



MEMOIRE DE FIN DE FORMATION

pour l'obtention du

**MASTER BUSINESS ADMINISTRATION EN GESTION DES SERVICES DE
SANTE : MBA-GSS**

OPTION : *GESTION DES PROGRAMMES DE SANTE*

THEME :

**CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN
CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH AU CENTRE DE
TRAITEMENT AMBULATOIRE DE L'ONG WALE DE SEGOU AU MALI**

Préparé par :

Dr Madani Moctar Saidou TALL

Sous la Direction de :

Dr Malick NIANG

Enseignant associé au CESAG

Novembre 2014

DEDICACE

Je dédie ce travail :

- A mon père Moctar Saïdou et ma mère Fatimata Tiècoura Coulibaly qui m'ont inculqués les vraies valeurs du travail, sachez que vous resterez toujours dans mon cœur
- A mes sœurs Madina, Fadima et mon frère Alpha Macky pour vos soutiens financiers et moraux
- A ma chère et tendre épouse Ténin Diakité pour sa patience et son soutien sans faille durant toute la durée de ma formation

CESAG - BIBLIOTHEQUE

REMERCIEMENTS

Je remercie le bon Dieu le tout puissant et son prophète paix et salut de Dieu sur lui pour m'avoir donné la force et la santé nécessaire pour accomplir ce travail.

Je suis certes l'auteur de ce travail de mémoire. Cependant, il n'aurait pu aboutir sans l'aide et le soutien de certaines personnes que je me dois de remercier. Mes remerciements s'adressent :

- Au docteur Malick NIANG pour avoir accepté de diriger ce mémoire. Son soutien, ses conseils et son œil critique m'ont permis d'aboutir à la réalisation finale de ce travail. Qu'il trouve ici le gage de ma profonde gratitude à son égard.
- Au docteur Amani KOFFI, chef de département de CESAG SANTE, pour l'enseignement précieux que nous avons reçu sous votre direction
- Au personnel enseignant de CESAG SANTE pour la qualité de l'enseignement reçu durant toute la durée de la formation
- A l'assistante des programmes de CESAG SANTE, Mme Soukeyna GUEYE pour le soutien que vous avez apporté tout le long de cette formation
- Au docteur Aly SOUMOUNTERA, directeur général de l'ONG Walé pour avoir accepté que ce travail se déroule au sein de sa structure
- Au docteur Mahamadou DRABO, coordinateur du centre de traitement ambulatoire de l'ONG Walé pour son accompagnement
- A tout le personnel de l'ONG Walé pour leur disponibilité
- Aux personnes vivant avec le VIH pour leur disponibilité
- A tous les stagiaires de la 1^{ère} promotion du MBA, Gestion des services de santé pour les moments inoubliables que cette formation nous a permis de vivre ensemble à Dakar
- A mon tonton Moustapha Soro TALL pour son soutien
- A tous mes amis pour leur soutien
- A toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ARCAD-SIDA : Association de Recherche, de Communication et d'Accompagnement à Domicile des PV.VIH

ARV : Antirétroviraux

ARSI : Association de Recherche en Soins Infirmiers

CICM : Centre d'Infectiologie Charles Mérieux

CNAM : Centre National d'Appui à la Maladie

CNESS : Comité National d'Ethique pour la Santé et les Sciences

CNIECS : Centre National d'Information, d'éducation et de communication pour la Santé

CNOS : Centre National d'Odonto-Stomatologie

CNOSAD : Comité National d'Orientation et de suivi des actions de développement

CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine

CREDOS : Centre de Recherche d'Etude et de Documentation pour la Survie de l'enfant

CSCom : Centre de Santé Communautaire

CSLS : Comité Sectoriel de Lutte contre le SIDA

CSN : Cadre Stratégique National

CSRéf : Centre de Santé de Référence

CTA : Centre de Traitement Ambulatoire

DNS : Direction Nationale de la Santé

DRS : Direction Régionale de la Santé

EDS : Enquête Démographique et de Santé

ELIM : Enquête Intégrée auprès des Ménages

ETP : Education thérapeutique

HCNLS : Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA

INSTAT : Institut National de Statistique

IO : Infection Opportuniste

IOTA : Institut Ophtalmologique Tropical de l'Afrique

MSM : Man Sex Man

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDDSS : Plan Décennal de Développement Socio-Sanitaire

PEC : Prise En Charge

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PS : Professionnel de Sexe

PSPHR : Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale

PTME : Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant

PV.VIH : Personnes Vivant avec le VIH

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SSP : Soins de Santé Primaires

VIH : Virus Immuno Humain

LISTE DES FIGURES

Figure I : Carte administrative du Mali	7
Figure II : Carte de la région de Ségou.....	16
Figure III : Organigramme de l'ONG Walé	19
Figure IV : Circuit du nouveau patient/client du CTA.....	21
Figure V : Réponse du personnel interrogé quant à savoir s'ils avaient reçu dans leur formation initiale un module portant sur l'accueil des malades.....	37
Figure VI : Réponse du personnel interrogé quant à savoir s'ils avaient reçu une formation en interne sur l'accueil.....	38
Figure VII : Réponse du personnel interrogé selon l'existence ou non d'un chargé à l'accueil	38
Figure VIII : Réponse du personnel interrogé selon l'existence ou non d'une salle d'attente	39
Figure IX : Réponse du personnel interrogé par rapport à leur appréciation du temps d'attente des patients	40
Figure X : Réponse du personnel interrogé quant aux conditions d'accueil des patients ...	40
Figure XI : Réponse du personnel interrogé quant à savoir si les infrastructures du CTA sont adaptées à la prise en charge des PV.VIH	41
Figure XII : Réponse du personnel interrogé selon leurs conditions de travail	41
Figure XIII : Réponse du personnel quant à leur implication dans l'organisation et le fonctionnement du CTA	42
Figure XIV : Répartition des patients interrogés selon la résidence	45
Figure XV : Répartition des patients selon l'accessibilité du CTA.....	46
Figure XVI : Répartition des patients interrogés selon leur appréciation du temps d'attente	47
Figure XVII : Répartition des patients interrogés selon le niveau de satisfaction par rapport à l'accueil au CTA.....	47

Figure XVIII : Répartition des patients interrogés selon leur appréciation du temps de consultation médicale	48
Figure XIX : Réponse des patients quant à la disponibilité du personnel.....	49
Figure XX : Diagramme d'ISHIKAWA	55
Figure XXI : Priorisation des causes du problème à l'aide du diagramme de Pareto	57

CESAG - BIBLIOTHEQUE

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Priorisation des problèmes	25
Tableau II : Déroulement des activités	35
Tableau III : Répartition du personnel interrogé selon leur fonction	37
Tableau IV : Réponse du personnel quant à la satisfaction par rapport à la salle d'attente	39
Tableau V : Répartition des causes de l'insuffisance de la qualité de l'accueil au CTA évoquées par le personnel interrogé selon leur fréquence.....	43
Tableau VI : Répartition des solutions de l'insuffisance de la qualité de l'accueil au CTA proposées par le personnel interrogé selon leur fréquence.....	44
Tableau VII : Répartition des patients interrogés selon la tranche d'âge et par sexe.....	45
Tableau VIII : Répartition des patients interrogés selon l'année d'initiation aux ARV	46
Tableau IX : Répartition des patients selon le niveau de satisfaction de leur relation avec le personnel.....	48
Tableau X : Réponse des patients quant à la difficulté de poursuivre les ARV	49
Tableau XI : Réponse des patients interrogés quant aux propositions d'amélioration	49
Tableau XII : Grille d'observation	50
Tableau XIII : Priorisation des causes.....	56
Tableau XIV : Priorisation des solutions.....	59
Tableau XV : Cadre logique.....	61
Tableau XVI : Plan opérationnel.....	63
Tableau XVII : Chronogramme des activités.....	64

Tableau XVIII : Budgétisation 65

Tableau XIX : Plan de mise en œuvre du volet suivi et évaluation..... 67

CESAG - BIBLIOTHEQUE

SOMMAIRE

DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	iii
LISTE DES FIGURES	v
LISTE DES TABLEAUX	vii
SOMMAIRE.....	ix
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	5
Chapitre 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE.....	6
Chapitre 2 : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE.....	26
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE	33
Chapitre 3 : METHODOLOGIE	34
Chapitre 4 : PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE	37
TROISIEME PARTIE : DETERMINATION DES CAUSES, IDENTIFICATION DES SOLUTIONS ET LEUR PRIORISATION.....	51
Chapitre 5 : DETERMINATION ET PRIORISATION DES CAUSES.....	52
Chapitre 6 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS.....	58
Chapitre 7 : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION.....	60

RECOMMANDATIONS	68
CONCLUSION	70
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	73
TABLE DES MATIERES.....	76
ANNEXES	81

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

INTRODUCTION

Découvert depuis les années 80, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est probablement le virus le plus étudié dans l'histoire à ce jour [8].

Le virus du syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA) peut être transmis de diverses manières : la transmission sexuelle, la transmission sanguine et la transmission materno-fœtale.

L'infection par le VIH est une maladie sociale qui a modifié nos conceptions concernant les relations sexuelles, l'éducation, la santé publique, la science, les droits de l'homme [7].

La pandémie de VIH/sida est à la base de perturbations de plusieurs ordres (médical, social, culturel, économique) tant au niveau de l'individu qui est infecté, tant au niveau de la famille affectée ainsi qu'au niveau de la communauté à laquelle appartient cet individu. [29,25]

Au-delà des mesures prises pour prévenir la propagation du VIH dans la population, de nombreuses stratégies tant mondiales, régionales que nationales ont été mises en place pour assurer la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). En effet, les personnes qui vivent avec le VIH ont besoin d'être soutenues pour faire face aux défis multiples d'une maladie chronique qui peut entraîner un rejet social. L'angoisse dramatique de l'annonce du diagnostic, le vécu de la maladie et l'incidence de ses complications sur la vie psychique et sociale rendent incontournable leur prise en charge médicale et psychosociale [29]. Cette prise en charge est une démarche thérapeutique globale et comprenant, en plus du soutien médical, plusieurs volets : psychologique, spirituel, hygiéno-diététique, social, économique, professionnel et familial [19,20].

La déclaration d'engagement de la session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies en 2001 constitue un événement historique dans la lutte contre le VIH/sida [18,23]. Les PVVIH, leur famille ainsi que leur communauté ont besoin d'un soutien pour faire face aux difficultés de la maladie. Le but de la prise en charge et du soutien dans le domaine du VIH/sida est d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/sida, de leur famille et de leur communauté [17].

En fin 2010 [10], on estimait à 34 millions [31,6-35,2 millions] le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde, à 1,8 millions [1,6-1,9 million] le nombre de personnes

décédées du au VIH et à 2,7 millions [2,4-2,9 millions] le nombre de nouvelles infections à VIH dont 390 000 enfants [340 000-450 000].

L'Afrique subsaharienne reste la région la plus durement touchée par le VIH avec près de 68% de toutes les personnes vivant avec le VIH et 1,9 millions [1,7-2,1 millions] de nouvelles infections à VIH. [22]

Au Mali, le premier cas a été découvert en 1985 [1]. Le Mali est un pays à épidémie généralisée avec un taux de prévalence à 1,1%. La région de Ségou occupe le deuxième rang national avec un taux de 1,2% après Bamako 1,7% [13,21]. Cette prévalence dans la région de Ségou serait due aux activités économiques à très forte intensité de main d'œuvre dans la zone Office du Niger qui est un centre d'intérêt et d'attraction massive de populations migrantes.

A l'instar de nombreux pays de la sous-région confrontés au fléau du VIH et du SIDA et de son impact sur le développement social, politique et économique, la république du Mali a fait de la lutte contre le SIDA, une priorité de l'action de son gouvernement.

L'amélioration de la qualité de la prise en charge par l'accès au traitement et aux soins, plus spécifiquement aux antirétroviraux à toute personne infectée par le VIH lorsque son état clinique et/ou biologique le nécessite, sur la base des critères définis au niveau national constitue un des grands axes du Cadre Stratégique National (CSN) de Lutte contre le VIH et le SIDA 2013- 2017 du Mali. [6]

La déclaration de politique nationale de lutte contre le VIH et le SIDA recommande d'assurer la gratuité des soins et des médicaments ARV à tous les PVVIH ayant besoin d'un traitement sans distinction aucune, faisant du Mali le 3ème pays africain à avoir pris cette décision après le Malawi et le Sénégal. [21]

La gratuité des antirétroviraux a été complétée par une déclaration de la gratuité de l'ensemble des soins pour les personnes vivant avec le VIH et le SIDA, posant les bases de l'accès à une prise en charge médicale gratuite pour tous les patients séropositifs, y compris le traitement des infections opportunistes (IO) et le suivi biologique.

Grâce aux traitements antirétroviraux, l'infection à VIH est devenue une maladie chronique, avec laquelle les personnes atteintes doivent ré(apprendre) à vivre, à défaut d'en guérir.

La prise en charge des PVVIH est à la fois médicale et psychosociale. L'assurance qualité fait partie des aspects essentiels de la mise en œuvre de la politique de prise en charge des PVVIH au Mali.

Une mauvaise qualité de la prise en charge des PV.VIH qu'elle soit médicale et ou psychosociale aura comme conséquences : l'altération de la relation soignant/soigné, l'inobservance au traitement antirétroviral (ARV), les cas d'abandon de traitement, les cas de perdus de vue, l'échec du traitement ARV et le décès des patients.

Aucune étude n'a été réalisée sur la qualité de la prise en charge des PV.VIH au centre de traitement ambulatoire (CTA) de l'ONG Walé à ce jour.

Notre travail, dans une approche de résolution de problèmes essaiera d'analyser la qualité de la prise en charge des PV.VIH au CTA de l'ONG Walé de Ségou au Mali. Il s'agit d'une méthode participative de résolution de problèmes prioritaires en vue d'apporter des approches de solution.

Ce travail s'articule autour de trois principales parties :

- la première partie expose l'analyse situationnelle et le cadre théorique ;
- la deuxième partie présente les résultats de l'enquête et
- la troisième partie décrit comment les causes et les solutions ont été déterminées et priorisées et présente le plan de mise en œuvre pour déboucher sur des recommandations.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

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

Chapitre 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE

L'analyse situationnelle décrit les caractéristiques de l'environnement dans lequel évolue le centre.

1.1 Généralités sur le Mali :

1.1.1 Caractéristiques géographiques et démographiques :

La république du Mali est un pays continental limité : au Nord par l'Algérie, au Sud la Côte d'Ivoire et la Guinée Conakry, à l'Est le Niger et le Burkina Faso et à l'Ouest par le Sénégal et la Mauritanie.

Le régime hydrographique tributaire de la distribution géographique s'étendant entre le 11° et le 25° de latitude nord, est essentiellement constitué par les bassins du haut Sénégal et du Niger. Le Mali est traversé par deux fleuves : le Niger et le Sénégal.

Le Mali se distingue par sa grande taille (1 241 238 km²) et la diversité de ses aires agro-climatiques et socioculturelles. La population du Mali était estimée en 2009 à 14 528 662 habitants dont 49,59% d'hommes et 50,41% de femmes (INSTAT, RGPH 2009). La pression démographique pose un défi énorme pour la fourniture des services sociaux au Mali, la population en majorité rurale est relativement jeune avec 46,56% de moins de 15 ans et 43,96% entre 15 et 49 ans. Elle est concentrée dans la partie Sud du pays et le long du fleuve Niger. Au plan administratif, le Mali est divisé en huit régions économiques et administratives (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et Kidal) et le District de Bamako qui a rang de région. Il comporte 49 cercles, 289 arrondissements, 703 communes dont 19 urbaines et 684 rurales.



Figure I : Carte administrative du Mali

1.1.2. Caractéristiques socio-économiques :

L'économie du Mali est basée sur l'agriculture, l'élevage et la pêche. Elle est caractérisée par sa vulnérabilité aux aléas climatiques. En dépit des performances macro-économiques enregistrées depuis 1994, le Mali reste un pays pauvre. La croissance réelle du PIB a été maintenue à un niveau relativement élevé (4,3% en 2007, 5% en 2008 et 4,5% en 2009), malgré le contexte financier mondial.

Cette croissance de l'économie a été essentiellement tirée par les secteurs primaire et tertiaire qui ont respectivement augmenté de 11,5% et 4,5% contre 5,6% et 3,5% en 2009. Le PIB par habitant en 2008 était de 1200 USD PPA, faisant figurer le Mali parmi les pays les moins avancés et 64% de sa population vit au-dessous du seuil de pauvreté. Le Mali est considéré comme pays à faible indice de développement humain selon les critères du PNUD.

Selon les résultats préliminaires d'ELIM 2010, la proportion de la population malienne définie comme pauvre est passée de 55,6% en 2001 à 47,4% en 2006 et 43,6% en 2010. La pauvreté au Mali s'urbanise et se féminise mais demeure encore et surtout un phénomène essentiellement rural, milieu où les femmes sont encore plus exposées à la pauvreté du fait de leur faible accès aux facteurs de production. La proportion de la population disposant de moins d'un dollar par jour PPA est de 50,4% (2010).

1.1.3 La politique nationale de santé et l'organisation du système de santé

1.1.3.1 La politique nationale de santé :

Elle fut adoptée par le gouvernement en 1990 et définit les grandes orientations du développement sanitaire du Mali.

Elle est fondée sur les principes des soins de santé primaires (SSP) et d'initiative de Bamako adoptée en 1987. Après avoir été mise en œuvre à travers : (i) le PSPHR qui a expérimenté et accompagné le développement de l'approche sectoriel jusqu'en 1998 et (ii) le PDDSS de 1999 à 2007 qui a définitivement consacré l'approche sectorielle par la matérialisation de ses principaux piliers dont la mise en place d'un cadre unique de planification, de mise en œuvre et de suivi-évaluation, la coordination de tous les secteurs à travers des organes de pilotage et une procédure financière préférentielle commune au lieu d'une multitude de procédure.

La politique sectorielle de santé a été reconfirmée et consacrée par la loi N° 02-049 du 22 juillet 2002 portant loi d'orientation sur la santé qui réprecise les grandes orientations de la politique nationale de santé. Ces principaux objectifs sont (i) l'amélioration de la santé des populations, (ii) l'extension de la couverture sanitaire et (iii) la recherche d'une plus grande viabilité et de performance du système de santé.

Pour atteindre ces objectifs, les stratégies suivantes ont été énoncées :

- la différenciation des rôles et missions des différents échelons du système de santé, celle-ci consiste à faire évoluer la notion de pyramide sanitaire d'une conception hiérarchique et administrative vers une conception plus fonctionnelle ;

- la garantie de la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels, la rationalisation de leur distribution et de leur prescription à travers la mise en œuvre de la réforme du secteur pharmaceutique ;
- la participation communautaire à la gestion du système et à la mobilisation des financements du système de santé y compris le recouvrement des coûts et l'optimisation de leur utilisation ;
- la promotion d'un secteur privé dynamique et d'un secteur communautaire complémentaire du système public.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de décentralisation, le gouvernement a transféré certaines compétences et ressources aux collectivités territoriales aux niveaux communes et préfectures suivant le décret 02-314/P-RM du 04 juin 2002.

La politique nationale de santé est renforcée dans sa mise en œuvre par la politique de solidarité et des personnes âgées (1993), la politique de protection sociale (2002), la politique nationale de promotion de la femme et de l'enfant (2002) et la politique nationale genre (2010).

