07 décembre 2010, la Convention des Nations Unies relative aux Droits des Personnes Handicapées adoptée par l'Organisation des Nations Unies le 13 décembre 2006. Grosso modo, l'Etat du Sénégal a signé la plupart des conventions internationales relatives aux droits des personnes handicapées ou d'autres droits et engagements qui peuvent être appliqués ou invoqués pour la défense de ces dernières.

II-SITUATION DES STRUCTURES EN CHARGE DU HANDICAP

La situation des organisations hospitalières en charge du handicap au Sénégal, montre d'emblée une répartition inégale de ces dernières sur l'échiquier national. En effet, parmi les quatorze régions que compte le Sénégal, excepté la région de Dakar, les autres treize régions se caractérisent par un manque criant d'infrastructures capables de prendre en charge les attentes de leurs sujets en situation de handicap. Pratiquement les organisations existantes et capables de prendre en charge le handicap au Sénégal, se trouvent dans la capitale Dakar. Ainsi, la conséquence de ce manque ou de l'inexistence de structures régionales performantes, est le déplacement massif et presque forcé de très nombreux usagers sur Dakar pour bénéficier d'un minimum de prise en charge. Il faut aussi noter, le fait que ce sont souvent quelques usagers disposant de moyens financiers qui ont ce privilège de rallier Dakar pour s'offrir les prestations de structures modernes et performantes. Quant à la très grande majorité

des sujets, faute de moyens, elle dépend souvent des dons de bonnes volontés ou des ONG qui viennent en aide aux associations nationales ou régionales des personnes handicapées. En outre, il faut souligner que les services régionaux d'appareillage et de réadaptation fonctionnelle qui existent sont le plus souvent logés dans les centres hospitaliers régionaux et cet état de fait n'est pas sans conséquences. En effet, les centres hospitaliers régionaux n'accordent pas de visibilité et même d'importance à ces services régionaux d'appareillage et de réadaptation à cause de leur faible rentabilité. Autrement dit, seuls les services qui rapportent plus de recettes à ces hôpitaux régionaux sont le plus souvent mis en valeur. Ainsi, pour remédier à cette situation, il urge de revoir le statut de ces centres hébergés par les hôpitaux régionaux afin de les rendre plus autonomes, de leur permettre surtout d'être plus visibles auprès des usagers pour lesquels ils ont été créés. Il faut que l'État aide ces centres à bien s'acquitter de leur mission de service public en les dotant de moyens conséquents qui leur permettent d'acquérir des équipements modernes pour soulager davantage leurs sujets et surtout y développer la recherche seule façon d'être au fait de tout ce qui se fait en matière d'appareillage et de réadaptation fonctionnelle dans le monde.

Toutefois, il semble que ces nombreux manquements notés pour ce qui concerne les structures spécialisées en appareillage et en réadaptation fonctionnelle au Sénégal, sont en partie dus aux différentes politiques d'assistanat de nos gouvernements à l'égard de cette couche de la population.

LES UNITÉS D'APPAREILLAGE ET DE RÉÉDUCATION DE LA RÉGION DE DAKAR

Cette section présente la situation des organisations hospitalières d'appareillage et de réadaptation fonctionnelle de la région de Dakar. Et comme on le note dans de nombreux domaines au Sénégal, Dakar la capitale abrite souvent l'essentiel des infrastructures, des structures hospitalières modernes et performantes du pays. Il y va de même pour les ressources humaines les plus qualifiées. Ainsi, dans ce cas précis qui porte sur les structures en charge des personnes handicapées et leurs ressources humaines à Dakar, le constat reste le même dans ce domaine aussi. En effet, ce tableau III ci-dessous, montre à suffisance que la capitale Dakar, concentre pour l'essentiel des techniciens et des structures de santé en appareillage et réadaptation fonctionnelle pendant que la plupart des capitales régionales et communales en manquent énormément ou bien certaines n'en disposent même pas. Par exemple d'après le tableau ci-dessous, la région de Dakar compte onze (11) structures d'appareillage et de réadaptation fonctionnelle. Et pour ce qui concerne les techniciens

supérieurs kinésithérapeutes et orthopédistes, certaines structures affichent un surplus. Il s'agit du CNAO la structure vitrine du pays en matière d'appareillage et de réadaptation fonctionnelle. Il compte seize (16) techniciens kinésithérapeutes et neuf (09) techniciens orthopédistes. Donc il existe un réel problème de répartition des structures, mais surtout d'utilisation des praticiens.

Tableau III : Les unités d'Appareillage et de Rééducation de la région de Dakar.

DAKAR				
Structures de santé	Unité de Kinésithérapie	Unité d'Appareillage	Techniciens kinésithérapeutes	Techniciens Orthopédistes
Le CNAO			16	09
Talibou Dabo			03	01
Fann			06	00
Le Dantec			05	00
Hoggy			09	00
Pikine			02	00
Principal			06	00
Hôpital militaire ouakam			02	04
IPRES			02	00
Ordre de Malte			03	02
Cabinets privés de kiné			12	00

NB : Le CNAO et le centre Talibou Dabo assurent à eux seuls 7% de l'offre de soins en Kinésithérapie et 40% en appareillage sur le plan national (Sources Cabinet hygea, 2004).

LES SERVICES RÉGIONAUX D'APPAREILLAGE ET DE RÉADAPTATION

Cette section présente, les structures régionales d'appareillage et de réadaptation fonctionnelle et les ressources humaines allouées à ces dernières. Certes, le déséquilibre entre la région de Dakar et les autres capitales régionales est flagrant, mais des efforts et diverses stratégies sont menés et continuent d'être menés pour essayer de rétablir l'équilibre entre elles.

À cet effet, et dans un souci d'équité, de pallier au déséquilibre criant pour ce qui concerne l'offre de soins sur le plan national, et notamment d'épargner les personnes handicapées vivant dans les autres régions, de problèmes tels que, les déplacements difficiles et coûteux, les autorités ont créé au sein des hôpitaux régionaux des unités de réadaptation et d'appareillage décentralisées. De ce fait, les autorités permettront à cette couche vulnérable de la population des zones intérieures d'avoir accès à certains soins à leur rééducation et réadaptation fonctionnelle.

Ainsi, d'après la situation présentée sur le tableau IV, nous notons que sur les quatorze régions que compte le Sénégal, il y'a quatre régions qui sont dépourvues d'unités de réadaptation fonctionnelle (kinésithérapie et appareillage). Ce sont Kaffrine, Sédhiou, Fatick et Kédougou. Nous notons aussi un déséquilibre notoire dans la répartition des ressources humaines pour ce qui concerne le nombre de techniciens kinésithérapeutes (TK) et de techniciens orthopédistes (TO) entre les structures de Dakar et celles des autres régions. En effet, pendant que des régions sont dépourvues ou manquent de TK et de TO, la capitale Dakar, se retrouve presque avec un surplus dans certaines structures. Ainsi, à cause de l'insuffisance et du déséquilibre tant en personnel qu'en structures de réadaptation et empêchant de ce fait l'offre de soins au niveau régional, le CNAO est amené à effectuer périodiquement des missions de stratégies avancées avec son équipe mobile. Cependant, ces missions dépendent des financements apportés par les partenaires techniques et financiers (PTF). Ainsi, soit l'identification des besoins est faite par le CNAO et ensuite soumise aux PTF pour le financement; soit ce sont les associations locales de personnes handicapées qui cherchent elles-mêmes les financements et sollicitent ensuite le CNAO pour des missions d'appareillage ou tout simplement ce sont des ONG internationales qui, dans le cadre d'actions caritatives, apportent les financements et collaborent avec le CNAO qui exécute les missions retenues.

Tableau IV: Les Services Régionaux d'Appareillage et de Réadaptation Fonctionnelle.

Régions	Hôpitaux	Unité de kinésithérapie	Unité d'appareillage	Nombre de techniciens kinésithérapeutes (NTK)	Nombre de techniciens orthopédistes (NTO)
Thiès	C.H.R de Thiès	✓	✓	04	02
	E.P.S1 de Mbour	✓		02	0
Diourbel	C.H.R de Diourbel	✓		02	0
	C.H.R de Touba	✓		04	0
Kaolack	C.H.R de Kaolack	✓	✓	02	01
Louga	C.H.R de Louga	✓	✓	02	01
Saint Louis	C.H.R de Saint Louis	✓	✓	02	01
	C.H de Dioum	✓		01	0
Matam	C.H d'Ourossogui	✓		01	0
Ziguinchor	C.H.R de Ziguinchor	✓	✓	03	01
Kolda	C.H.R de Kolda	✓	✓	0	0
Tambacounda	C.H.R de Tambacounda	✓	✓	02	01

- **LES ASSOCIATIONS NATIONALES PHARES**

Cette section présente, les principales associations nationales et régionales des personnes en situation de handicap du Sénégal. Elles sont toutes presque membres de la Fédération Sénégalaise des Associations de Personnes Handicapées (FSAPH) principale structure nationale et interlocutrice des autorités étatiques et des ONG. Donc, elle essaie tant bien que mal de porter les revendications légitimes de toutes les personnes handicapées du Sénégal.

Au vu de ce tableau V, nous notons qu'à l'instar des autres couches sociales et professionnelles de la population qui se regroupent en associations ou syndicats selon le secteur professionnel, les personnes vivant avec un handicap au Sénégal se sont aussi regroupées en associations pour défendre leurs intérêts et droits. Il apparaît aussi, que beaucoup d'associations sont formées selon le type de handicap que partagent les sujets. Par exemple sur ce tableau V, on note qu'il y'a plus d'associations formées selon la variable visuelle que tout autre type de handicap. Elles sont neuf (09) associations formées selon cette variable visuelle sur les vingt-neuf associations répertoriées sur le tableau. Il y'a également les variables liées à la motricité, à l'audition et à la peau. Toutefois, on note un lot d'associations formées sur la base d'aucune variable de handicap.

Tableau V : Les associations nationales phares des personnes handicapées

	Associations Nationales	Président	Récépissé	Téléphone
01	Association Nationale des Handicapés Moteurs du Sénégal (A.N.H.M.S)	Yatma Fall	3882 du 06/05/82	77 635 02 03 / 33 825 83 34
02	Amitié des Aveugles du Sénégal (A.A.S)	Laba Cissé Diop	6223 du 31/07/90	77 637 61 12 / 77 545 88 64
03	SOS Handicap Réinsertion Sénégal	Lamine Dabo	9126 du 29/01/97	33 823 24 17 / 77 659 67 62
04	Mouvement pour le Progrès Social des Aveugles du Sénégal (M.P.S.A.S)	Youssoupha Faye	1037 du 18/08/94	77 952 22 65 / 77 608 25 67
05	Association Nationale pour le Développement des Lépreux Blanchis (A.N.D.L.B.S)	Abdou Khadre Dione	9398 du 17/09/97	77 692 19 51/ fax 33 956 42 02
06	Association Nationale des Sourds du Sénégal (A.NA.SSEN)	Ousmane Diao	6506 du 04/01/92	33 864 50 06
07	Association Nationale des Albinos du Sénégal (A.N.A.S)	Khadim Diop	9264 du 14/05/97	33 952 20 96 / 77 612 27 44
08	Association Nationale des Aveugles Musiciens du Sénégal (A.N.A.M.S)	Mor Diaw	9490 du 15/01/98	33 878 68 84 / 77 571 49 33
09	Regroupement National de Solidarité des Sourds (R.N.S.S)	Moustapha Diop	9662	SOHOU/ 77 510 59 76
10	Association Sénégalaise de Solidarité d'Entraide pour la Réinsertion des Personnes Handicapées (A.S.S.E.R.P.H)	Mame Mor Dieng	10124 du 03/02/00	77 633 08 26
11	Association Handicap – Form. Educ	Oumar Diop	10370 du 12/10/00	33 867 17 05 / 77 687 64 11
12	Association pour la Promotion Économique et Sociale des Handicapés Visuels	Mame Diara Ndiaye	10064 du 17/12/99	77 574 79 76 / 33 837 79 92
13	Association Nationale des Accidentés du Travail et de leurs Ayants Droits (A.N.A.T.A.D)	Adama Thiam	2810 du 18/03/72	33 878 89 48 / 77 303 47 99
14	Appui aux Handicapés Visuels (A.H.VI)	Maciré Gueye	10585 du 25/04/01	77 608 29 85 / 33 825 54 81
15	Association de Promotion des Handicapés (A.P.H)	Soutoukouné Djighaly	9575 du 15/04/98	33 827 88 51 / 77 649 23 89
16	Handisport	Santi Sène Hagne		77 576 92 65 / 33 864 11 25
17	Bokjoom et Aide aux Lépreux Blanchis du	Cheikh Ndiaye	10800 du	33 957 55 74 /

	Sénégal		28/01/02	77 348 12 91
18	Association des Artistes Handicapés	Boubacar Ndiaye	9036 du 03/12/96	33 854 46 98 / 77 589 25 18
19	Association de Protection et d'Assistance aux Personnes Démunies et Handicapées	Mbaye Diop	9776 du 30/12/98	77 521 95 25 / 33 893 75 06
20	Association Sénégalaise Victimes de Mines (A.S.V.M)	Bakary Diédhiou	10677 du 08/8/01	33 991 13 78 / 77 522 63 10
21	Association Nationale pour la Réinsertion des Lépreux Blanchis du Sénégal (A.N.R.L.B.S)	Bara Ndoye	10952 du 30/7/02	33 956 50 46 / 77 224 70 95
22	Association pour la Renaissance des Aveugles du Sénégal	Pape Birame Diop	Du 06/11/02	33 854 55 05 / 77 544 08 34
23	Union Nationale des Aveugles du Sénégal	Alioune Badou Souare		33 835 50 33 / 77 539 82 16
24	Alliance Générale des Handicapés pour la Promotion et de Développement du Sénégal	Dame Lo	11526	33 834 87 94 / 77 425 74 09
25	Association Nationale des Anciens Militaires Invalides du Sénégal (A.N.A.M.I.S)	Issa Gueye	10240 du 19/6/00	33 842 36 73 / 77 574 48 96
26	Association pour la Promotion des Aveugles du Sénégal	Saliou Diouf	11909	672 70 37 / 77 419 88 56
27	Association Nationale des Handicapés pour le Développement (A.N.H.D)	Mme Balso Gueye	11649	77 632 74 54 / 76 833 31 52
28	Association Sénégalaise pour la Lutte contre le Glaucome (A.S.L.G)	Elhadji Sarr	09468	77 502 50 40
29	Association Nationale des Personnes Accidentées Vivant avec un Handicap (A.N.P.A.V.H)	Ousmane Ndoye		

CHAPITRE 2 : LA POPULATION DES PERSONNES HANDICAPÉES

I. L'ESTIMATION DE LA POPULATION

¹⁴Le Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture, et de l'Élevage de décembre 2002 (RGPHAE 2002), avait montré que le Sénégal comptait 138 897 personnes handicapées sur une population de 9 858 482 habitants, soit une prévalence de 1,4%. Cela signifie que 14 sénégalais sur 1000 souffrent d'un quelconque handicap.

Avec le tout dernier RGPHAE de 2013, la population sénégalaise est estimée à 13 508 715 habitants et parallèlement, la prévalence du handicap a sensiblement augmenté en s'établissant à 5,9%. Ceci signifie 59 sénégalais sur 1000 souffrent d'un handicap quelconque. Les individus de sexe féminin sont les plus concernés avec un de rapport de masculinité de 88 hommes pour 100 femmes.

Par ailleurs, la forme de handicap la plus répandue concerne les difficultés à marcher et à voir (1,5% de la population chacune) à l'opposé des limitations auditives, des difficultés à se concentrer et des difficultés à prendre soin de soi (respectivement 0,6% ; 0,8% et 0,5%)
Tableau VI.

Au niveau régional, ce sont les régions de Ziguinchor et de Matam qui enregistrent les taux de prévalence les plus élevés avec 8,1% de handicapés chacune. Par contre, ce sont les régions de Diourbel et de Kaolack qui enregistrent les taux de prévalence les plus faibles avec 5% de personnes vivant avec un handicap (Graphique n°3).

II. DÉFINITION DU HANDICAP

La notion de handicap est définie comme étant une caractéristique qui distingue les groupes de personnes vivant avec un handicap des autres groupes de population. De façon générale, le handicap implique l'interaction des capacités ¹⁵fonctionnelles d'une personne avec ses environnements physiques, culturels et politiques. Plus spécifiquement, les personnes vivant avec un handicap sont par définition, les personnes qui risquent, plus que l'ensemble de la population, de se heurter à des limites dans l'exécution de certaines tâches ou la participation à des activités relatives à certaines fonctions. Ce groupe comprend généralement les personnes qui rencontrent des difficultés pour accomplir des activités de base, marcher ou

¹⁴ Rapport définitif RGPHAE 2013 / PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP, septembre 2014

¹⁵ Rapport définitif RGPHAE 2013 / PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP, septembre 2014

entendre par exemple, même si ces difficultés se trouvent atténuées par l'utilisation d'auxiliaires, un cadre favorable ou des ressources en abondance (RGPHAE, 2013).

Les personnes vivant avec un handicap peuvent aussi ne pas rencontrer des difficultés pour exécuter des tâches bien délimitées, se baigner ou s'habiller par exemple, ou accomplir des activités à caractère participatif, travailler par exemple, grâce aux adaptations nécessaires réalisées au niveau de la personne ou de son environnement. Cela dit, ces personnes risquent plus que l'ensemble de la population d'avoir des activités ou une participation restreinte. Elles rencontrent des difficultés à accomplir des activités de bases et leur possibilité de participation se trouverait compromise, si elles ne bénéficient pas d'aménagements adaptés (CES-2010).

III. LES VARIABLES DE DÉFINITION UTILISÉES

- **L'acuité visuelle et auditive**

Des appareils tels que les lunettes permettent à certains malvoyants de compenser presque complètement leur déficience visuelle ; à défaut, le nombre de malvoyants serait surestimé. Il en est de même pour ce qui concerne l'acuité auditive. Le procédé utilisé dans le RGPHAE pour pallier ces limites, consistait à poser des questions sur la difficulté de voir même avec des lunettes. Poser des questions pour savoir si ces lunettes sont généralement portées. Enfin des questions aussi sur la difficulté d'entendre même avec des prothèses auditives. L'objectif est donc de savoir si ces appareils sont utilisés.

