

REPUBLIQUE DU CONGO

Unité * Travail * Progrès



MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

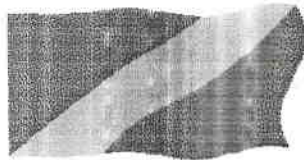
**PLAN D'ACTION DE LA LUTTE CONTRE LES
ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX**

(2012 – 2016)

septembre 2011

REPUBLIQUE DU CONGO

Unité * Travail * Progrès



MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

**PLAN D'ACTION DE LA LUTTE CONTRE LES
ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX
(2012 – 2016)**

septembre 2011

SOMMAIRE		
<i>I</i>	Contexte et justification	<i>3</i>
<i>II</i>	Analyse de la situation	<i>4</i>
<i>III</i>	But	<i>5</i>
<i>IV</i>	<i>Objectifs</i>	<i>5</i>
<i>IV.1</i>	<i>Objectif général</i>	<i>5</i>
<i>IV.2</i>	<i>Objectifs spécifiques</i>	<i>5</i>
<i>V</i>	<i>Résultats attendus</i>	<i>5</i>
<i>VI</i>	<i>Stratégies</i>	<i>5</i>
<i>VII</i>	<i>Lignes d'action</i>	<i>5</i>
<i>VIII</i>	<i>Mise en œuvre</i>	<i>9</i>
<i>VIII.1</i>	Cadre conceptuel de prestation de soins	<i>9</i>
<i>IX.2</i>	Description de la filière de prise en charge	<i>10</i>
<i>X</i>	<i>Coordination, suivi-évaluation</i>	<i>16</i>
<i>XI</i>	Plan de suivi et d'évaluation	<i>18</i>
<i>XII</i>	Coûts prévisionnels	<i>18</i>
<i>XIII</i>	Plan de financement	<i>19</i>
<i>XIV</i>	Conclusion	<i>19</i>
	Annexe 1 :	<i>20</i>

I – CONTEXTE ET JUSTIFICATION

L'accident vasculaire cérébral (AVC) constitue un enjeu majeur de santé publique par le nombre de personnes qui en sont atteintes et les conséquences médicales, sociales et économiques qui en résultent. Il est défini comme une affection cérébrale aiguë due à un trouble de la circulation sanguine cérébrale ou à la rupture d'une artère cérébrale qui entraîne la nécrose d'un certain nombre de cellules cérébrales par manque d'oxygène et des troubles neurologiques plus ou moins graves, dont la régression est possible. Le traitement le plus efficace dans certains cas ne se fait que dans les trois premières heures (la thrombolyse). Parmi les facteurs de risque incriminés, on cite : l'âge élevé, l'hypertension artérielle sévère, le diabète, l'alcoolisme, le tabagisme, l'athérosclérose généralisée, l'obésité, etc. Il représente la première cause de handicap acquis de l'adulte, la deuxième cause de démence, la troisième cause de mortalité chez l'homme et la deuxième chez la femme, dans les pays industrialisés; la tendance naturelle est à l'augmentation en raison du vieillissement de la population. Le risque de mortalité par AVC est majoré pour des populations ou des personnes défavorisées matériellement ou socialement. Plusieurs études ont estimé le poids économique des accidents vasculaires cérébraux. En France les dépenses annuelles de prise en charge des AVC sont estimées à 8,4 milliards. Au cours de la dernière décennie, plusieurs actions visant à réduire l'incidence, la mortalité, ainsi que la sévérité du handicap ont été prises. C'est ainsi qu'il a été développé plusieurs stratégies de prévention, et des filières bien coordonnées de prise en charge, avec le développement des Unités Neurovasculaires (UNV) qui ont montré leur efficacité dans la réduction de la mortalité et du handicap, ceci de façon indépendante au traitement administré, grâce à la mise en place des protocoles de prise en charge.

Selon les prévisions de l'OMS en 2020, les affections cardio et cérébrovasculaires en particulier constitueront pour l'Afrique subsaharienne la première cause d'hospitalisation et de mortalité. Malheureusement, les données sur l'épidémiologie des accidents vasculaires cérébraux en Afrique sont fragmentaires et essentiellement hospitalières. Peu d'étude en population générale sont disponibles. T.A. Adoukonou dans une récente mise au point sur la « prise en charge des accidents vasculaires cérébraux » paru dans la revue neurologique (Tome 166. Novembre 2010 p 882-93) rapporte quelques prévalences. En zone rurale en Afrique du Sud, Il rapporte une prévalence en population générale de 300cas pour 100000 habitants. En zone urbaine en Tanzanie, elle est de 200/100000. Avec le temps, cette prévalence est croissante, puisqu'au Nigéria en 1987, une prévalence de 58/100000 avait été retrouvée en zone rurale contre 114/100000 en 2007. La mortalité par maladie cardiovasculaire est élevée : en 2003 Walker et al rapportent un taux de mortalité à un an de 44% en Gambie ; 46% au Nigéria (Ogun et al en 2005) et 33% au Burkina Faso. L'Afrique subsaharienne est caractérisée par une pauvreté en matériel et en ressources humaines. Seuls 11 pays disposent de 10 neurologues soit un ratio de 1 pour 711856 habitants. Avec une moyenne de 3 lits de neurologie pour 1 million d'habitants, il n'y a que très peu de lits dédiés aux AVC. Seule l'Afrique du Sud possède des unités neurovasculaires.

Au Congo, Aucune étude de prévalence n'a été réalisée dans ce domaine.(données des services d'admission du CHU)

En tenant compte des statistiques hospitalières du service de neurologie du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHUB), les AVC représenteraient la première cause d'admission avec environ 53% de cas. Le taux de létalité serait d'environ 23% en moyenne. Il a été également constaté que le nombre total d'AVC admis dans ce service est passé de 257 en 2006 à 412 en 2010, avec un pourcentage de plus en plus important des sujets jeunes en pleine activité professionnelle. Cette augmentation est le fait non seulement du vieillissement de la population, mais aussi de la prévalence élevée des facteurs de risques vasculaires tels l'hypertension artérielle (32,5 %) qui a été retrouvée chez un Congolais sur trois, et le diabète (7 %).

Conditions de prévention :

Conditions de prise en charge : sous équipement, difficulté d'accès (coût) à la scanographie, disponibilité de scanner dans trois HR, insuffisance de structures de rééducation, insuffisance de ressources humaines spécialistes, absence de neuroradiologues, sous équipement des structures.

Plusieurs cas d'AVC ont fait l'objet d'évacuation sanitaire hors du pays '3 cas en 2010' et 6 cas au premier trimestre 2011).

Cependant l'AVC n'est plus une fatalité quand une filière de prise en charge est suffisamment coordonnée.