1.1.3.2 L'organisation du système de santé :

Le système de santé du Mali est de type pyramidal, c'est-à-dire structuré de la base vers le sommet comme suit :

- Le premier niveau de référence est constitué des Centres de Santé de Référence (CSRéf), soixante un (61) en 2013 généralement au niveau des chefs-lieux de préfectures. Ils disposent communément d'un plateau technique comprenant une équipe à tendance chirurgicale pouvant assurer les soins chirurgicaux et gynéco-obstétricaux d'urgence tels que les césariennes. Ce niveau de référence intègre le premier point de contact avec le système de santé est représenté par les CSCom au nombre de 1134 en 2013. Certains villages des aires de santé des CSCom disposent de maternités rurales tenues par des matrones.
- Le second niveau de référence est constitué des hôpitaux régionaux, soit huit (8) au total.
- Le troisième niveau de référence comprend les hôpitaux nationaux avec un plateau technique à vocation générale (Hôpital Point G, Hôpital Gabriel, Hôpital du Mali, Hôpital de Kati ou spécialisé (IOTA, CNOS).

1.1.4. Analyse de la situation de l'épidémie à VIH [6]

1.1.4.1. Situation de l'épidémie dans la population générale :

Par rapport à certains pays d'Afrique Subsaharienne, le taux de séroprévalence du VIH au Mali reste faible, soit 1,3% (EDS IV-2006) et 1,1% (EDS V-2012). Selon l'EDS V, le taux de séroprévalence chez les femmes de 15-49 ans, estimé à 1,3% est plus élevé que celui observé chez les hommes du même groupe d'âges (0,8%). Chez les femmes comme chez les hommes, c'est dans la capitale, Bamako, que la prévalence est la plus élevée (respectivement 1,9% et 1,4%). Les résultats de la surveillance sentinelle du VIH ont montré un taux de séroprévalence de 2,4% chez les femmes enceintes de moins de 25 ans en 2007. Cette prévalence a légèrement augmenté à 2,7% en 2009.

1.1.4.2. Facteurs de vulnérabilité au VIH :

Le contexte et la situation sociopolitique actuelle au Mali, notamment le conflit au Nord du pays constituent autant de facteurs de vulnérabilité qui ne manquent pas d'avoir un impact négatif sur l'épidémie de VIH. En effet, la crise du Nord a entraîné une interruption des services de santé, avec une dispersion du personnel de santé et enfin une destruction de plusieurs millions de médicaments et de réactifs destinés aux usagers. La crise a aussi entraîné un déplacement massif des populations de ces régions vers le reste du pays, et les pays voisins pour ceux qui ne se sentaient pas en sécurité. Un nombre important de patients sous traitement dans le nord sont perdus dans la nature et risquent de connaître des ruptures de traitement pouvant entraîner des résistances et la perte des bénéfices thérapeutiques. Bien que les conséquences directes de l'instabilité du Mali ne soient pas encore mesurées par rapport à l'infection par le VIH, force est de constater que la perturbation dans le fonctionnement des services sanitaires et sociaux des régions du nord du pays, entraînent des dysfonctionnements dans l'accès aux soins et à la prévention du VIH. Cette situation doit être prise en compte dans l'analyse des facteurs de vulnérabilité contextuelle, puisqu'elle aggrave considérablement ceux qui existaient avant même l'émergence de cette crise. En effet au Mali, l'épidémie du VIH se féminise. Il y a en effet plus de femmes que d'hommes infectés. Les données de la surveillance prénatale indiquent la propagation de l'épidémie au sein des groupes d'âge sexuellement actifs les plus jeunes. La mobilité des hommes et des femmes, la migration, l'exode rural et plus récemment le déplacement des réfugiés fuyant les conflits du nord, vont probablement faciliter et aggraver la propagation

de l'épidémie. A l'intérieur du pays, l'impact social et économique de l'épidémie s'aggrave faute d'insuffisance des services de bases (santé, éducation, eau et assainissement). Dans cet environnement sociopolitique et sanitaire, plusieurs déterminants directs et indirects risquent d'accroître la vulnérabilité récurrente de certaines populations.

1.1.4.3. Principaux déterminants de la propagation de l'épidémie à VIH :

- **Les comportements sexuels à risque :** le niveau de prévalence augmente avec le nombre de partenaires sexuels. L'EDS montre que la séroprévalence qui est de 0,8% chez les personnes qui ont un seul partenaire sexuel passe à 1,8% chez celles qui en ont eu deux et 4% chez celles qui ont eu au moins 10 partenaires sexuels au cours de leur vie.
- **Le niveau d'instruction :** d'une manière générale, le lien entre la scolarité et le VIH est indéniable dans la mesure où le niveau de scolarisation influence l'accès et l'acquisition des informations. Les femmes non instruites ont souvent moins accès à l'information et à l'éducation sur le VIH. Ainsi, la faiblesse de scolarisation des femmes au Mali contribue à accroître leur vulnérabilité face au VIH et au SIDA.
- **Les inégalités dans les rapports de genre couplées aux violences faites aux femmes et aux filles y compris celles handicapées :** les inégalités et les violences réduisent l'accès aux services de prévention et de soins. Il existe des disparités importantes entre les hommes et les femmes dans plusieurs domaines comme la santé sexuelle et reproductive. Faible vulgarisation des outils de prévention chez la femme (préservatif féminin).
- **Les déterminants et facteurs de vulnérabilité les plus importants :** pour la femme/fille et autres cibles vulnérables, par rapport au risque VIH, la pauvreté est considérée comme facteur le plus important de la vulnérabilité chez la femme. Pour la fille, le mariage forcé est retenu comme facteur important. Le manque de pouvoir économique de la femme/fille fait que dans la négociation des rapports sexuels, l'homme s'impose soit par des moyens financiers, soit par la violence.
- **Dans les différentes dimensions économiques,** (accès aux ressources matérielles, financières et alimentaires, aux services sanitaires, éducatifs, etc.), la pauvreté apparaît comme le déterminant principal de l'épidémie et elle contribue à maintenir la femme dans un engrenage qui la rend plus vulnérable. Elle influence les choix de vie, elle agit sur les comportements, elle limite l'accès aux ressources, etc. Tout

ceci pouvant conduire certaines femmes à recourir à la prostitution sous plusieurs formes : occasionnelle, clandestine, touristique, forcée, professionnelle.

- **La stigmatisation, la marginalisation et la discrimination par rapport au VIH et au SIDA :** les témoignages des intervenants communautaires ainsi que les données de la revue du CSN 2006-2010, attestent de la persistance dans la société malienne d'une représentation négative du VIH et du SIDA et de certains groupes (PS, MSM, les personnes handicapées...). La persistance de la stigmatisation est telle qu'elle contribue à ralentir l'impact des efforts dans la riposte, obligeant certaines personnes à ne pas dévoiler leurs statuts, à fuir le dépistage et à adopter des comportements pouvant être à risque dans l'optique d'éviter la stigmatisation et le rejet familial ou communautaire.

1.1.5. Analyse de la réponse nationale au VIH : [6]

1.1.5.1. Cadre institutionnel et organisationnel de la réponse au VIH :

- **Le Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA (HCNLS) :** a été créé par décret N° 106 P-RM du 31 Mars 2004 en tant qu'organe d'orientation et de coordination politique et multisectorielle de lutte contre le VIH et le SIDA (article1). Il est présidé par le Président de la République et sa mission (article2) est de définir la politique de lutte contre le SIDA et de fixer les orientations relatives au développement des stratégies et des programmes y afférents. Le HCNLS est reconnu par tous comme étant l'autorité nationale de coordination de la lutte contre le VIH et le SIDA au Mali.
- **Le Secrétariat Exécutif du HCNLS :** assure la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le SIDA. A cet effet, il veille à la tenue du cadre de concertation avec les PTF, à l'exécution, au suivi des décisions du HCNLS, à la coordination et à la décentralisation des actions de lutte contre le VIH et le SIDA sur l'ensemble du territoire selon la vision des « three ones ».
- **Le niveau parlementaire :** est engagé dans la lutte contre le VIH et le SIDA à travers deux réseaux mis en place depuis 2005 au sein de l'Assemblée Nationale. La commission du réseau malien pour la population et le développement (REMAPOD) a été initiée par la loi n° 06-028 du 29 juin 2006, fixant les règles relatives à la prévention, à la prise en charge et au contrôle du VIH et du SIDA en

collaboration avec l'ONU-SIDA et le SE/HCNLS. Ces différentes actions ont, en somme, contribué à la promotion de la bonne gouvernance de la lutte contre le VIH.

- **Au niveau des ministères :** il existe des comités de coordination sectoriels de lutte contre le SIDA qui ont pour mission de fixer au sein des départements ministériels les orientations relatives à la lutte contre le VIH et le SIDA. Les cellules sectorielles de lutte contre le VIH et le SIDA sont les organes d'exécution des décisions des comités de coordination sectoriels de lutte contre le SIDA.
- **Le Comité Sectoriel de Lutte contre le Sida du Ministère de la Santé et de l'hygiène publique (CSLS /MSHP) :** il est chargé d'assister le Ministre en charge de la Santé dans l'élaboration, la coordination, la mise en œuvre et le suivi/évaluation du plan sectoriel de lutte contre le VIH et le SIDA du secteur de la Santé. Le secrétariat du Comité Sectoriel de Lutte contre le Sida dans le secteur de la santé est assuré par une Cellule chargée des tâches suivantes :
 - préparer et suivre la mise en œuvre des accords de coopération et de collaboration du Ministère de la Santé et de l'hygiène publique avec les partenaires techniques et financiers et veiller à leur mise en œuvre ;
 - assurer un appui conseil aux structures publiques et privées de mise en œuvre du Plan dans le domaine de la programmation, de l'élaboration des normes et procédures et de la mobilisation des fonds ;
 - instruire toutes questions à lui soumises par le Ministre chargé de la Santé ;
 - préparer les documents devant être examinés par le comité sectoriel ;
 - assurer le secrétariat des réunions du Comité sectoriel et veiller à l'exécution de ses décisions et recommandations.
- **Au niveau du haut conseil des collectivités territoriales (HCCT) et de l'association des municipalités du Mali (AMM) :** il existe une collaboration avec le ministère de l'administration territoriale et des collectivités locales dans le cadre de la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH et le SIDA dans le secteur. Il existe des cadres de concertation qui servent d'espace d'échange et de transparence tels le comité national d'orientation, de suivi des actions de développement (CNOSAD). Toutefois, ce cadre n'est pas sollicité dans le cadre de la lutte.

- **Les organismes personnalisés, des services centraux et rattachés du Ministère de la Santé et de l'hygiène publique dans le domaine de la lutte contre le VIH et le Sida :**

- **La Direction Nationale de la Santé (DNS) :** elle a pour mission d'assurer l'exécution des programmes du plan sectoriel de lutte contre le SIDA du Ministère de la Santé et de l'hygiène publique. Elle collabore avec le CSLS à l'élaboration et la mise en œuvre des plans opérationnels, le suivi et l'évaluation des activités.
- **Les Directions Régionales de la Santé (DRS) :** les Directions Régionales de la Santé sont la cheville ouvrière de la lutte contre la maladie. Elles assurent le suivi rapproché des activités, identifient les besoins prioritaires en ressources humaines, matérielles et financières. Elles sont chargées de centraliser et d'analyser les informations à l'échelon régional et de rendre compte au Directeur national de la santé.
- **Les hôpitaux et autres structures de prise en charge :** ils sont responsables de la prise en charge globale des patients séropositifs.
- **La Direction de la Pharmacie et du Médicament :** elle a pour mission de veiller au respect des procédures d'Autorisation de Mise sur le Marché des médicaments et des réactifs et de définir les normes dans le domaine de la pharmacie et du médicament. Elle participe également à la centralisation de l'estimation des besoins, ainsi qu'aux activités de formation, de suivi et d'évaluation.
- **La Pharmacie Populaire du Mali (PPM) :** elle est responsable de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments et réactifs aux sites de prise en charge, du suivi et de la gestion des stocks.
- **L'Institut National de Recherche en Santé Publique :** outre ses fonctions propres de laboratoire de référence, il participe à la recherche, à la formation des biologistes, Il élabore et assure la mise en œuvre du système de Contrôle de Qualité des laboratoires.
- **Le Laboratoire National de la Santé :** il procède au Contrôle de Qualité des médicaments et des dispositifs médicaux.
- **La Cellule de Planification et de Statistiques :** elle est chargée de centraliser et d'analyser les informations à l'échelon national.

- **L'Inspection de la Santé** : elle vérifie et veille au respect des normes et procédures de la politique nationale de prise en charge.
- **Les autres services (CNAM, ANEH, CНИЕCS, CNESS, CNOS, CREDOS, CNTS, CICM, SEREFO)** : ils doivent appuyer la Cellule du Comité Sectoriel de Lutte contre le Sida du Ministère de la Santé et de l'hygiène publique dans leur domaine de compétence.
- **Les comités d'experts à l'échelon national** : ces comités doivent appuyer la Cellule du Comité Sectoriel de Lutte contre le SIDA du Ministère de la Santé et de l'hygiène publique pour :
 - l'élaboration ou la révision des normes, protocoles, directives et des bonnes pratiques de la prise en charge globale des PVVIH ;
 - l'élaboration de modules de formation et la formation des formateurs ;
 - l'estimation des besoins, le suivi de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments, réactifs et consommables ;
 - le respect de l'éthique et des droits humains ;
 - l'initiation, l'approbation et le suivi technique des projets de recherche ;
 - le suivi et l'évaluation des activités.
- **Les associations de prise en charge et associations de PVVIH** : outre la prise en charge médicale, les acteurs de la société civile, notamment les associations de PVVIH, jouent un rôle tout particulier en termes de soutien psychosocial, de formation de prestataires, d'assistance aux PVVIH, aux orphelins et aux familles affectées.
- **Les entreprises des secteurs public et privé** : les entreprises et syndicats ont également un rôle à jouer pour réduire la propagation du VIH (prévention, sensibilisation du personnel) mais aussi dans l'accompagnement des employés infectés.

1.2. Présentation de la région de Ségou :

La région de Ségou, située à 240 km de Bamako, est la quatrième région administrative du Mali. Elle est située entre les parallèles 12°30 et 15°20 de longitude nord et est limitée au nord par la Mauritanie, à l'est par la région de Mopti et le Burkina Faso, au sud par la région de Sikasso et à l'ouest par la région de Koulikoro. Sa superficie est de 64.820 km² pour une population de 2 170 821 habitants répartis entre sept cercles (Baraouéli,

Bla, Macina, Niono, San, Ségou et Tominian). Le cercle de Ségou est la réunion de 49 communes. Le taux de séroprévalence de la région de Ségou est de 1.2%.

La Région de Ségou compte une Direction Régionale de la Santé, un Etablissement Public Hospitalier EPH (Hôpital Nianankoro FOMBA), 8 Centres de Santé de Référence (Ségou, Barouéli, Bla, Macina, Niono, San, Tominian et Markala), 189 CSCom fonctionnels et 182 structures privées et parapubliques et un magasin PPM régionale doté d'une chaîne de froid (*Annuaire statistique 2012*).

Dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA la région de Ségou dispose de 14 sites de prise en charge globale et de 67 sites PTME.

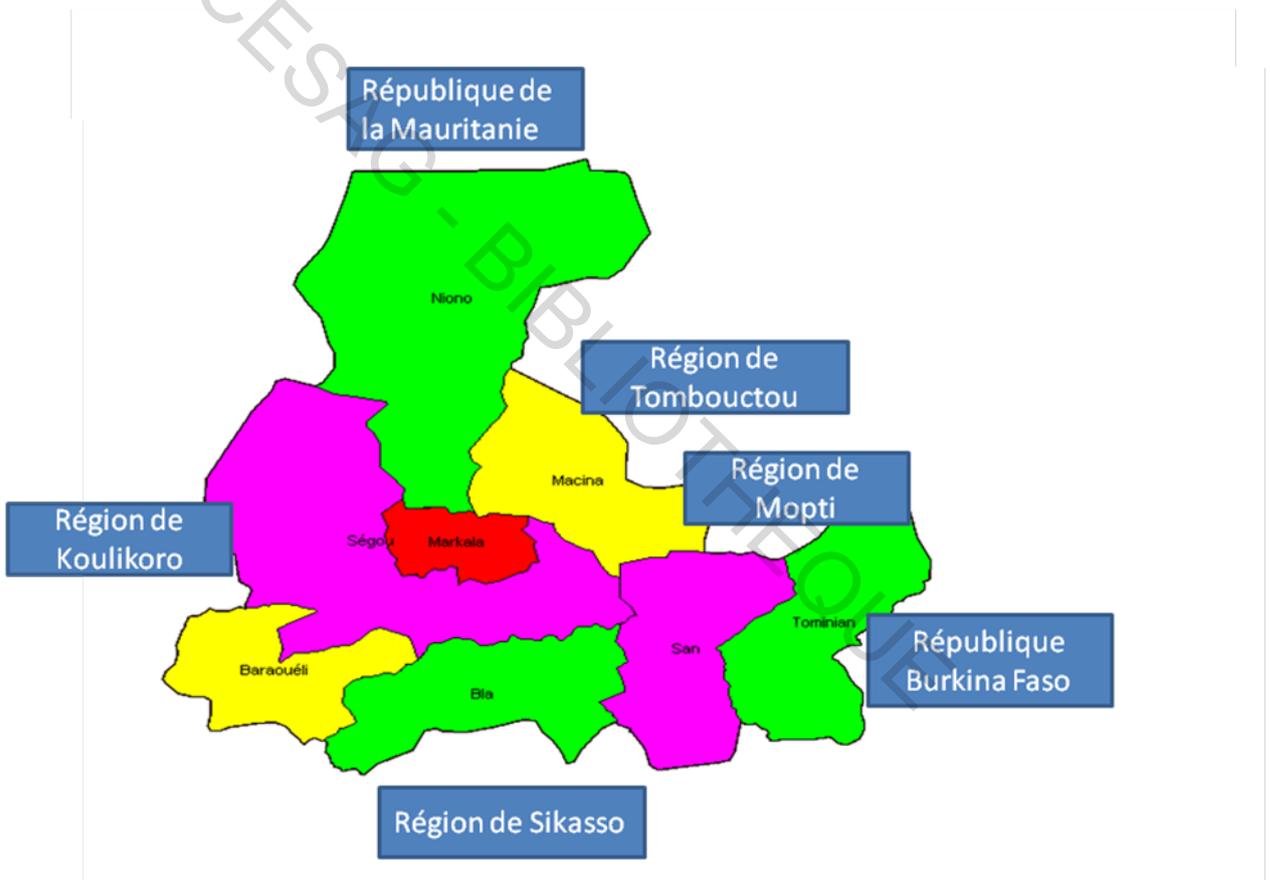


Figure II : Carte de la région de Ségou

1.3. Présentation de l'ONG Walé :

1.3.1. Création : Walé en bambara qui signifie l'action a été créée le **27 août 1997** par l'accord-cadre numéro **00909** du **21 Août 1997**, signé par le Gouvernement du Mali.

1.3.2. Vision : Devenir une institution de référence, professionnelle et crédible par la qualité de ses interventions, qui relève avec les communautés et les différents partenaires les défis liés aux problèmes de santé pour un développement durable de la région de Ségou et du Mali.