- **La locomotion**

La faculté de se déplacer est un bon indicateur d'une fonction physique centrale et l'une des principales causes de limitation de la participation. C'est également une activité de base dont l'exécution peut être indiquée par le sujet lui-même.

- **Les capacités intellectuelles**

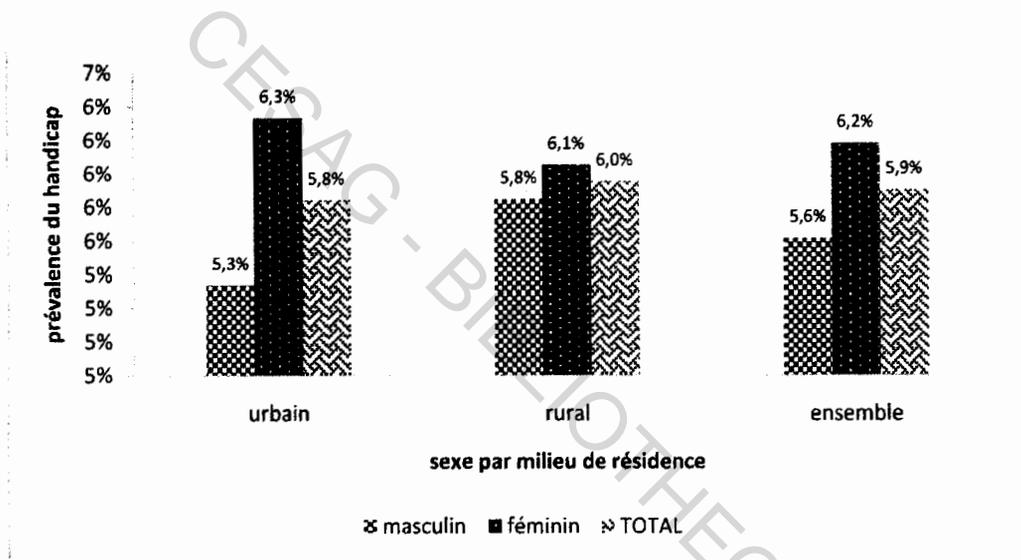
Parmi les domaines essentiels, les capacités intellectuelles sont les plus difficiles à cerner. Elles englobent de nombreuses fonctions, par exemple la mémorisation, la concentration, la prise de décisions, la compréhension du langage parlé et écrit, la capacité à trouver son chemin ou à suivre une carte, l'exécution de calculs mathématiques, la lecture et la pensée. Toutefois les variables choisies traitent surtout de la mémorisation, de la concentration ou encore de la communication. La lecture et l'exécution de calculs mathématiques, ou d'autres capacités acquises, dépendent d'autres facteurs comme le système éducatif par exemple.

IV. LES PRÉVALENCES DU HANDICAP AU SÉNÉGAL

• PRÉVALENCE AU NIVEAU NATIONAL ET PAR MILIEU DE RÉSIDENCE

En 2013, la prévalence du handicap au niveau de la population sénégalaise âgée d'un an et plus est de 5,9%. Selon le sexe, cette prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, avec respectivement 6,2% et 5,6% de personnes ayant des limitations. Ces différences entre hommes et femmes sont plus importantes en milieu urbain (6,3% et 5,3%) qu'en milieu rural (5,8% et 6,1%).

Dans l'ensemble, la prévalence du handicap est plus élevée en milieu rural (6,0%) qu'en milieu urbain (5,8%), bien que la différence entre les deux entités soit assez faible.



Source : ANSD. RGPHAE 2013

Graphique 2 : Prévalence du handicap(%)par milieu de résidence selon le sexe.

• PRÉVALENCE PAR DOMAINE FONCTIONNEL ET DEGRÉ DE DIFFICULTÉ

En considérant les différentes formes de limitations selon le degré de difficulté et le milieu de résidence, il apparaît qu'au niveau national, les difficultés à voir et à marcher sont les plus répandues, puisqu'elles concernent 1,5% de la population chacune. À l'opposé, les limitations auditives, les difficultés à se concentrer et les difficultés à prendre soin de soi sont observées dans une faible partie de la population, avec respectivement 0,6%, 0,8% et 0,5%.

Cette tendance observée au niveau national se maintient également, quel que soit le milieu de résidence. En effet, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural, les limitations visuelles et motrices sont les formes de handicap les plus répandues.

En considérant le degré de difficulté selon le milieu de résidence et les domaines fonctionnels, on note une concentration de personnes en situation de handicap parmi celles ayant quelques difficultés. Sur les 5,9% de personnes souffrant d'un quelconque handicap au niveau national, 4,2% souffrent de la forme la plus modérée (quelques difficultés). Dans cette même dynamique, parmi les personnes en situation de handicap vivant en milieu urbain et en milieu rural, le premier niveau (quelques difficultés) sur l'échelle de gravité est le plus répandu avec respectivement 4,3% et 4,2%.

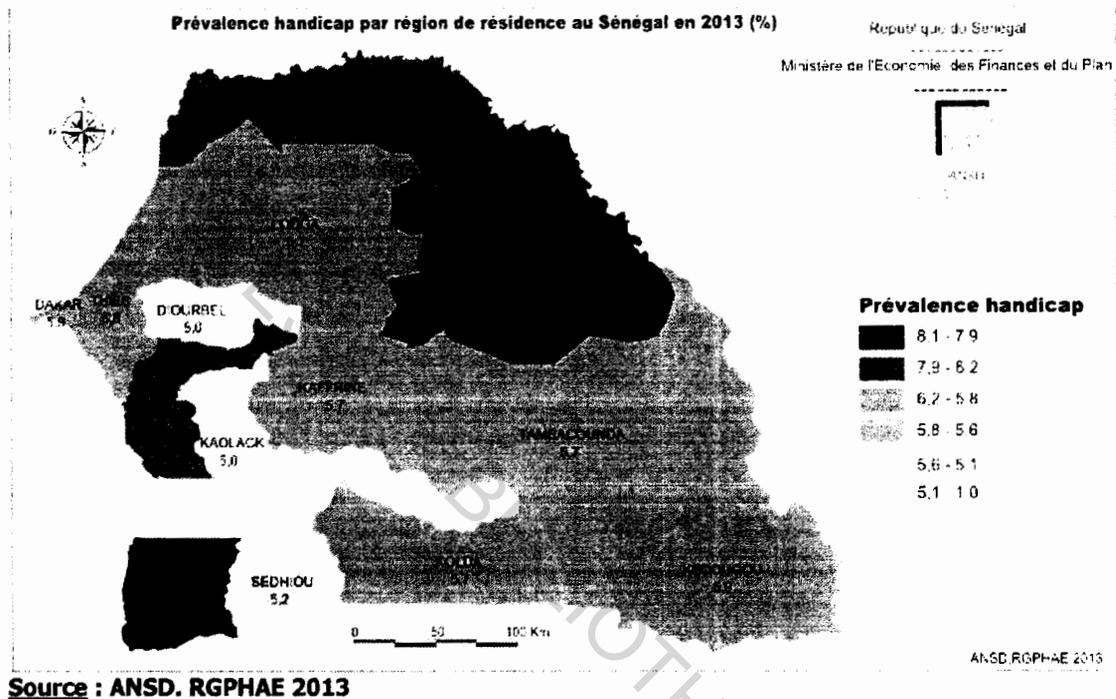
CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau VI : Prévalence du handicap (%) par domaine fonctionnel et degré de difficulté (RGPHAE, 2013).

Domaines fonctionnels	Degré de difficulté				Total
	Pas de difficulté	Quelques difficultés	Beaucoup de difficultés	Pas du tout de difficulté	
	Urbain				
Faculté visuelle	98,2	1,5	0,2	0,1	1,8
Faculté auditive	99,5	0,4	0,1	0,1	0,5
Mobilité	98,5	1,2	0,3	0,0	1,5
Mémoire	99,3	0,5	0,1	0,0	0,7
Prise en charge en soi	99,5	0,2	0,2	0,1	0,5
Communication	99,2	0,4	0,2	0,2	0,8
Total	94,2	4,3	1,1	0,5	5,8
	Rural				
Faculté visuelle	98,7	0,9	0,2	0,1	1,3
Faculté auditive	99,3	0,5	0,1	0,1	0,7
Mobilité	98,5	1,2	0,3	0,0	1,5
Mémoire	99,2	0,6	0,2	0,1	0,8
Prise en charge en soi	99,4	0,3	0,2	0,1	0,8
Communication	98,9	0,6	0,3	0,2	1,1
Total	94,0	4,2	1,2	0,6	6,0
	Ensemble				
Faculté visuelle	98,5	1,2	0,2	0,1	1,5
Faculté auditive	99,4	0,5	0,1	0,1	0,6
Mobilité	98,5	1,2	0,3	0,0	1,5
Mémoire	99,2	0,6	0,1	0,0	0,8
Prise en charge en soi	99,5	0,3	0,2	0,1	0,5
Communication	99,0	0,5	0,3	0,2	1,0
Total	94,1	4,2	1,2	0,5	5,9

- **PRÉVALENCE DU HANDICAP PAR RÉGION DE RÉSIDENCE**

L'analyse des différentes formes de limitations selon la résidence révèle l'existence de disparités régionales dans la prévalence du handicap. Dans l'ensemble, les régions de Ziguinchor et Matam enregistrent les taux de prévalence les plus élevés avec 8,1% de personnes en situation de handicap chacune. Les régions de Diourbel et Kaolack enregistrent les taux de prévalence les plus faibles avec 5% de personnes vivant avec un handicap.



Graphique 3 : Prévalence du handicap (%) selon la région de résidence.

- **PRÉVALENCE PAR RÉGION DE RÉSIDENCE ET LE TYPE DE HANDICAP**

Selon le type de handicap, on peut faire les observations suivantes :

- ↓ **Les personnes ayant des difficultés à voir**

Les régions de Dakar et de Ziguinchor enregistrent les taux de handicapés visuels les plus élevés, avec respectivement 2,1% et 2,6%. Les régions de Fatick, Saint Louis et Matam se situent à hauteur de la moyenne nationale avec des taux de prévalence variant entre 1,5% et 1,6%. Les taux les plus faibles sont observés dans les régions de Tambacounda (1%) et Kédougou (1%).

↓ **Les personnes ayant des difficultés à entendre**

Quelle que soit la région considérée, ces personnes représentent moins de 1% de la population de la localité. Globalement, les disparités régionales sont assez faibles en termes de prévalence du handicap auditif.

↓ **Les personnes ayant des difficultés à marcher**

Avec 2,2%, 2% et 1,9%, les régions de Matam, Saint Louis et Ziguinchor enregistrent les taux de prévalence du handicap moteur les plus élevés. Les taux de prévalence les plus faibles, sont quant à eux, constatés à Kolda, Sédhiou, Kédougou et Tambacounda, avec des niveaux variant entre 1,0% et 1,1%.

↓ **Les personnes ayant des difficultés à se souvenir**

Les difficultés à se souvenir ou à se concentrer se retrouvent davantage dans les régions de Ziguinchor et Matam, avec respectivement 1,3% et 1,1% de prévalence. Cette situation contraste avec celle des régions de Diourbel, Kaolack et Kédougou. Dans ces dernières, on observe, 0,6% de personnes ayant des difficultés à se concentrer.

↓ **Les personnes ayant des difficultés à prendre soin d'elles**

Tout comme le handicap auditif, les difficultés à prendre soin de soi sont assez rares, quelle que soit la région de résidence, puisqu'elles concernent moins de 1% de la population par région. Par ailleurs, il n'existe pas de différences significatives entre régions de résidence, les taux de prévalence variant entre 0,5% et 0,7%.

↓ **Les personnes ayant des difficultés à communiquer**

Les proportions les plus importantes de personnes souffrant de cette forme de handicap se retrouvent dans les régions de Kédougou (1,9%), Matam (1,6%) et Tambacounda (1,5 %). À l'opposé, les régions de Dakar et Kaolack se distinguent par les taux de prévalence les plus faibles, avec 0,7% chacune.

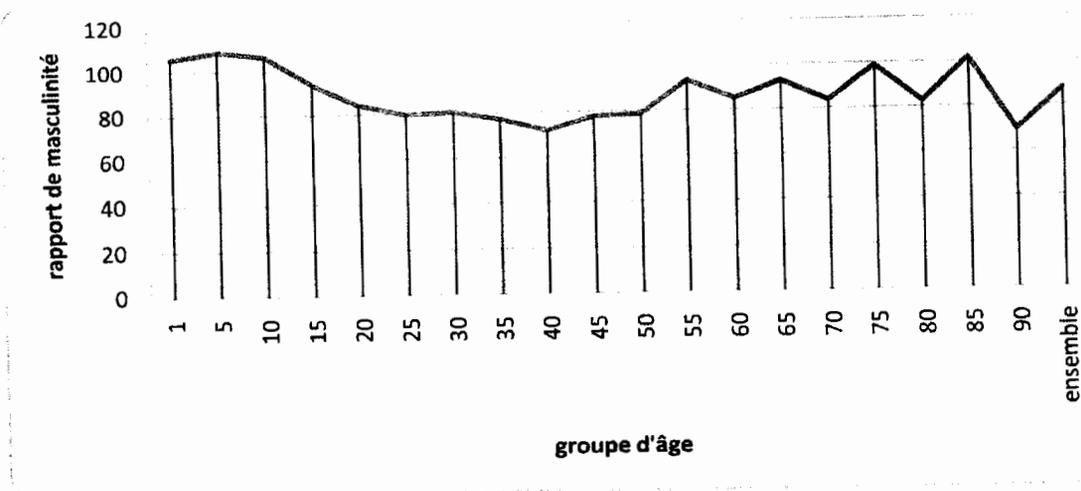
Tableau VII: Prévalence du handicap (%) par région de résidence selon le type de handicap (RGPHAE, 2013).

Région	Type De Handicap						Ensemble
	Difficultés A Voir	Difficultés A Entendre	Difficultés A Marcher	Difficultés A Se Souvenir	Difficultés A Prendre Soins De Soi Même	Difficulté A Communiquer	
DAKAR	2,5	0,5	1,5	0,7	0,5	0,7	5,9
ZIGUINCHOR	2,6	0,8	1,9	1,3	0,7	0,9	8,1
DIOURBEL	1,1	0,6	1,4	0,6	0,5	0,8	5,0
SAINT LOUIS	1,6	0,6	2,0	0,7	0,6	0,9	6,3
TAMBACOUDA	1,0	0,8	1,1	0,8	0,5	1,5	5,7
KAOLACK	1,2	0,6	1,4	0,6	0,5	0,7	5,0
THIES	1,4	0,6	1,4	0,8	0,6	1,0	5,8
LOUGA	1,2	0,7	1,5	0,7	0,5	1,1	5,7
FATICK	1,5	0,7	1,8	1,0	0,5	0,8	6,4
KOLDA	1,2	0,7	1,0	0,7	0,7	1,4	5,7
MATAM	1,6	0,9	2,2	1,1	0,7	1,6	8,1
KAFFRINE	1,2	0,8	1,5	1,0	0,4	0,8	5,7
KEDOUGOU	1,0	0,8	1,1	0,6	0,6	1,9	5,9
SEDHIOU	1,1	0,7	1,0	0,7	0,6	1,0	5,2
Ensemble	1,5	0,6	1,5	0,8	0,5	1,0	5,9

V. LES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

• STRUCTURE PAR ÂGE ET SEXE

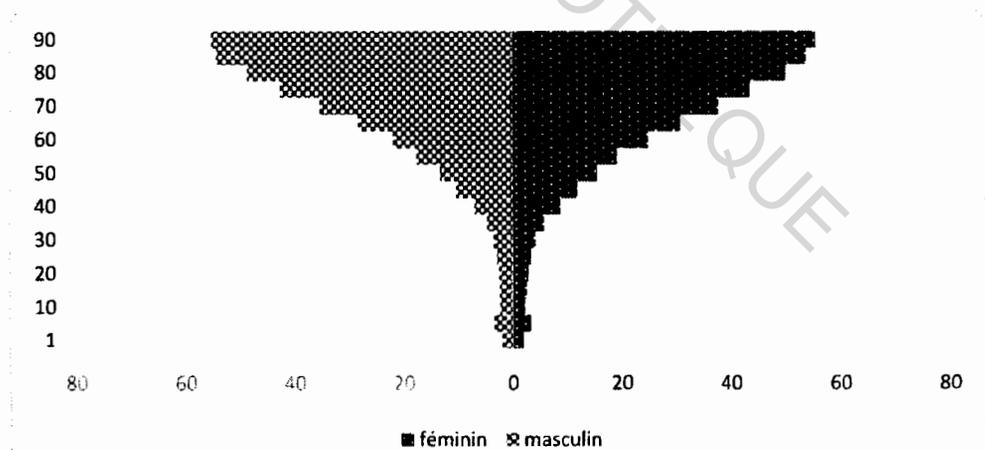
Le rapport global de masculinité montre que les personnes en situation de handicap sont majoritaires chez les femmes (Graphique 2). En effet, au niveau national, parmi la population des personnes en situation de handicap, on dénombre 88 hommes pour 100 femmes. De façon plus détaillée, on constate qu'entre 0 et 14 ans, les personnes vivant avec un handicap de sexe masculin sont plus nombreuses que celles de sexe féminin. Entre 16 et 55 ans, on observe une tendance inverse avec des effectifs de personnes en situation de handicap de sexe féminin plus importants que ceux de sexe masculin. Au-delà de 55 ans, le rapport de masculinité connaît des fluctuations, même si l'effectif des femmes reste toujours majoritaire.



Source : ANSD. RGPHAE 2013

Graphique 4 : Rapport de masculinité de personnes en situation de handicap par groupe d'âge

La pyramide des âges, à partir des taux de prévalence du handicap par groupes d'âge, se caractérise par une base rétrécie et un sommet élargi. En d'autres termes, le risque de se retrouver en situation de handicap augmente avec l'âge. Avant l'âge de 40 ans, les taux de prévalence du handicap sont relativement faibles, puisqu'ils se situent en deçà de 10%. Au-delà de 40 ans, cette prévalence augmente rapidement pour atteindre 50% à 90 ans.



Source : ANSD. RGPHAE 2013

Graphique 5 : Pyramide des âges des personnes vivant avec un handicap.