Des efforts ont été mobilisés par nos pouvoirs publics en vue de la prise en charge des cas d'AVC, tant dans les hôpitaux de base que dans les hôpitaux généraux, dans les domaines divers: formation de spécialistes, acquisition des équipements, comme le scanner. A l'heure actuelle 03 hôpitaux généraux en sont équipés. Il s'agit des hôpitaux de Loandjili à Pointe-Noire, du CHUB et de l'Hôpital Central des Armées (HCA) à Brazzaville. En dépit de ces progrès, d'autres défis restent à surmonter, particulièrement dans les domaines de la formation de personnel de santé spécialisés, de la dotation des hôpitaux en médicaments d'urgence, en matériel et dispositifs médicaux divers et surtout la mise en place d'un plan stratégique applicable à l'échelle nationale.

II- ANALYSE DE LA SITUATION :

Au Congo, la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) est purement curative. La prise en charge préventive, quand elle existe, concerne uniquement la prévention secondaire après l'accident vasculaire. Sur le plan national, il n'existe pas encore de réponse institutionnelle formalisée. Le patient présentant des signes reconnus comme un possible AVC par son entourage est souvent amené selon le degré de gravité soit aux urgences pour y être hospitalisé, soit dans le centre de santé le plus proche ou encore dans des structures non institutionnelles (tradithérapeutes ou centres de cure par la prière).

L'AVC est la première cause d'hospitalisation (45% des patients hospitalisés en 2004) ou de décès (47% en 2004). L'HTA représente le principal facteur de risque dans 75 à 80 % des cas.

Au Congo, la prise en charge des AVC pose plusieurs problèmes. Le problème diagnostique reste le problème majeur, lié d'une part à la pauvreté du plateau technique et d'autre part à l'insuffisance en ressources humaines. La tomodensitométrie encéphalique est indispensable à la confirmation du diagnostic à différentes étapes du diagnostic (lésionnel, étiologique et topographique). Quatre appareils scannographiques existent dans le public et 1 dans le privé. Seules les 2 grandes villes en sont dotées. Il n'y a pas encore d'IRM, outil indispensable à une prise en charge urgente et pointue (Unités neurovasculaires). Les autres moyens diagnostiques à visée étiologique cardiaque ou vasculaire ne sont pas toujours disponibles dans les hôpitaux publics (échographie, holter cardiaque, échographie doppler vasculaire...). La pauvreté en ressources humaines est aussi patente. Quatre neurologues et deux neurochirurgiens dans les hôpitaux de niveau central et intermédiaire, et 3 neurologues dans le secteur privés. Sur le plan radiologique, il y a 4 radiologues et aucun neuroradiologue. Cette pauvreté en ressource humaine et en plateau technique explique en partie les difficultés de la prise en charge.

La prise en charge thérapeutique dont le coût est élevé se fait en 2 étapes : l'hospitalisation en phase précoce et le suivi au long cours. La durée moyenne d'hospitalisation dans le service de neurologie est de 30 jours pour les AVC contre 15 jours pour les autres pathologies. Le suivi au long cours permet la prise en charge des facteurs de risque (prévention secondaire) et la rééducation fonctionnelle en vue de restaurer la fonction lésée. L'hypertension artérielle reste le facteur de risque le plus fréquent (75 à 80% des AVC). Malheureusement le suivi au long cours est gêné par des préjugés culturels et par le coût du traitement des facteurs de risque. Il existe un centre de rééducation fonctionnelle dans la plupart des hôpitaux de niveau central (CHUB) et intermédiaire (hôpitaux de base) au moins dans les 2 grandes villes. Il existe par ailleurs d'autres structures de prise en charge dites « centres de polio ». Deux orthophonistes exercent dans le

privé et aucun dans une structure hospitalière. Il existe une école de formation pour la rééducation fonctionnelle à Brazzaville.

Il est à noter que le coût de la prise en charge est entièrement à la charge des patients et des familles.

III. BUT DU PLAN

Améliorer la santé de la population congolaise par la réduction de la morbi- mortalité liée aux AVC.

IV. OBJECTIFS

IV.1- Objectif général

Améliorer la qualité de la prévention et de la prise en charge intégrée des AVC ;

IV-2-Objectifs spécifiques

- 1- évaluer l'ampleur AVC et les facteurs environnementaux,
- 2- élaborer des procédures adaptées aux services de santé de différents échelons et procédures de diagnostic, de traitement, et d'organisation/utilisation des services;

Renforcer les compétences du personnel et des services ;

Renforcer les capacités de promotion de santé/ prévention des AVC

V- RESULTATS ATTENDUS

- 1- La prévalence et Les déterminants des AVC sont connus,
- 2- **Les capacités diagnostiques et thérapeutiques sont renforcées**
- 3- **Les patients sont pris en charge selon les procédures appropriées,**
- 4- **Le taux de morbidité et de mortalités sont réduits,**
- 5- **Les communautés adoptent les bonnes pratiques de prévention des AVC/promotion de santé**

VI – STRATEGIES

Les stratégies en vue de la mise en œuvre de ce plan reposeront sur:

- 1- l'intégration des activités de prise en charge des AVC dans les Formations Sanitaires. ,
- 2- le Renforcement des capacités de prise en charge des cas dans les formations sanitaires à tous les niveaux,
- 3- la Promotion de la santé et la Prévention
- 4- Le développement de recherche opération/action

VII – LIGNES D'ACTION

A- Approche promotionnelle contre les AVC et le bien être

Un accent est mis sur les déterminants sociaux de la santé en respectant les principes et valeurs que sont le contextualisme, l'équité, la participation et l'empowerment communautaire, le partenariat, la multisectorialité, multi stratégie et la durabilité.

- **-élaboration d'un plan réaliste favorable à la santé, état de bien être physique mentale et social**

L'action commune permet d'offrir des biens et services plus sains et moins dangereux, des services publics favorisant davantage la santé, et des milieux plus hygiéniques et plus plaisants.

Les politiques de promotion de la santé supposent l'identification des obstacles gênant l'adoption des politiques publiques saines dans les secteurs non sanitaires, ainsi que la détermination conjointe des solutions.

■ Créer des milieux favorables

Le lien qui unit de façon inextricable les individus et leur milieu constitue la base d'une approche socio-écologique de la santé. Le grand principe directeur menant les communautés est le besoin d'encourager les soins mutuels, de veiller les uns sur les autres, de nos communautés et de notre milieu naturel. L'attention est attirée sur la conservation des ressources naturelles en tant que responsabilité collective.

L'évolution des schémas de la vie, du travail et des loisirs doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de la rendre plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail sûres, stimulantes, plaisantes et agréables.