1.3.3. Mission : En tant qu'acteur de développement, elle s'est donnée comme mission principale : *« d'appuyer la politique nationale en matière de promotion de la santé, à travers, la formation, l'information, l'éducation, la sensibilisation et l'appui aux groupes cibles en vue de contribuer à l'amélioration du cadre de vie des populations ».*

1.3.4. Valeurs :

- Solidarité et tolérance
- Règle d'or : Discrétion sur les patients
- Dialogue social et confiance
- Conviction et engagement

1.3.5. Objectifs spécifiques :

- Développer et soutenir l'information, la formation, l'éducation et la communication pour améliorer le cadre de vie des populations.
- Assister les groupes, collectivités, communautés, autorités publiques et toute autre personne ou institution intéressée dans l'initiation, la conception, la réalisation et la gestion des projets visant l'amélioration de la santé.
- Soutenir la promotion des groupes cibles spécifiques touchés par des problèmes de santé.
- Alléger les impacts de l'infection à VIH sur les personnes infectées et affectées en leur offrant des services de qualité.

1.3.6. Evolution :

- **1997 – 1998 : *Emergence de l'ONG*** à travers son opérationnalité ponctuelle, l'apprentissage du développement en étroite coopération/collaboration avec l'ONG ALPHALOG et le Comité de Jumelage Ségou-Angoulême ;
- **1999 – 2000 : *Période d'installation de l'ONG***, avec la constitution d'une équipe permanente, la structuration de l'ONG et le démarrage des interventions à travers l'exécution d'un premier projet de deux (2) ans et le début d'un partenariat Walé - ONG internationale néerlandaise ICCO ;
- **2001 – 2003 : *Phase d'opérationnalisation dans le Cercle de Ségou*** avec des résultats et une reconnaissance régionale. Début des négociations multi acteurs et partenariales ;
- **2004 – 2006 : *Phase de reconnaissance de la performance et du mérite*** avec la négociation de plusieurs projets/programmes et l'augmentation des financements entraînant la croissance de l'équipe et des acteurs bénéficiaires.
- **A partir de 2007 : *Phase de la maturité et de la consolidation des acquis.***

Walé, afin de se doter d'un cadre de référence et d'une base institutionnelle appropriée, à travers une vision et une mission claire, a élaboré un **Plan Stratégique** pour la période « **2007-2012** ». Il fait l'objet de relecture en 2011 en raison des évolutions survenues dans l'environnement, spécifiquement l'intégration de la santé de la reproduction dans les domaines d'action. Au cours de cette période, Walé a intégré avec l'appui du partenaire ICCO la démarche multi-acteurs pour la mise en œuvre des programmes, et a participé à de nombreux consortiums.

Actuellement, Walé est une structure de référence en matière de lutte contre le VIH/SIDA au niveau régional que national.

Les demandes d'appui, proviennent des services techniques, des ONG, des associations et de nombreuses collectivités.

1.3.7. Organigramme :

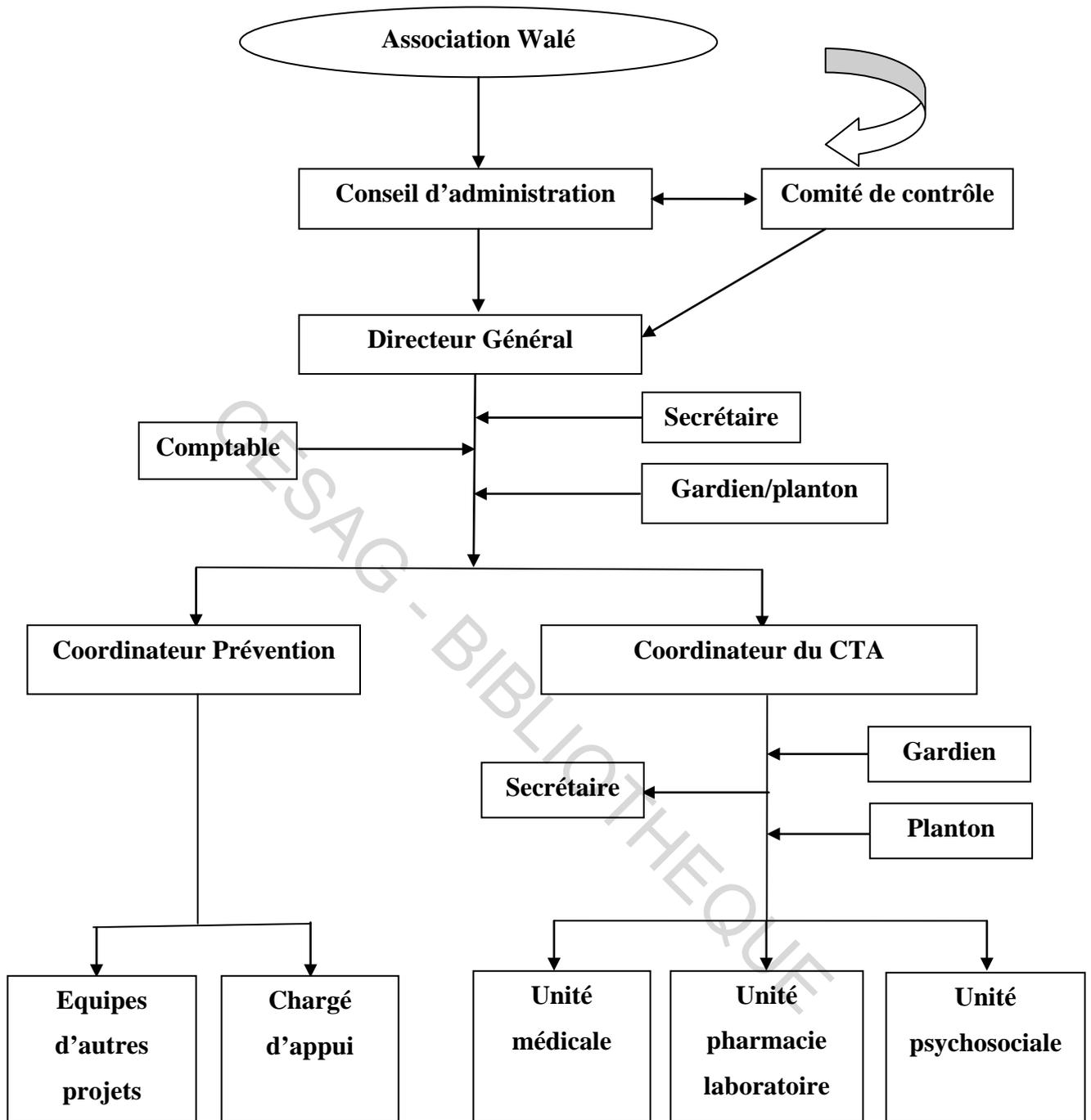


Figure III : Organigramme de l'ONG Walé

1.3.8. Instances : Walé a son siège à Ségou, 4^{ème} région administrative et économique du Mali. Elle est dirigée par les instances suivantes :

- **Une Assemblée Générale :** qui est l'instance suprême d'orientation et de politique, actuellement composée de 10 membres ;

- **Un Conseil d'Administration** : Organe de 4 membres, chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre des programmes d'activités approuvés par l'Assemblée Générale ;
- **Un Comité de Contrôle / Surveillance** : Chargé de vérifier les comptes de l'association et la gestion des litiges au sein de l'organisation (2 membres);
- **Une Direction** : Instance veillant au respect de la chaîne de responsabilité technique, financière, administrative et logistique. Elle est chargée de l'ensemble de l'exécution et de la gestion des engagements politiques, techniques et financiers du Conseil d'Administration.

En outre, elle est responsable de l'identification et de la conduite des réflexions thématiques, de la programmation, de l'opérationnalité de l'ONG, de l'organisation, du suivi et de l'élaboration des outils liés aux activités etc.

1.3.9. Principaux partenaires

- ICCO- Coopération des Pays Bas
- Groupe Pivot Santé Population
- ESTHERAID
- Coordination Régionale des ONG
- ARCAD-SIDA
- Services Techniques Régionaux
- Conseil Régional de Ségou

1.3.10. Le centre de traitement ambulatoire de l'ONG Walé (CTA) :

1.3.10.1. Organisation : Le CTA de l'ONG Walé est dirigé par un coordinateur chargé des activités de prise en charge des patients. Les activités de prise en charge des patients sont assurées par le personnel technique et se composent de consultations de la mise en observation, du conseil, de soutiens psychologique, social et moral.

1.3.10.2. Circuit du nouveau patient :

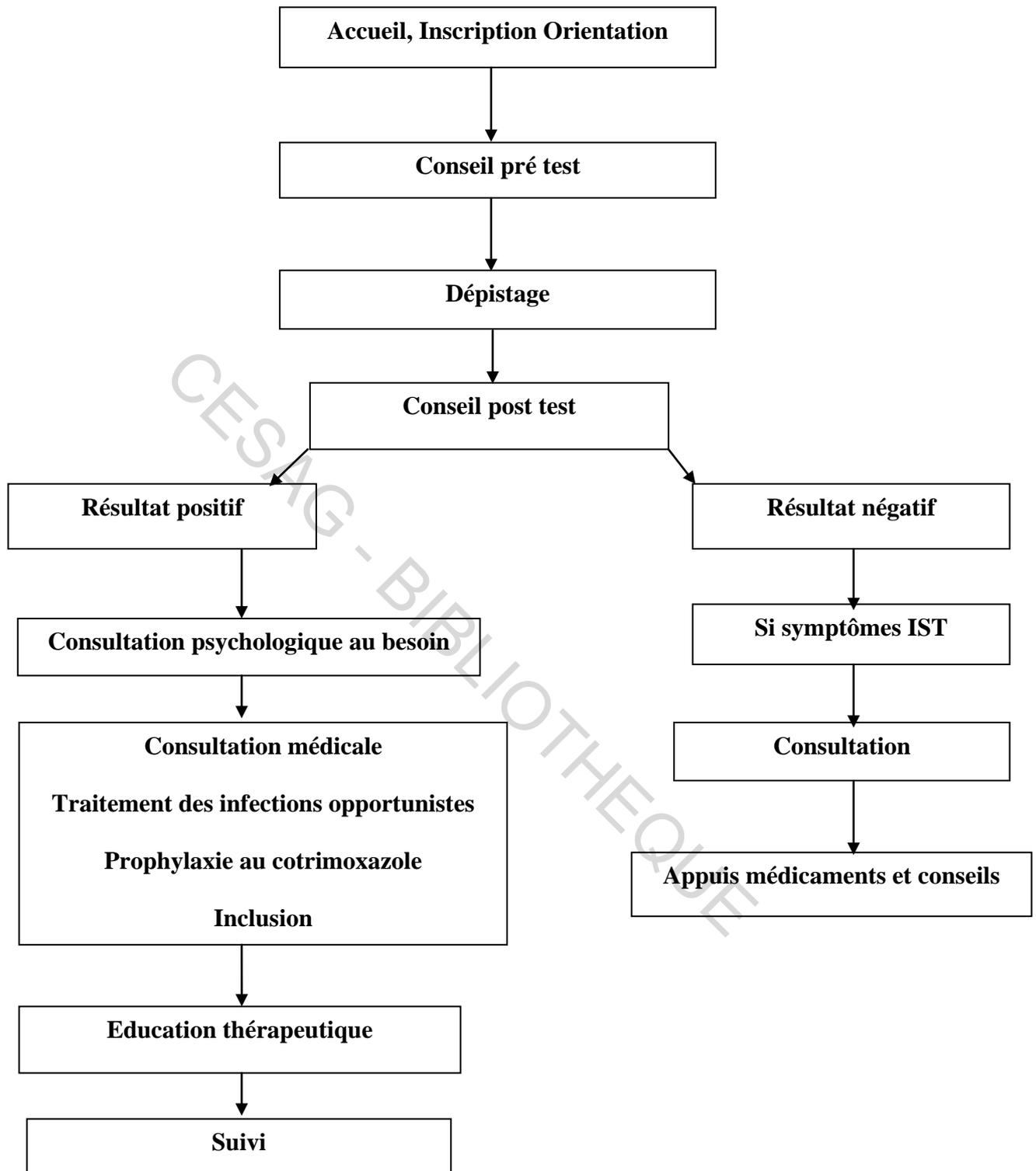


Figure IV : Circuit du nouveau patient/client du CTA

1.3.10.3. Personnel : Le personnel du CTA est composé :

- d'un coordinateur médical ;
- de deux (2) médecins ;
- d'un pharmacien ;
- d'un aide pharmacien ;
- d'un laborantin ;
- de deux (2) infirmiers ;
- d'un psychologue ;
- d'un assistant social ;
- de deux (2) conseillers psychosociaux ;
- d'un secrétaire
- d'une opératrice de saisie
- d'un chauffeur
- d'un gardien et
- d'un planton

1.3.10.4. Les locaux du CTA :

- Une salle qui sert de bureau pour le coordinateur médical
- Une salle de consultation médicale
- Une pharmacie
- Un laboratoire
- Une salle de soins
- Une salle de consultation psychologique
- Une salle pour les conseillers psychosociaux
- Une salle pour l'assistant social
- Un secrétariat
- Trois (3) toilettes dont deux (2) internes et une externe
- Un hangar pour l'accueil
- Un garage qui sert d'hôpital de jour

1.3.10.5. Mandats du CTA :

- Intensifier, diversifier et améliorer l'offre des services adaptés de prévention à l'échelle nationale, particulièrement en ce qui concerne les populations vulnérables et populations à risque.
- Consolider les acquis et étendre l'offre des services de traitement global de qualité sur toute l'étendue du territoire.
- Renforcer l'offre à travers le pays des services de soins/soutien/accompagnement durables pour tous ce qui en ont besoin.
- Renforcer les capacités nationales de coordination et de suivi évaluation.

1.4. Identification et priorisation des problèmes

1.4.1. Identification des problèmes

Les méthodes utilisées pour l'identification des problèmes sont les suivantes :

- **L'entretien** avec le personnel de prise en charge (12 personnes) et les PVVIH (45 personnes).
- **L'observation** de l'organisation et des activités.
- **La revue documentaire** basée sur les rapports d'activités et les études effectuées au CTA.

A partir de ces méthodes, nous avons retenu une liste de problèmes :

- Insuffisance de la qualité de l'accueil
- Gestion des effets indésirables des ARV
- Non disponibilité de la charge virale
- Personnel démotivé
- Rupture des ARV et des réactifs
- Inobservance au traitement ARV
- Faible capacité de stockage des intrants
- Non disponibilité de ressources financières et matérielles pour faire face aux demandes de soutiens des PVVIH
- Patients perdus de vue

- Annonce du statut sérologique aux conjoints
- Stigmatisation des PVVIH
- Gestion des couples sérodiscordants
- Echec du traitement ARV

1.4.2. Priorisation des problèmes :

Cette priorisation a été faite en présence du personnel administratif de l'ONG Walé (le directeur, le coordinateur de la prévention et le comptable), du personnel technique du CTA (le coordinateur médical, un médecin, un infirmier, le laborantin, le psychologue, le pharmacien et le secrétaire), d'un représentant de la DRS de Ségou, d'un représentant du Haut Conseil Régional de Lutte contre le SIDA et de trois représentants des PVVIH soit au total 15 personnes. Nous avons divisé l'assemblée en trois groupes et nous avons procédé à un vote pondéré pour la priorisation selon les critères suivants :

Ampleur du problème : C'est l'étendue du problème avec son importance dans la structure, elle prend en compte les différents domaines touchés par le problème dans la structure et son impact.

Gravité du problème : Ce qui est en rapport avec les différentes conséquences de sa non résolution.

Solvabilité du problème : C'est la possibilité d'apporter une solution au problème avec les moyens (techniques, humains, organisationnels, financiers) dont disposent la structure.

La ponctuation des critères a été faite comme suit :

Elevé : 5 Moyen : 3 Faible : 1

Tableau I : Priorisation des problèmes

PROBLEMES	CRITERES			Score	Rang
	Ampleur	Gravité	Solvabilité		
Insuffisance de la qualité de l'accueil	5+5+3	5+5+3	5+1+5	37	1 ^{er}
Gestion des effets indésirables des ARV	1+1+1	3+1+1	5+5+5	23	11 ^{ème} ex
Non disponibilité de la charge virale	3+5+5	5+5+5	3+1+1	33	3 ^{ème}
Personnel démotivé	1+1+5	1+3+5	1+1+3	21	13 ^{ème}
Rupture des ARV et des réactifs	5+1+5	5+1+5	1+1+1	25	9 ^{ème} ex
Inobservance au traitement ARV	3+1+3	3+1+3	3+5+3	25	9 ^{ème} ex
Faible capacité de stockage des intrants	1+3+5	1+3+5	5+1+3	27	7 ^{ème} ex
Non disponibilité de ressources financières et matérielles pour faire face aux demandes de soutiens des PVVIH	5+3+5	5+3+3	1+1+3	29	6 ^{ème}
Patients perdus de vue	5+1+1	5+1+3	1+3+3	23	11 ^{ème} ex
Annonce du statut sérologique aux conjoints	3+3+5	3+3+5	1+5+3	31	4 ^{ème} ex
Stigmatisation des PVVIH	5+5+5	5+5+3	3+1+3	35	2 ^{ème}
Gestion des couples sérodiscordants	5+1+3	5+3+3	3+5+3	31	4 ^{ème} ex
Echec du traitement ARV	5+1+1	5+5+1	3+3+3	27	7 ^{ème} ex

A l'issu du processus d'hiérarchisation, il ressort que **l'insuffisance de la qualité de l'accueil** au CTA constitue le problème prioritaire avec un score de **37 points**.

Dans le but de trouver des pistes de solutions au problème retenu, il a été procédé à l'identification et à l'analyse des causes.

Chapitre 2 : Cadre théorique

Ce chapitre expose la problématique, les objectifs, et les intérêts de l'étude.

2.1. Problématique :

2.1.1. Formulation du problème :

Le centre de traitement ambulatoire de l'ONG Walé en tant que structure accréditée dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida doit assumer pleinement sa vocation à être un lieu où l'accueil est garanti dans les conditions les mieux possibles. Donc il doit répondre à un certain nombre de besoins des usagers en terme de soins mais aussi de besoins de la personne humaine (besoin d'être orienté, de comprendre, d'être bien accueilli).

L'accueil est un processus continu qui concerne le patient depuis son entrée dans le centre jusqu'à sa sortie. L'accueil des patients concernent les domaines qui entourent les activités de soins et contribuent à ce que le passage du patient se déroule le mieux possible.[24,12]

L'organisation de l'accueil est définie comme une entité à trois dimensions internes que sont : la structure, la culture et les individus. [5,14]

- **La dimension structurelle :** correspond aux aspects matériels et physiques qui ont une influence positive ou négative sur les conditions d'accueil du patient (les locaux d'accueil, l'aménagement de l'espace de travail, le décor et l'environnement).
- **La dimension culturelle ou organisationnelle :** correspond à tous les aspects organisationnels de l'accueil (organisation personnelle du prestataire, circulation de l'information, organisation de la communication interne et externe).
- **La dimension humaine :** correspond aux qualités et aptitudes humaines des prestataires. Elle influe à des degrés divers sur la structure et l'organisation. Il s'agit de la disponibilité, de la capacité d'accueillir, la faculté de comprendre, l'amabilité et la courtoisie.