- **SITUATION MATRIMONIALE**

Dans l'ensemble, la prévalence du handicap est plus élevée chez les personnes veuves avec 30,5% de personnes atteintes de limitations. Les proportions les plus faibles se retrouvent chez les célibataires avec 3,0% de personnes en situation de handicap. Selon le sexe, on observe des tendances similaires avec 31,5% et 30,5% de veufs et de veuves en situation de handicap. Ces résultats devraient être analysés avec précaution. En effet, la structure des taux de prévalence du handicap exposée dans la pyramide ci-dessus a démontré une augmentation du risque avec l'âge. Vu le lien qui existe entre l'état matrimonial et l'âge (les célibataires sont majoritairement jeunes, les veufs/veuves sont majoritairement âgés), les résultats obtenus selon le statut matrimonial pourraient refléter, de façon indirecte, un effet de la structure par âge de la population avec un handicap.

Tableau VIII : Prévalence du handicap (%) par sexe selon l'état matrimonial

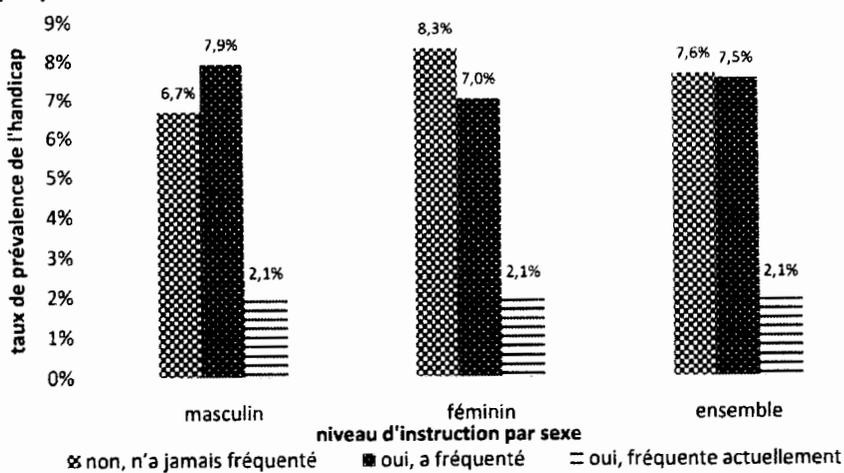
ÉTAT MATRIMONIALE	Prévalence du handicap		Ensemble
	Masculin	Féminin	
Monogame	9,8	7,1	8,5
Polygame	16,9	9,6	11,6
Célibataire	2,9	3,1	3,0
Veuf/Veuve	31,5	30,5	30,5
Divorcée	13,0	10,1	10,8
Union libre à (concubinage)	6,9	17,3	13,5
Séparé (é)	14,2	18,6	17,1

- **FRÉQUENTATION SCOLAIRE ET ALPHABÉTISATION**

- ✓ **FRÉQUENTATION SCOLAIRE**

En examinant le graphique ci-dessous, on se rend compte que la prévalence du handicap est plus élevée chez les personnes n'ayant jamais fréquenté l'école avec 7,6%. Cette même tendance s'observe chez les femmes où on dénombre 8,3% de personnes en situation de handicap parmi celles qui n'ont jamais fréquenté l'école, contre 2,1% chez celles qui fréquentent actuellement et 7% chez celles qui ont fréquenté.

Chez les hommes, la prévalence du handicap est plus élevée chez ceux qui ont déjà fréquenté l'école avec 7,9% contre 2,1% pour ceux qui fréquentent l'école au moment du recensement. En somme, quel que soit le sexe considéré, le pourcentage de personnes en situation de handicap est faible chez celles qui fréquentaient l'école au moment du recensement.

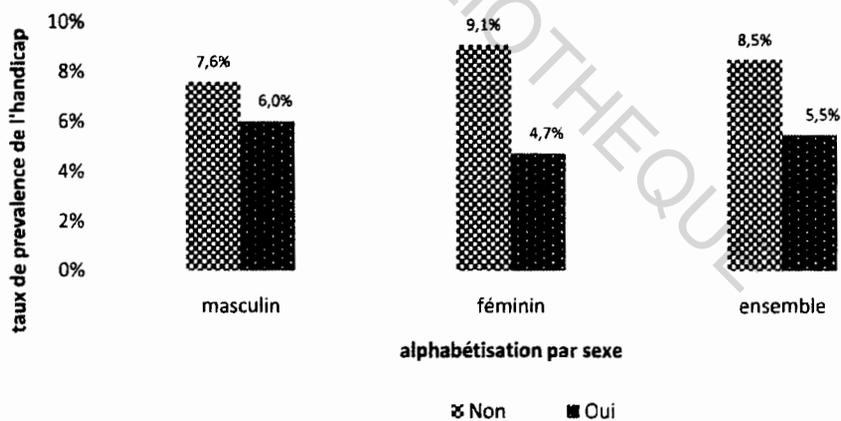


Source : ANSD. RGPHAE 2013

Graphique 6 : Prévalence du handicap par sexe selon la fréquentation scolaire

✓ ALPHABÉTISATION

Quel que soit le sexe, la prévalence du handicap est plus importante chez les personnes ne sachant ni lire ni écrire dans une langue quelconque. Dans l'ensemble, 8,5% des personnes non alphabétisées sont en situation de handicap, contre 5,5% chez les personnes alphabétisées. Ces disparités sont plus accentuées chez les personnes de sexe féminin avec une prévalence du handicap chez les alphabétisées de 4,7% contre 9,1% chez les analphabètes.



Source : ANSD. RGPHAE 2013

Graphique 7 : Prévalence du handicap par sexe selon l'alphabétisation

VI. LES CARACTÉRISTIQUES ÉCONOMIQUES

Le travail est un facteur d'intégration sociale pour l'individu en tant que membre de la société. C'est dans ce sens qu'il occupe une place de choix dans les programmes de lutte contre la pauvreté et l'exclusion des personnes en situation de handicap. Dans cette partie, ne seront traités que le statut d'occupation des individus âgés de 15 ans et plus et leur statut dans l'occupation.

• L'OCCUPATION

Les difficultés d'intégration des personnes en situation de handicap dans le monde du travail sont bien connues. Il est donc important d'analyser la relation entre le handicap et la situation par rapport à l'occupation.

Dans l'ensemble, la prévalence du handicap est plus élevée chez les personnes du troisième âge, les autres inactifs et les chômeurs ayant travaillé, avec respectivement 37,9%, 16,9% et 12,2%. À l'opposé, les proportions les plus faibles de personnes vivant avec un handicap se retrouvent chez les élèves et étudiants (2,3%), les occupés (6,8%) et les occupés au foyer (6,8%).

Cette tendance s'observe aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Les limitations visuelles, auditives, motrices et les difficultés à communiquer ou à se concentrer constituent donc des contraintes à l'intégration professionnelle des personnes en situation de handicap. En effet, étant donné leur parcours scolaire souvent difficile, ces personnes souffrent dans la plupart des cas d'un niveau de qualification inférieur à la moyenne. À cela, s'ajoute la propension des entreprises à ne pas recruter des personnes souffrant de quelques limitations.

Tableau IX : Prévalence du handicap (%) par sexe selon la situation par rapport à l'occupation

Situation par rapport à l'occupation	Prévalence handicap		Ensemble
	Masculin	Féminin	
Occupé	6,3	8,2	6,8
Chômeur ayant travaillé	12,1	12,8	12,2
À la recherche d'un premier emploi	7,5	5,9	6,6
Occupé foyer		6,8	6,8
Étudiant/ élève	2,1	2,6	2,3
Rentier	7,8	12,3	8,9
Retraite et personne du 3e âge	37,0	39,0	37,9
Autres inactifs	14,7	19,1	16,9

Le statut dans l'occupation permet de mieux appréhender l'emploi des personnes en situation de handicap.

- **LE STATUT DANS L'OCCUPATION**

La situation dans l'occupation concerne les personnes actives occupées ou chômeurs ayant déjà travaillé. Dans l'ensemble, la prévalence du handicap est plus élevée chez les autres actifs (8,7%) et les travailleurs indépendants (7,6%). À l'opposé, cette prévalence est plus faible chez les apprentis (2,7%) les aides familiaux (5,7%) et les salariés temporaires (5,5%). Selon le sexe, les taux de prévalence les plus élevés se retrouvent parmi les travailleurs indépendants pour les femmes (9,5%) et parmi les autres actifs pour les hommes (8,3%). La proportion des personnes en situation de handicap parmi les salariés temporaires ou les apprentis demeure relativement faible, quel que soit le sexe.

Tableau X : Prévalence du handicap (%) par sexe selon la situation dans l'occupation

Situation dans l'occupation	Masculin	Féminin	Ensemble
Travailleur indépendant	6,9	9,5	7,6
Employeur/Patron	5,7	6,5	5,8
Salarié (Employé permanent)	7,0	6,5	6,9
Salarié (Employé temporaire)	5,4	5,8	5,5
Apprenti	2,5	3,3	2,7
Aide Familial	4,8	7,3	5,7
Autres	8,3	9,3	8,7

Conclusion partielle : La prise en charge des personnes en situation de handicap occupe une place importante dans la politique gouvernementale. En témoigne la promulgation de la loi d'orientation en 2001.

Sur le plan des infrastructures et des structures devant prendre en charge les besoins du handicap nous avons noté un manque criant de centres capables d'apporter plus d'autonomisation aux personnes handicapées. En outre, le peu de structures publiques tout comme privées spécialistes du handicap et notamment les techniciens sont presque pour l'essentiel concentrées dans la région de Dakar.

Au Sénégal, la prévalence du handicap est de 5,9%, ce qui signifie que 59 sénégalais sur 1000 souffrent d'un handicap quelconque. Les individus de sexe féminin sont les plus concernés avec 87 hommes pour 100 femmes. Par ailleurs, la forme de handicap la plus répandue concerne les difficultés à marcher et à voir.

Sur le plan régional, ce sont les régions de Ziguinchor et Tambacounda qui enregistrent les plus grandes proportions, tous handicaps confondus.

L'analyse selon l'état matrimonial a mis en évidence une prévalence accrue chez les veuves à l'opposé des célibataires.

En définitive, l'analyse de la prévalence du handicap dans diverses catégories socio-professionnelles a permis de cerner les caractéristiques socio-économiques et culturelles de ce groupe vulnérable. Les informations issues de l'analyse de ses données relatives aux personnes vivant avec un handicap appellent à une attention particulière dans la prise en charge des questions liées à l'emploi, à l'éducation à l'alphabétisation des personnes handicapées.

TROISIÈME PARTIE :
PRÉSENTATION ET ANALYSE DES
RÉSULTATS/SUGGESTIONS ET
RECOMMANDATIONS

Comme précédemment indiqué dans la section méthodologie de l'étude, la démarche documentaire et celle des entretiens internes et externes, nous a permis d'aboutir à l'élaboration de notre questionnaire. Le questionnaire a été élaboré avec le logiciel Sphinx Plus. Ses principales thématiques sont les caractéristiques sociodémographiques de la clientèle, les prestations de services et les aides techniques qu'offre le CNAO, l'accueil qui y est réservé aux clients et la connaissance du centre par cette même clientèle. Après que respectivement le directeur de mémoire et les autorités de la structure d'accueil aient validé le questionnaire de notre étude, nous avons passé à l'étape de l'enquête sur le terrain. Avec une équipe de trois (3) personnes, nous avons administré le questionnaire à trois cents (300) clients du CNAO. L'enquête a commencé le 14 avril 2015 et a fini le 27 avril 2015. C'est ainsi, que nous avons recueilli les données et des suggestions, des recommandations de certains clients. Après cette phase de collecte des données, nous avons procédé au dépouillement puis aux traitements de ces dernières. Elles sont traitées avec le logiciel SPSS. Les résultats sont produits sous forme de tableaux et de diagrammes statistiques après l'organisation des données.

CHAPITRE I : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Dans ce chapitre, nous présenterons les résultats que nous avons obtenus après le dépouillement de notre questionnaire et puis nous les analyserons.

I - PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Au terme de l'analyse avec le logiciel SPSS de notre questionnaire portant sur l'évaluation de la satisfaction de la clientèle du CNAO, voici les résultats obtenus par rapport à la satisfaction et de la qualité des prestations de services, par rapport à l'accueil et à la connaissance de la structure vis-à-vis de la clientèle. Pour une meilleure lisibilité des objectifs de recherche, la présentation des résultats se fera en sous-section par questions d'étude.

I-1. Question d'étude 1 : les clients sont-ils satisfaits de l'accueil et du délai d'attente au CNAO?

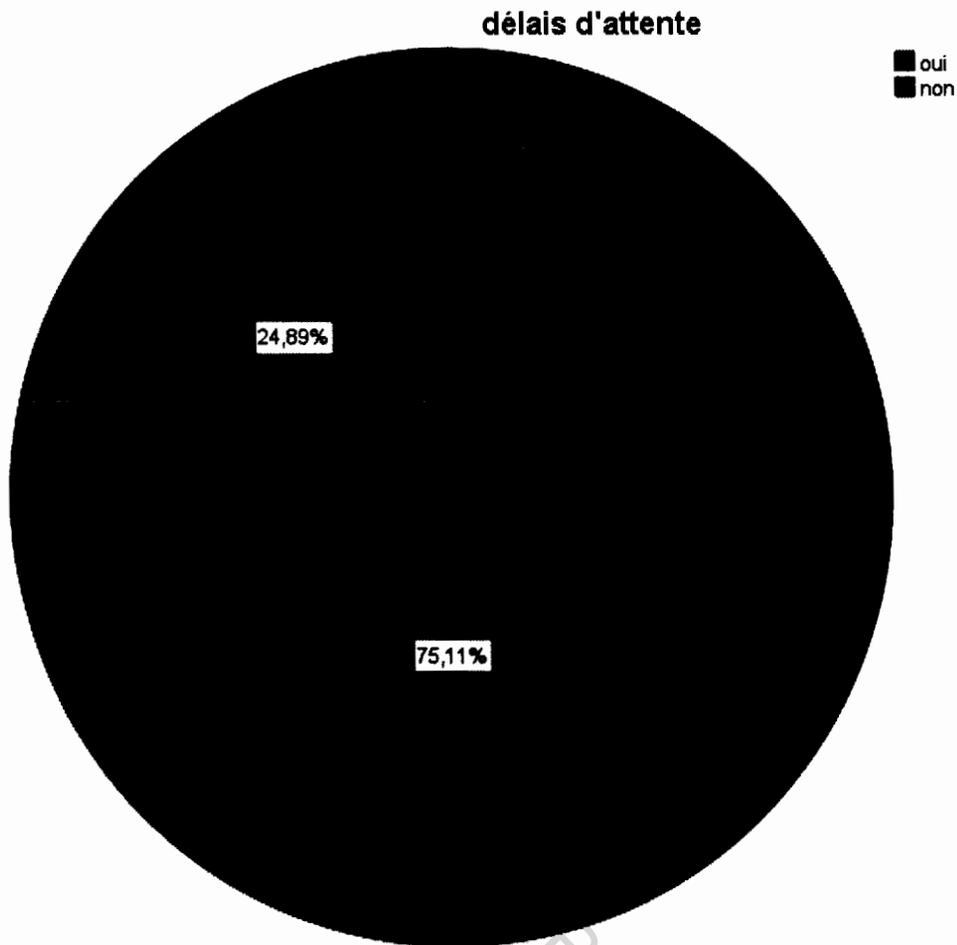
La variable accueil appliqué à l'ensemble des maillons du service d'accueil du CNAO, a une médiane de 4. Cette dernière traduit une appréciation satisfaisante de la clientèle, de l'accueil qui lui est réservé au service social, au service de son handicap, de l'accueil que lui a réservé le technicien en charge de son handicap, et du personnel administratif en général. Pour ce qui est des écarts-types de la variable accueil, on note qu'ils sont tous très faibles (0,56 pour l'agent de l'accueil ; 0,52 pour le service social ; 0,54 pour le service du handicap ; 0,52 pour le technicien du handicap et 0,57 pour le personnel administratif). Ceci implique que toutes les réponses sont peu dispersées autour de la moyenne quasi-identique. Quant aux moyennes de la variable accueil de l'échantillon, elles sont toutes aussi presque identiques. Cette moyenne quasi identique qui s'établit à 4 traduit aussi un accueil satisfaisant et totalement satisfaisant des clients à l'égard de tous les maillons de l'accueil. Cette bonne satisfaction de l'accueil de la part de la clientèle, est due entre autres le caractère accueillant du personnel, la propreté et la convivialité des salles d'attente et des services et du centre en général, la disponibilité du personnel.

Tableau XI : Analyse de la satisfaction par rapport à l'accueil

	SMEAN (accueil_agent)	SMEAN (accueil_service_s ocial)	SMEAN (accueil_service_h andicap)	SMEAN (accueil technicien_ handicap)	SMEAN (accueil_personnel administratif)
N Valide	231	231	231	231	231
N Manquante	0	0	0	0	0
Moyenne	4,2006	4,2324	4,2802	4,3715	4,2450
Médiane	4,0000	4,0000	4,0000	4,0000	4,0000
Mode	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Écart-type	,56707	,52075	,54003	,52847	,57765
Minimum	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Maximum	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00

Source : données enquête

Quant au délai d'attente, d'après ce graphique ci-dessous, 75,11% de la clientèle du CNAO approuvent le temps d'attente lors de leurs rendez-vous contre 24,89% de l'échantillon qui ne sont pas du tout satisfaits du délai de temps d'attente lors de leurs visites. Donc, il est nécessaire que le CNAO améliore le temps d'attente de sa clientèle lors des rendez-vous.



Graphique 8 question 32 : Satisfaction de la clientèle par rapport au délai d'attente.