L'interdiction de fumer dans les lieux publics (réglementation) et l'établissement de partenariats et réseaux sont certains fondamentaux pratiques.

■ Renforcer l'action communautaire

La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social, et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. Cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé et à l'aide financière.

■ Acquisition des aptitudes nouvelles,

Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre pendant toute leur vie et de se préparer à affronter les diverses étapes de cette dernière. Cette démarche doit être accomplie à l'école, dans les foyers, au travail et dans le cadre communautaire, par les organismes professionnels, commerciaux et bénévoles, et dans les institutions elles-mêmes.

■ Réorienter les services de santé

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les institutions offrant les services, et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant les intérêts de la santé, à la fois préventifs et promotionnels

Le rôle du secteur sanitaire doit abonder de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé, au-delà du mandat exigeant la prestation des soins médicaux.

La mise en place d'un système permettant de répondre aux problèmes spécifiques de santé de la communauté est désormais un impératif.

Quelques Activités à insérer dans les lignes d'action préventives sont énoncées, à savoir :

- Réduire les délais entre les premiers symptômes et la prise en charge adaptée, reposant sur une bonne organisation du transport et un diagnostic positif documenté ;
- Réaliser si possible la thrombolyse IV pour des patients éligibles;
- Mieux coordonner l'intervention des professionnels intervenant dans la filière;
- Définir une organisation spécifique pour la prise en charge des AVC de l'enfant
- Améliorer les pratiques professionnelles ;
- Améliorer l'information et la formation des professionnels ;
- Augmenter les efforts de recherche sur l'AVC à la hauteur de son poids social ;
- Contribuer à la formation et au soutien des aidants.

- Développer la réflexion éthique ;
- Faciliter l'accompagnement des malades et l'action des associations de patients ;
- Contribuer à faire changer le regard social sur le handicap.)

B- Approches préventive de l'AVC

1-L'éducation, information et sensibilisation de la population à risque

La prévention des accidents vasculaires cérébraux repose d'une part sur la promotion des facteurs de protection (alimentation équilibrée, pratique d'une activité physique régulière) dans l'ensemble de la population, d'autre part sur le contrôle des facteurs de risque (hypertension artérielle, diabète, tabac, l'usage nocif de l'alcool hypercholestérolémie, l'obésité, sédentarité) chez les personnes concernées, qu'il convient d'identifier.

L'hypertension artérielle, facteur de risque essentiel de l'AVC, ne fait actuellement pas au Congo l'objet d'une politique de santé bien identifiée, que ce soit en prévention primaire ou secondaire, bien qu'il a été montré qu'environ 1/ 3 de la population congolaise est hypertendu. Le diabète est en nette progression au Congo, ce qui amplifie, le risque des maladies cardiovasculaire.

Renforcer le rôle des associations et structures, déjà existantes sur le dépistage et la prise en charge du diabète.

La prévention des récurrences est un point essentiel à prendre en compte : après un premier AVC, le risque de récurrence est estimé entre 30 et 43 % à cinq ans. La précocité et la qualité de la prise en charge et l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage permettent de limiter les séquelles et de prévenir les récurrences.

Les actions de prévention et d'information relatives à l'AVC visent à faire évoluer les connaissances et les comportements de l'ensemble de la population, et notamment des personnes à risques d'AVC. Elles sont conduites à l'échelon national et départemental.

Faire du 29 Octobre (Journée mondiale de l'AVC) une véritable journée de vulgarisation et d'information sur la prévention de l'AVC sur l'étendu du territoire national en insistant sur l'impact des différents facteurs de risques. Les actions de promotion de la santé en vue de lutter contre les principaux facteurs de risque sont à mettre en chantier et à vulgariser à travers :

- Les médias ;
- La diffusion d'affiche ;
- La distribution des prospectus ;
- Les réunions dans les quartiers avec l'appui des relais communautaires.

1.2- Concevoir et diffuser des campagnes d'affichage et radiodiffusées sur la reconnaissance des signes de l'AVC et la conduite à tenir.

Ceci requiert la mise en place d'une filière capable de prendre en charge les patients de façon très précoce ; car l'accident vasculaire cérébral nécessite une prise en charge en urgence, mais les signes avant coureurs et ses symptômes sont souvent méconnus du public et des professionnels. Il faut que le public puisse reconnaître au moins deux signes de l'AVC (faiblesse d'un membre ou d'une moitié du corps, trouble de la parole trouble de la vision, ...) et sache appeler, en urgence, les secours appropriés.