En santé, c'est une nécessité d'organiser un bon accueil car la première impression qu'a le patient est très déterminante pour la suite de sa thérapie. L'accueil est le premier geste thérapeutique. Arrivé dans la structure, le patient est en général anxieux et inquiet. Il est physiquement et psychiquement diminué par son état de santé. Un malade bien accueilli est plus confiant, est à l'aise, ouvert et collabore positivement.

2.1.2. Ampleur du problème :

L'enseignement relatif à la qualité de vie et à l'éducation du patient surtout atteint de maladie chronique n'est pas assez développé dans la formation initiale et continue des professionnels de santé [26].

Les informations recueillies auprès du personnel, des patients et les observations faites tout au long de notre stage montrent l'urgence de la question de l'accueil au centre de traitement ambulatoire de l'ONG Walé. Il a été noté d'une part, la présence d'un secrétaire chargé de l'accueil, l'existence d'un hangar qui sert de salle d'accueil pour les patients, l'existence d'un tableau retraçant le circuit du nouveau patient/client et d'autre part l'insuffisance de formation du personnel sur l'accueil, le non équipement du hangar d'accueil, l'absence de fléchage, une seule salle de consultation médicale, un long temps d'attente des patients avant leur prise en charge et un personnel démotivé.

2.1.3. Conséquences du problème :

Au Cameroun, à l'hôpital du jour de l'hôpital central de Yaoundé l'accueil, le temps d'attente, les procédures multiples ont eu raison de la ténacité des personnes vivants avec le VIH qui arrêtent leur traitement. [19]

Une insuffisance de la qualité de l'accueil des personnes vivant avec le VIH/sida entraînent entre autres :

- Une perte de confiance entre les prestataires et les patients
- Des frustrations des patients sur leurs conditions d'accueil et d'attente
- Des cas de perdus de vue du traitement ARV
- Des cas d'abandon du traitement ARV
- Des cas d'observance du traitement ARV
- Des cas d'échec du traitement ARV

- Une baisse de la file active

Ces conséquences portent atteinte à la qualité de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida.

2.1.4. Justification du problème :

L'amélioration de la qualité de la prise en charge constitue un des grands axes du Cadre Stratégique National (CSN) de Lutte contre le VIH et le SIDA 2013- 2017 du Mali [6].

L'amélioration de la qualité de l'accueil au centre de traitement ambulatoire de l'ONG Walé est indispensable dans la mesure où cela va avoir un impact considérable sur l'amélioration de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida.

Cette amélioration va nécessiter une formation du personnel sur l'accueil de même que l'amélioration des conditions d'accueil afin de répondre convenablement aux besoins des patients.

2.1.5. Intérêts de l'étude :

La présente étude relative à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des PV.VIH via l'amélioration de leur accueil ne manque pas d'intérêts car elle permettra :

- **Au CTA de l'ONG Walé :**

- d'améliorer la qualité de ces prestations et
- de retenir le maximum de patients dans sa file active.

- **Au CESAG :**

- de contribuer à la résolution des problèmes de l'ONG Walé ;
- de confirmer son leadership comme pool d'excellence dans la formation des managers de la santé en Afrique francophone et
- d'apporter un plus dans l'enrichissement de la bibliothèque du CESAG.

- **Au stagiaire :**

- d'appliquer les connaissances acquises durant la formation théorique, notamment les modules d'Identification et Analyse des Problèmes de Santé; la méthode de résolution des problèmes (MRP) gage du renforcement des compétences professionnelles.

2.1.6. But de l'étude :

Contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des PV.VIH.

2.1.7. Objectif général :

Améliorer la qualité de l'accueil des PV.VIH au CTA de l'ONG Walé.

2.1.8. Objectifs spécifiques :

- Identifier les causes prioritaires de l'insuffisance de la qualité de l'accueil au CTA de l'ONG Walé
- Proposer des solutions simples qui réduisent de façon efficace les problèmes liés à l'accueil au CTA de l'ONG Walé
- Mettre en œuvre les solutions choisies
- Suggérer des recommandations à l'endroit des personnes intéressées par notre étude.

2.2. Définition des concepts liés à l'étude :

2.2.1. La qualité :

Selon le dictionnaire français Larousse la qualité est l'ensemble des caractères, des propriétés qui font que quelque correspond bien ou mal à sa nature, à ce qu'on attend.

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) c'est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé conformément :

- à l'état actuel de la science médicale ;

- au meilleur coût pour un même résultat ;
- au moindre risque iatrogène pour le patient et
- pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.

2.2.2. La prise en charge d'un patient :

Par prise en charge d'un malade, il faut entendre la prise en charge médicale et psychosociale. Elle consiste d'une part, à affirmer le diagnostic, administrer les médicaments spécifiques au malade et à la surveillance de leur évolution et, d'autre part, à conseiller le malade[11]. Donc la prise en charge d'un malade ne se limite pas seulement à lui administrer des médicaments, mais à chercher aussi à le comprendre, à le conseiller.

Hippocrate, le père de la médecine disait : « qu'il ne faut pas seulement soigner la maladie, mais soigner le malade » (vers 460 av JC) [11]. Cela veut dire qu'il faille comprendre par prise en charge, la prise en charge psychosociale et médicale du malade.

Les structures de soins ont pour fonction d'assurer l'accueil, le suivi et la prise en charge médicale des personnes. Elles doivent également permettre l'accès à une prise en charge globale, c'est-à-dire cohérence entre l'aspect médical, social et psychologique de l'infection par le VIH.

2.2.3. L'accueil :

Accueillir est un vieux mot (XIe s.), qui a quelque chose à voir avec l'hospitalité, la bienvenue. Le XXe siècle est celui des déplacements de masse, y compris forcés : le mot accueil en vient à désigner un lieu, une organisation chargée de recevoir voyageurs et réfugiés. Ce qui donnera à l'adjectif accueillant un emploi de substantif : « bénévole qui accueille et écoute des personnes démunies dans une association charitable »... Décidément, l'image de la « bonne âme » n'est jamais loin, s'agissant de la santé ! [28].

Monique Formarier, formatrice à l'ARSI [2], voit l'accueil comme la première phase de la prise en charge du patient : « Si nous considérons les soins comme un processus d'interactions, qui co-évolue de façon imprévisible et autonome en fonction des situations, des personnes, de l'environnement, nous pouvons situer l'accueil comme un acte professionnel complexe et déterminant. » Pour que cet acte soit véritablement accueillant, deux conditions sont requises du soignant : reconnaître le patient comme partenaire dans la

relation ; trouver la distance permettant de garder objectivité et efficacité et de se protéger émotionnellement. Mais la finalité de l'accueil reste limitée à l'adaptation de la personne à son nouvel environnement.

L'accueil se traduit par la prise en charge du patient depuis son entrée au centre de santé jusqu'à sa sortie. Selon la définition du manuel des directives du paquet minimum d'activités des établissements sanitaires de premier contact, « l'accueil est la façon dont le patient est reçu ». Son objectif est : « de répondre au besoin et à la demande exprimés par l'utilisateur de telle façon qu'il soit satisfait des services rendus ». [3,4]

2.3. Revue de la littérature :

L'accueil est une activité qui permet de porter un jugement sur l'ensemble de la structure. Une mauvaise organisation de l'accueil se traduit par :

- une perte de la clientèle ;
- un long temps d'attente des patients ;
- la sous-utilisation du service ;
- la baisse des recettes du service ;
- la non atteinte des objectifs du service ;
- la démotivation du personnel due au cadre d'accueil non approprié.

Dans le cadre de notre étude sur l'amélioration de l'accueil au centre de traitement ambulatoire nous nous sommes intéressés au livre de :

Gilbert Rozès [12] dans « **service client bonjour !** » a démontré la force stratégique de l'accueil en entreprise. Cet ouvrage à travers de nombreux exemples et encadrés instructifs détaille point par point les éléments clés de la relation au client. Les responsables client y apprendront comment être à l'écoute de leurs équipes pour qu'elles soient elles-mêmes à l'écoute de leur client... satisfait !

Y. Jaffré et J-P Olivier de Sardan [12,9] dans une « **Une médecine inhospitalière** » a décrit la réalité quotidienne des interactions entre soignants et populations en s'appuyant sur des enquêtes anthropologiques menées simultanément pendant huit mois dans cinq capitales (Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar, Niamey). Cet ouvrage montre de façon

irrécusable ce qui se passe dans les centres de santé publics d'Afrique de l'Ouest où les malades sont trop mal reçus, mal traités et mal soignés par le personnel de santé.

Laurent Hermel [9] dans « **l'accueil client** » a tenté d'apporter des réponses aux différentes questions que se pose le responsable qualité en ce qui concerne l'accueil dans son entité. Ainsi les différents aspects de l'accueil sont abordés sous formes de questions à savoir l'accueil et la relation de service, la stratégie et le plan d'amélioration de l'accueil, l'accueil physique et à distance, la charte d'accueil, le pilotage et le tableau de bord d'accueil, comment adopter l'accueil sur le long terme. Cependant il n'a pas ressorti la spécificité de l'accueil par rapport à un domaine donné, ni parlé des prérequis que doivent avoir les agents chargés de l'accueil.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

DEUXIEME PARTIE :
METHODOLOGIE ET PRESENTATION DES
RESULTATS DE L'ETUDE

Chapitre 3 : METHODOLOGIE

Ce chapitre présente le type d'étude, la population de l'étude, les méthodes et outils de collecte des données, le déroulement de l'étude, le dépouillement et traitement des données et les difficultés et limites de l'étude.

3.1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive et analytique. La méthodologie choisie est celle de résolution des problèmes. Elle repose sur une suite logique d'étapes :

- l'identification des problèmes ;
- la priorisation des problèmes ;
- l'identification des causes ;
- la hiérarchisation des causes recensées ;
- l'identification des solutions possibles ;
- le choix de la ou des solution(s) adaptée(s) ;
- mettre en œuvre la ou les solution(s) adaptée(s) ;
- mesurer et suivre les résultats.

3.2. Population de l'étude :

Notre population d'étude comprend :

- le personnel du centre de traitement ambulatoire de l'ONG Walé (les deux médecins, le pharmacien, les deux infirmiers, le laborantin, le psychologue, le travailleur social, les deux conseillers psychosociaux et le secrétaire) soit 12 personnes au total;
- les personnes vivant avec le VIH suivies au centre de traitement ambulatoire de l'ONG Walé (45 personnes).

3.3. Méthodes et outils de collecte des données :

Dans le cadre de cette étude, nous avons eu recours à trois méthodes.

- **La revue documentaire :** qui a consisté à une exploitation des rapports d'activités du CTA et des études effectuées au CTA et publiées dans les revues scientifiques.
- **L'observation :** qui a consisté à observer le centre, son organisation et de l'exécution des tâches des prestataires à partir d'une grille d'observation
- **Les entretiens :** qui ont consisté à adresser un questionnaire aux PV.VIH et un guide d'entretien au personnel de prise en charge des PV.VIH.

3.4. Déroulement de l'étude :

Notre étude s'est déroulée de Juillet à Septembre 2014 soit trois (3) mois. Le tableau ci-dessous récapitule le déroulement de nos activités.

Tableau II : Déroulement des activités

Activités	Période											
	Juillet				Août				Septembre			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Revue de la littérature												
Collecte des données												
Analyse des données												
Restitution et résolution de problèmes												
Rédaction du mémoire												

3.5. Dépouillement et traitement des données :

Les données collectées ont été saisies sur Word et Excel et analysées sur Epi info.

3.6. Difficultés et limites de l'étude :

Les travaux de réalisation de ce mémoire de fin de cycle se sont déroulés de façon satisfaisante. Cependant, quelques difficultés et limites sont à noter :

- le temps imparti pour la réalisation de ce travail reste largement insuffisant ;
- la rareté des études portant sur l'accueil des personnes vivant avec le VIH/SIDA ;
- la sensibilité du sujet (la qualité de la prise en charge) certains patients ont répondu avec hésitation la question relative à l'accueil ;
- l'étude est circonscrite à un seul site de prise en charge des PV.VIH et ne cible que celles qui sont sous ARV.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Chapitre 4 : PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE

Ce chapitre présente les résultats de l'enquête auprès du personnel, des PVVIH et de l'observation.

4.1. Résultats de l'enquête auprès du personnel

Tableau III : Répartition du personnel interrogé selon leur fonction

Deux médecins, un pharmacien, deux infirmiers, un laborantin, un aide pharmacien, un psychologue, un assistant social, deux conseillers psychosociaux et un secrétaire ont répondu aux différentes questions destinées au personnel du CTA.

FONCTION	EFFECTIF	%
Aide pharmacien	1	8,3
Assistant social	1	8,3
CPS	2	16,7
Infirmier	2	16,7
Laborantin	1	8,3
Médecin	2	16,7
Pharmacien	1	8,3
Psychologue	1	8,3
Secrétaire	1	8,3
Total	12	100,0

Figure V : Réponse du personnel interrogé quant à savoir s'ils avaient reçu dans leur formation initiale un module portant sur l'accueil des malades.

66,70% du personnel interrogé ont répondu avoir reçu une formation sur l'accueil durant leur formation initiale et **33,30%** ont répondu par la négative.

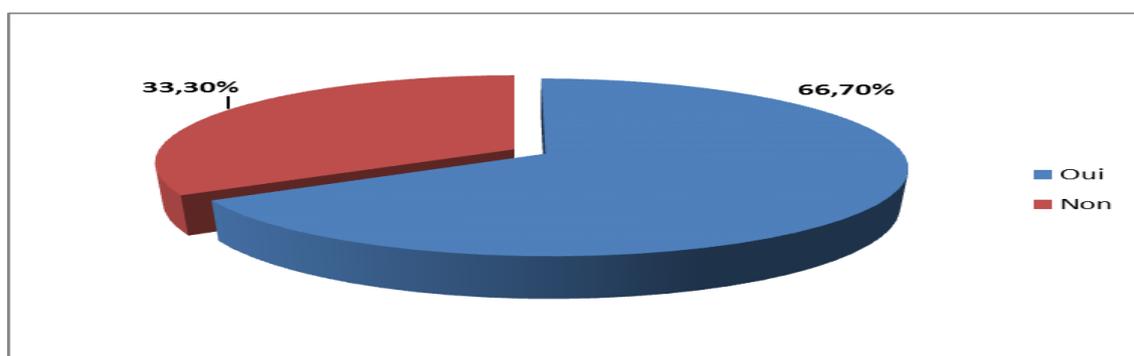


Figure VI : Réponse du personnel interrogé quant à savoir s'ils avaient reçu une formation en interne sur l'accueil.

La moitié du personnel interrogé a répondu avoir reçu une formation sur l'accueil et la moitié par la négative.

□

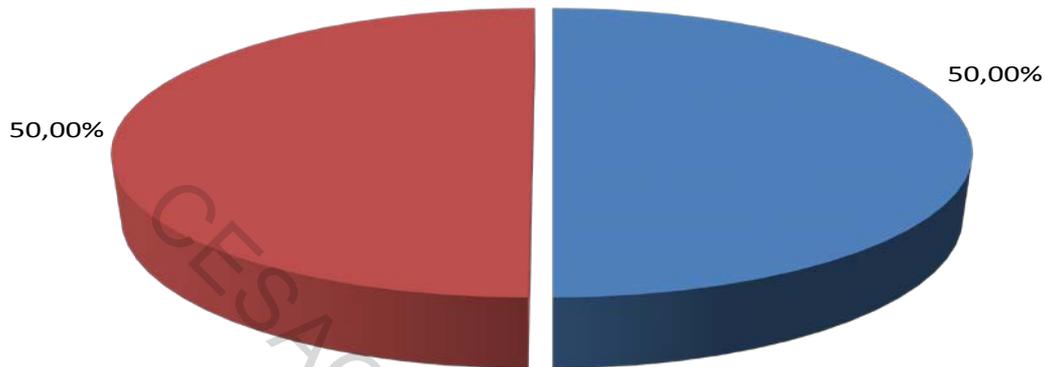


Figure VII : Réponse du personnel interrogé selon l'existence ou non d'un chargé à l'accueil.

75% du personnel interrogé ont répondu qu'il existe un chargé à l'accueil et 25% ont répondu par la négative. Ceux qui ont répondu qu'il en existe considèrent le secrétaire comme chargé de l'accueil ; ce qui n'est pas le cas pour ceux qui ont répondu par la négative.

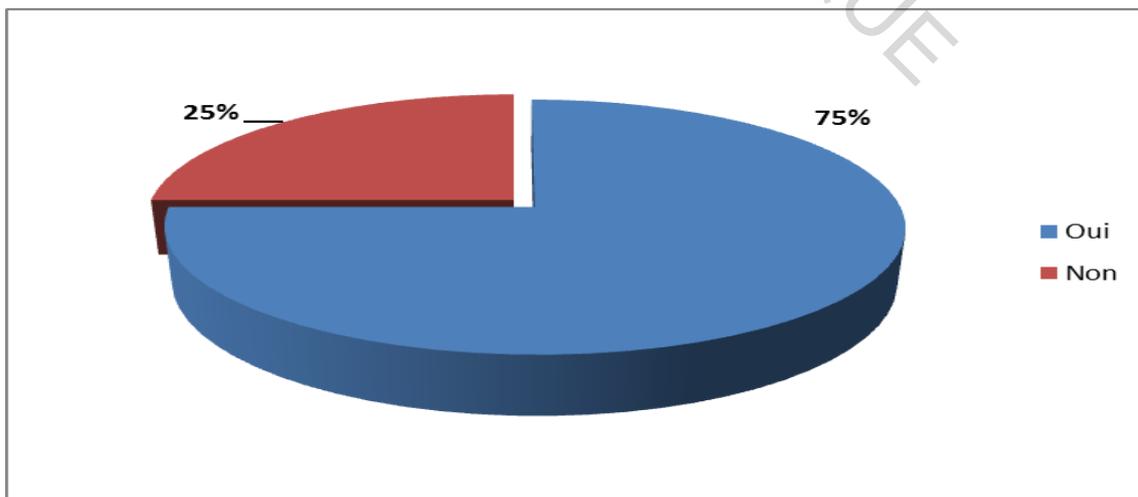


Figure VIII : Réponse du personnel interrogé selon l'existence ou non d'une salle d'attente.

41,7% du personnel interrogé ont répondu qu'il n'existe pas une salle d'attente et 58,3% ont répondu par la positive. Ceux qui ont répondu par la négative ne considèrent pas le hangar comme salle d'attente.