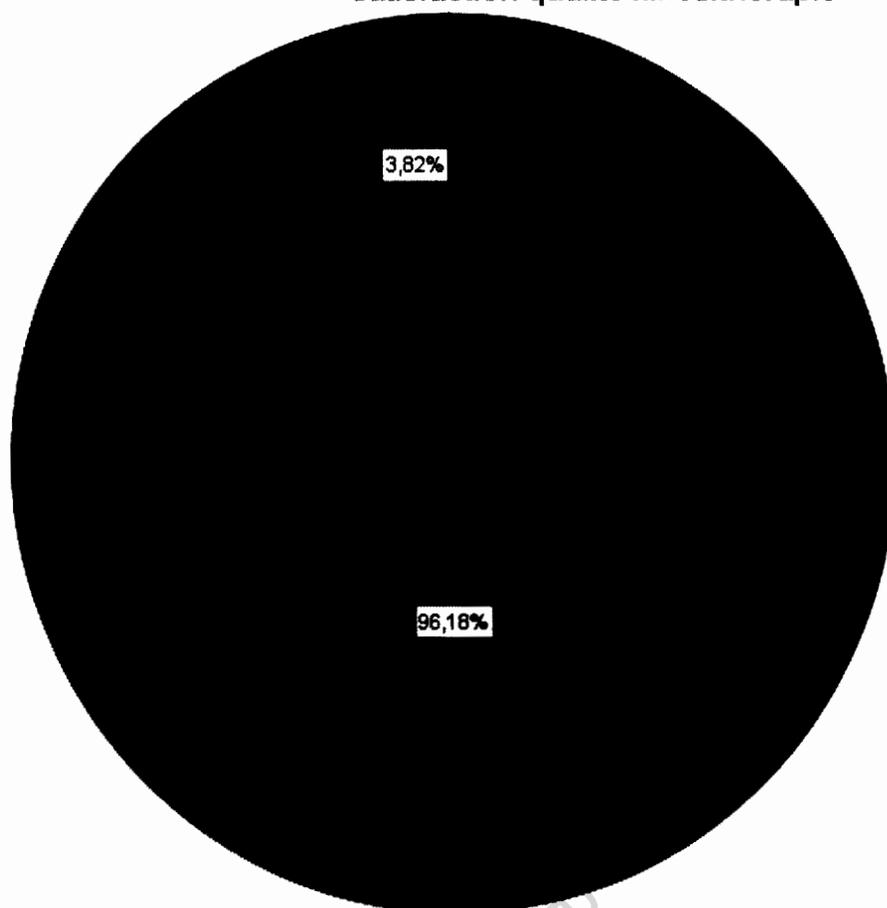
Source : données enquête

I .2 Question d'étude 2 : Les clients du CNAO sont-ils satisfaits des prestations et des aides techniques de la structure?

Selon le graphique, en termes de satisfaction qualité, la clientèle du service de la kinésithérapie est satisfaite à 96,18% des soins qui y sont prodigués contre 3,82% seulement qui sont insatisfaits. Cependant, il est nécessaire que le CNAO essaie de remédier à ces quelques soucis d'insatisfaction que représentent les 3,82%.

satisfaction qualité kinésithérapie

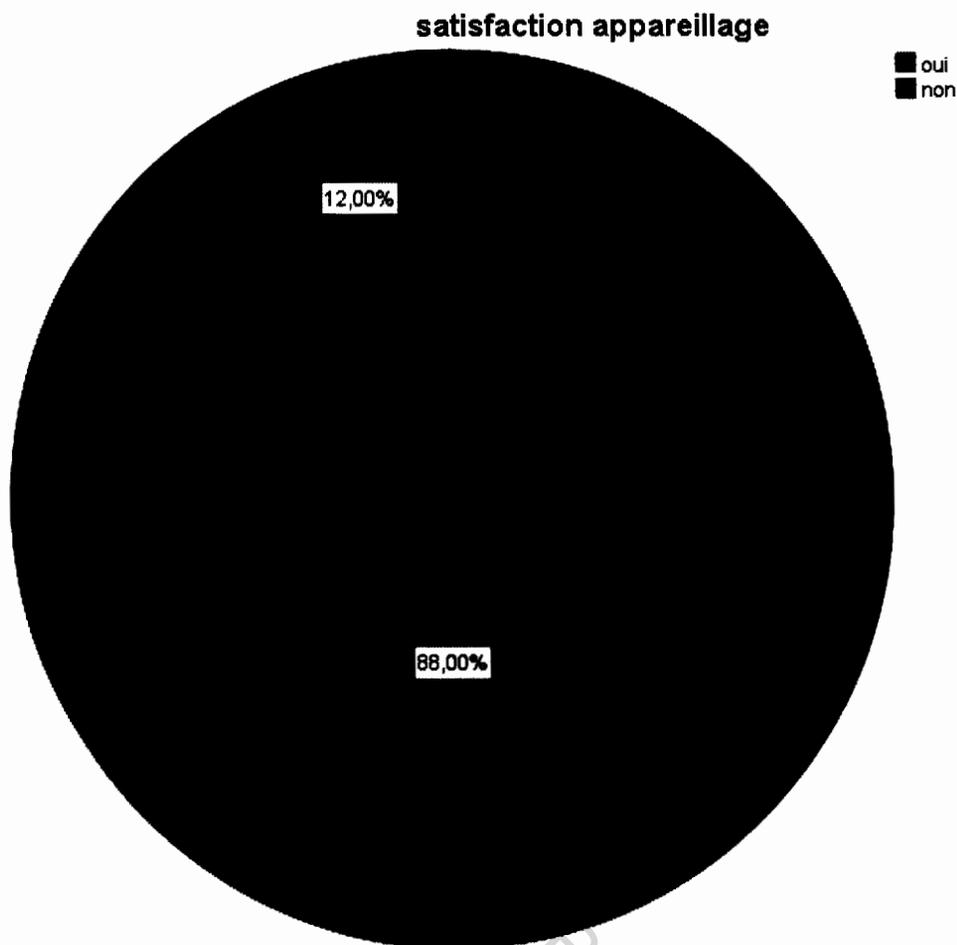
■ oui
■ non



Graphique 9 question 14 : Satisfaction de la clientèle par rapport au service de Kiné

Source : données enquêtes

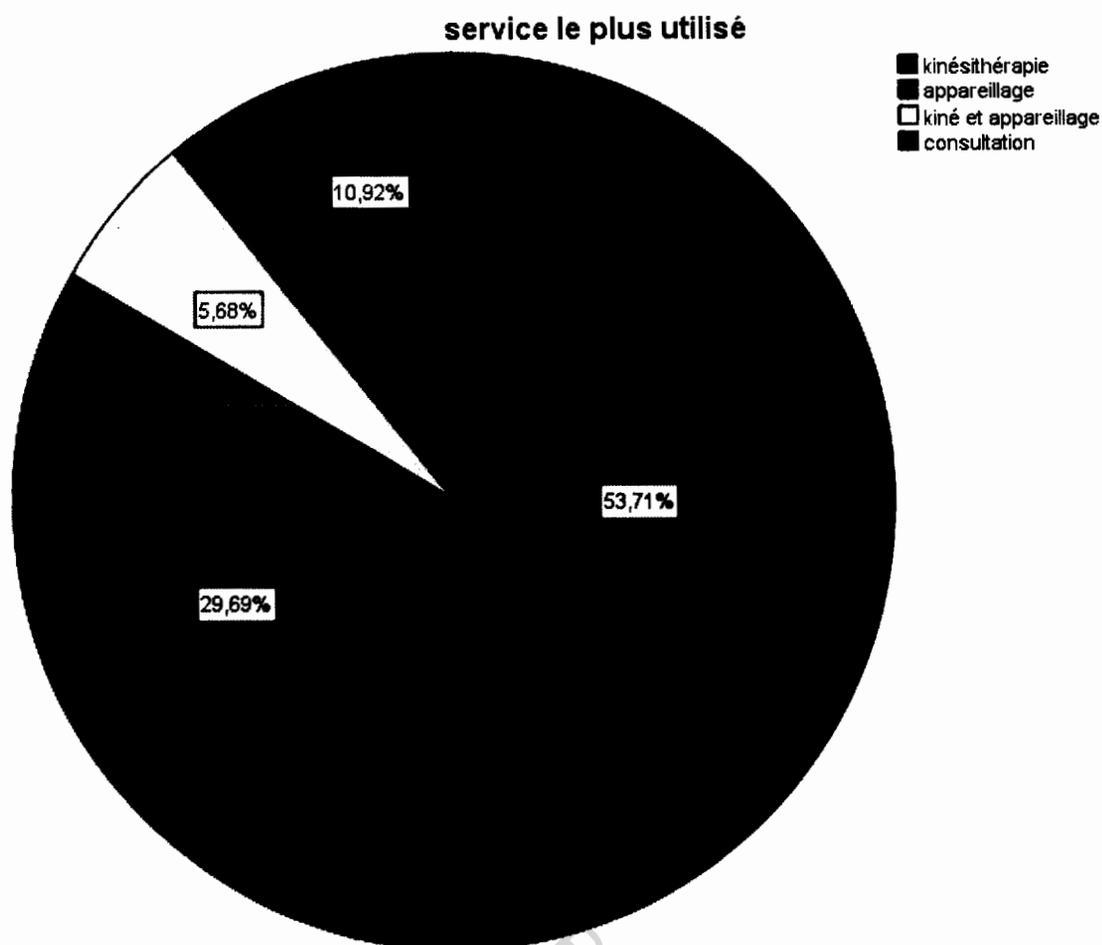
Selon ce graphique, le service appareillage est à 88,00% de satisfaction qualité de la part de la clientèle contre 12,00% qui ne sont pas satisfaits. Les clients justifient souvent ce niveau élevé de leur satisfaction par l'expertise en appareillage et réadaptation fonctionnelle. Il y a aussi la disponibilité de services performants en rééducation fonctionnelle, la qualité des prestations et le personnel accueillant et très disponible. Toutefois, il est indispensable que la structure du CNAO fasse des progrès pour permettre à ce service de mieux satisfaire sa clientèle.



Graphique 10 question 17 : Satisfaction de la clientèle par rapport au service d'appareillage

Source : données enquête

Le graphique suivant montre nettement que le service de la Kinésithérapie est le service le plus utilisé au CNAO avec 53,71% de la clientèle qui s'en sert. Ensuite l'Appareillage suit comme étant le deuxième service le plus sollicité du centre avec 29,69% des clients. Le service consultation arrive en troisième position avec 10,92% des patients interrogés. Et enfin, le binôme Kiné et appareillage ferme la marche avec 5,68% des enquêtés.

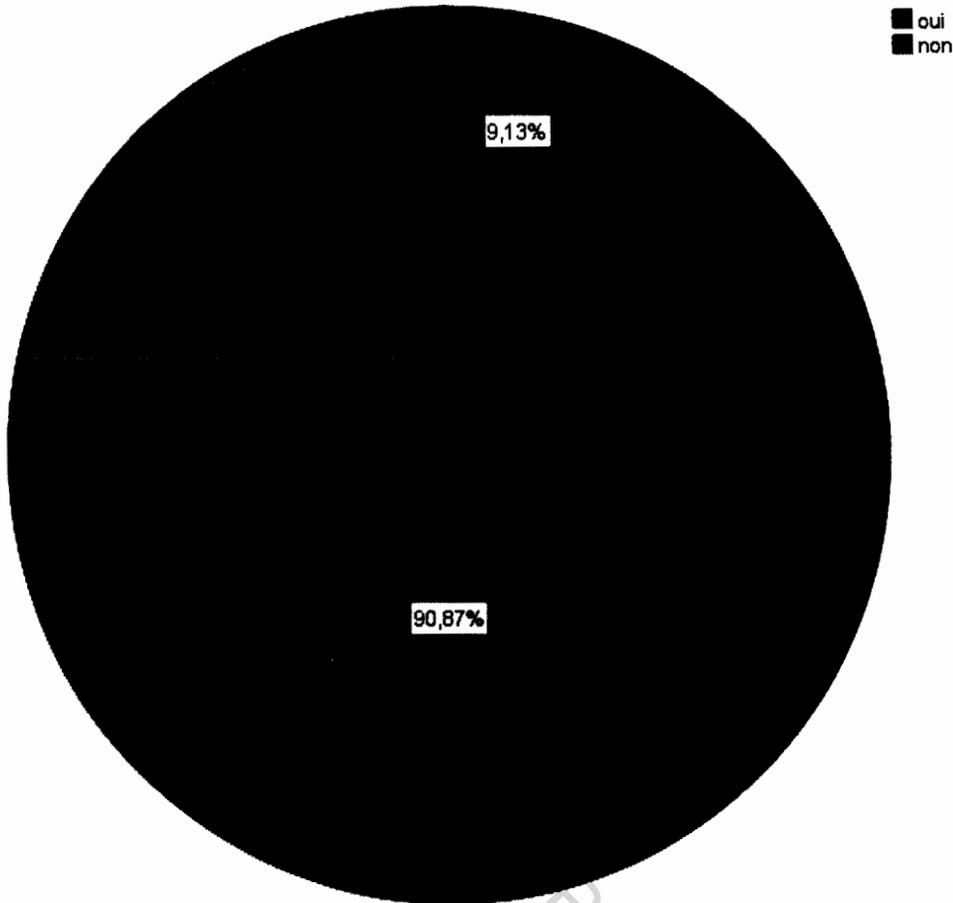


Graphique 11 : question 13 : Le service le plus utilisé par la clientèle

Source : données enquête

Selon le graphique, 90,87% de la clientèle du CNAO n'utilise pas les aides techniques fabriquées par la structure elle-même contre seulement 9,13% des patients qui s'en servent. A cet effet, il est urgent que le CNAO puisse trouver des solutions idoines afin de pouvoir remédier au manque à gagner que cette section des aides techniques fait subir à la structure.

utilisation de l'aide technique



Graphique 12 question 21 : Le taux d'utilisation des aides techniques par la clientèle

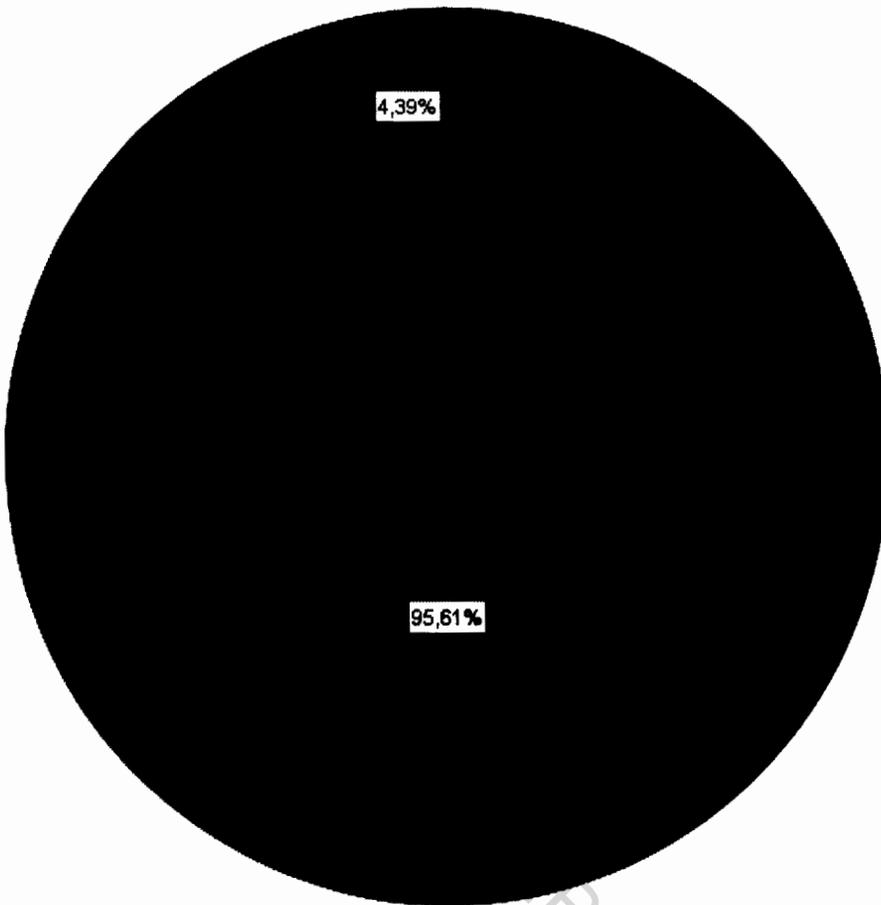
Source : données enquête

I.3. Question d'étude 3 : Existe-t-elle une culture de planning des rendez-vous au CNAO ?

Ce graphique montre que le CNAO a véritablement la culture du planning des rendez-vous dans la gestion de sa clientèle. En effet, l'analyse révèle que 95,61% de la clientèle viennent sur rendez-vous contre 4,39% seulement qui viennent sans avoir préalablement pris le rendez-vous.

rendez-vous

■ oui
■ non

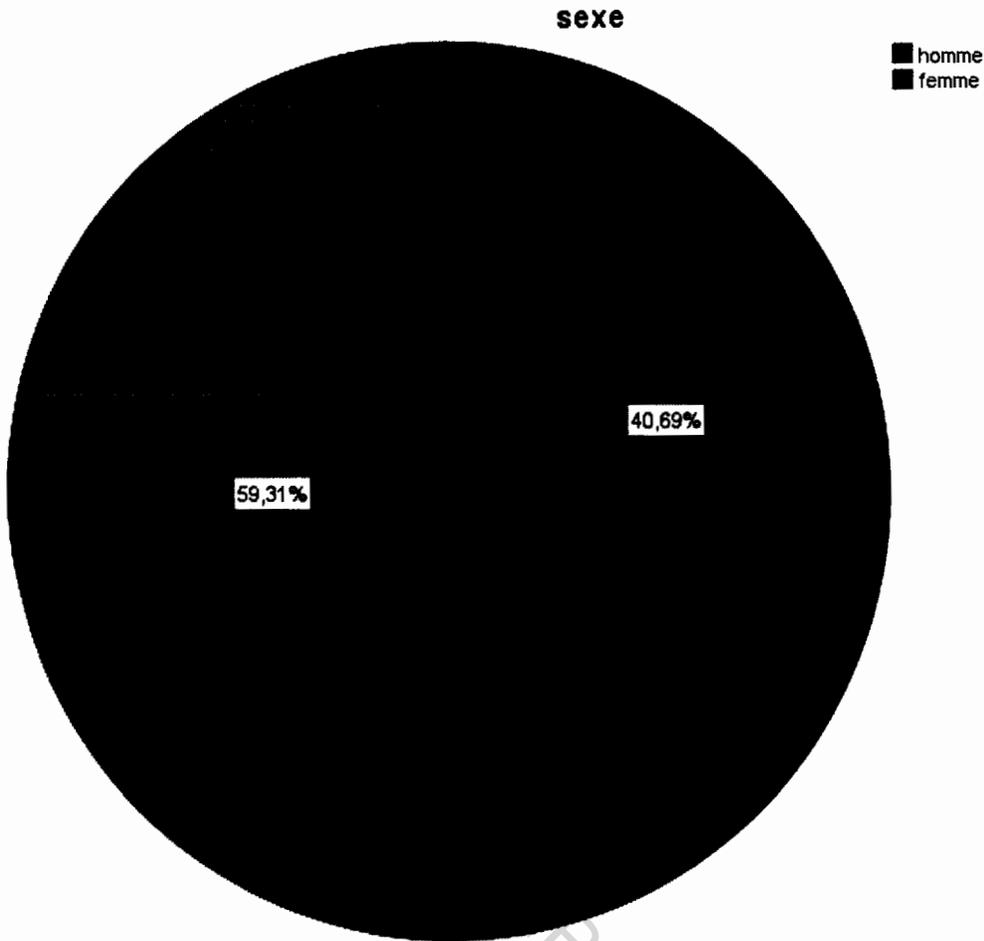


Graphique 13 question 10 : La culture de planning des rendez-vous de la clientèle

Source : données enquêtes

I.4. Question d'étude 4 : Que révèlent les caractéristiques sociodémographiques des clients du CNAO ?