1.3. Mettre en œuvre des filières de prise en charge et les systèmes d'information adaptés

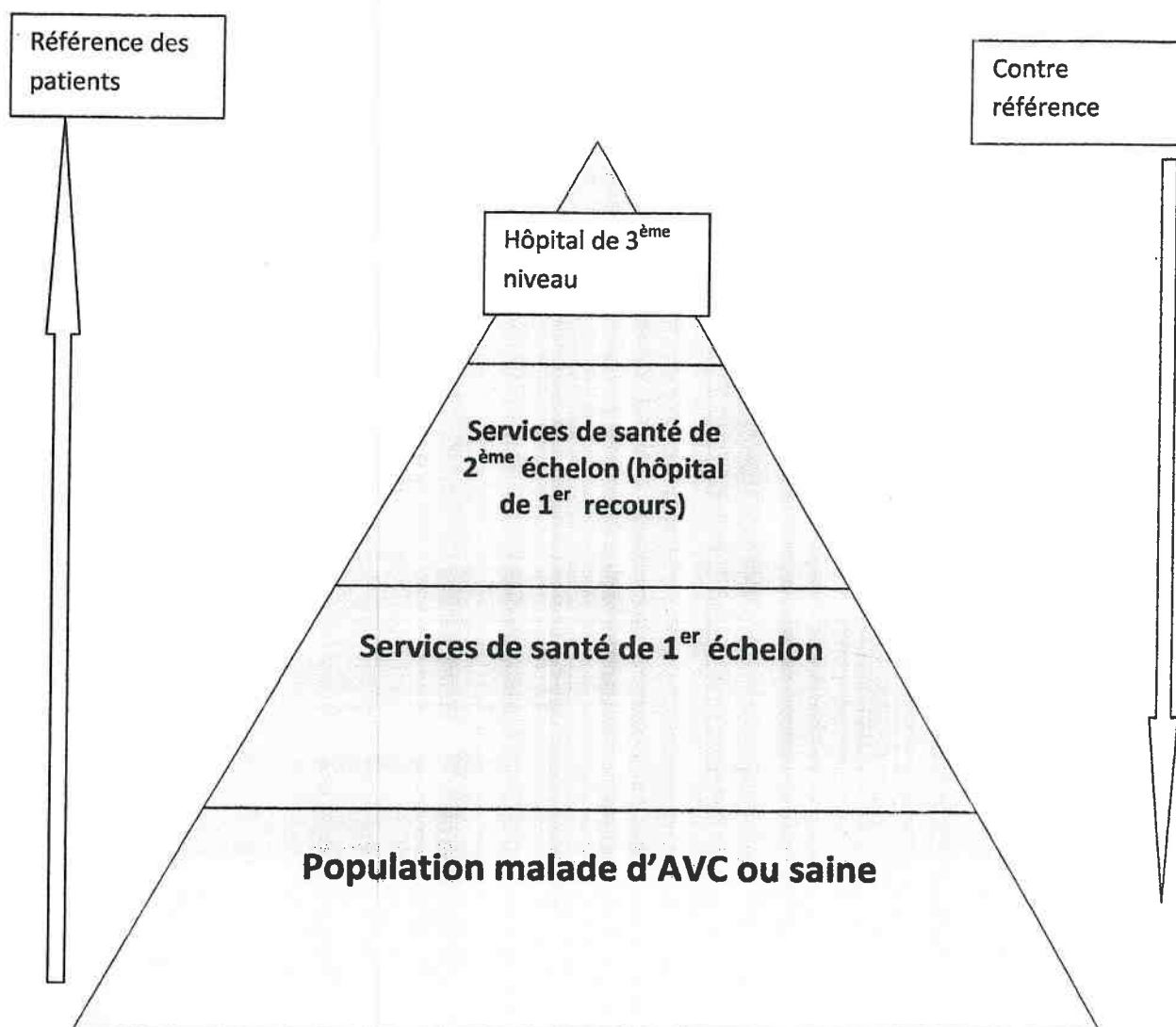
L'amélioration de la prise en charge des AVC passe par l'organisation régionale, en fonction des besoins et des ressources, de filières territorialement définies intégrant prévention, soins aigus, réadaptation, et soutien médico-social. Tout patient, quel que soit sa localisation géographique et son âge, devrait être pris en charge dans une filière de soins coordonnée et identifiée dans son territoire, allant de la phase aiguë jusqu'au retour au domicile. Deux sites pilotes feront partis de ce plan d'action notamment Brazzaville et Pointe Noire.

C- Approche des soins de santé primaires, globaux et intégrés.

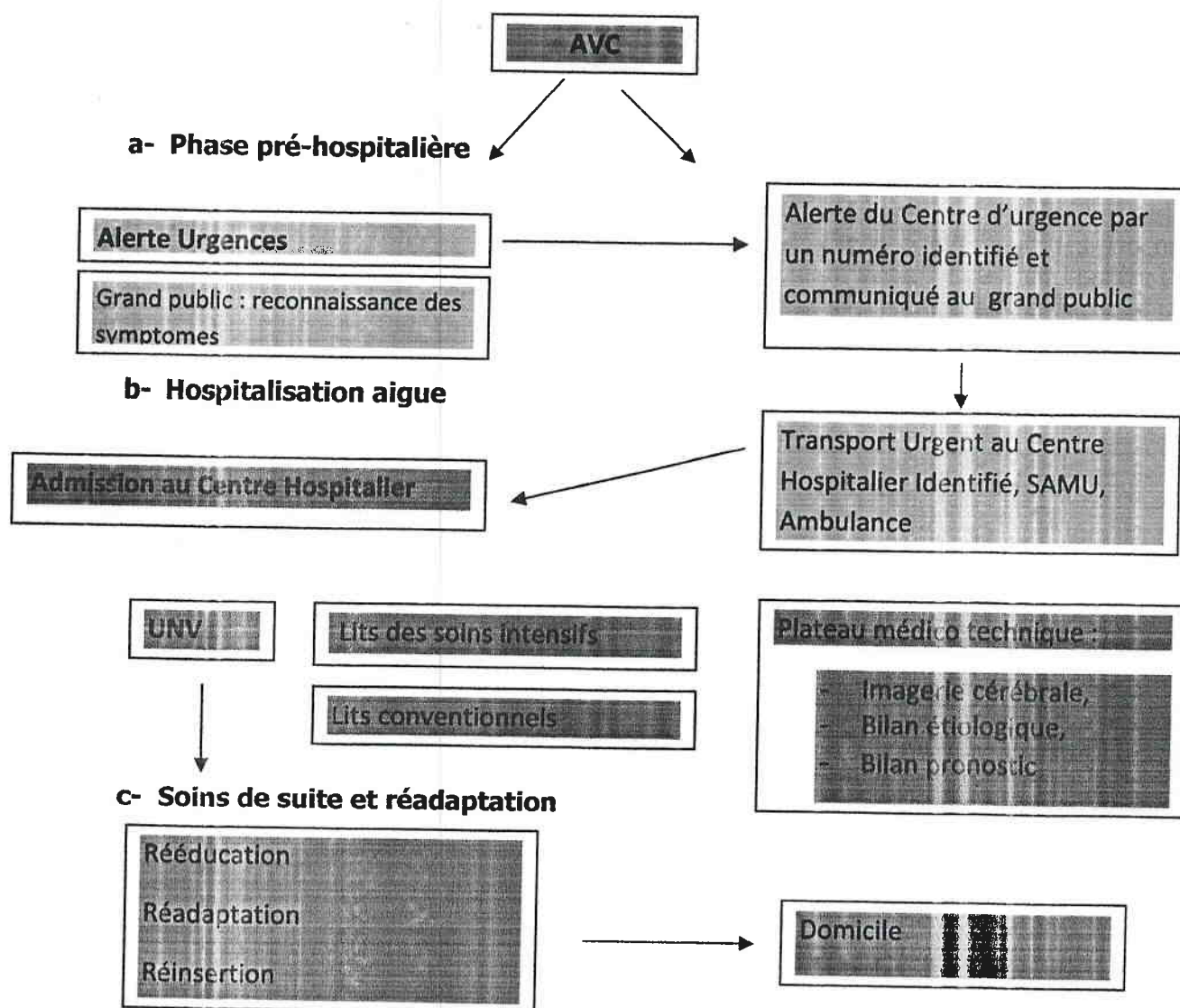
- Mise en oeuvre des huit composantes universelles des SSP avec la pleine participation des populations,
- Extension et renforcement du réseau des services de santé de premier niveau,
- Extension et renforcement des services de santé de second et troisième niveau. Selon suppose un système de référence et de contre référence performant.

VIII-MISE EN ŒUVRE

1- CADRE CONCEPTUEL DE PRESTATION DE SOINS



IX-2. DESCRIPTION DE LA FILIÈRE DE PRISE EN CHARGE



1.1. La phase pré-hospitalière

L'AVC est une urgence médicale et sa prise en charge nécessite notamment de la part des médecins d'informer la population responsabilisée à reconnaître les premiers signes cliniques, souvent méconnus.