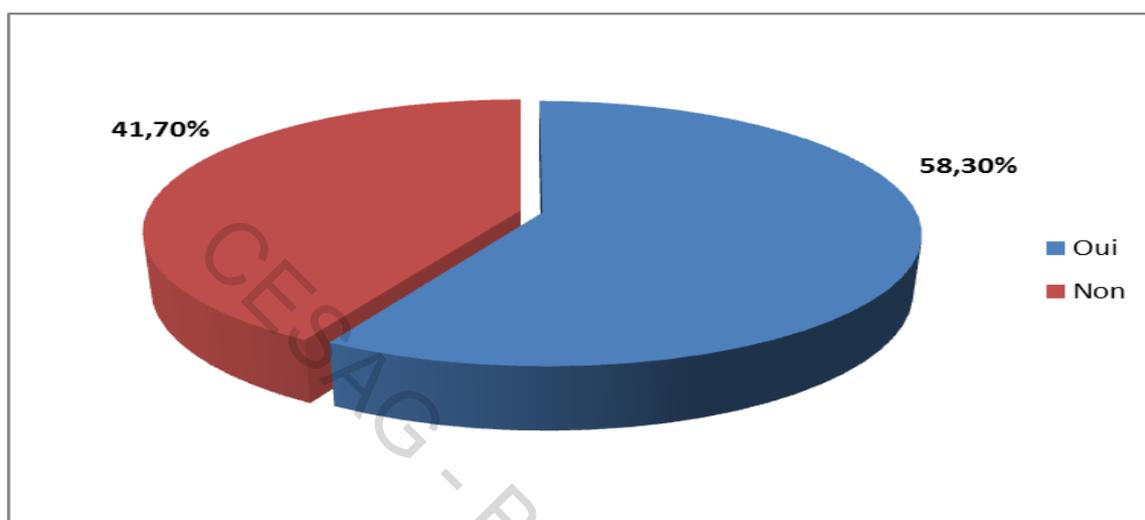


Tableau IV : Réponse du personnel quant à la satisfaction par rapport à la salle d'attente

100% du personnel interrogé ayant répondu qu'il existe une salle d'attente ont trouvé la salle peu satisfaisante.

Les raisons les plus souvent évoquées sont : **salle d'attente mal équipée et mal adaptée, mauvais emplacement de la salle d'attente.**

NIVEAU DE SATISFACTION	EFFECTIF	%
Peu satisfaisant	7	100,0
Satisfaisant	0	00,0
Très satisfaisant	0	00,0
Total	7	100,0

Figure IX : Réponse du personnel interrogé par rapport à leur appréciation du temps d'attente des patients.

50% du personnel interrogé trouvent le temps d'attente long et 50% le trouvent supportable.

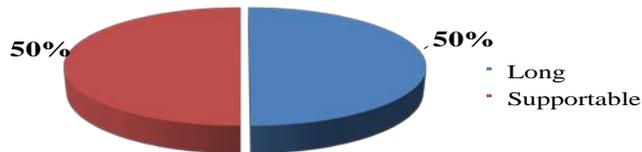


Figure X : Réponse du personnel interrogé quant aux conditions d'accueil des patients.

33,3% du personnel interrogé trouvent les conditions d'accueil des patients peu satisfaisantes. Les raisons les plus souvent évoquées sont les suivantes : pas d'agent spécifique chargé de l'accueil, l'endroit de l'accueil mal adapté, long temps d'attente des patients, une seule salle de consultation médicale.

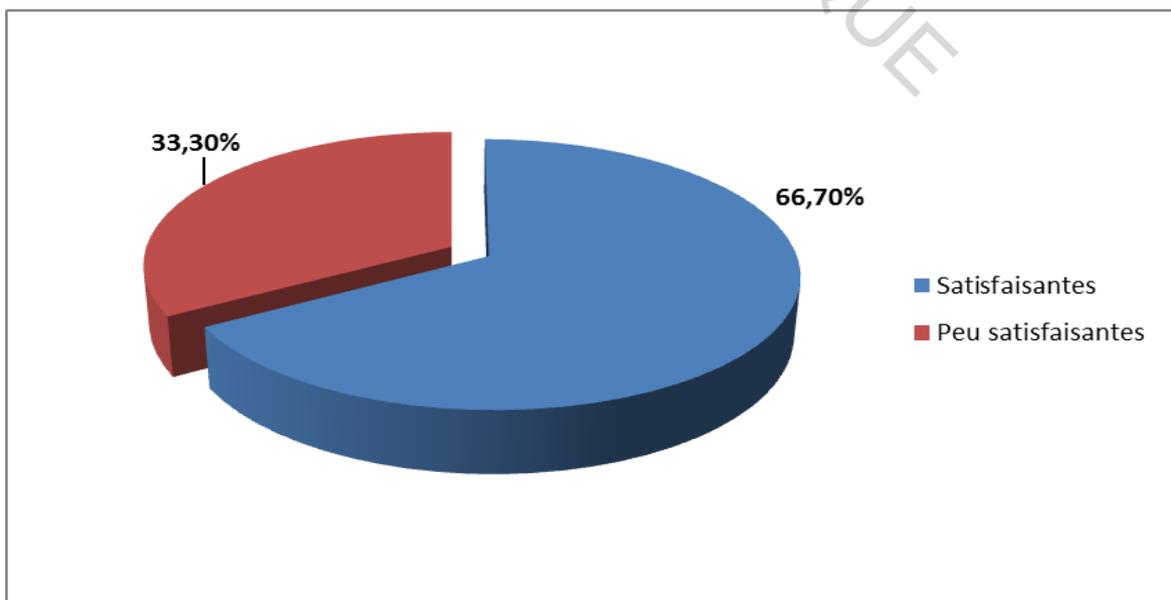


Figure XI : Réponse du personnel interrogé quant à savoir si les infrastructures du CTA sont adaptées à la prise en charge des PV.VIH.

41,70% du personnel interrogé trouvent les infrastructures non adapté à la prise en charge des PV.VIH.

Les raisons les plus souvent évoquées sont : **salles de prestations insuffisantes, emplacement de la pharmacie, pas de salle d'attente, emplacement du CTA, pharmacie encombrée.**

□

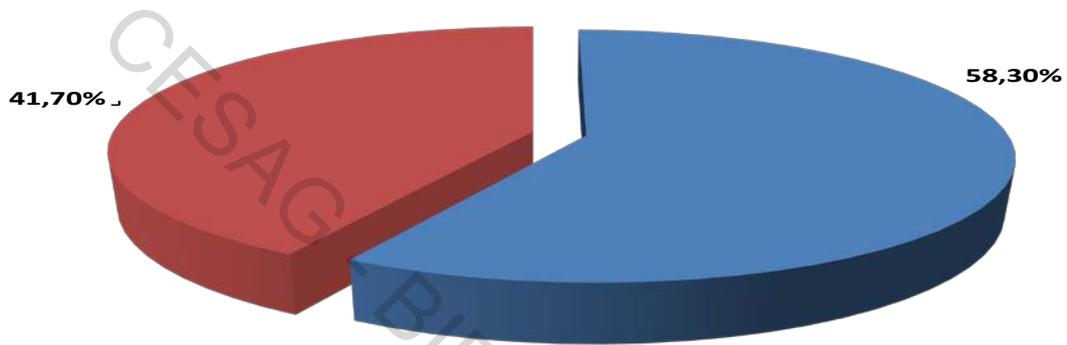


Figure XII : Réponse du personnel interrogé selon leurs conditions de travail

9 sur 12 des personnes interrogées jugent leurs conditions de travail passables et une personne les jugent mauvaises.

Voici les propos du pharmacien concernant la question : « la machine qui accompagne la dispensation, la vérification des rendez-vous, est fréquemment en panne et si ça marche le serveur est lent ».

□

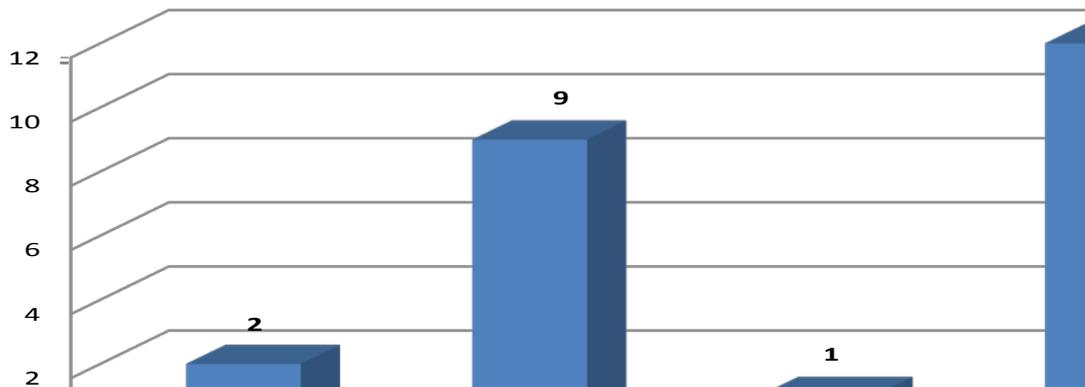


Figure XIII : Réponse du personnel quant à leur implication dans l'organisation et le fonctionnement du CTA.

75% du personnel interrogé jugent leur implication satisfaisante dans l'organisation et le fonctionnement du centre.

16,7% du personnel jugent peu satisfaisante leur implication dans l'organisation et le fonctionnement du centre. Voici les propos d'un membre du personnel : « Parce qu'on ne demande pas notre avis et même si souvent c'est le cas, nos propositions ne sont pas prises en compte ».

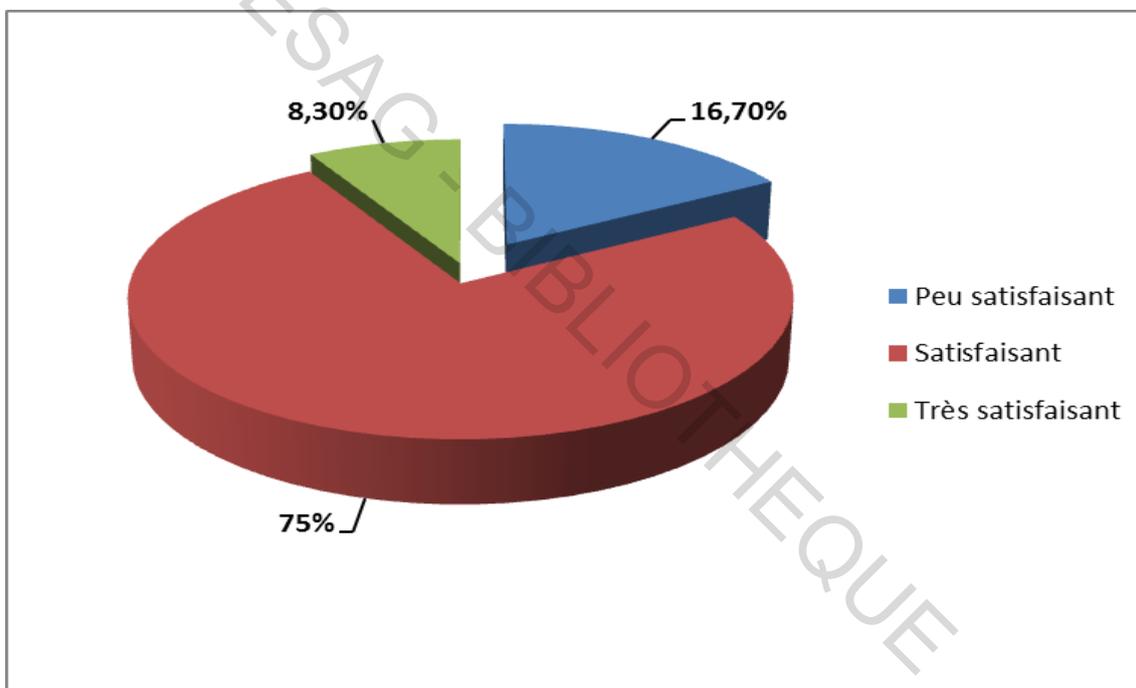


Tableau V : Répartition des causes de l'insuffisance de la qualité de l'accueil au CTA évoquées par le personnel interrogé selon leur fréquence.

L'insuffisance de formation sur l'accueil, la salle d'attente non adaptée et la salle d'attente mal équipée ont été les causes les plus fréquemment évoquées par le personnel avec respectivement **24% ; 16% et 8%**.

CAUSES	FREQUENCES	%
Salle d'attente non adaptée	4	16
Salle d'attente mal équipée	2	8
Insuffisance de formation du personnel sur l'accueil	6	24
Surcharge de travail	1	4
Insuffisance d'information sur le circuit patient	1	4
Absence de procédures sur l'accueil	1	4
Long temps d'attente des patients	1	4
Manque de patience des patients	1	4
Manque de salle d'attente	1	4
Patient franchit pas mal d'étapes	1	4
Manque de personnel qualifié à l'accueil	2	8
Insuffisance de salles de prestations	2	8
Absentéisme des PV.VIH chargées de l'accueil	1	4
Manque de courtoisie du personnel accueillant	1	4
Total	25	100

Tableau VI : Répartition des solutions de l'insuffisance de la qualité de l'accueil au CTA proposées par le personnel interrogé selon leur fréquence.

La formation du personnel sur l'accueil, la création d'une deuxième salle de consultation médicale et la mise à disposition d'un local adapté pour l'accueil ont été les plus évoquées comme solutions à l'insuffisance de la qualité de l'accueil au CTA avec respectivement **40% ; 16% et 12%.**

SOLUTIONS	FREQUENCES	%
Formation et recyclage du personnel sur l'accueil	10	40
Disposer d'un local adapté pour l'accueil	3	12
Rendre disponible un manuel de procédures sur l'accueil	1	4
Motiver le personnel	1	4
Créer une salle supplémentaire pour la consultation médicale	4	16
Déménager dans un endroit plus discret	1	4
Equiper la salle d'attente	2	8
Sensibiliser la population pour diminuer la stigmatisation	1	4
Créer une salle pour l'ETP individuelle	1	4
Informers les patients sur le circuit patient	1	4
Total	25	100

4.2. Résultats de l'enquête auprès des patients

Tableau VII : Répartition des patients interrogés selon la tranche d'âge et par sexe.

L'âge moyen était de **39,4 ans** avec des âges extrêmes de **21 et 67 ans**. La tranche d'âge de **25 à 34 ans** a été la plus représentée avec **35,6%**.

Le sexe féminin a été le plus représenté avec un sexe ratio de 4,6.

Tranche d'âge	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin			
	N	%	N	%	N	%
15-24 ans	0	0,0	3	6,7	3	6,7
25-34 ans	0	0,0	16	35,6	16	35,6
35-44 ans	2	4,4	9	20,0	11	24,4
45 ans et plus	6	13,3	9	20,0	15	33,3
Total	8	17,7	37	82,3	45	100,0

Figure XIV : Répartition des patients interrogés selon la résidence.

71,1% des patients interrogés résidaient à Ségou.

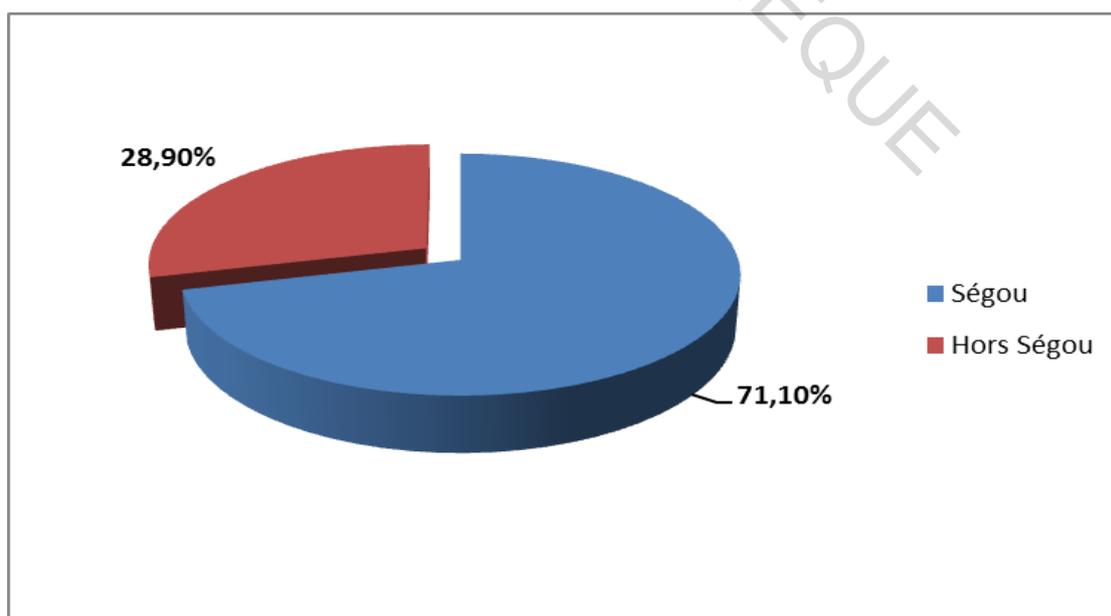


Tableau VIII : Répartition des patients interrogés selon l'année d'initiation aux ARV.

Les années d'initiation les plus représentées sont **2013 ; 2004 et 2010** avec respectivement **20% ; 17,8% et 13,3%**.

ANNEES D'INITIATION	EFFECTIF	%
2014	2	4,4
2013	9	20,0
2012	3	6,7
2011	2	4,4
2010	6	13,3
2009	2	4,4
2008	1	2,2
2007	4	8,9
2006	4	8,9
2005	3	6,7
2004	8	17,8
2003	1	2,2
Total	45	100,0

Figure XV : Répartition des patients selon l'accessibilité du CTA.

53,3% des patients interrogés affirmaient que l'accès au CTA était facile.

Les accessibilités financière, géographique et socioculturelle ont été évoquées avec respectivement **26,7% ; 11,1% et 6,7%**.

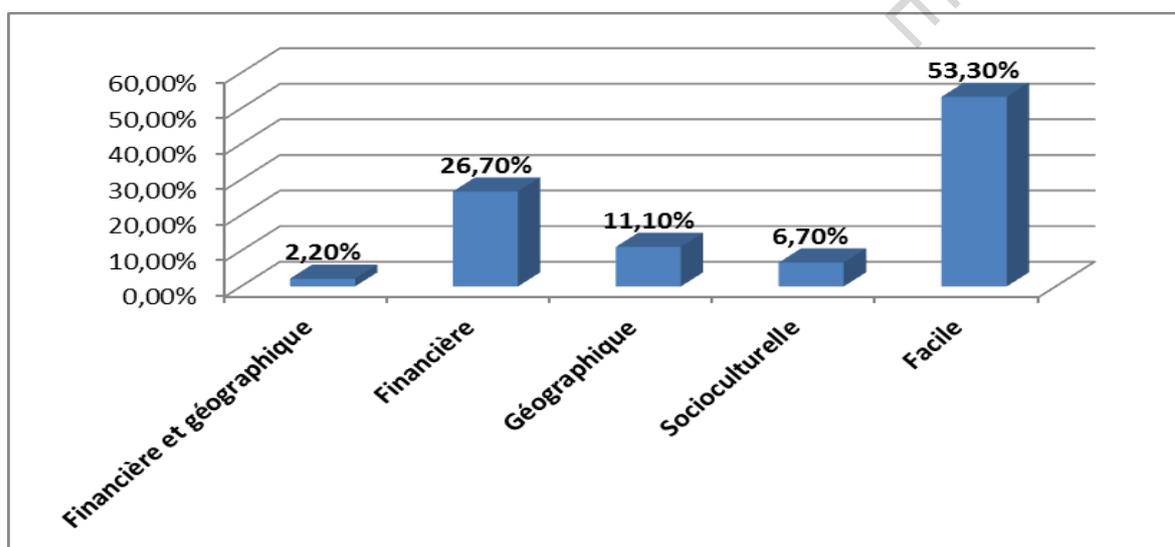


Figure XVI : Répartition des patients interrogés selon leur appréciation du temps d'attente.

26,7% des patients interrogés estimaient le temps d'attente long.