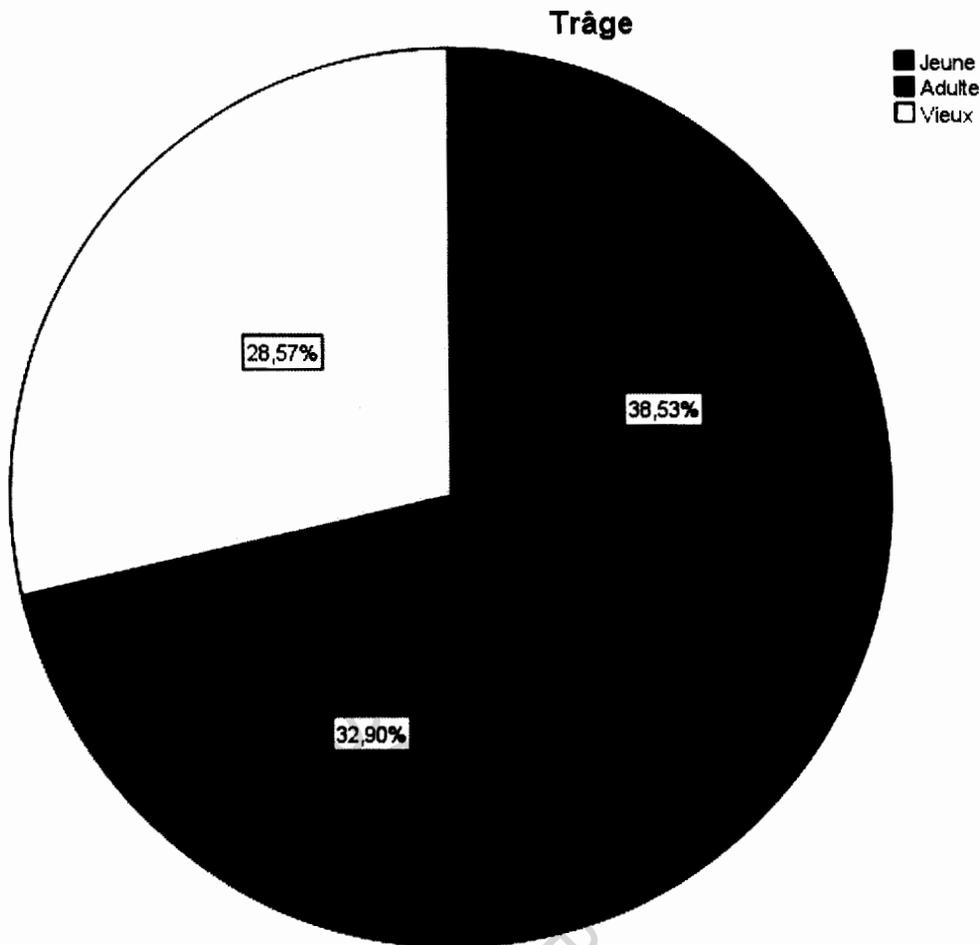
D'après ce graphique, ce sont les femmes qui sont les plus nombreuses à fréquenter le CNAO. Elles représentent 59,31% tandis que les hommes font 40,69% des enquêtés.



Graphique 14 question 1 : L'identité de la clientèle par rapport au genre

Source : données enquête

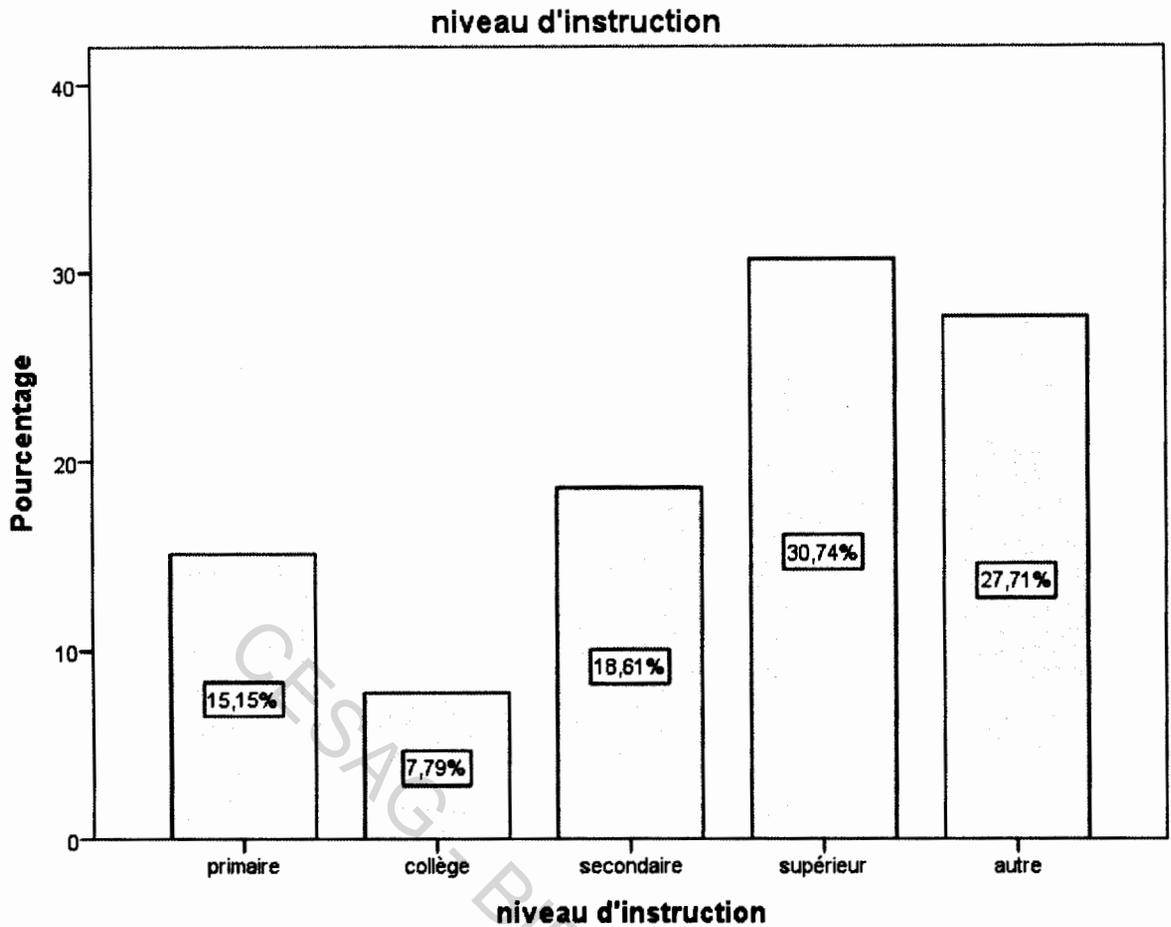
Selon ce graphique 38,53% de la clientèle du CNAO est constituée de jeunes. Ensuite, arrivent les adultes avec un taux de 32,90% de la clientèle de la structure et enfin, les personnes âgées qui font 28,57% de l'échantillon. En conclusion, plus de la moitié de la clientèle du CNAO soit 71,43% de l'échantillon (38,53% + 32,90) est en activité ou en âge d'activité contre 28,57% de clients âgés.



Graphique 15 question 2 : Les tranches d'âge de la clientèle.

Source : données enquête

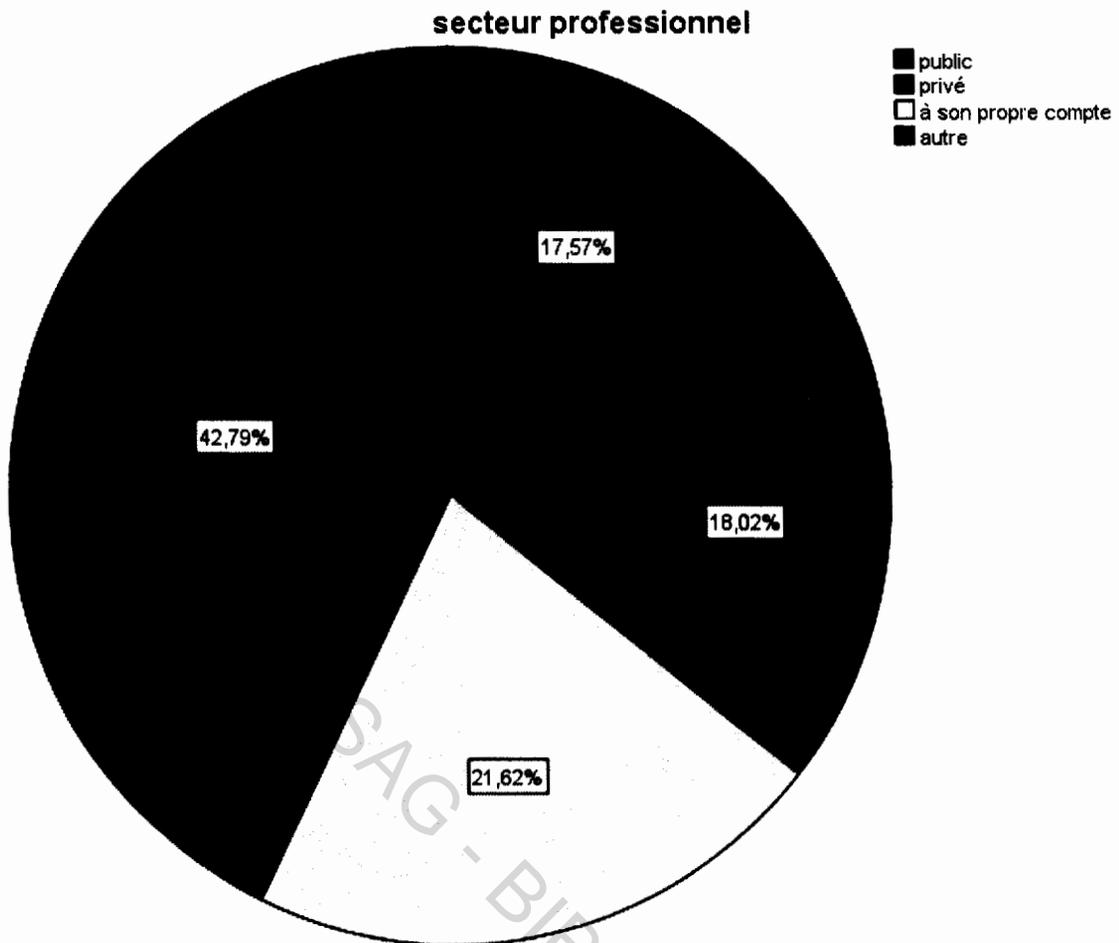
Selon ce graphique qui met en relief le niveau d'instruction de la clientèle du CNAO, 30,74% de la clientèle, ont un niveau d'instruction supérieure. Ensuite, il y a 27,71% de l'échantillon dont le niveau d'instruction est d'un tout autre type et ils sont pour l'essentiel constitués d'arabisants et d'analphabètes. Après, nous avons 18,61% de patients qui ont un niveau d'instruction secondaire. Puis, viennent ceux dont le niveau d'instruction est le primaire et ils représentent 15,15% de l'échantillon. Enfin de compte, les clients dont le niveau d'instruction est celui du collège. Ils représentent 7,79% de la totalité de la clientèle. En conclusion le CNAO est plus fréquenté par une clientèle majoritairement instruite avec 72,29% de l'échantillon (30,74%+18,61%+15,15%+7,79%) contre 27,71% d'un autre niveau.



Graphique 16 question 4 : Les niveaux d'instruction de la clientèle

Source : Données enquête

Ce graphique permet déjà de confirmer quelque chose que nous savions d'avance sur le CNAO, c'est-à-dire la grande partie de sa clientèle est constituée de personnes démunies ou en tout cas de très faibles revenus. En effet, l'analyse montre que 42,79% des patients relèvent d'un autre secteur professionnel ne les facilitant pas souvent à se prendre en charge correctement sans le soutien du service social du CNAO. Ils sont pour la plupart des handicapés dont l'inaptitude physique est incompatible avec le travail, des retraités, des ménagères, des élèves, des étudiants, quelques jeunes sportifs recommandés au centre bref des patients sans emplois. Ensuite, nous avons la partie de la clientèle travaillant à son propre compte avec 21,62% de notre échantillon. Puis arrivent les clients du secteur privée avec 18,02% de l'échantillon et enfin seulement 17,57% de la clientèle sont du service public. En conclusion, juste plus de la moitié de notre échantillon soit 57,21% (21,62% + 18,02% + 17,57%) a une activité professionnelle qui leur permet de s'offrir une prise charge acceptable contre 42,79% dont la majorité est composée de clients démunis.

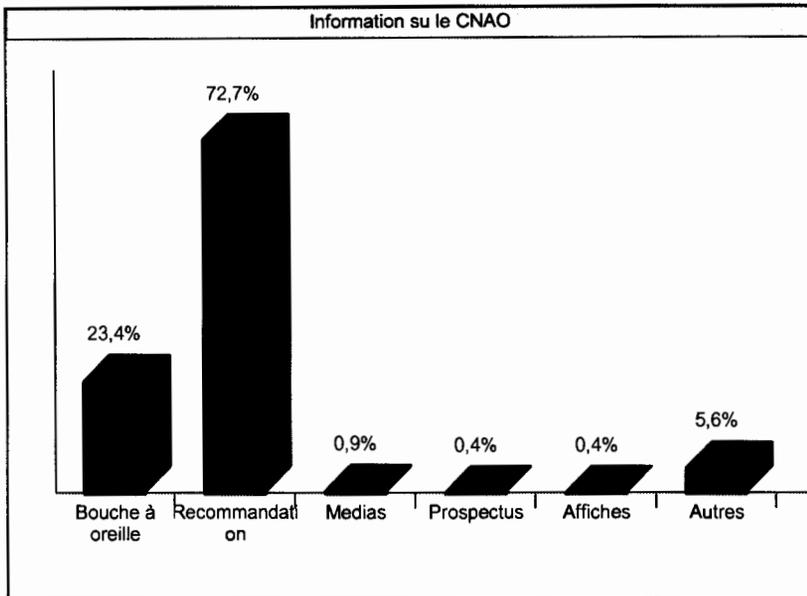


Graphique 17 question 6 : Les secteurs professionnels de la clientèle

Source : données enquête

I.5. Question d'étude 5 : Quels sont les moyens d'information des clients sur le CNAO et leurs critères de choix pour y venir ?

Selon le graphique, plus de la moitié des patients du CNAO viennent au centre par recommandation de leur médecin avec 72,7% de notre échantillon. L'autre moyen par lequel 23,4% la clientèle a pu faire la connaissance du centre est le bouche-à-oreille. En outre, il y a 5,6% des enquêtés qui ont eu été informés sur le CNAO par des moyens inhabituels qu'on qualifie d'autres. Il s'agit de patients qui sont nés dans la zone où est implanté le centre, de patients qui ont connu le centre tant qu'étudiant à l'UCAD qui se trouve juste à côté du CNAO, des patients ayant connu le centre lors d'une promenade dans la zone. Donc, il est nécessaire que le CNAO accroisse sa communication extérieure pour améliorer son déficit de visibilité notamment sur les médias et les autres canaux de la communication extérieure.

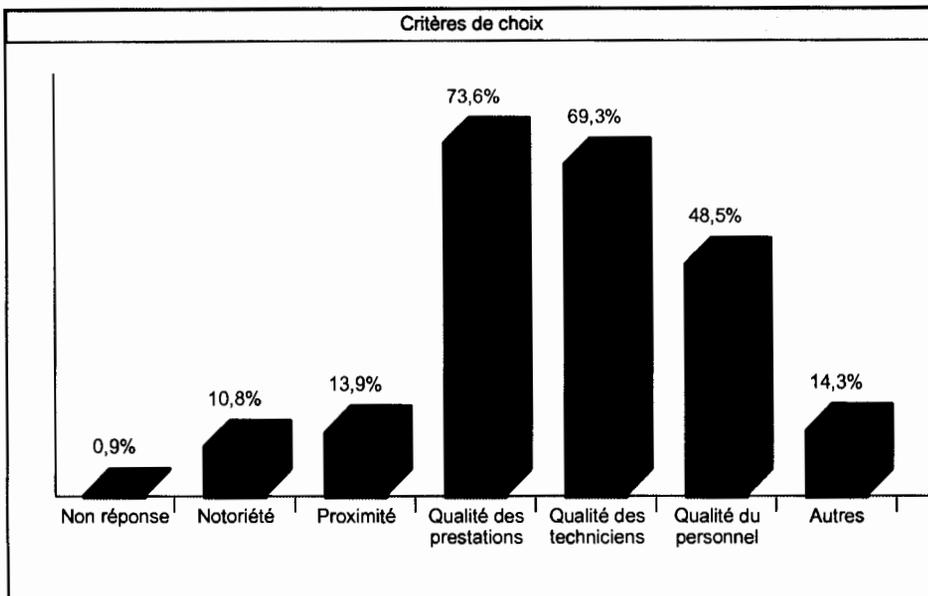


Graphique 18 question 34 : Les modes d'information de la clientèle sur la structure

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (3 maximum)

Source : données enquête

D'après ce graphique, plus de la moitié de la clientèle c'est-à-dire à 73,6% affirme d'avoir choisi de se faire consulter ou de faire recours aux services du CNAO en raison de la qualité des prestations et 69,3% des clients choisissent le CNAO pour la qualité des techniciens de service et 48,5% des patients pour la qualité du personnel. Ensuite, il y a 14,3% des patients incapables de se prononcer sur les critères de choix car étant recommandés par leurs médecins. Enfin il y a 13,9% de patients qui ont choisi de venir au CNAO juste à cause de la proximité du centre et 10,8% y viennent à cause de la notoriété de la structure. Donc, il est important que le CNAO puisse pérenniser certains critères de choix de sa clientèle et par ricochet l'estime de cette dernière.