Les instructions communautaires portant sur l'application des bonnes pratiques en hygiène, en renforcement des modes de vie sains, et en protection de l'environnement d'une part, et sur l'utilisation d'un service de santé de premier échelon le plus proche, en conformité avec la SIMR d'autre part.

Prise en charge en communauté

- ⊙ L'Information et mobilisation des communautés sur les AVC et autres risques,
- ⊙ La Formation des communautés sur les AVC et autres risques, centrée sur la surveillance et la riposte communautaire,
- ⊙ Vulgarisation de la définition communautaire de cas,
- ⊙ L'Encadrement des communautés,
- ⊙ La Mobilisation des ressources pour le transfert au centre de santé le plus proche,
- ⊙ La Création des milieux favorables à la santé et des conditions de vie saine,
- ⊙ Les gestes à faire et à ne pas faire en communauté,

- ⊙ La Lutte contre les rumeurs et les éphémérides.
- ⊙ La Valorisation de la perception positive et de la participation contre les AVC et autres risques.

Prise en charge au service de santé

Cette phase nécessite : que soit mise en place entre autre un système de Service d'Assistance Médicale D'urgence (SAMU) disposant d'un numéro de téléphone (connu de la population) et des moyens roulants (ambulances). Coordonné par un médecin Anesthésiste Réanimateur, le rôle principal de ce SAMU est de réduire les délais d'admission des patients dans des structures adaptées de prise en charge. A titre d'exemple un système de SAMU pourra être mis en place avec quatre sites à Brazzaville : l'hôpital de Base de Makélékélé ou de Baongo pour les habitants des quartiers Sud, l'hôpital de Base de Talangaï pour ceux du Nord, le CHU et L'hôpital Central des Armées pour le centre de Brazzaville. Les médecins intervenant dans le SAMU sont tous les médecins des services des Urgences des différents hôpitaux, et tous ceux des autres structures hospitalières désirant participer à la prise en charge des urgences.

L'alerte

En cas d'AVC le patient s'il le peut, ou son entourage doit appeler le numéro du SAMU le plus proche de son domicile. Dès l'appel téléphonique, la suspicion d'AVC reconnue et sa gravité évaluée, le transport est à effectuer en urgence.

Le transport

Il convient de privilégier la rapidité. Le transport du patient peut être assuré en ambulance classique, en l'absence de troubles de la vigilance, de vomissements et risques de fausse route, par hélicoptère ou par Avion

Caractéristiques de l'établissement d'accueil

Le transport pour tous les patients est assuré vers un établissement disposant d'une unité neurovasculaire ou à défaut un établissement identifié pour la prise en charge des patients AVC disposant d'un plateau technique d'imagerie cérébrale. Ce plateau technique doit nécessairement comporter une IRM disponible en urgence pour effectuer en première intention un examen d'imagerie par résonance magnétique, ou à défaut un scanner.

Pour les AVC très récents et pouvant bénéficier d'un traitement thrombolytique (moins de trois heures après le début des signes cliniques, imagerie comprise), le transfert doit s'effectuer vers une unité neurovasculaire (cette modalité de prise en charge se fera progressivement selon les capacités du plateau technique).

L'admission à l'hôpital

L'admission à l'hôpital est annoncée par le SAMU ou le service ambulancier au neurologue d'astreinte ou de garde qui a son tour l'annonce aux urgentistes et au radiologue d'astreinte ou de garde pour la préparation de l'imagerie en urgence.

En définitive La prise en charge à l'hôpital de 1^{er} recours exige :

- ❖ L'Information et mobilisation du personnel de santé de 1^{er} échelon sur les AVC et autres risques,
- ❖ La Formation du personnel sur les AVC et autres risques, centrée sur la surveillance et la riposte communautaire,
- ❖ La Vulgarisation de la définition de cas,
- ❖ La Définition du circuit de prise en charge
- ❖ Le Renforcement du PMA standard,
- ❖ L'Elaboration et utilisation des schémas de diagnostic et de traitement, et autres procédures,

- ❖ L'Organisation des soins et services,
- ❖ L'Acquisition des MEG, dispositifs médicaux et autres dispositifs;
- ❖ La Supervision du personnel,
- ❖ Le Monitoring des activités,
- ❖ La Valorisation de la perception positive et de la participation contre les AVC et autres risques.
- ❖ L'Evaluation et enquête de satisfaction.
- ❖ Les Références des cas à niveau supérieur l'Hôpital de deuxième ou de troisième niveau.
- ❖ Les Contre références vers la communauté,
- ❖ Participation communautaire et prise de décisions de planification et d'évaluation.
- ❖ La Formation et recherche opération/action

1.2. L'hospitalisation aiguë

En raison du bénéfice pour le patient de l'hospitalisation en unité spécialisée (Unité Neurovasculaire), l'objectif est d'obtenir un maillage progressif du territoire permettant une prise en charge graduée et coordonnée de l'ensemble des patients présentant un AVC. Il est ainsi possible de distinguer deux niveaux de prise en charge dans une UNV: les lits des soins intensifs destinés aux patients graves, à ceux éligibles pour une thrombolyse éventuelle et à la surveillance pendant les 24 premières heures suivant le début des signes ; des lits conventionnels pour des malades stables et ceux admis au delà de 24h après le début des

Les missions des Unités Neuro-Vasculaires (UNV)

Les UNV doivent se situer préférentiellement dans un service de neurologie situé soit au rez de chaussée ou à l'étage disposant d'un ascenseur fonctionnel 24h sur 24. Elles regroupent des lits et une équipe dédiés à la prise en charge des AVC. Ces lits sont divisés en lits des soins intensifs (aigus) destinés aux patients graves, à ceux éligibles pour une thrombolyse éventuelle au niveau des centres équipés et à la surveillance pendant les 24 premières heures suivant le début des signes ; des lits subaigus pour des malades stables et ceux admis au delà de 24h après le début, chez lesquels un projet social doit être élaboré pour les soins de suite.

Les coûts des explorations neuroradiologiques en situation d'urgence doivent être accessibles à la population et standardisés de manière à faciliter la décision thérapeutique.

Les principaux hôpitaux généraux et hôpitaux de base à forte concentration devraient d'ici à 2016 être dotés d'unités de neuroradiologie avec scannographie. L'imagerie par résonance magnétique nucléaire devrait être équipée dans les principaux hôpitaux de niveau 3 (CHU à Brazzaville, Hôpital Général de Loandjili à Pointe – noire et hôpital général spécialisé à Oyo).