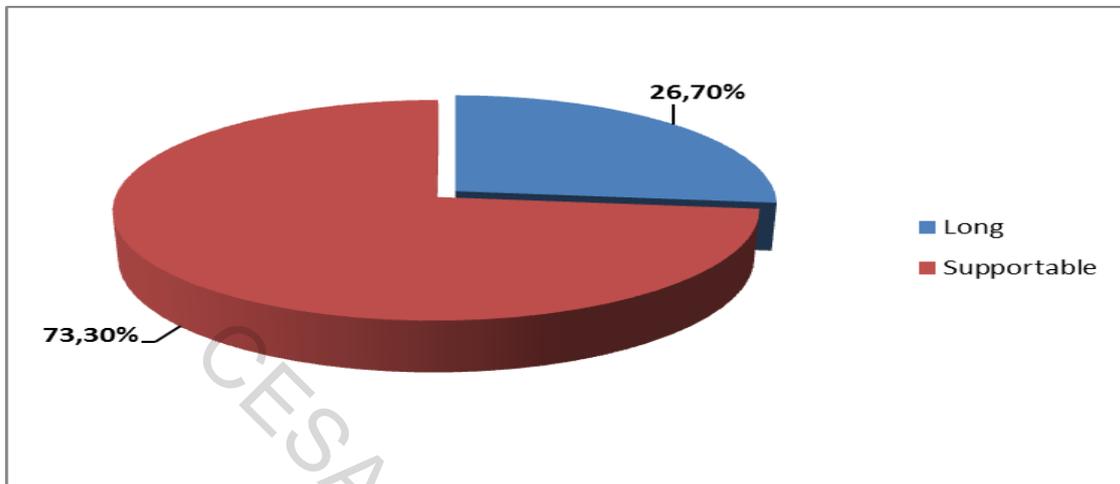


Figure XVII : Répartition des patients interrogés selon le niveau de satisfaction par rapport à l'accueil au CTA.

29% des patients interrogés estimaient l'accueil non satisfaisant au CTA contre 71% qui le trouvaient satisfaisant.

□

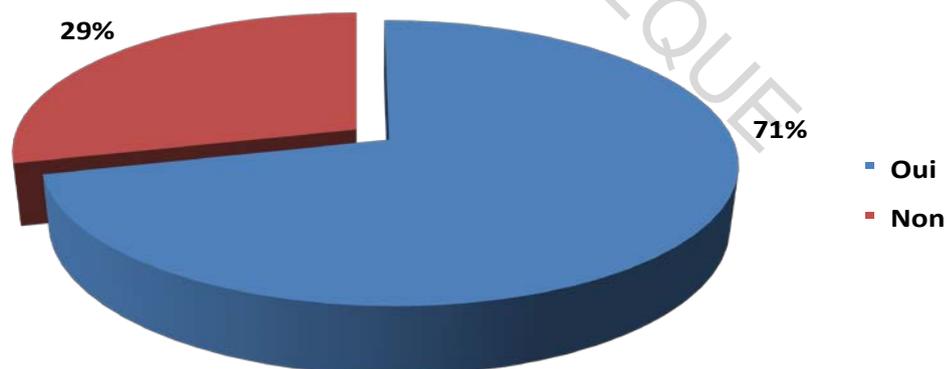


Figure XVIII : Répartition des patients interrogés selon leur appréciation du temps de consultation médicale.

95,6% des patients interrogés trouvaient le temps de consultation médicale suffisant.

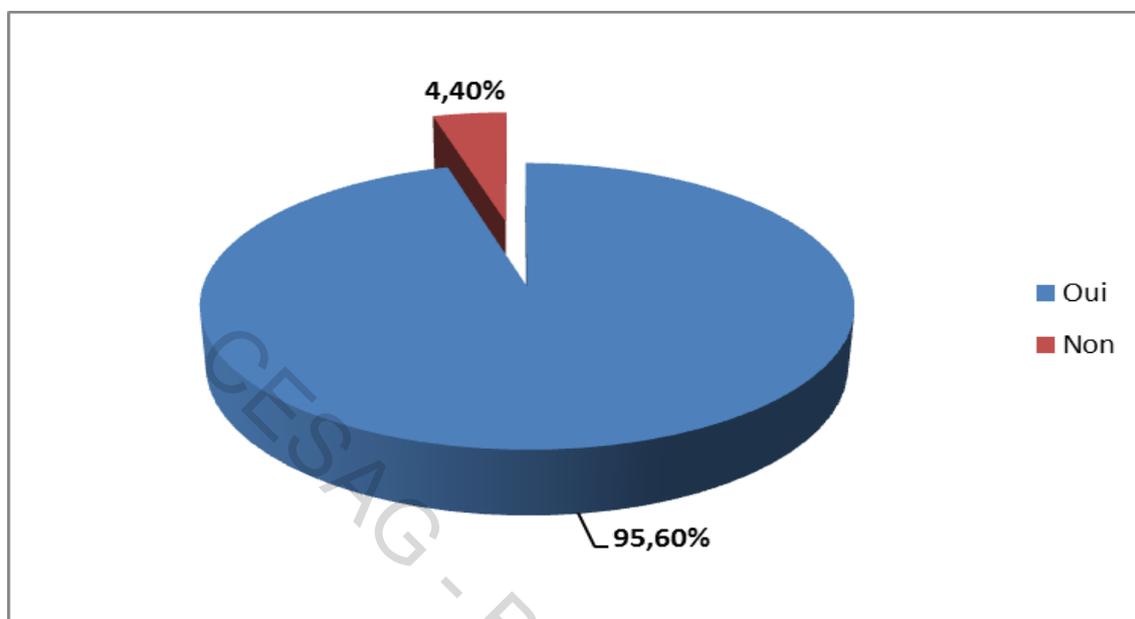


Tableau IX : Répartition des patients selon le niveau de satisfaction de leur relation avec le personnel.

100% des patients interrogés estimaient être satisfaits de leur relation avec le personnel.

RELATION SATISFAISANTE	EFFECTIF	%
Oui	45	100,0
Non	0	0,0
Total	45	100,0

Figure XIX : Réponse des patients quant à la disponibilité du personnel.

71,1% des patients interrogés trouvaient le personnel disponible et 2,2% les trouvaient peu disponibles.

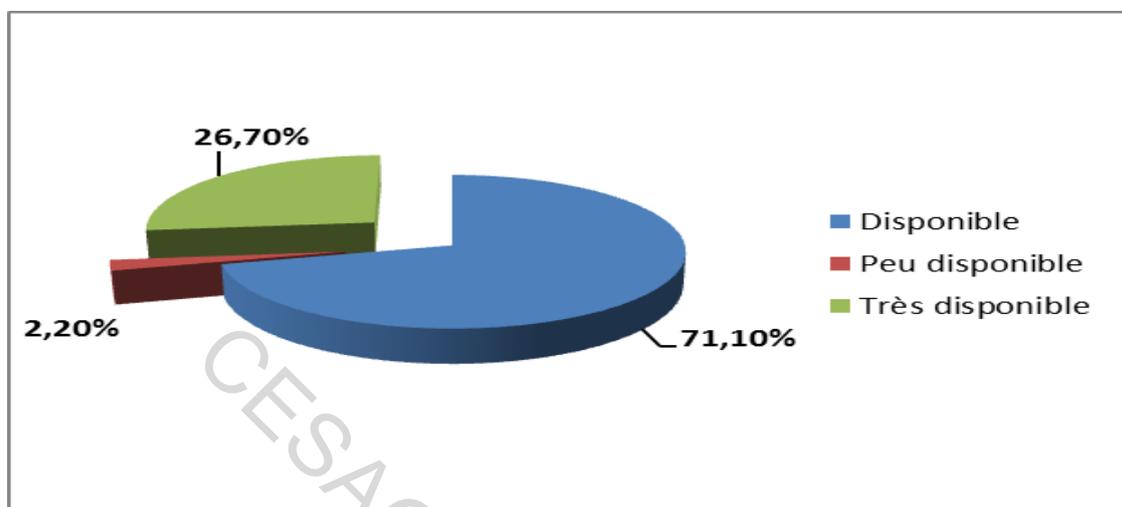


Tableau X : Réponse des patients quant à la difficulté de poursuivre les ARV.

80% des patients interrogés disaient ne pas avoir de difficulté pour poursuivre les ARV.

DIFFICULTES	EFFECTIF	%
Alimentation	1	2,2
Moyens de transport	1	2,2
Prise à vie des ARV	7	15,6
Pas de difficulté	36	80,0
Total	45	100,0%

Tableau XI : Réponse des patients interrogés quant aux propositions d'amélioration.

Les solutions suivantes ont été évoquées : Eviter les ruptures d'ARV et raccourcir le temps d'attente.

AMELIORATIONS	EFFECTIF	%
Eviter les ruptures d'ARV	2	4,4
Raccourcir le temps d'attente	3	6,7
Le travail est bon	40	88,9
Total	45	100,0

4.3. Résultats de l'observation :

Tableau XII : Grille d'observation

L'organisation du centre est assez satisfaisante mais il n'existe pas d'organigramme affiché qui établit la hiérarchie entre les agents.

Il existe un hangar pour accueillir les patients qui est mal équipé et un secrétaire qui accueille les malades.

Il n'existe pas de signes d'orientation des patients.

Le CTA est composé de personnel médical et psychosocial compétent pour prendre en charge les PV.VIH mais néanmoins les salles de prestations sont insuffisantes.

ITEM	REPONSES
Organisation du CTA satisfaisante	Oui
Existence d'un endroit pour accueillir les patients	Oui
Endroit pour accueillir est équipé	Non
Existence d'un chargé de l'accueil	Oui
Salles de prestation suffisantes	Non
Existence de signes d'orientation des patients	Non
Compétence du personnel pour la PEC des PV.VIH	Oui
Existence d'un organigramme établissant la hiérarchie entre les agents	Non
Existence d'une bonne relation entre les agents	Oui
Patients bénéficient le counseling au CTA	Oui
Patients bénéficient les séances d'ETP	Oui
Patients bénéficient les séances d'aide à l'observance	Oui
Patients bénéficient des soutiens financiers	Non
Patients bénéficient des soutiens alimentaires	Oui
Plateau technique adéquat	Oui
Rupture des ARV à la pharmacie	Oui
Protocole de PEC est respecté	Oui

TROISIEME PARTIE :

**DETERMINATION DES CAUSES - IDENTIFICATION
DES SOLUTIONS ET LEUR PRIORISATION**

Chapitre 5 : DETERMINATION ET PRIORISATION DES CAUSES

Ce chapitre décrit comment les causes de l'insuffisance de la qualité de l'accueil au CTA ont été identifiées et priorisées.

5.1. Détermination et analyse des causes

5.1.1. Revue de la littérature :

Diagne O K[9] dans une étude sur la problématique de l'accueil au service de la maternité de l'hôpital principal de Dakar a évoqué comme causes à la mauvaise qualité de l'accueil : la surcharge de travail, l'insolence des accompagnants, la capacité d'accueil faible par rapport à l'affluence, l'absence de salle d'accueil, la vétusté des locaux, le personnel insuffisant, le manque de formation renforcée du personnel sur l'accueil, le manque de tableaux d'indication des malades et le nombre insuffisant de lits.

Les causes évoquées à l'insuffisance de la qualité de l'accueil au service des urgences de l'hôpital principal de Dakar par Attoumoh M [3] sont les suivantes : l'inadéquation au niveau de la division du travail, l'inexistence du système de tri, le patient franchit pas mal d'étapes, l'insuffisance du matériel, le faible niveau d'information du service, l'insuffisance de box, conditions de travail difficiles, la surcharge de travail, l'absence de politique de formation de véritables urgentistes et de recyclage du personnel.

Maïga N C [15] dans une étude sur l'amélioration de la qualité de l'accueil à l'hôpital Gabriel Touré de Bamako a trouvé comme causes principales à l'insuffisance de la qualité de l'accueil : les problèmes d'orientation des malades, l'insalubrité, le nombre insuffisant de personnel, le manque de formation du personnel, la démotivation du personnel et l'absence de procédures.

Diao K S [12] dans son mémoire de fin de formation au CESAG sur l'amélioration de l'accueil à l'hôpital militaire de Ouakam au Sénégal a évoqué comme causes à la mauvaise qualité de l'accueil : la faiblesse dans la motivation du personnel, l'insuffisance de personnel paramédical, l'inexistence de service d'accueil, la faiblesse de la communication interne, l'inexistence d'une politique qualité, la faiblesse des moyens d'orientation.

Les causes à l'insuffisance de la qualité de l'accueil évoquées par Male E H [16] dans une étude sur l'amélioration de la qualité de l'accueil des urgences de l'hôpital de Ndioum au Sénégal sont les suivantes : l'insuffisance de matériel, l'absence de politique de maintenance du matériel, l'inadéquation des procédures, l'inadéquation au niveau de la division du travail, l'insuffisance de locaux, les conditions de travail difficiles, l'accessibilité difficile, le personnel insuffisant, le personnel peu ou mal formé, l'absence de recyclage et l'inégalité dans la répartition du personnel.

5.1.2. Identification des causes :

Pour l'identification des causes, le diagramme des causes à effets d'Ishikawa communément appelé diagramme en arête de poisson a rendu possible la mise en évidence des causes de l'insuffisance de la qualité de l'accueil des PV.VIH au CTA de l'ONG Walé, classiquement les causes sont regroupées en famille selon la méthode dite des 5 M comme suit :

- **Main d'œuvre :** Tout ce qui est lié à une action humaine (compétence, management, usagers, fournisseur, qualification, absentéisme, formation, motivation)
- **Méthode :** Tout ce qui est lié à l'organisation (procédures, protocoles, modes opératoires, règlements, processus etc.)
- **Matériel :** Tout ce qui nécessite un investissement (machines, installations, véhicules, appareils etc.)
- **Milieu :** Tout ce qui est extérieur à l'effet et sur quoi il est à priori difficile d'agir (infrastructures, espace, bruits, éclairage, température).
- **Matière :** Tout ce qui est consommable (eau, gaz, électricité, papier, matières premières qui peuvent être des idées, des informations etc.)

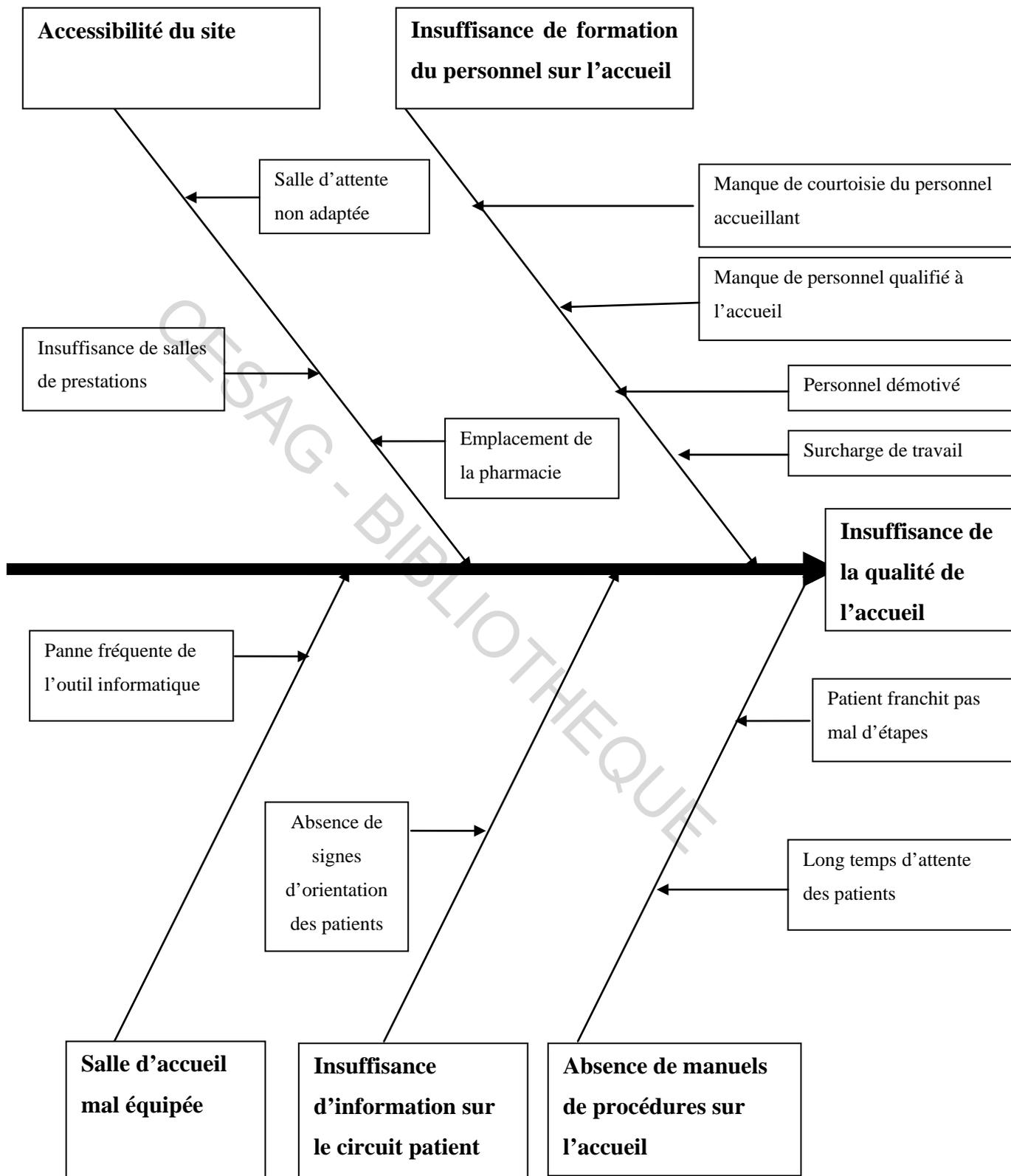
Une adaptation du diagramme à notre étude nous donne les renseignements suivants :

- **Main d'œuvre :** l'insuffisance de formation du personnel sur l'accueil, la surcharge de travail, le manque de personnel qualifié à l'accueil, le manque de courtoisie du personnel accueillant, la démotivation du personnel.
- **Méthode :** l'absence de manuels de procédures sur l'accueil, le patient franchit pas mal d'étapes, le long temps d'attente des patients.

- **Matériel :** la salle d'accueil mal équipée, , la panne fréquente de l'outil informatique.
- **Milieu :** l'accessibilité du site, la salle d'attente non adaptée, l'insuffisance de salles de prestation, l'emplacement de la pharmacie.
- **Matière :** l'insuffisance d'information sur le circuit patient, l'absence de signes d'orientation des patients.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Figure XX : Diagramme d'ISHIKAWA



En fonction des résultats du diagramme d'Ishikawa, les causes relatives à l'insuffisance de la qualité de l'accueil des PV.VIH au CTA de l'ONG Walé sont les suivantes :

- Insuffisance de formation du personnel sur l'accueil.
- Absence de manuels de procédures sur l'accueil.
- Salle d'accueil mal équipée.
- Accessibilité du site.
- Insuffisance d'information sur le circuit patient.

5.1.3. Priorisation des causes :

Ces différentes causes importantes ont été dressées dans un tableau. Chaque groupe par consensus a attribué une note comprise entre 1 et 10 selon l'importance de la cause. Ainsi, la priorisation des causes du problème a été faite par le vote pondéré.