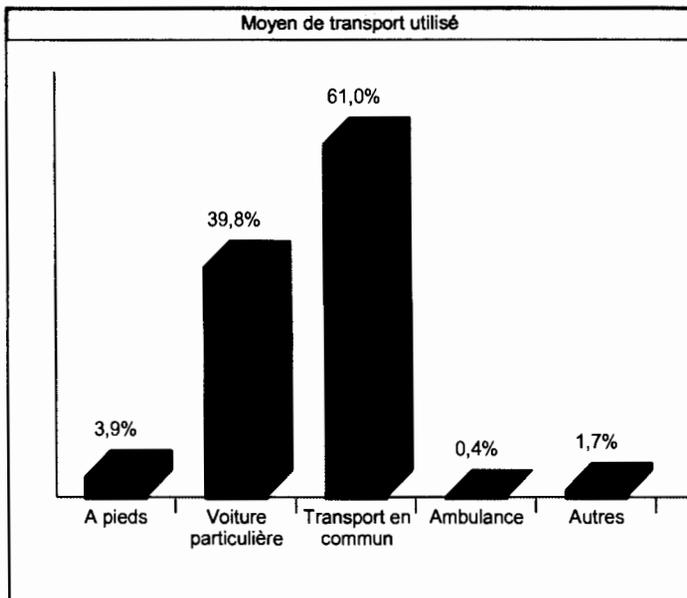


Graphique 19 question 36 : Les critères de choix de la clientèle

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (3 maximum)

Source : données enquête

Selon le graphique, 61,0% des clients prennent le transport en commun pour rallier le CNAO. Par contre 39,8% de la clientèle utilise une voiture particulière (leur propre voiture ou celle d'un membre de la famille ou celle de fonction). Toutefois, il est à souligner que bon nombre de patients enquêtés utilisent à la fois et de façon alternative deux types de moyens de transport différents par exemple le transport en commun et la voiture particulière et ce fait n'est malheureusement pas pris en compte par le logiciel SPSS dont on s'est servi pour notre analyse.

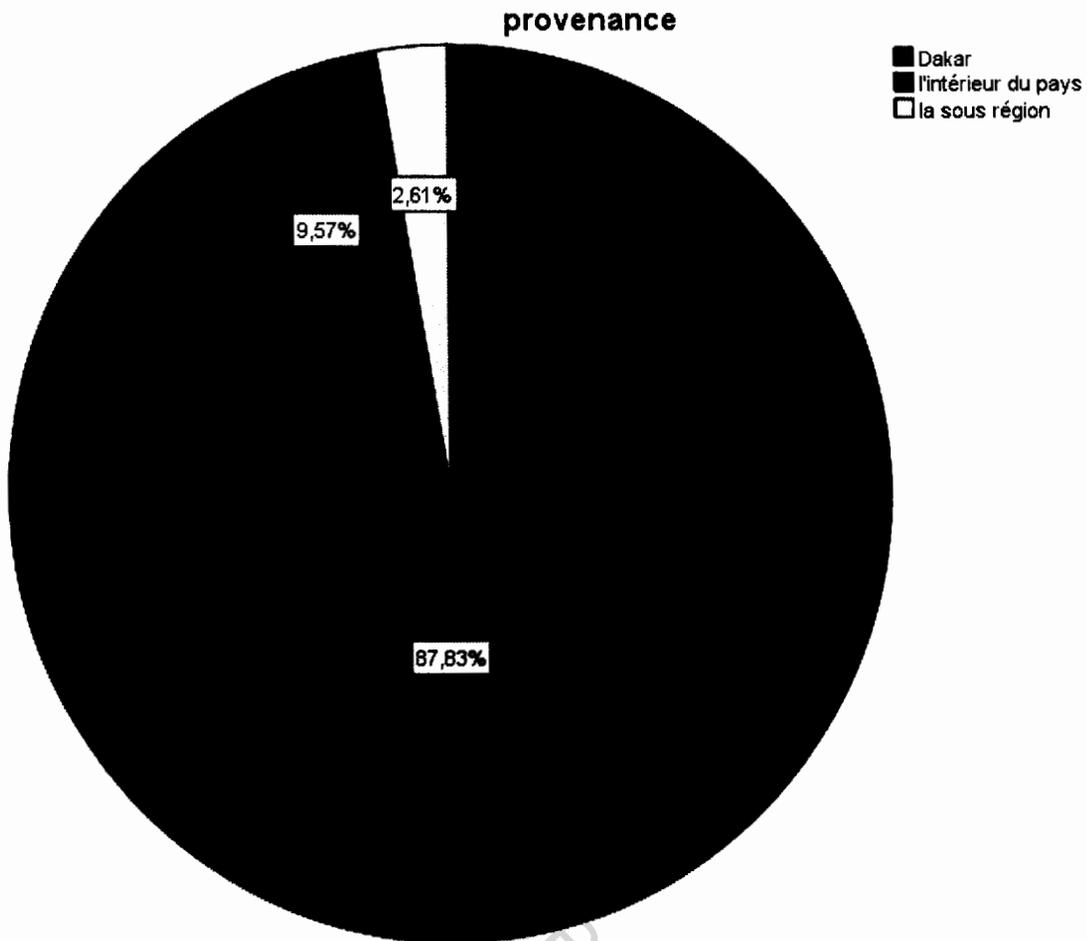


Graphique 20 question 38 : Les moyens de transport de la clientèle

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (3 maximum)

Source : données enquête

Ce présent graphique, montre que plus de la moitié des clients du CNAO c'est-à-dire 87,83% proviennent de la région de Dakar. Ensuite, il y a 9,57% des patients qui viennent de l'intérieur du pays et enfin 2,61% de patients questionnés sont de la sous-région principalement de la Mauritanie, de la République de Guinée, du Mali, etc....



Graphique 21 question 39 : La provenance de la clientèle

Source : données enquête

I.6 Question d'étude 6 : Au vu de l'affluence de la clientèle, de la population couverte et du champ d'action du CNAO, existe-t-il une corrélation entre le motif de visite et la provenance des clients ?

Dans ce test nous avons croisé les motifs de visite et la provenance de la clientèle de notre échantillon. Ainsi, nous notons que les clients venant de Dakar utilisent dans leur majorité, le service de kinésithérapie. On note aussi que les clients qui viennent de la sous-région, recourent davantage au service de kinésithérapie. Par contre, les clients qui arrivent de l'intérieur du pays font plus recours au service de l'appareillage.

Tableau XII : test entre le motif de visite et la provenance de la clientèle

Effectif					
Libellé		Provenance			Total
		Dakar	l'intérieur du pays	la sous-région	
service le plus utilisé	kinésithérapie	114	5	4	123
	appareillage	53	14	1	68
	kiné et appareillage	11	1	1	13
	consultation	22	2	0	24
Total		200	22	6	228

Source : données enquête

Le test est significatif avec une signification asymptotique $<0,05$; alors les faits observés dans l'échantillon sont généralisables à la population (Tests du Khi-deux)

Libellé	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	16,071	6	,013
Rapport de vraisemblance	15,377	6	,018
Association linéaire par linéaire	,272	1	,602
Nombre d'observations valides	228		

a. 6 cellules (50,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5.

L'effectif théorique minimum est de ,34.

Source : données enquête

Le Phi nous montre la force d'association entre les variables, c'est-à-dire à quel point elles sont liées une fois le test est significatif. Ici la corrélation est de 0,265 ce qui veut dire que l'origine des individus explique à 26,5% le type de service qu'ils utilisent.

Mesures symétriques			
Libellé		Valeur	Signification approximée
Nominal par Nominal	Phi	,265	,013
	V de Cramer	,188	,013
Nombre d'observations valides		228	

I.7 Question d'étude 7 : Les clients dont le handicap nécessite une prothèse du membre supérieur, souffrent-ils le plus de la cherté au service d'appareillage ?

Le croisement entre le type de handicap et le coût d'appareillage de notre échantillon, montre que les clients des prothèses du membre supérieur trouvent que le coût de leur prise en charge est très cher ; suivi de ceux des prothèses du membre inférieur. Ensuite suivent ceux de l'orthèse du membre inférieur et supérieur et enfin ceux de l'orthèse du tronc.

SMEAN (cout appareillage)

Libellé	N	Moyenne
prothèse du membre supérieur	18	4,0556
prothèse du membre inférieur	48	3,9962
orthèse du membre supérieur	5	3,6000
orthèse du membre inférieur	4	3,7039
orthèse du tronc	4	3,2500
Total	79	3,9320

Source : données enquête

Tableau XIII: test entre le type de handicap et le coût d'appareillage

ANOVA à 1 facteur					
SMEAN (cout appareillage)					
Libellé	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	3,092	4	,773	1,153	,339
Intra-groupes	49,611	74	,670		
Total	52,703	78			

Source : données enquête

La signification du test de l'échantillon est supérieure à 0,05 moyenne de référence ; alors ce que nous avons constaté ne peut pas être généralisable à toute la population. Ce qui veut dire le test n'est pas valide malgré qu'il reflète la réalité du terrain.

II- ANALYSE GLOBALE DE LA SATISFACTION

Au terme du traitement des données quantitatives collectées sur le terrain par le biais d'un questionnaire administré aux clients internes, nous pouvons affirmer de façon globale que la clientèle est véritablement satisfaite de l'accueil qui lui est réservé au CNAO et presque à tous les niveaux du circuit qu'elle emprunte. En effet, selon les moyennes statistiques en rapport à la satisfaction de l'accueil qui va de celui du dit service (secrétariat) à l'accueil de façon générale de la part du personnel administratif, la clientèle est soit satisfaite, soit totalement satisfaite selon notre échelle de mesure de la satisfaction.

Dans le même ordre d'idée, nous notons également la très forte satisfaction des clients pour la qualité des prestations pour les services de Kinésithérapie et d'appareillage. En outre, malgré qu'elle puisse paraître surprenante, nous notons globalement une nette satisfaction de la clientèle vis-à-vis du délai d'attente lors des rendez-vous. À cet effet, il est important de souligner l'attitude très conciliante, accommodante des clients et dans leur majorité envers les conditions d'accueil et de confort des salles d'attente du CNAO qu'ils qualifient modestement de meilleures par rapport à d'autres et en dépit des fortes affluences. Un autre motif de satisfaction exprimée par la clientèle et dont la structure peut en être fière. Il s'agit de la qualité de ses ressources humaines et de ses prestations de services qui justifient largement les critères de choix de la clientèle à vouloir recourir à ses services. De plus, à travers les fortes et constantes recommandations comme le révèle le graphique portant sur les modes ou moyens de connaissance du centre de la part de médecins et de nombreuses structures de santé qui préfèrent référer leurs clients au CNAO, constitue en soi une satisfaction indirecte.

Toutefois, il est important de souligner qu'il existe des soucis de satisfaction que la clientèle dans son entièreté aimerait voir résolu :

Le service de Kinésithérapie et de consultation. Il s'agit essentiellement de

- **La cherté des séances de kinésithérapie et des consultations :** Les clients dans leur majorité pensent que le coût de la séance de la kinésithérapie et celui de la consultation ne sont pas à leur portée. Ils aimeraient que le coût de la séance de Kinésithérapie surtout soit davantage réduit afin de permettre aux nombreux démunis de supporter leurs frais de traitement.
- **Le manque d'équipements et de cabines :** Le service de kinésithérapie est confronté à un manque criant de machines et de cabines qui est à l'origine d'une certaine frustration notamment la trop longue attente lors des rendez-vous et qui est difficilement supportable par les personnes âgées surtout. Ce manque de machines et de cabines réduit la performance du service en termes de qualité, d'efficacité, d'acquisition de nouvelles méthodes et d'ailleurs certains clients dénoncent la routine chez certains praticiens qui répètent les faits et gestes et malgré la cherté.
- **Le délai d'attente :** Le temps d'attente lors des rendez-vous pour les séances de kinésithérapie et de consultation constitue un véritable casse-tête pour la clientèle. Elle souffre de la longue attente lors de ses rendez-vous et certains vont jusqu'à dire que la durée d'attente est très souvent supérieure à celle de la séance de soins ou de traitement. Ceci s'explique par le manque de machines et de cabines et certains clients vont jusqu'à y voir une iniquité du fait qu'ils ne puissent pas s'expliquer que certaines de leurs séances soient beaucoup moins longues que celles d'autres clients. Donc il faut communiquer là-dessus.
- **L'inaccessibilité de la direction et du service de consultation :** Nous pensons qu'il est important que le CNAO corrige cette incohérence architecturale d'autant plus que sa clientèle est constituée de personnes à mobilité réduite en rendant complètement accessible la porte centrale de sa direction où se trouve le secrétariat d'accueil et de formalités administratives, le service de consultations et le service social. Les hautes marches doivent être enlevées et remplacées par des pentes susceptibles de permettre à la clientèle de s'y mouvoir correctement
- **L'exiguïté des salles d'attentes :** les salles d'attente de ces deux services qui connaissent très souvent une forte affluence sont trop restreintes pour accueillir correctement leur clientèle. Les clients s'y tiennent difficilement.
- **Inadaptation des chaises de toilettes pour certains handicaps :** Beaucoup de clients en l'occurrence les personnes handicapées aimeraient qu'il y ait des chaises de

toilettes plus adaptées à leurs handicaps. En somme des toilettes plus facilement utilisables par cette catégorie de la clientèle.

- **L'inexistence de fontaine dans la salle d'accueil** : Le manque d'eau est un réel problème pour les clients en général au CNAO. En effet, la clientèle de ce service est contrainte de sortir hors du centre pour chercher de l'eau et parfois très loin du moment qu'il n'existe presque pas de commerce au tour de l'établissement.
- **Rigidité des tables de kiné** : Il est nécessaire de revoir l'état des tables dans les cabines dans la mesure où certains clients affirment qu'elles sont rugueuses voire, fripées.
- **Le service d'appareillage** :
 - **La cherté des appareils** : Presque toute la clientèle de ce service affirme que le coût très élevé des appareillages constitue leur insatisfaction majeure.
 - **Le refus de la prise en charge** : Nous pensons que le CNAO doit soulager la partie de sa clientèle disposant de prise en charge en bonne et due forme en essayant de s'ouvrir à tous ses partenaires y compris l'État en tant qu'établissement de service public pour trouver des modalités de paie acceptables et surtout qui garantissent le recouvrement des fonds, la rentabilité, car il y va de la survie du service d'appareillage et du CNAO.
 - **Manque criant d'équipement et de personnel**: À l'instar du service de kiné, celui-ci est non seulement confronté à un manque flagrant d'équipement, des ateliers et un bâtiment très vétustes, mais également à un manque notoire de personnel. En effet, au moment de cette enquête un nombre important de techniciens de ce service et pas des moindres était à la retraite ou sur le point de partir. Donc un sérieux problème de relève s'est posé et donc il faut vite leur trouver des suppléants aussi compétents sinon les conséquences de la concurrence d'autres structures privées qui commencent à se développer à travers le pays et surtout à Dakar la capitale, risquent d'être fâcheuses à l'avenir pour le service d'appareillage du CNAO.
 - **Délai d'attente trop long** : Le délai d'attente y est également long et la clientèle qui vient de l'intérieur du pays s'en plaint beaucoup.
 - **L'éloignement et le non-respect des délais de livraison des appareils** : Beaucoup de clients enquêtés ne sont pas contents du non-respect des délais de livraison ou de leur éloignement dans le temps même si certains reconnaissent que ces soucis de retard sont indépendamment de la volonté des techniciens.
 - **Le manque d'eau potable** : Les patients ont du mal à trouver de l'eau potable

CHAPITRE 2 : SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS DE L'ÉTUDE

I LES SUGGESTIONS DE L'ÉTUDE

Les suggestions de l'étude s'articuleront autour de plusieurs axes :

I.1. AU PLAN ORGANISATIONNEL

Renforcer la communication externe pour donner plus de visibilité au CNAO pour permettre à la structure de mieux se faire connaître auprès du grand public. En effet, le CNAO souffre d'un déficit de visibilité notoire. Les résultats de l'enquête révèlent que 72,7% de la clientèle a connu la structure ou la fréquente suite à une recommandation de leurs médecins et 23,4% par le bouche-à-oreille. Quant à l'utilisation des médias et des autres supports de la communication externe par le CNAO, reste très faible pour une entreprise qui veut augmenter sa clientèle, avoir des prospects et continuer à demeurer comme la référence dans son domaine d'activité. Donc, il est nécessaire que la communication externe du CNAO se renforce sur les médias tels que la télévision, les affichages, les plaquettes, les spots, publicitaires, etc.

L'informatisation des services du CNAO permettrait un traitement plus rapide et plus moderne des dossiers de la clientèle. Par exemple avec l'informatisation, les services logés dans la direction de l'entreprise à savoir le secrétariat d'accueil, le service social et le service de consultation, non seulement connaîtront une meilleure interaction de leurs activités c'est-à-dire l'enregistrement, la consultation et l'orientation du client vers le service qui doit le prendre en charge mais éviteront surtout à la clientèle la très longue attente et l'exiguïté de la salle d'accueil. En outre, avec l'informatisation, le service social chargé entre autres de traiter les dossiers des clients démunis sollicitant une prise en charge sociale, gagnera du temps dans le traitement et le délai requis pour la réponse à leurs requêtes. Il pourra également permettre plus de transparence dans l'attribution de ces prises en charge et de leur accessibilité à tous leurs bénéficiaires.

Renforcer la communication interne de l'entreprise. En effet, une très bonne communication interne permet de transmettre l'information à tout le monde en même temps, mais surtout de favoriser un bon climat social au sein de l'entreprise. Elle permet de fédérer le personnel et les acteurs autour du projet ou l'orientation de l'entreprise afin que tous se l'approprient. Elle renforce la cohésion, le sentiment et la fierté d'appartenance au groupe. Une bonne communication interne stimule la motivation, développe l'enthousiasme et conduit à l'amélioration des performances de

l'organisation. Bref, elle impacte sur les employés qui ont une meilleure connaissance de la vision, des objectifs, des stratégies et une maîtrise des règles et procédures de l'entreprise. Elle permet de sécuriser l'entreprise en terme de gestion de l'information et de mieux prendre en charge la demande.