Elles assurent 24 h/24, tous les jours de l'année, l'accueil, une prise en charge standardisée et spécialisée des patients, leur suivi et la prévention secondaire à la sortie de l'unité. Elles permettent des diagnostics précis et précoces, des investigations, la mise en route du traitement spécifique et une meilleure prévention des complications. Elles assurent la mise en route de la prévention secondaire et le conseil pour le suivi. Elles assurent un rôle de référence régionale, de coordination de la filière sur une aire géographique, d'organisation de la formation des professionnels concernés et d'incitation à la recherche clinique une expertise spécifique concernant certains types de patients ou de techniques.

Caractéristiques des unités neurovasculaires (Personnel médical, responsabilité médicale)

Les unités neurovasculaires sont sous la responsabilité d'un neurologue formé et ayant l'expérience de la prise en charge des pathologies neurovasculaires (titulaire du DIU de pathologie neurovasculaire ou reconnu compétent) ou d'un médecin non neurologue, titulaire du DIU de pathologie neurovasculaire.

Constitution de l'équipe médicale

Le personnel médical des UNV est constitué préférentiellement par des neurologues ou par des médecins expérimentés dans la prise en charge de l'AVC. L'un des principes du fonctionnement de l'UNV est l'intervention à des degrés divers, de médecins de plusieurs spécialités, travaillant dans l'établissement ou intervenant par convention :

- Neurologie si le responsable de l'UNV n'est pas neurologue ;
- Radiologie, (expérience en imagerie neurovasculaire) ;
- Cardiologie ;
- Réanimation (notamment pour la prise en charge des situations les plus graves : comas, insuffisance respiratoires) ;
- Médecine physique et de réadaptation (son intervention dès la phase aiguë de la maladie est indispensable pour mettre en place précocement l'activité de rééducation et l'orientation de la réadaptation et prévenir les complications fonctionnelles) ;
- Chirurgie vasculaire ;
- Angiologie ;
- Neurochirurgie, gériatrie.

Constitution du matériel

- Un module de surveillance ECG par lit avec enregistreur automatique et système de stockage de 24 heures au moins ou répéteur central par câble ou télémetrie
- Un module de mesure non invasive de pression artérielle par lit
- Un saturomètre pour 2 lits
- Lits à hauteur variable
- Fluides médicaux – O₂ – vide
- Un ECG trois pistes
- Un chariot avec matériel de réanimation d'urgences et un défibrillateur externe
- Des seringues auto-pousseuses et des pompes à perfusion, des pompes à alimentation entérale
- Un appareil de doppler continu, et de doppler transcrânien (l'écho-doppler cervical étant disponible dans l'établissement)
- Des aspirateurs muraux par lit ou portatifs
- Des glucomètres, pour glycémie capillaire.

Permanence et continuité des soins

Au niveau de l'UNV, la continuité des soins est assurée par une garde ou une astreinte médicale opérationnelle, le médecin étant capable d'être à l'hôpital dans les 60 minutes suivant l'appel.

Personnel non médical

Les intervenants indispensables au fonctionnement de l'unité et formés à la prise en charge des AVC sont :

- Un cadre infirmier, infirmiers, aides-soignants, ou une équipe soignante dirigée par un cadre infirmier ;
- Un kinésithérapeute disponible pendant la journée pour débiter très précocement la rééducation et éviter les complications posturales et de décubitus ;
- Un orthophoniste, pour favoriser la communication ;
- Un neuropsychologue pour l'évaluation des troubles cognitifs ;
- Une assistante sociale ;
- Un Psychologue clinicien pour un soutien psychologique des patients et de l'entourage.

La prise en charge des patients et des familles fait également appel au psychologue clinicien et à l'ergothérapeute.

Plateau technique spécialisé

Les UNV disposent :

- d'un plateau technique d'imagerie comportant une IRM accessible en priorité et en urgence ou à défaut d'un scanner ainsi que du personnel médical et paramédical (manipulateur radio) accessible en urgence 24 h/24 ;
- d'un plateau de télémedecine opérationnel si possible.

L'hospitalisation de proximité

En fonction du contexte de la région, les établissements qui prennent en charge des patients AVC bien que n'ayant pas une activité suffisante pour dégager des moyens spécifiques à la création d'une unité neurovasculaire, sous réserve :

- qu'ils disposent d'un scanner opérationnel 24 h/24 ;
- qu'ils participent activement à la filière régionale de prise en charge des AVC (utilisation de référentiels, participation aux actions de formation) ;
- qu'ils bénéficient d'une expertise clinique et radiologique organisée au sein de la région (exemple : par télémedecine).

1.3. L'aval de l'hospitalisation aiguë : les soins de suite et de réadaptation

La prise en charge des patients AVC ne peut se concevoir sans la mise en place d'une articulation entre soins aigus et soins de suite et de réadaptation(SSR) et l'organisation de filières d'aval afin d'éviter la « saturation » des UNV.

Le secteur de SSR comporte :

La médecine physique et de réadaptation (MPR) ;

Les services de soins de suite médicalisée (SSMED ou soins polyvalents).

Tout patient victime d'un AVC doit pouvoir bénéficier, si besoin, de soins de suite adaptés en rééducation et réadaptation fonctionnelle, et aide à la réinsertion. La qualité de la prise en charge médico-paramédico-sociale constitue un élément important de la réinsertion ultérieure. Pour servir au mieux les objectifs de réadaptation et de réinsertion, il serait préférable que les offres de SSR, toutes orientations confondues, se situent dans la proximité du domicile.

La médecine physique et de réadaptation (MPR)

Toutes les structures de MPR accueillant des patients présentant des pathologies neurologiques : AVC, traumatismes-crâniens, doivent être identifiées et faire parti de la filière. Le rôle des structures de MPR consiste à :

- la prise en charge des patients nécessitant des soins complexes ou quantitativement importants de rééducation et/ou de réadaptation (la plupart des patients victimes d'un AVC ont besoin de soins de rééducation de plusieurs disciplines) ;
- la préparation et le suivi du retour à domicile ;
- la formation des professionnels et l'incitation à la recherche clinique pour les structures de MPR ayant une action de référent régional.

Equipe et plateau technique

Tout service de MPR doit disposer d'un véritable plateau technique pluridisciplinaire de rééducation.

Les services de MPR sont sous la responsabilité d'un médecin de MPR ou à défaut d'un médecin formé ou ayant l'expérience de la prise en charge en rééducation et réadaptation fonctionnelle. Les intervenants indispensables au fonctionnement de l'unité et formés à la prise en charge des patients AVC sont : masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, neuropsychologues, psychologues-cliniciens, assistants sociaux. Il faut signaler le rôle particulier de l'équipe soignante (infirmiers, aides-soignants) qui contribue par son attitude à la ré-autonomisation du patient dans les activités de la vie quotidienne.