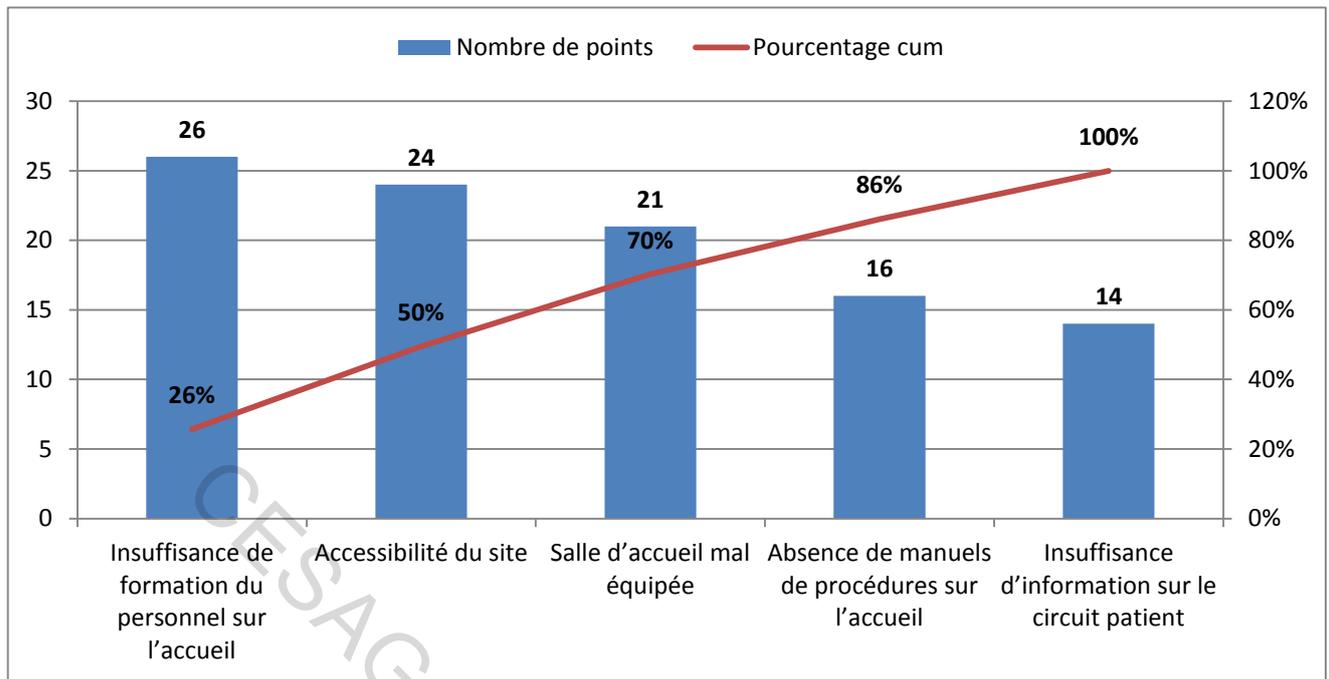
Tableau XIII : Priorisation des causes

CAUSES	NOTES	TOTAL	RANG
Insuffisance de formation du personnel sur l'accueil	8+10+8	26	1 ^{er}
Absence de manuels de procédures sur l'accueil	6+5+5	16	4 ^{ème}
Salle d'accueil mal équipée	6+8+7	21	3 ^{ème}
Accessibilité du site	9+10+5	24	2 ^{ème}
Insuffisance d'information sur le circuit patient	5+5+4	14	5 ^{ème}

Source : Nous-même

L'insuffisance de formation du personnel sur l'accueil a été retenue comme étant la cause principale.

Figure XXI : Priorisation des causes du problème à l'aide du diagramme de Pareto



L'analyse de ce diagramme montre que l'insuffisance de formation du personnel sur l'accueil est la principale cause du problème avec **26%**.

Chapitre 6 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS

Ce chapitre décrit comment les solutions ont été identifiées et priorisées.

6.1. Revue de la littérature :

Les solutions proposées pour faire face à l'insuffisance de la qualité de l'accueil au service d'accueil des urgences de l'hôpital principal de Dakar par Diallo A S [10] sont les suivantes : l'augmentation de l'effectif du personnel, la réduction du temps d'attente, la formation du personnel et l'amélioration des conditions de travail du personnel.

L'amélioration des conditions d'attente et celle des moyens d'orientation ont été identifiées comme solutions à la mauvaise qualité de l'accueil à l'hôpital militaire de Ouakam au Sénégal par Diao K S. [12]

Male E H [16] dans son mémoire de fin de formation au CESAG a proposé les solutions suivantes à l'insuffisance de la qualité de l'accueil au service des urgences de l'hôpital de Ndioum au Sénégal : la formation du personnel, le recrutement de personnel qualifié, la motivation du personnel, l'encadrement du personnel paramédical, la création d'un service d'accueil, la création d'une salle d'attente, la création d'un bureau d'information et d'orientation, la réhabilitation des locaux.

Maïga N C [15] a proposé la formation du personnel, le recrutement de personnel paramédical, le redéploiement du personnel, la motivation du personnel, l'encadrement du personnel paramédical et le sous traitement de l'accueil avec une société externe comme solutions à l'insuffisance de la qualité de l'accueil à l'hôpital Gabriel Touré de Bamako au Mali.

6.2. Identification des solutions :

Démarche participative et consensuelle, après avoir identifié la cause principale, les approches de solutions suivantes ont été identifiées par le personnel administratif et technique de l'ONG Walé, les représentants des associations de PVVIH, le représentant de la direction régionale de la santé et le représentant du haut conseil régional de lutte contre le SIDA. Il s'agit de :

- La formation du personnel sur l'accueil

- L'équipement de la salle d'accueil
- La motivation du personnel
- La mise en disposition d'un manuel de procédures sur l'accueil
- La réduction du temps d'attente des patients
- L'amélioration des moyens d'orientation des patients

Après l'analyse des solutions, un choix sera porté sur une solution considérée comme prioritaire qui une fois mise en application devra permettre d'améliorer l'ensemble des dysfonctionnements constatés dans le cadre de l'accueil des PV.VIH.

6.3. Priorisation et choix de la solution :

L'analyse de la solution se fera à travers les critères et les pondérations suivantes :

- **Efficacité de la solution** : Très efficace=5 Efficace=3 Pas efficace=1
- **Coût de réalisation de la solution** : Pas couteux=5 Couteux=3 Très couteux=1
- **Facilité de réalisation** : Très facile=5 Facile=3 Pas facile =1

Tableau XIV : Priorisation des solutions

SOLUTIONS	CRITERES			Score	Rang
	Efficacité	Coût de réalisation	Facilité de réalisation		
Formation du personnel sur l'accueil	5+5+5	3+3+1	5+5+5	37	1 ^{er}
Equipement de la salle d'attente	5+3+5	3+1+3	5+3+3	31	3 ^{ème}
Motivation du personnel	3+3+3	1+3+1	1+1+1	17	5 ^{ème} ex
Mise en disposition d'un manuel de procédures sur l'accueil	3+3+3	3+1+1	1+1+1	17	5 ^{ème} ex
Réduction du temps d'attente des patients	3+3+3	1+3+3	1+1+1	19	4 ^{ème}
Amélioration des moyens d'orientation des patients	5+3+3	5+5+5	3+3+3	35	2 ^{ème}

La formation du personnel sur l'accueil a été retenue comme solution prioritaire.

Chapitre 7 : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION

7.1. Justification de la solution retenue

Pour les acteurs, la solution repose sur la formation du personnel sur l'accueil.

Notre étude a démontré une insuffisance des conditions d'accueil des PVVIH au CTA. Aucune technique spéciale n'est requise pour l'accueil des PVVIH. Mais il faudra veiller à la compliance au traitement ARV et à l'accompagnement psychosocial.

Cet accompagnement psychosocial requiert une bonne organisation de l'accueil d'où la nécessité de former le personnel sur l'accueil.

7.2. Objectif du projet

Former le personnel de prise en charge du centre de traitement ambulatoire de l'ONG Walé sur l'accueil des PV.VIH.

7.3. Cadre logique :

La planification opérationnelle dans le cadre de la résolution de problèmes exige :

- l'identification d'un problème précis ;
- la détermination des causes du problème et des solutions envisageables ;
- le choix d'une solution réaliste et réalisable dans un temps précis ;
- la disponibilité des moyens de résolution.

Après le choix de la solution consensuelle, il nous revient d'élaborer un cadre logique et un plan d'action avec le chronogramme des activités nécessaires à sa mise en application. Ce cadre logique permettra de déterminer la logique d'intervention du projet selon deux étapes :

7.3.1. Logique verticale :

- L'objectif général de l'intervention
- Les objectifs spécifiques
- Les extrants ou résultats

- Les intrants ou activités

7.3.2. Logique horizontale :

- Les indicateurs objectivement vérifiables (IOV)
- Les moyens de vérification (MV)
- Les conditions critiques (CC) ou facteurs externes que l'on ne maîtrise pas et qui conditionnent la réalisation du projet ou programme hormis les phénomènes naturels, les guerres.

Tableau XV : Cadre logique.

RESUME NARRATIF	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES	MOYENS DE VERIFICATION	CONDITIONS CRITIQUES
OBJECTIF GENERAL Améliorer la qualité de l'accueil des PV.VIH au CTA de l'ONG Walé	La qualité de l'accueil des PV.VIH est améliorée	Enquête sur la qualité de la prise en charge des PV.VIH	
OBJECTIF SPECIFIQUE Former 100% du personnel de prise en charge du CTA de l'ONG Walé sur l'accueil d'ici fin 2015	Le nombre de personnels formés	Enquête Rapport de formation	
RESULTAT 1 Le personnel acquiert des compétences en accueil des PV.VIH	L'ensemble du personnel applique correctement les acquis de la formation	Enquêtes	Engagement du personnel

<p>RESULTAT 2</p> <p>Les conditions d'accueil des PV.VIH sont améliorées</p>	<p>Le taux de satisfaction des patients</p>	<p>Enquête de satisfaction</p> <p>Rapport d'activités</p>	<p>Engagement des acteurs</p>
<p>ACTIVITES</p> <p>A1.1 Identification des formateurs</p> <p>A1.2 Identification et information des participants</p> <p>A1.3 Elaboration du calendrier de formation</p> <p>A1.4 Formation des participants</p> <p>A2.1 Elaboration de manuel de procédures sur l'accueil</p> <p>A2.2 Equipement de la salle d'attente des patients</p>	<p>Nombre de formateurs identifiés</p> <p>Nombre de participants identifiés</p> <p>Calendrier de formation disponible</p> <p>Nombre de participants identifiés et formés</p> <p>Existence de manuel de procédures</p> <p>Salle d'attente est équipée en matériels (chaises, téléviseur, ventilateur)</p>	<p>Liste des formateurs disponibles</p> <p>Liste des participants disponibles</p> <p>Termes de référence de la formation sur l'accueil</p> <p>Rapport de formation</p> <p>Rapport de supervision</p> <p>Rapport de supervision</p>	<p>Mise à disposition des ressources financières</p> <p>Mise à disposition des ressources financières</p>

Source : Nous-même

7.4. Plan opérationnel :

Tableau XVI : Plan opérationnel

ACTIVITES	DEBUT	FIN	BUDGET	RESPONSABLES
Identification des formateurs	05 Janv. 2015	15 Janv. 2015	Néant	Directeur
Identification et des participants	09 Fév. 2015	10 Fév. 2015	Néant	Coordinateur du CTA
Elaboration du calendrier de formation	22 Janv. 2015	23 Janv. 2015	Néant	Coordinateur du CTA
Formation des participants	02 Mars 2015	07 Mars 2015	1 457 500 FCFA	Formateurs
Elaboration de manuel de procédures sur l'accueil	01 Avril 2015	30 Avril 2015	150 000 FCFA	Equipe du CTA
Equipement de la salle d'attente des patients	01 Juin 2015	30 Juin 2015	525 000 FCFA	Assistant social
TOTAL			2 132 500 FCFA	

7.5. Chronogramme des activités

Tableau XVII : Chronogramme des activités

Activités	Périodes											
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12
Identification des formateurs												
Identification et information des participants												
Elaboration du calendrier de formation												
Formation des participants												
Elaboration de manuel de procédures sur l'accueil												
Equipement de la salle d'attente des patients												

7.6. Budgétisation :

Tableau XVIII : Budgétisation

RUBRIQUES	NOMBRE	JOURS	PU. FCFA	MONTANT EN FCFA
A1.1 Identification des formateurs				0
A1.2 Identification et information des participants				0
A1.3 Elaboration du calendrier de formation				0
A1.4 Formation des participants				1 457 500
Honoraires des formateurs	2	6	30 000	360 000
Per diem des formateurs	2	6	10 000	120 000
per diem des participants	13	3	10 000	390 000
Per diem pour le personnel d'appui (secrétaire)	1	6	5 000	30 000
Location de salle	1	6	25 000	150 000
Restauration (petit déjeuner et déjeuner)	1	6	50 000	300 000
Frais de kits pour les participants	13	1	5 000	65 000
Rames	1	1	2 500	2 500
Marqueurs	1	6	2 500	15 000
Papiers Padex	2	1	12 500	25 000
A2.1 Elaboration de manuel de procédures sur l'accueil				150 000
A2.2 Equipement de la salle d'attente des patients				525 000
Chaises	15		10 000	150 000
Téléviseur	1		300 000	300 000
Ventilateur	1		25 000	25 000
DVD	1		50 000	50 000
TOTAL				2 132 500

7.7. Suivi et évaluation :

7.7.1. Rappel sur les notions de suivi et évaluation

Le suivi et l'évaluation produisent des informations qui peuvent être utilisées pour améliorer la gestion d'un programme et parvenir aux résultats escomptés à court et à long termes.

- **Suivi :**

Le suivi d'une intervention ou d'un programme implique la collecte continue de données qui mesurent les progrès réalisés dans le sens de l'atteinte des objectifs de l'intervention. Il porte essentiellement sur le processus de mise en œuvre.

- **Evaluation :**

L'évaluation mesure à quel point les activités du programme ont atteint les objectifs escomptés et ou dans quelle mesure les changements au niveau des résultats peuvent être attribués au programme ou à l'intervention.

7.7.2. Suivi de la mise en œuvre de la solution :

Le suivi de l'exécution se fera sur les activités prévues dans le plan d'action. Pour chaque activité, il sera déterminé le statut sur son avancement et la consommation des ressources. L'utilisation des pourcentages permettra de rendre compte du niveau de réalisation des activités. Le suivi portera essentiellement sur la formation du personnel, l'élaboration de manuel de procédures sur l'accueil et l'équipement de la salle d'attente des patients.

7.7.3. Evaluation de la mise en œuvre de la solution :

L'évaluation de la mise en œuvre de ce projet portera sur le processus d'exécution des activités, de la consommation des ressources et l'atteinte des résultats ainsi que l'objectif spécifique.

Tableau XIX : Plan de mise en œuvre du volet suivi et évaluation

ACTIVITES	INDICATEURS	RESPONSABLES	PERIODICITES						
			M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7
Formation des participants	Nombre de participants identifiés et formés	Le Directeur							
Elaboration de manuel de procédures sur l'accueil	Existence de manuel de procédures	Le Coordinateur du CTA							
Equipement de la salle d'attente des patients	Salle d'attente est équipée en matériels (chaises, téléviseur,	Le Coordinateur du CTA							

RECOMMANDATIONS

1. A l'endroit du Comité sectoriel de lutte contre le SIDA du ministère de la santé et de l'hygiène publique

- Assurer la formation ponctuelle et continue du personnel de prise en charge du VIH
- Doter le CTA de l'ONG Walé en matériels informatiques et en appareils de CD4
- Mobiliser des fonds pour le financement du plan d'action proposé par le CTA
- Rendre disponibles les ARV et les réactifs de façon permanente

2. A l'endroit de la Direction de l'ONG Walé

- Mettre en place une politique d'amélioration de la qualité en créant un comité qualité
- Améliorer les conditions de travail du personnel
- Créer une salle de consultation médicale supplémentaire
- Créer une salle d'éducation thérapeutique individuelle
- Assurer la maintenance du matériel informatique
- Changer l'emplacement de la porte de la pharmacie
- Mettre en place des signes d'orientation des patients
- Privilégier la réflexion en commanditant d'autres études pour identifier d'autres problèmes prioritaires en vue d'y apporter des solutions pour le bénéfice de la structure.

3. A l'endroit du personnel

- Participer activement à l'effort d'amélioration de la qualité de la prise en charge des PV.VIH en général et celle de l'accueil en particulier
- Améliorer l'accueil des PVVIH (courtoisie, chaleur, disponibilité)

4. A l'endroit des partenaires

- Financer les plans d'amélioration de la qualité de la prise en charge des PV.VIH au CTA de l'ONG Walé

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION

La médecine a rarement connu une pandémie comme le VIH/sida.

L'infection au VIH/sida, malgré des médicaments antirétroviraux, demeure un problème majeur de santé publique. Certes les ARV (pour ceux qui y ont accès) ont fait de l'infection à VIH une maladie chronique, les preuves de son impact sont indéniables. Dans les endroits où l'épidémie s'est propagée sans contrôle, elle prive les pays des ressources et des capacités dont dépendent leur sécurité et leur développement. Dans un tel contexte, la prise en charge des PVVIH nécessite des stratégies multisectorielles qui abordent d'autres domaines que la médecine.

C'est pourquoi nous nous sommes fixé comme objectif d'améliorer la qualité de la prise en charge des PVVIH par l'amélioration de la qualité de leur accueil au CTA de l'ONG Walé.

Nos structures de santé (privées et publiques) doivent être dotées de moyens techniques et humains favorables à un bon accueil, ceci grâce à un engagement manifeste de la direction qui doit se traduire par l'affectation de ressources financières et d'un personnel ayant un savoir être.

Une PVVIH convenablement accueillie se sentira en sécurité et aura confiance et la volonté de poursuivre un traitement ARV à vie. Une prise en charge faite dans de bonnes conditions et avec un esprit de civisme et d'altruisme font remonter le moral du patient et l'aideront à supporter le fardeau de sa maladie. Au contraire si l'accueil est mauvais, tous les efforts qui seront fournis dans les soins seront vains, car le malade se sentira déjà opprimé ; ce qui, par perte de confiance compliquera l'état du patient.

Il est important de faire valoir ces qualités de bon accueil et du savoir être au sein de nos structures de santé, pour prévenir l'aggravation de toutes les maladies et contribuer au développement d'une culture sociale et de solidarité. Ce qui doit, apparemment commencer par les services à caractère social, qui ont la responsabilité de sauvegarder la santé des citoyens, principaux acteurs de toutes économies.

Ainsi notre étude nous a permis, à travers une méthode de résolution de problèmes, d'évaluer et d'apprécier la qualité de l'accueil des PVVIH au CTA de l'ONG Walé et de proposer des solutions en vue d'assurer la qualité de la prise en charge.

Il ressort de cette étude que l'amélioration de la qualité de l'accueil au CTA ne peut se faire sans l'engagement de la direction qui se traduira par une mobilisation des ressources financières et par la formation du personnel pour leur facile adhésion à une politique d'accueil.

L'accueil apparaît comme une fonction de santé à part entière, assumée par des personnes ayant suivi une formation spécifique et/ou formées par ailleurs à la relation d'aide ou à l'entretien individuel.

Cette fonction implique des compétences en matière d'écoute active, d'empathie, de communication, ainsi qu'en matière d'analyse et de gestion des demandes que ce soit pour orienter de façon adéquate celles-ci ou pour les traiter dans un premier temps.