- Motiver davantage les employés de la structure pour favoriser le dévouement et la performance des services de la structure qui sont de plus en plus sollicités.
- Promouvoir davantage la collaboration entre le CNAO et les structures régionales d'appareillage et de réadaptation fonctionnelle. Le CNAO gagnerait plus en acceptant d'assumer entièrement son leadership reconnu et se positionner comme la structure fédératrice autour de laquelle toutes les autres structures travaillent pour une meilleure prise en charge de leurs clientèles. Le CNAO, en tant que structure de renom, d'expertise et de technicité avérées doit s'affirmer comme la locomotive de toutes les autres structures régionales publiques, capable de leur apporter son savoir-faire, ses techniques, ses connaissances, de les organiser au lieu que chaque structure ou section fonctionne de façon autonome sans collaboration ou d'échanges avec les autres. Et ceci aiderait les centres régionaux à sortir du manque d'intérêt, d'attention et de visibilité dont ils sont pour la plupart victimes dans les nombreux hôpitaux régionaux qui les hébergent.

I.2. AU PLAN DES RESSOURCES HUMAINES ET MATÉRIELLES

- Il est nécessaire de former ou recruter du personnel qualifié pour pallier le manque de personnel dans les services notamment pour celui de l'appareillage qui connaît un départ à la retraite de plusieurs de ses techniciens au moment de la rédaction de ce travail. Il y va de la survie de la structure. Et pour solutionner ce problème de manque de personnel qualifié et surtout celui de la formation de techniciens compétents au Sénégal, le CNAO avec toute son équipe, les associations de personnes handicapées, les organisations et partenaires doivent porter le plaidoyer auprès des autorités étatiques compétentes pour préserver la structure des lendemains incertains.
- Nouer des partenariats avec des centres occidentaux notamment européens, canadiens et américains qui détiennent l'expertise, la technologie et les nouvelles méthodes en matière d'appareillage et de kinésithérapie afin de bénéficier de leur savoir-faire ou même échanger pour un enrichissement mutuel.

- Faut créer les autres services manquants tels que l'ergothérapie, un service de brancardiers si la structure veut véritablement éviter qu'un jour les autres centres surtout les privés qui commencent à se développer lui ravissent la vedette.
- Davantage d'équipements performants ou plus modernes sont nécessaires au CNAO. En effet, l'insuffisance de matériel, la difficulté de renouvellements des équipements, les longues pannes de machines, doivent être solutionnées pour permettre à la structure de mieux répondre aux attentes d'une clientèle de plus en plus nombreuse.

I.3. AU PLAN DES RESSOURCES FINANCIÈRES

- Sensibiliser l'État sur la nécessité d'augmenter substantiellement la subvention annuelle qu'il accorde au CNAO et aussi convaincre les partenaires et organisations qui versent au centre une subvention régulière d'accroître leur aide afin de permettre à la structure de faire face à la forte affluence qui ne cesse de croître
- Trouver d'autres sources de financements à travers une diversification des partenariats avec les partenaires financiers, les ONG, les organisations caritatives locales et internationales, etc.

I.4. AU PLAN MARKETING COMMERCIAL

- Création d'un service commercial et marketing pour porter la communication de marketing et externe du CNAO pour une meilleure promotion, des prestations de services, des produits, des marques, de l'image et de la notoriété de la structure à travers des spots publicitaires à la télévision, à la radio et tout autre support susceptible de porter la vulgarisation des activités de façon générale.
- Donner plus de visibilité aux aides techniques auprès de sa clientèle qui pour la plupart ignore que le CNAO produit des aides techniques. Par exemple l'installation de supports tels que des panneaux publicitaires dans les salles d'attente des différents services, confection de dépliants, de flyers, de prospectus, promouvant les aides techniques et distribués à la clientèle lors des rendez-vous.
- Profiter des journées nationales et internationales dédiées aux personnes handicapées, parrainer les journées ou activités des associations phares des personnes en situation de handicap pour se faire connaître davantage auprès des membres des associations des personnes handicapées, pour donner de la visibilité

aux prestations de services, aux produits et notamment aux aides techniques fabriquées par le centre et qui souffrent d'un déficit de visibilité notoire.

- Améliorer davantage la qualité et particulièrement le côté esthétique des aides techniques pour susciter le consommateur local et pour pouvoir faire face à la concurrence des aides techniques importées et souvent plus raffinées.
- Baisser le prix de vente des aides techniques et des appareillages en essayant de réduire leur coût de production et d'acquisition des intrants nécessaires à la fabrication à leur fabrication.

I.5. AU PLAN SOCIAL

- Allouer le service social d'un budget beaucoup plus conséquent que ce qui se fait actuellement afin de lui permettre de faire face aux nombreuses sollicitations de prises en charge sociale et surtout d'assister davantage les très nombreux clients démunis qui l'assaillent. En effet, même les résultats de l'enquête basés sur le secteur d'activité des clients, révèlent que 42,79% de la clientèle est majoritairement composée de personnes nécessiteuses.
- Mettre en place et en collaboration avec le personnel des mécanismes et des initiatives capables d'apporter plus de ressources additionnelles au service social tel qu'un gala annuel, une journée ou une nuit du CNAO.

II LES RECOMMANDATIONS DE L'ÉTUDE

Les recommandations de l'étude s'articuleront essentiellement autour de points tels que :

II.1 LES RECOMMANDATIONS PAR RAPPORT AUX CONDITIONS D'ACCUEIL

L'accueil est d'une importance capitale dans la satisfaction de la clientèle d'une entreprise. Ainsi, sur ce plan et pour ce qui est du CNAO :

- Il est nécessaire d'ériger un véritable service d'accueil à la fois accessible et disponible pour faciliter l'orientation et l'information de la clientèle ;
- Remédier à la très longue attente lors des rendez-vous et des visites dans presque tous les services de la structure et l'exiguïté des salles d'attente de la structure ;
- Un agent dans les salles d'attente des services de consultation et de kinésithérapie pour gérer l'ordre, communiquer et informer en cas de besoin favorisera davantage la convivialité avec les clients ;

- L'aménagement d'une tente dans le couloir gauche de l'entrée principale du service de kinésithérapie avec les commodités possibles, permettra un agrandissement de la salle d'attente principale pour un mieux-être des patients et de leurs accompagnants lors des rendez-vous ;
- La réfection de certains services et même des bâtiments dont la vétusté est très flagrante est nécessaire (le plafond de la salle d'attente de la direction, les ateliers du service d'appareillage, etc.) pour garder le cadre toujours accueillant ;
- Installer des postes téléviseurs dans les salles d'attente notamment au service de Kinésithérapie qui connaît plus d'affluence afin de rendre l'attente souvent longue moins difficile à supporter par la clientèle ;
- Mettre à la disposition de la clientèle des services de kinésithérapie et d'appareillage des fontaines d'eau comme au niveau du service de consultation ;
- Autoriser l'implantation d'une cafétéria ou d'une buvette au sein ou aux alentours du CNAO sera peut-être la meilleure alternative pour permettre à la clientèle et au personnel de disposer de rafraîchissements, de café, d'eau, etc. ;
- Disposer plus de toilettes et de chaises adaptées aux différents types de handicaps des clients ;

II.2 LES RECOMMANDATIONS PAR RAPPORT AUX ACTIVITÉS DE LA STRUCTURE

Les recommandations liées aux activités du CNAO sont essentiellement relatives :

- À l'augmentation de cabines (service de kinésithérapie), d'équipements performants, modernes, d'un personnel qualifié en vue d'améliorer davantage la qualité des prestations et des soins, de relever le niveau d'activité de la structure, de ses recettes et de sa rentabilité. Ce qui précède semble également nécessaire pour satisfaire au mieux la clientèle et dans une perspective de fidélisation de cette dernière ;
- À continuer de proposer à la clientèle d'excellents services et produits qui répondent à leurs attentes à défaut d'avoir les meilleurs du marché ;
- Au renforcement et à la promotion de l'interdisciplinarité dans la prise en charge de la clientèle c'est-à-dire davantage de concertation, de complémentarité, de communication entre les praticiens et techniciens des services de kinésithérapie et d'appareillage pour une atteinte plus probante des objectifs de la réadaptation fonctionnelle ;

- À l'utilisation impérative des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTICS). Le CNAO doit disposer d'un site internet accessible régulièrement mis à jour pour non seulement, se faire connaître mais aussi pour promouvoir ses activités, son image, ses marques, pour atteindre des cibles plus éloignées, de potentiels clients au-delà du territoire national ;
- À plus de recrutement de personnel qualifié et moins de contractualisation pour assurer la régularité, la continuité des traitements et soins ;
- Au respect scrupuleux des délais de livraison des commandes d'appareillages et des délais de rendez-vous ;
- À plus de campagnes de communication externe et de marketing pour mieux faire connaître la structure et ses activités auprès de l'opinion publique. En effet, les résultats de l'enquête prouvent à suffisance que très peu de clients ont fait la connaissance du CNAO à travers les médias tels que la télévision, la radio ;
- À la formation continue du personnel, pour renforcer le professionnalisme, et le leadership de la structure en matière de réadaptation fonctionnelle et d'appareillage ;
- À la motivation et au dynamisme de l'ensemble du personnel ;
- À une gestion professionnelle des plaintes et des réclamations de certains clients en essayant de porter l'attention requise à leurs plaintes aussi insignifiantes soient-elles, car un client mécontent parle plus vite de sa mésaventure qu'un client satisfait ;
- À la mise en place de boîtes de suggestions à la disposition de la clientèle et même du personnel ;
- Au respect scrupuleux du règlement intérieur et des règles de procédures par le personnel il y va des intérêts du centre ;
- À la souplesse dans l'application des règles de procédures par rapport aux commandes d'appareillage, d'aides techniques, de traitements en fonction des rapports qu'entretient le client avec la structure pour bénéficier de certaines facilités notamment le délai et le mode de paiement ;
- À l'annualité des campagnes régionales d'assistance aux personnes handicapées de l'intérieur du pays et à plus d'envergure dans la supervision technique des activités des unités régionales de réadaptation fonctionnelle et d'appareillage ;
- La mise en place d'une stratégie marketing de fidélisation de la clientèle.

II.3 VÉRIFICATION DES QUESTIONS D'ÉTUDE

Au terme de la présentation, de l'interprétation et de l'analyse globale des résultats de notre questionnaire, nous passons à la phase de la vérification des questions d'étude pour confirmer ou pour infirmer ces dernières. Rappelons les questions d'étude:

- 1/ Les clients sont-ils satisfaits de l'accueil et du délai d'attente au CNAO ?
- 2/ Les clients sont-ils satisfaits des prestations de services et des aides techniques du CNAO ?
- 3/ Existe-t-il une culture du planning des rendez-vous des clients au CNAO ?
- 4/ Que peut-on retenir d'essentiel des caractéristiques sociodémographiques des clients du CNAO ?
- 5/ Quels sont les principaux supports d'information des clients sur le CNAO et critères de choix pour y venir ?
- 6/ Au vu de l'affluence de la clientèle, de la population couverte et du champ d'action du CNAO, existe-t-il une corrélation entre les motifs de visite et la provenance des clients ?
- 7/ Les clients dont le handicap nécessite une prothèse du membre supérieur, souffrent-ils le plus de la prise en charge au CNAO ?

Pour ce qui concerne la première question d'étude, nous pouvons affirmer que les clients sont majoritairement satisfaits de l'accueil qui leur est réservé au CNAO et particulièrement dans les différents services de la structure. En effet, selon les résultats statistiques la clientèle est soit satisfaite soit totalement satisfaite de l'accueil qui lui est réservé chez l'agent préposé à l'accueil (secrétariat et vigile), au service social, au service qui s'occupe de son traitement ou de son appareillage. Nous avons également noté le même niveau de satisfaction de l'accueil de la clientèle à l'égard du praticien ou technicien qui lui est affecté et envers le personnel administratif de la structure de façon générale. Cette haute satisfaction de l'accueil au CNAO est principalement due à la disponibilité, à la courtoisie, à la gentillesse, au respect et à la marque d'attention du personnel que la plupart des clients ont mentionnés et à la convivialité notée au sein de la structure.

Nous pouvons confirmer que malgré que les clients le citent parmi les points à améliorer, le délai d'attente satisfait à plus de la moitié de la clientèle du CNAO. En effet, aussi inattendue soit-elle, la satisfaction par rapport à l'attente lors des rendez-vous et des visites est forte (75,11%). Toutefois, nous devons souligner, la patience et la compréhension de la clientèle à

supporter ce délai d'attente. En, outre il faut noter la bonne proportion de manque de satisfaction de 24,89% qu'il faut essayer de remédier à tout prix.

Quant à la deuxième question d'étude, elle est également confirmée dans la mesure où plus de la moitié des clients s'estiment être satisfaits de la qualité des services et soins qui leur sont proposés. En effet, au service de kinésithérapie 96,18% de la clientèle est satisfaite des prestations de services et quant au service d'appareillage 88,00% des clients trouvent satisfaisant le travail des techniciens. Les clients dans leur majorité apprécient les techniciens qu'ils trouvent qualifiés, compétents, disponibles, sociables et très compréhensifs à leur égard. Dans le même ordre d'idées, notons que le service de kinésithérapie est le service le plus utilisé au CNAO avec plus de la moitié des clients (53,71%). Toutefois, notons qu'au niveau du service d'appareillage, il y'a la division des aides techniques qui dénature cette importante satisfaction de la part des clients. En effet, il y a soit une sorte de manque de satisfaction vis-à-vis des aides techniques, soit il ya une méconnaissance réelle de la part des clients, de l'existence d'aides techniques fabriquées par la structure elle-même. Il y'a 90,87% des clients qui n'utilisent pas les aides techniques du CNAO contre 9,13% qui s'en servent. Donc, un véritable manque à gagner pour la structure.

À la troisième question d'étude, nous pouvons également confirmer que le CNAO a une véritable culture du planning des rendez-vous de ses clients. Ainsi, la quasi-totalité des clients y vient par rendez-vous (96,61%) contre une infime partie (4,39%) qui généralement viennent pour des besoins tels que des embouts, des papiers administratifs, etc.

Quant à la quatrième question d'étude, retenons d'abord pour ce qui se rapporte à l'identité genre des clients, qu'il y a plus de femmes que d'hommes qui se consultent au CNAO. Ensuite, pour ce qui est de la tranche d'âge des clients, notons que plus de la moitié des clients du CNAO, soit 71,43% de l'échantillon sont en activité ou en âge d'activité contre 28,57% de clients âgés. En outre, le CNAO est plus fréquenté par une clientèle majoritairement instruite c'est-à-dire 72,29% de l'échantillon contre 27,71% de clients d'un tout autre niveau. Quant au secteur professionnel, notons qu'il y a juste plus de la moitié de notre échantillon (57,21%) qui a une activité professionnelle qui lui permet de s'offrir une prise en charge acceptable contre 42,79% de clients dont la majorité est composée de clients démunis.

À la cinquième question d'étude, retenons qu'il y'a deux principaux modes d'information dont les clients disposent pour prendre contact avec le CNAO. Ainsi, la plus grande majorité des clients (72,7%) viennent à la structure suite à une recommandation d'un médecin ou sont

référés par une structure de santé. Quant au deuxième principal mode d'information, il s'agit des clients qui s'y rendent grâce au support de communication de bouche à oreille (23,4%).

Par rapport aux principaux critères de choix, il s'avère que les clients choisissent de venir au CNAO à cause essentiellement de la qualité des services, des techniciens et du personnel de la structure. Ensuite, notons que la plupart des clients rallient généralement le centre par un moyen de transport en commun tandis qu'une bonne autre partie utilise une voiture particulière.

Pour ce qui est de la sixième question d'étude, malgré la très faible signification, nous pouvons également affirmer que la plupart des clients venant de Dakar font plus recours au service de kinésithérapie tandis que ceux qui viennent de l'intérieur du pays sollicitent plus le service de l'appareillage selon notre échantillon. Cependant même si ce que nous avons constaté est généralisable à la population, soulignons la très faible corrélation.

À la septième question d'étude même s'il est difficile de généraliser à toute la population de l'échantillon ce que nous avons constaté, nous notons une forte perception de la cherté de la prise en charge chez les clients victimes d'une amputation des membres supérieurs et inférieurs au niveau du service d'appareillage.

Conclusion partielle : les résultats de l'enquête sont globalement favorables à notre organisation d'accueil qu'est le CNAO. L'évaluation de la qualité des services montre nettement que l'organisation est tout à fait au fait de l'importance que revêt la satisfaction de la clientèle dans un environnement de plus en plus concurrentiel qu'est le milieu sanitaire. Toutefois, la perfection n'étant jamais atteinte, cette dynamique doit être non seulement maintenue, mais renforcée pour que le CNAO garde toujours son leadership dans ce domaine au Sénégal.

CONCLUSION

Au terme de ce travail qui a porté sur l'évaluation de la satisfaction de la clientèle au CNAO, d'abord nous avons noté une satisfaction générale des clients de l'accueil qui leur est réservé et des prestations de services qui leur sont proposés. En effet, la clientèle dans sa majorité apprécie les conditions d'accueil et la qualité des prestations de la structure qu'elle qualifie de meilleures par rapport aux autres structures concurrentielles qu'ils ont eu à visiter auparavant ; ce qui constitue un véritable gage de satisfaction pour l'ensemble de cet établissement sanitaire de service public. En outre, les clients de la structure selon les résultats sont aussi globalement satisfaits du délai d'attente qui pourtant est parfois très long pour des clients dont la plupart l'état de santé ou physique n'est pas compatible avec la longue attente lors des rendez-vous et visites.

Auparavant nous avons élaboré un questionnaire que nous avons soumis à un échantillon de 300 clients du CNAO. Cette enquête sur le champ de l'étude, nous a permis de recueillir beaucoup d'informations, d'avis, des impressions, de souhaits, etc. dont l'analyse des résultats est à la base de ce qui est précédemment développé par rapport à la satisfaction générale constatée pour ce qui concerne l'accueil et les services que prodigue la structure à sa clientèle. Donc, avec cette enquête, nous avons non seulement la confirmation d'une satisfaction générale de la clientèle vis-à-vis de la structure, mais surtout une très bonne réputation, image que les clients retiennent du CNAO.