Le fonctionnement de l'unité de MPR

La qualité et l'efficacité des programmes de rééducation et de réinsertion dépendent notamment :

- de la mise en place et de la réévaluation régulière d'un plan de soins interdisciplinaire individualisé à la définition duquel participe le patient (synthèses) ;
- de l'association étroite de la famille ou des proches du patient aux synthèses-bilans pluridisciplinaires qui jalonnent le séjour en MPR ;
- de la pratique des « permissions thérapeutiques » de fin de semaine, qui permettent la confrontation avec la réalité de vie ;
- de la préparation du retour à domicile par les visites à domicile du « binôme » ergothérapeute-assistant(e) social(e), avec le patient, pour adapter au mieux l'environnement technique et social ;
- de la liaison relais avec les acteurs du domicile : kinésithérapeute, orthophoniste, infirmier (e)

1.4. Le retour à domicile

Après une hospitalisation pour AVC, le retour à domicile nécessite une démarche de réinsertion et le plus souvent l'intervention coordonnée d'acteurs du champ des soins de la ville et éventuellement de l'hôpital, mais aussi de l'aide à domicile. Le retour à domicile ne signifie pas la fin des soins de rééducation (par exemple kinésithérapie, orthophonie) et permet de donner sa dimension la plus complète et la plus finalisée au travail de réadaptation.

2 -L'éducation thérapeutique des malades

Il s'agit d'élaborer des guides d'éducation thérapeutique destinés aux patients et à leur entourage, afin d'améliorer l'observance thérapeutique.

3- La rééducation et réadaptation.

La rééducation est une partie capitale de la prise en charge, afin réduire le handicap causé par un AVC. Elle doit être précoce et régulière, débutée en cours d'hospitalisation dans le service de neurologie ou en UNV. En vue de réduire le délai d'hospitalisation en neurologie, des services d'hospitalisation en rééducation doivent être créés et équipés au sein, ou à proximité des services prenant en charge des AVC. Des possibilités d'hospitalisation de jour peuvent également être envisagées.

En définitive la Prise en charge au service de santé de 2^{ème} échelon exige :

- l'Information et mobilisation du personnel de santé de 2^{ème} échelon sur les AVC et autres risques,
- la Formation du personnel sur les AVC et autres risques, centrée sur la surveillance et la riposte communautaire,
- la Vulgarisation de la définition de cas,
- la Définition du circuit de prise en charge hospitalière,
- le Renforcement du PCA standardisé,
- l'Elaboration et utilisation des schémas standardisés de diagnostic et de traitement, et autres procédures,
- l'Organisation des soins et services, hospitaliers,
- l'Acquisition des MEG et autres intrants;
- la Supervision du personnel hospitalier et du SSPE,
- le Monitoring des activités,
- la Valorisation de la perception positive et de la participation contre les AVC et autres risques.
- L'Evaluation et enquête de satisfaction.
- Les Références des cas à l'Hôpital de référence de 3^{ème} niveau.
- L'Organisation de la référence et contre référence,
- La Participation communautaire et prise de décisions de planification et d'évaluation.
- Le Renforcement de la formation, la recherche appliquée sur les AVC les MNT et autres risques.

La prise en charge au Troisième niveau (CHU) exige :

- ✓ L'Information et mobilisation du personnel de santé de 3^{ème} échelon sur les AVC et autres risques,
- ✓ La Formation du personnel sur les AVC et autres risques, centrée sur la surveillance et la riposte communautaire,
- ✓ La Vulgarisation de la définition de cas,
- ✓ La Définition du circuit de prise en charge hospitalière,
- ✓ Le Renforcement du PCA standardisé et spécialisé,
- ✓ L'Elaboration et utilisation des schémas standardisés de diagnostic et de traitement, et autres procédures,
- ✓ L'Organisation des soins et services, hospitaliers spécialisés,
- ✓ L'Acquisition des MEG et autres intrants;
- ✓ La Supervision du personnel hospitalier et du SSDE,
- ✓ Le Monitoring des activités,
- ✓ La Valorisation de la perception positive et de la participation contre les AVC et autres risques.
- ✓ L'Evaluation et enquête de satisfaction.
- ✓ Les Références des cas à l'Hôpital de référence spécialisé.
- ✓ L'Organisation de la contre référence vers le 2nd niveau, ou la référence à l'étranger.
- ✓ La Participation communautaire (CODIR, les malades) et prise de décisions de planification et d'évaluation.
- ✓ Le Renforcement de la formation, la recherche appliquée et fondamentale sur les AVC les MNT et autres risques.

D- LA RECHERCHE ET LA FORMATION

Mettre en place au sein de la Faculté des sciences de la Santé et les structures sanitaires participant à la prise en charge des AVC des équipes de recherches, afin d'échanger régulièrement sur l'épidémiologie de la pathologie et les particularités organisationnelles et comportementale de la prise en charge au Congo. Créer un registre départemental des AVC dans les départements de Brazzaville et Pointe Noire, en attribuant un numéro vert à l'équipe responsabilisée pour le recueil des données.

Organiser des journées de formation sur la prise en charge des AVC, à l'intention des professionnels (médecins et paramédicaux) des hôpitaux généraux sur toute l'étendue du territoire.

X – Coordination, suivi-évaluation

Coordination

La coordination du projet ainsi que son évaluation sont placés sous le leadership du ministère en charge de la Santé. La collaboration des autres secteurs connexes est une obligation multisectorielle et pluridisciplinaire.

suivi-évaluation

Les principaux indicateurs sont :

De suivi :

- ⊙ Taux de complétude de rapports,
- ⊙ Taux de promptitude de rapports,
- ⊙ Taux d'exactitude de rapports.
- ⊙ % de récupérés (refus, résistants, abandons) en communauté
- ⊙ Taux d'abandons thérapeutiques,

D'évaluation :

Inputs :

- ⊙ % de SSPE, des services HR disposant d'algorithmes,

- ⊙ % de CSS disposant de Plan intégré de communication PIC sur les MNT(AVC), de Comité d'hygiène au travail intégrant des activités de prévention des risques dans les plans hygiène, sécurité et environnement (HSE),
- ⊙ Taux de décaissement ou de consommation effectifs du budget,
- ⊙ Taux d'éligibilité des factures,
- ⊙ Taux de disponibilité de ressources (MEG, Réactifs de diagnostic et de traitement),
- ⊙ % de la part des dépenses nationales de prise en charge des AVC,
- ⊙ % de la part de l'aide des partenaires techniques et financiers, de la communauté, dans la prise en charge des AVC

Processus ;

- % de supervisions réalisées,
- Taux d'utilisation des SSPE, taux d'admission dans les SSD&TE,
- Taux d'abandon de traitement,
- Délai d'attente,
- DMS et TOL;
- % de cas de maladies nosocomiales,
- Taux de couverture par le SAMU

Résultats :

- ⊙ Taux de guérison,
- ⊙ Taux de décès dans les 24 heures,
- ⊙ Taux de létalité,
- ⊙ % de référés justifiés, % d'auto- référés justifiées,
- ⊙ % de contre référés,
- ⊙ % de malades ayant bénéficié des soins à domiciles,
- ⊙ % des populations satisfaites de la qualité des soins et services.

Impact :

- Taux d'incidence cumulée des AVC.
- Taux de communautés ou ONG identifiées comme ONG d'encadrement (pérennité de l'action).
- Taux de personnes réadaptées ou habiletés au travail.
- Taux de personnes réadaptées reformées au travail.
- % d'anciens AVC ayant une qualité de vie acceptable,
- Espérance de vie post AVC.

XI- Plan de suivi et d'évaluation

ACTIVITES	Périodes					Coût en F CFA
	2011	2012	2013	2014	2015	
analyser les supervisions de la communauté, du personnel des SSPE, et des services des HR	X	X	X	X	X	5000000
financer la collecte des rapports de supervision par la DSS/la CSS/HR	X	X	X	X	X	5000000
financer la prompte collecte des rapports de supervision par la DSS à 3 jours	X	X	X	X	X	5000000
financer la rédaction exacte des rapports de supervision par la CSS/ les HR	X	X	X	X	X	5000000
financer l'organisation des réunions de coordination départementales ou de CSS	X	X	X	X	X	5000000
calculer le pourcentage des réunions de coordination des supervisions tenues	X	X	X	X	X	5000000
calculer le taux d'exécution du budget reçu	X	X	X	X	X	5000000
financer les SSPE et les HR, la CSS et les DSS à l'utilisation de monitoring	X	X	X	X	X	5000000
organiser une à deux sessions d'évaluations trimestrielles	X	X	X	X	X	5000000
assurer la coordination du plan de mise en œuvre	X	X	X	X	X	5000000
Total général en F CFA						50000000

XII - Coûts Prévisionnels (voir en en Annexe)

Ce plan, dont le cout global s'élève à la somme de 14,533 milliards F CFA, bénéficiera des financements du gouvernement, des partenaires au développement dans le cadre de la coopération bi ou multilatérale, des communautés ou de la société civile.

XIII- Plan de financement de la mise œuvre et du suivi-évaluation

Lignes budgétaires	Montant en CFA et Période d'exécution					
	2011/ 2012	2013	2014	2015	2016	Coût en F CFA
1. Elaboration - validation participative et transsectorielle	5000000	0	0	0	0	5000000
2. Elaboration - validation						
3. Création des conditions et cadres de vie (sport, loisirs, espaces verts, art et culture) et centres de réadaptation-rééducation						
4. Equipement des CSI et autres services de santé de premier échelon publics et privés						
5. Equipement des HR de 1 ^{er} recours ou de deuxième échelon, publics et privés						
6. Equipement SAMU						
7. Aménagement et équipement Unités neurovasculaires						
8. Equipement RMN						
9. Consommables						
10. Création des centres de réadaptation-rééducation professionnels et communautaires						
11. Prévention, information Education y compris dans le cadre de la promotion de la santé						
12. Formation des professionnels de la santé						
13. Formation et fonctionnement des COSA/ONG/ COGES/CODIR						
14. Autres charges y compris coordination	10000000	10000000	10000000	10000000	10000000	50000000
15. Plan de suivi et d'évaluation						14533000000
TOTAL GENERAL en F CFA						

XIV- CONCLUSION

Ce plan stratégique national, dont le coût s'élève à 14,533 milliards F CFA, présente des grandes lignes d'actions sur la prévention des AVC, et la promotion de la santé des populations au Congo. Un accent prioritaire sera mis au renforcement des soins de santé primaires globaux, continus et intégrés ou le système de santé de district. La participation communautaire est un impératif de développement durable à tous les niveaux.

En appui, le travail des différents comités consistera à évaluer les besoins matériels et humains nécessaires à la mise en œuvre de cette filière (SAMU, UNV, SSR), de proposer les programmes annuels des campagnes de sensibilisation, des plans de formation de tous les acteurs de la filière, et de mettre en place des pistes de recherche sur la pathologie neurovasculaire au Congo.

ANNEXE 1 :
Cout prévisionnels 2011 – 2016
(2011 = année d'élaboration)

Activités	Période d'exécution	Coût prévisionnels (FCFA)	Observations
Elaboration - validation participative et transsectorielle	Juillet – aout 2011	5000000	Validation en présence des parties prenantes (santé et secteur connexe) en présence du DGS et DG plan
Elaboration - validation	Juillet – aout 2011	8000000	Validation en présence de Monsieur le Ministre + Directeurs hôpitaux
Création des conditions et cadres de vie (sport, loisirs, espaces verts, art et culture) et centres de réadaptation-rééducation	2012 – 2016	1000000000	
3. Equipement des CSI et autres services de santé de premier échelon publics et privés	2012 – 2015	1000000000	
4. Equipement des HR de 1 ^{er} recours ou de deuxième échelon, publics et privés	2013 – 2016	1000000000	
5. Equipement SAMU	2012	3000000000	PM (projet soumis au Gouvernement)
6. Aménagement et équipement Unités neurovasculaires	2010 – 2014	2500000000	A doter dans les hôpitaux retenus, installer et former en maintenance
7. Equipement RMN	2012 – 2014	1500000000	
8. Consommables	2012 – 2016	3000000000	Pour toutes les Unités d'exploration et de PEC
9. Création des centres de réadaptation-rééducation professionnels et communautaires	2012 – 2016	500000000	
10. Prévention, information Education y compris dans le cadre de la promotion de la santé	2011 – 2016	600000000	Dépenses estimées à 100 Millions par an (y compris célébration 1 ^{re} journée de la lutte contre AVC octobre 2011)
11. Formation des professionnels de la santé	2011 – 2016	200000000	Formation diplômante recyclage et mise à niveau formation
12. Formation et fonctionnement des COSA/ONG/ COGES/CODIR	2012 – 2015	50000000	
13. Autres charges y compris coordination	2011 – 2016	120000000	
14. Plan de suivi et d'évaluation	2011 – 2016	50000000	
TOTAL GENERAL =		14533000000	

NB : certaines charges retenues figurent dans d'autres plans (SAMU, catastrophes, équipements hôpitaux et autres formations sanitaires).