Toutefois, il existe des points d'insatisfaction dont les plus en vue de la part des clients est la cherté des prestations notamment pour le service d'appareillage, la très longue attente, le manque de téléviseurs dans les salles d'attente, le manque d'équipements pour tous les services confondus et le manque notoire de cabines pour le service de kinésithérapie.

À cet effet, nous prions à la direction et au personnel du CNAO de tenir compte des points d'insatisfaction de la clientèle, mais particulièrement de nos modestes suggestions et recommandations en vue d'apporter les correctifs justes pour améliorer davantage leur satisfaction. En outre, prendre en compte l'environnement sanitaire et hospitalier de Dakar qui, avec l'émergence de structures privées de même type que le CNAO devient de plus en plus concurrentiel. Ainsi, une amélioration continue des conditions d'accueil et des prestations de services est impérative pour la notoriété et le leadership de la structure.

Cette étude a été aussi une opportunité pour aborder la condition de la personne en situation de handicap, faire l'état des lieux sur les structures publiques et privées de réadaptation fonctionnelle et d'appareillage disponibles, des associations nationales des personnes

handicapées afin de permettre au CNAO en tant que structure leader, de disposer d'informations récentes sur sa principale clientèle que sont les personnes à mobilité réduite au Sénégal, de mieux entreprendre les enjeux et les urgences autour de la prise en charge du handicap.

Enfin, les enjeux très importants liés à la satisfaction de la clientèle, commande que le CNAO s'investisse régulièrement à cet objectif sempiternel pour toute entreprise. En effet, il y va de son image, de sa considération, de sa rentabilité, de son positionnement et même de sa survie du fait des conséquences inattendues et dévastatrices de la concurrence.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES ET AUTRES DOCUMENTS

1. BAYART-VAN HILLE Chantal (1991), *L'accueil dans les entreprises et les administrations*, Editions d'organisation, Paris, 32 p.
2. BIELEN Frédéric, ROCH Isabelle et VANDERBERGHE Diane (2000), « La satisfaction et les attentes du patient : élaboration d'un questionnaire d'évaluation de l'opinion des patients hospitalisés concernant la qualité perçue des services hospitaliers », *Gestions hospitalières*, n° 394, pp. 171-178
3. BRUNO Frédérique £ D. J. Gary £ M. Elvis £ M. Linda, Etude de la satisfaction de la clientèle par rapport à l'hôpital de Fort-Liberté, Octobre 2009.
4. COMITE DE DIRECTION DU CNAO (2012), *Projet d'établissement Centre national d'appareillage orthopédique de Dakar*
5. DINSDALE et MARSON (1999), *Sondages auprès des citoyens : dissiper les mythes et redéfinir les orientations*, Editions d'organisation
6. Direction du CNAO (2015), *Présentation et procédures*
7. KOTLER Philip et DUBOIS Bernard (2000), *Marketing Management*, 10^e édition, Publi-union, Paris, 790 p.
8. KOTLER Philip et DUBOIS Bernard (1997), *Marketing Management*, 9^e édition, Publi-union, Paris, 789 p.
9. L'évolution des représentations du « handicap », Handicap_vievard_0901201. Pdf 12 oct 2007
10. La Bible, Ancien et Nouveau Testament, Société biblique, 1997
11. KAPLAN Robert S. et NORTON David P. (1998), *Le tableau de bord prospectif*, Editions d'organisation, Paris, 311 p.
12. MENVIELLE William (2008), « La satisfaction des consommateurs à l'égard des PME de la restauration libre-service : une étude exploratoire », *Revue internationale PME*, vol. 21, n° 3-4, pp. 145-183
13. Nha Nguyen : « le renforcement de l'image des entreprises de services ». Revue Française de Gestion Février 1993
14. Oliver (1980), Oliver et Linda (1981), Bearden et Teel (1983)
15. REPUBLIQUE DU SÉNÉGAL, Agence Nationale de la statistique et de la démographie «Rapport définitif Septembre 2014 », RGPHAE, 2013
16. REPUBLIQUE DU SÉNÉGAL, Arrêté Charte du malade, jeudi 12 février 1984

17. REPUBLIQUE DU SÉNÉGAL, Fédération Sénégalaise des Associations de Personnes Handicapées, avril 2015
18. SCHERRER Matthieu (2007), « Club Internet fait tester ses nouveautés par ses clients », *Management*, n° 145, pp. 56-57
19. WHITELEY Richard et HESSAN Diane (1997), *Les avantages compétitifs de l'entreprise orientée clients*, Maxima, Paris, 383 p.

MEMOIRES

20. KONE Drissa (2003), *Contribution à l'amélioration du système de gestion de la clientèle SOTELMA dans un environnement concurrentiel : satisfaction et fidélisation*, CESAG, Dakar, 86 p.
21. MAYAKI Y Zeiratou (2005), *L'environnement commercial de Mobil Oil et ses rapports avec sa clientèle : Evaluation de la satisfaction de la clientèle industrie (Etude qualitative)*, CESAG, Dakar, 75 p.
22. MEMLELEM Nathalie (2010), *La mise en place d'un processus de satisfaction de la clientèle à la SN HLM*, CESAG, Dakar, 81 p.
23. NGADOUM SOH Passy Armèle (2015), *Evaluation de la satisfaction des clients dans la restauration au Sénégal : cas du restaurant « Chez Taty Marie »*, CESAG, Dakar, 71 p.
24. PARADJIA Essotissina (2013), *Conception d'un service d'audit interne dans une entreprise de bâtiments et travaux publics : cas d'EEBTP SARL (Lomé-TOGO)*, CESAG, Dakar, 108 p.
25. SOW Adama (2013), *Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil au CHN de Pikine au Sénégal*, CESAG, Dakar, 92 p.
26. THIAM Rokhaya (2015), *Etude de la satisfaction de la clientèle B2C dans les compagnies d'assurance au Sénégal : cas de la CNART ASSURANCES*, CESAG, Dakar, 72 p.

WEBOGRAPHIE

27. www.google.com
28. <http://www.dachs.it/fr/kap-1.php>(consulté le 10/4/15)
29. <http://www.entreprisescanada.ca/fra/page/2650/>(consulté le 25/8/15)
30. <http://qualite.comprendrechoisir.com/comprendre/definition-qualite>(consulté le 15/8/15)
31. <http://grandsorganismes.gouv.qc.ca>(consulté 15/8/15)

32. <http://www.cirmap-fea.org/fichiers/relation-client.pdf>(consulté le 16/8/15)
33. <http://www.institut-numerique.org/chapitre1-la-satisfaction-client-et-sa-mesure>(consulté le 16/8/15)
34. www.parkdatabase.org/files/documents/0000_Enquete-de-Satisfaction-guide-methologie_Sysfal.
35. http://www.dess.fmp.ueh.edu.ht/pdf/2009_satisfaction_clientele.

http://www.ipar.sn/sites/default/files/Rapport-definitif-RGPHAE_2013_0.pdf

CESAG - BIBLIOTHEQUE

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
I – LA PROBLÉMATIQUE DE L’ÉTUDE.....	7
II PRÉSENTATION DE L’ÉTUDE.....	9
II. 1 –LES OBJECTIFS DE L’ÉTUDE.....	9
II. 2-L’INTÉRÊT DE L’ÉTUDE	9
II. 3-LA DÉMARCHE DE L’ÉTUDE	10
II. 4-LA MÉTHODOLOGIE DE L’ÉTUDE.....	10
III - LA DÉLIMITATION DU SUJET.....	11
IV - LES LIMITES DE L’ÉTUDE.....	12
V- PLAN DE L’ETUDE	13
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET CHAMP DE L’ÉTUDE.....	14
CHAPITRE 1- LE CADRE THÉORIQUE (LA REVUE DE LA LITTÉRATURE)	15
I.1. DÉFINITION DES CONCEPTS CLÉS DE L’ÉTUDE	15
I.2. ACCUEIL	15
I.3. CLIENTÈLE	17
I.4.LE CUSTOMER RELATIONSHIP MANAGEMENT (Gestion de la relation clients).....	17
I.5.PRESTATION DE SERVICE	18
II - ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DU CLIENT	18
II.1. DÉFINITION DE LA SATISFACTION.....	18
II.2. LA PERTINENCE DE L’ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE.....	19
II.3. LES DÉTERMINANTS DE LA SATISFACTION	20
II.4. MESURE ET ÉVALUATION DE LA SATISFACTION.....	21
III - QUESTIONS D’ÉTUDE	22
CHAPITRE 2 : LE CHAMP DE L’ÉTUDE	23
I.1 HISTORIQUE.....	23

I.2- POPULATION COUVERTE ET CHAMP D'ACTION.....	24
I.3- MISSION.....	24
I.4- OBJECTIFS.....	24
I.5- ACTIVITES ET PARTENARIATS.....	25
I.6 ARCHITECTURE.....	26
I.7. STATUT JURIDIQUE.....	26
II- PRÉSENTATION DES RESSOURCES.....	26
II.1- LES RESSOURCES HUMAINES.....	27
II.2- LES RESSOURCES MATÉRIELLES.....	27
II.3- LES RESSOURCES FINANCIÈRES.....	28
III- L'ORGANISATION.....	29
III.1 L'ORGANIGRAMME.....	30
III-2-LES DIFFÉRENTS SERVICES.....	31
III – 3- DÉFINITION ET FONCTION.....	31
III – 4 - LES ORGANES DE DÉCISION.....	32
DEUXIÈME PARTIE : PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP DU SÉNÉGAL.....	36
CHAPITRE I- LA SITUATION DES PERSONNES HANDICAPÉES.....	37
I- ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT NATIONAL.....	37
II-SITUATION DES STRUCTURES EN CHARGE DU HANDICAP.....	39
CHAPITRE 2 : LA POPULATION DES PERSONNES HANDICAPÉES.....	46
I. L'ESTIMATION DE LA POPULATION.....	46
II. DÉFINITION DU HANDICAP.....	46
III. LES VARIABLES DE DÉFINITION UTILISÉES.....	47
IV. LES PRÉVALENCES DU HANDICAP AU SÉNÉGAL.....	48
V. LES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES.....	53
VI. LES CARACTÉRISTIQUES ÉCONOMIQUES.....	57

TROISIÈME PARTIE : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS/SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS	60
CHAPITRE I : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE.....	62
I - PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	62
I-1. Question d'étude 1 : les clients sont-ils satisfaits de l'accueil et du délai d'attente au CNAO?....	62
I.2 Question d'étude 2 : Les clients du CNAO sont-ils satisfaits des prestations et des aides techniques de la structure?.....	64
I.3. Question d'étude 3 : Existe-t-il une culture de planning des rendez-vous au CNAO ?	68
I.4. Question d'étude 4 : Que révèlent les caractéristiques sociodémographiques des clients du CNAO ?.....	69
I.5. Question d'étude 5 : Quels sont les moyens d'information des clients sur le CNAO et leurs critères de choix pour y venir ?	73
I.6 Question d'étude 6 : Au vu de l'affluence de la clientèle, de la population couverte et du champ d'action du CNAO, existe-t-il une corrélation entre le motif de visite et la provenance des clients ?..	77
I.7 Question d'étude 7 : Les clients dont le handicap nécessite une prothèse du membre supérieur, souffrent-ils le plus de la cherté au service d'appareillage ?	79
II- ANALYSE GLOBALE DE LA SATISFACTION	80
CHAPITRE 2 : SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS DE L'ÉTUDE	83
I LES SUGGESTIONS DE L'ÉTUDE	83
I.1. AU PLAN ORGANISATIONNEL	83
I.2. AU PLAN DES RESSOURCES HUMAINES ET MATÉRIELLES	84
I.3. AU PLAN DES RESSOURCES FINANCIÈRES	85
I.4. AU PLAN MARKETING COMMERCIAL	85
I.5. AU PLAN SOCIAL.....	86
II LES RECOMMANDATIONS DE L'ÉTUDE	86
II.1 LES RECOMMANDATIONS PAR RAPPORT AUX CONDITIONS D'ACCUEIL	86

II.2 LES RECOMMANDATIONS PAR RAPPORT AUX ACTIVITÉS DE LA STRUCTURE...	
.....	87
II.3 VÉRIFICATION DES QUESTIONS D'ÉTUDE	89
CONCLUSION	92
BIBLIOGRAPHIE	94
TABLE DES MATIERES	97
ANNEXES	101

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXES

QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DE LA SATISFACTION DE LA CLIENTELE DU CNAO

MARS-AVRIL 2015 - CESAG

Améliorer la qualité des prestations (appareillage, kinésithérapie, consultation, soins médicaux) de la prise en charge sociale, mieux répondre aux attentes de la clientèle tels sont les objectifs de l'enquête. Nous vous remercions de consacrer quelques minutes pour répondre à ce questionnaire. Ce questionnaire est anonyme. N'y inscrivez rien qui puisse permettre de vous identifier.

A-CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1. Êtes-vous ?

1. Un homme 2. Une femme

2. A quelle tranche d'âge appartenez-vous ?

1. Moins de 25 2. 26-35 3. 36-45
 4. 46-55 5. Plus de 56

3. Quelle est votre situation matrimoniale ?

1. Marié(e) 2. Célibataire 3. Divorcé(e)

4. Quel est votre niveau d'instruction ?

1. Primaire 2. Collège 3. Secondaire
 4. Supérieur 5. Autre

5. Si 'Autre', précisez :

6. Dans quel secteur professionnel évoluez-vous ?

1. Public 2. Privé 3. A son propre compte
 4. Autre

7. Si 'Autre', précisez :

8. Quel est votre niveau de fréquentation du CNAO ?

1. Jamais 2. Rarement
 3. Occasionnellement 4. Assez souvent
 5. Très souvent

B-PRESTATIONS DE SERVICES

9. Quel est le motif de votre/vos visite(s) au CNAO ?

1. Appareillage 2. Kinésithérapie
 3. Consultation 4. Soins médicaux

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

10. Êtes-vous venu(e) sur rendez-vous ?

1. Oui 2. Non

11. Êtes-vous satisfait(e) de vos délais de rendez-vous ?

1. Oui 2. Non

12. Si 'non', expliquez :

13. Quel service utilisez-vous le plus au CNAO ?

1. Kinésithérapie 2. Appareillage
 3. Kiné et Appareillage 4. Consultation

14. Si c'est la kinésithérapie, êtes-vous satisfait(e) de la qualité de vos séances ?

1. Oui 2. Non

15. Comment jugez-vous le coût de vos séances de kinésithérapie ?

1. Pas du tout cher 2. Pas cher 3. Abordable
 4. Cher 5. Très cher

16. Si vous utilisez un appareillage, de quel type est-il ?

1. Prothèse du membre supérieur
 2. Prothèse du membre inférieur
 3. Orthèse du membre supérieur
 4. Orthèse du membre inférieur
 5. Orthèse du tronc

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

17. Êtes-vous Satisfait(e) de la qualité de votre appareillage ?

1. Oui 2. Non

18. Comment jugez-vous le confort de votre appareillage ?

1. Pas du tout satisfait 2. Pas satisfait
 3. Ni satisfait, ni insatisfait 4. Satisfait
 5. Totalemment satisfait

19. Comment jugez-vous le coût de votre appareillage ?

1. Pas du tout cher 2. Pas cher 3. Abordable
 4. Cher 5. Très cher

20. Comment jugez-vous le coût de votre consultation ?

1. Pas du tout cher 2. Pas cher 3. Abordable
 4. Cher 5. Très cher

C-LES AIDES TECHNIQUES (BEQUILLES, CANNE, FAUTEUIL, VOTURETTE)

21. Utilisez-vous une aide technique acquise au CNAO?

1. Oui 2. Non

22. Si oui, quelle est sa nature?

1. Béquilles 2. Fauteuil 3. Voiturette
 4. Canne 5. Autre

23. Si 'Autre', précisez :

24. Êtes-vous satisfait(e) de la qualité de votre aide technique?

1. Oui 2. Non

25. Êtes-vous satisfait(e) du confort de votre aide technique?

1. Oui 2. Non

26. Comment jugez-vous le coût de votre aide technique?

1. Pas du tout cher 2. Pas cher 3. Abordable
 4. Cher 5. Très cher

D-ACCUEIL AU CNAO

27. Comment appréciez-vous l'accueil de l'agent préposé au service d'accueil au CNAO?

1. Pas du tout satisfait 2. Pas satisfait
 3. Ni satisfait, ni insatisfait 4. Satisfait
 5. Totaleme nt satisfait

28. Comment appréciez-vous l'accueil au service social lors de vos formalités administratives?

1. Pas du tout satisfait 2. Pas satisfait
 3. Ni satisfait, ni insatisfait 4. Satisfait
 5. Totaleme nt satisfait

29. Comment appréciez-vous l'accueil au service en charge de votre handicap?

1. Pas du tout satisfait 2. Pas satisfait
 3. Ni satisfait, ni insatisfait 4. Satisfait
 5. Totaleme nt satisfait

30. Comment appréciez-vous l'accueil du technicien en charge de votre handicap?

1. Pas du tout satisfait 2. Pas satisfait
 3. Ni satisfait, ni insatisfait 4. Satisfait
 5. Totaleme nt satisfait

31. Comment appréciez-vous l'accueil du personnel administratif en général?

1. Pas du tout satisfait 2. Pas satisfait
 3. Ni satisfait, ni insatisfait 4. Satisfait
 5. Totaleme nt satisfait

32. Êtes-vous satisfait(e) du confort de la salle d'attente?

1. Oui 2. Non

33. Êtes-vous satisfait(e) du delai d'attente dans la salle lors de vos rendez-vous?

1. Oui 2. Non

E-CONNAISSANCE DU CNAO

34. Comment avez-vous été informé sur le CNAO?

1. Bouche à oreille 2. Recommandation 3. Médias
 4. Prospectus 5. Affiches 6. Autres

Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).

35. Si 'Autres', précisez :

36. Quels sont les trois critères qui vous ont fait venir au CNAO?

1. Notoriété 2. Proximité
 3. Qualité des prestations 4. Qualité des techniciens
 5. Qualité du personnel 6. Autres

Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).

37. Si 'Autres', précisez :

38. Quel moyen de transport utilisez-vous pour venir au centre?

1. A pieds 2. Voiture particulière
 3. Transport en commun 4. Ambulance
 5. Autres

Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).

39. D'où avez-vous quitté pour venir au CNAO?

1. Dakar 2. L'intérieur du pays 3. La sous région