L'accueil comprend des tâches organisationnelles en quantité et en diversité variables (au minimum : inscriptions, gestion d'agenda, orientation).

C'est un lieu d'observation de l'évolution des demandes, de repérage des problèmes et de circulation de l'information.

Son bon fonctionnement ne tient pas seulement aux compétences personnelles et professionnelles de l'accueillant/e, mais aussi à des conditions institutionnelles (reconnaissance de la fonction d'accueil) et organisationnelles (notamment sur le plan de l'espace, pour garantir la confidentialité des échanges et le respect de l'intimité).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

CEBAG - BIBLIOTHEQUE

1. Affres A et al. Un cas de SIDA à virus LAV2 au Mali. Presse médicale 1986 ; 15 ; 2211-2212.
2. Approche du concept d'accueil, « entre banalité et complexité ». Recherche en soins infirmiers n°75, Décembre 2003, pp. 15-20.
3. Attoumoh M. Contribution à l'amélioration de l'accueil au niveau du service des urgences porte de l'hôpital principal de Dakar. Mémoire de gestion des services de santé. CESAG 2004.
4. Bayart- Van Hille (Chantal). – L'accueil dans les entreprises et les administrations. Mementos E O. Les éditions d'organisations, 1991, 2^{ème} tirage 1994 ISBN : 2-7081-1327-5, 32 pages.
5. Bielen, Frederick, Roch, Isabelle, Vanderburg Diane « la satisfaction et les attentes du patient » Revue de gestion hospitalière, n°394 Mars 2000.
6. Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH et le SIDA 2013-2017. Mali.
7. Cassuto J P/Pesce A, Quaranta J F : SIDA et infection par le VIH 3^{ème} édition, Paris : Masson, 1989, 1996.
8. Darell W. Comprendre le VIH/SIDA, le guide de l'Amfar, Paris, Nouveaux horizons, 2002 : 384.
9. Diagne O K. Problématique de l'accueil au service de la maternité de l'hôpital principal de Dakar. Sénégal. Mémoire de gestion des programmes de santé. CESAG 2009.
10. Diallo A S. Contribution à l'amélioration de la gestion des malades à hospitaliser dans un service d'accueil des urgences : cas de l'hôpital principal de Dakar. Mémoire de gestion hospitalière. CESAG 2006.
11. Diallo B. Contribution à l'amélioration de la prise en charge des enfants séropositifs sous traitements antirétroviraux : cas du service de Pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré. Bamako. Mali. Mémoire de gestion des programmes de santé. CESAG 2004.
12. Diao K S. L'amélioration de l'accueil, élément-clé pour une prestation de services de qualité : exemple de l'hôpital militaire de Ouakam. Sénégal. Mémoire de gestion hospitalière. CESAG 2006.
13. Enquête démographique et de santé du Mali (EDSM V) : Rapport final 2012.
14. Leteurtre H, Patrelle I, Quaranta J F, Ronzière N. La qualité hospitalière, 2^{ème} édition ; Berger-Levrault, Janvier 1999.

15. Maïga N C. Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil à l'hôpital Gabriel Touré de Bamako. Mali. Mémoire de gestion hospitalière. CESAG 2004.
16. Male E H. Approche stratégique pour l'amélioration de la qualité de l'accueil des urgences dans les centres hospitaliers régionaux de niveau 2 : le cas de l'hôpital de Ndioum au Sénégal. Mémoire de gestion hospitalière. CESAG 2007.
17. ONUSIDA. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA. Guide sur l'accès aux traitements liés au VIH/SIDA. Genève : ONUSIDA, 2003.
18. ONUSIDA. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale du SIDA. Genève : ONUSIDA, 2002.
19. ONUSIDA. Report on the global AIDS Epidemic. UNAID/08. 25 E/J C 1510 E, ONUSIDA, 2008.
20. Organisation Mondiale de la Santé. Une stratégie globale du secteur de la santé contre le VIH/SIDA 2003-2007. Genève : OMS, 2003.
21. Politique et protocoles de prise en charge antirétrovirale du VIH et du SIDA du Mali. Novembre 2013.
22. Rapport ONUSIDA : Décembre 2011.
23. Rey J L. Les antirétroviraux et leur utilisation. Développement et Santé 2003 ; 168 : 17-8.
24. Togola M. Contribution à l'amélioration de la gestion de l'accueil à l'hôpital régional Fousseynou Daou. Kayes Mali. Mémoire de gestion hospitalière. CESAG 2004.
25. Vaz L, Corneli A, Dulyx, Rennie S, Omba S, kitetele F. A D Research Group, Bechets F. The process of HIV status disclosure to HIV- positive youth in Kinshasa, Democratic, Republic of the Congo. AIDS Care 2008 ; 20(7) : 842-52.
26. www.cofemer.fr/UserFiles/File/plan.pdf. Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011. Ministère de la santé et des solidarités. République française. Page consultée le 27/11/14
27. www.Jumelles-blog.africaciél.com/afrique/art-11705-index.html. VIH/SIDA : le circuit du malade à l'hôpital. Page consultée le 24/09/2014.
28. www.questionnaire.org/bs/L-accueil-dans-les-services. Page consultée le 24/09/2014.
29. Zongo M et al. Prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH au Bénin. Santé publique 2009, volume 21, n°6, pp. 631-639.

TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	iii
LISTE DES FIGURES	v
LISTE DES TABLEAUX	vii
SOMMAIRE.....	ix
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	5
Chapitre 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE.....	6
1.1 Généralités sur le Mali.....	6
1.1.1 Contexte géographique et démographique	6
1.1.2. Situation socio-économique	7
1.1.3 La politique nationale de santé et l'organisation du système de santé.....	8
1.1.3.1 La politique nationale de santé	8
1.1.3.2 L'organisation du système de santé.....	9
1.1.4. Analyse de la situation de l'épidémie à VIH.....	10
1.1.4.1. Situation de l'épidémie dans la population générale.....	10
1.1.4.2. Facteurs de vulnérabilité au VIH.....	10
1.1.4.3. Principaux déterminants de la propagation de l'épidémie à VIH.....	11

1.1.5. Analyse de la réponse nationale au VIH	12
1.1.5.1. Cadre institutionnel et organisationnel de la réponse au VIH	12
1.2. Présentation de la région de Ségou	15
1.3. Présentation de l'ONG Walé	17
1.3.1. Création	17
1.3.2. Vision	17
1.3.3. Mission	17
1.3.4. Valeurs.....	17
1.3.5. Objectifs spécifiques	17
1.3.6. Evolution	18
1.3.7. Organigramme.....	19
1.3.8. Instances	19
1.3.9. Principaux partenaires	20
1.3.10. Le centre de traitement ambulatoire de l'ONG Walé (CTA).....	20
1.3.10.1. Organisation	20
1.3.10.2. Circuit du nouveau patient.....	21
1.3.10.3. Personnel	22
1.3.10.4. Les locaux du CTA.....	22
1.3.10.5. Mandats du CTA	23
1.4. Identification et priorisation des problèmes	23

1.4.1. Identification des problèmes.....	23
1.4.2. Priorisation des problèmes	24
Chapitre 2 : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE.....	26
2.1. Problématique.....	26
2.1.1. Formulation du problème	26
2.1.2. Ampleur du problème.....	27
2.1.3. Conséquences du problème	27
2.1.4. Justification du problème	28
2.1.5. Intérêt de l'étude.....	28
2.1.6. But de l'étude	29
2.1.7. Objectif général	29
2.1.8. Objectifs spécifiques	29
2.2. Définition des concepts liés à l'étude.....	29
2.2.1. La qualité.....	29
2.2.2. La prise en charge d'un patient.....	30
2.2.3. L'accueil	30
2.3. Revue de la littérature.....	31
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE	33
Chapitre 3 : METHODOLOGIE	34
3.1. Type d'étude.....	34

3.2. Population de l'étude	34
3.3. Méthodes et outils de collecte des données	35
3.4. Déroulement de l'étude	35
3.5. Dépouillement et traitement des données	35
3.6. Difficultés et limites de l'étude	36
Chapitre 4 : PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE	37
4.1. Résultats de l'enquête auprès du personnel.....	37
4.2. Résultats de l'enquête auprès des patients.....	45
4.3. Résultats de l'observation.....	50
TROISIEME PARTIE : DETERMINATION DES CAUSES - IDENTIFICATION DES SOLUTIONS ET LEUR PRIORISATION.....	51
Chapitre 5 : DETERMINATION ET PRIORISATION DES CAUSES.....	52
5.1. Détermination et analyse des causes	52
5.1.1. Revue de la littérature.....	52
5.1.2. Identification des causes.....	53
5.1.3. Priorisation des causes.....	56
Chapitre 6 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS.....	58
6.1. Revue de la littérature.....	58
6.2. Identification des solutions.....	58
6.3. Priorisation et choix de la solution	59
Chapitre 7 : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION.....	60

7.1. Justification de la solution retenue	60
7.2. Objectif du projet.....	60
7.3. Cadre logique.....	60
7.3.1. Logique verticale	60
7.3.2. Logique horizontale.....	61
7.4. Plan opérationnel.....	63
7.5. Chronogramme des activités	64
7.6. Budgétisation.....	65
7.7. Suivi et évaluation	66
7.7.1. Rappel sur les notions de suivi et évaluation.....	66
7.7.2. Suivi de la mise en œuvre de la solution.....	66
7.7.3. Evaluation de la mise en œuvre de la solution.....	66
RECOMMANDATIONS	68
CONCLUSION	70
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	73
TABLE DES MATIERES.....	76
ANNEXES	81

ANNEXES

CESAG - BIBLIOTHEQUE

QUESTIONNAIRE AU PERSONNEL

Pour les infirmiers

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des PV.VIH au CTA de l'ONG Walé, nous vous soumettons ce questionnaire pour une meilleure collaboration.

1. Depuis combien de temps travaillez-vous au CTA ?

2. Êtes-vous formés sur la prise en charge des séropositifs ?

Oui : Non :

3. Êtes-vous supervisés dans votre travail ? Oui : Non :

4. Êtes-vous motivés dans votre travail ? Oui : Non :

5. Rencontrez-vous des difficultés pendant la prise en charge des PV.VIH ?

Oui : Non :

a. Si oui lesquelles ?

.....

.....

.....

.....

6. Quelles suggestions faites-vous pour améliorer la qualité de la prise en charge ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pour le laborantin

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des PV.VIH au CTA de l'ONG Walé, nous vous soumettons ce questionnaire pour une meilleure collaboration.

1. Depuis combien de temps travaillez-vous au CTA ?

2. Rencontrez-vous des ruptures de réactifs ? Oui : Non :

Si oui le ou lesquels généralement ?

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

3. Le plateau technique est-il adéquat ? Oui : Non :

Si non quelles sont les causes ?

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

4. Faut-il combien de temps aux patients pour recevoir les résultats ?

5. Êtes-vous supervisés dans votre travail ? Oui : Non :

6. Êtes-vous motivés dans votre travail ? Oui : Non :

7. Rencontrez-vous d'autres difficultés dans la réalisation de bilans des PV.VIH ?

Oui : Non :

a. Si oui lesquelles ?

.....
.....

.....
.....
8. Quelles suggestions faites-vous pour améliorer la qualité de la prise en charge des PV.VIH ?

Service psychosocial

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des PV.VIH au CTA de l'ONG Walé, nous vous soumettons ce questionnaire pour une meilleure collaboration.

1. Depuis combien de temps travaillez-vous au CTA ?

2. Tous les patients bénéficient-ils d'un conseil pré-test ?
Oui : Non :

3. Tous les patients bénéficient-ils d'un conseil post-test ? Oui : Non :

4. Les patients sont-ils informés de leur statut ? Oui : Non :

a. Si non pourquoi ?

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

b. Si oui quelles difficultés rencontrez-vous dans l'annonce ?

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

5. Quels sont les soutiens que les patients sollicitent auprès de vous ?

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

.....
.....

6. Avez-vous des difficultés pour les procurer ces soutiens ? Oui : Non :

Si oui lesquelles ?

7. Avez-vous des cas de PDV ? Oui : Non :

a. Si oui quelles activités menez-vous pour les retrouver ?

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

b. Rencontrez-vous des difficultés pour leur recherche ? Oui : Non :

d. Si oui lesquelles ?

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

8. Occupez-vous des OEV ? Oui : Non :

a. Si oui comment ?

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

b. Si non pourquoi ?

.....
.....

.....
.....

c. Combien d'OEV suivez-vous ?

9. Avez-vous été formés sur la prise en charge psychosociale des PV.VIH ?

Oui : Non :

10. Êtes-vous supervisés dans votre travail ? Oui : Non :

11. Êtes-vous motivés dans votre travail ? Oui : Non :

12. Quelles sont les autres difficultés que vous rencontrez dans la prise en charge psychosociale des PV.VIH ?

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

13. Quelles suggestions faites-vous pour améliorer la qualité de la prise en charge des PV.VIH ?

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

Pour le pharmacien

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des PV.VIH au CTA de l'ONG Walé, nous vous soumettons ce questionnaire pour une meilleure collaboration.

1. Depuis combien de temps travaillez-vous au CTA ?

2. Combien de patients avez-vous sous ARV ?

3. Avez-vous déjà rencontré des cas de rupture d'ARV ? Oui : Non:

4. Quelles sont les causes de ces ruptures ?

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

5. Avez-vous rencontré des cas d'inobservance au traitement ? Oui : Non :

a. Si oui quelles sont les causes fréquemment citées ?

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

6. Avez-vous des cas d'abandon de traitement ? Oui : Non :

a. Si oui quelles sont les actions menées pour les amener à adhérer de nouveau au traitement ?

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

b. Rencontrez-vous des difficultés pour ces actions ? Oui : Non :

c. Si oui lesquelles ?

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

7. Êtes-vous formés sur la gestion des ARV ? Oui : Non :

8. Avez-vous déjà rencontré des cas de rupture de médicaments pour IO ?

Oui : Non :

9. Êtes-vous supervisés dans votre travail ? Oui : Non :

10. Êtes-vous motivés dans votre travail ? Oui : Non :

11. Quelles autres difficultés rencontrez-vous dans votre travail ?

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

12. Quelles suggestions faites-vous pour améliorer la qualité de la prise en charge des PV.VIH ?

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

Pour les médecins

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des PV.VIH au CTA de l'ONG Walé, nous vous soumettons ce questionnaire pour une meilleure collaboration.

1. Depuis combien de temps travaillez-vous au CTA ?

2. Combien de PV.VIH suivez-vous ?

3. Combien sont sous ARV ?

4. Rencontrez-vous des effets indésirables dus aux ARV ?

Oui : Non :

a. Rencontrez-vous des difficultés dans la gestion des effets indésirables ?

Oui : Non :

b. Si oui lesquelles ?

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

5. Disposez-vous des moyens diagnostics d'infections opportunistes ?

Oui : Non :

6. Prescrivez-vous régulièrement des bilans de suivi ?

Oui : Non :

7. Si non quelles sont les raisons ?

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

8. Êtes-vous formés sur la prise en charge des PV.VIH ? Oui : Non :

9. Quels autres problèmes rencontrez-vous dans la prise en charge des PV.VIH ?

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

10. Êtes-vous supervisés dans votre travail ? Oui : Non :

11. Êtes-vous motivés dans votre travail ? Oui : Non :

12. Quelles suggestions faites-vous pour améliorer la qualité de la prise en charge des PV.VIH ?

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

UISAG - BIBLIOTHEQUE

Pour le secrétaire

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des PV.VIH au CTA de l'ONG Walé, nous vous soumettons ce questionnaire pour une meilleure collaboration.

1. Depuis combien de temps travaillez-vous au CTA ?

2. Avez-vous été formés à l'accueil et à l'orientation des patients ? Oui : Non :

3. Êtes-vous supervisés dans votre travail ? Oui : Non :

4. Êtes-vous motivés dans votre travail ? Oui : Non :

5. Quelles difficultés rencontrez-vous dans l'accueil et l'orientation des patients ?

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

6. Quelles suggestions faites-vous pour améliorer la qualité de la prise en charge des PV.VIH ?

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

Grille d'observation (faite par l'enquêteur)

1. L'organisation du centre est-elle satisfaisante ? Oui : Non :
2. Existe-il un endroit pour accueillir les patients ? Oui : Non :
3. L'endroit pour accueillir est-il équipé ? Oui : Non :
4. Existe-t-il un chargé de l'accueil ? Oui : Non :
5. Le personnel est-il compétent pour prendre en charge les PV.VIH ? Oui : Non :
6. Existe-il un organigramme établissant la hiérarchie entre les agents ? Oui : Non :
7. Existe-il une bonne relation entre les agents ? Oui : Non :
8. Les patients bénéficient-ils de counseling ? Oui : Non :
9. Les patients bénéficient-ils des séances d'ETP ? Oui : Non :
10. Les patients bénéficient-ils des séances d'aide à l'observance ? Oui : Non :
11. Les patients bénéficient-ils des soutiens financiers ? Oui : Non :
12. Les patients bénéficient-ils des soutiens alimentaires ? Oui : Non :
13. Le plateau technique du laboratoire est-il adéquat ? Oui : Non :
14. La pharmacie connaît-elle des ruptures ? Oui : Non :
15. Le protocole de prise en charge est-il respecté ? Oui : Non :

Guide d'entretien auprès du personnel

Dans le but d'améliorer la qualité de l'accueil des PV.VIH au CTA de l'ONG Walé, nous vous soumettons ce questionnaire pour une meilleure collaboration.

1. Profession :

Médecin Pharmacien Infirmier Laborantin

Psychologue Assistant social CPS Secrétaire

Aide pharmacien

2. Aviez-vous dans votre formation, une discipline qui portait sur l'accueil des malades ?

Oui Non

3. Avez-vous reçu à l'interne d'autres formations en interne sur l'accueil ?

Oui Non

4. Existe-t-il un agent chargé de l'accueil au CTA ?

Oui Non

Si non qui accueille les patients ?

5. Avez-vous une salle d'attente au CTA ?

Oui Non

6. Comment trouvez-vous la salle d'attente ?

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante

7. Si peu pourquoi ?

8. Comment trouvez-vous le temps d'attente des patients ?

Supportable Long

Si long combien de temps ?

10 à 30 min 30 min à 1 h Plus d'une heure

9. Comment jugez-vous les conditions les conditions d'accueil des patients au CTA ?

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante

Si peu quelles sont les raisons ?

10. Les infrastructures du CTA sont-elles adaptées à la PEC des PV.VIH ?

Oui Non

Si non pourquoi ?

11. Comment estimez-vous vos conditions de travail ?

Bonne Passable Mauvaise

Si mauvaise pourquoi ?

12. Comment jugez-vous votre implication dans l'organisation et le fonctionnement du CTA

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante

Si peu pourquoi ?

13. Selon vous quelles sont les principales causes de l'insuffisance de la qualité de l'accueil au CTA ?

14. Pouvez-vous quelques solutions qui peuvent selon vous améliorer la qualité de l'accueil au CTA

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Guide d'entretien auprès des patients

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des PV.VIH au CTA de l'ONG Walé, nous vous soumettons ce questionnaire pour une meilleure collaboration.

Code :

Age :

Résidence : Ségou :

Hors Ségou :

Sexe : M :

F :

1. Avez-vous été informé de votre maladie et de son évolution ? Oui : Non :

2. Depuis combien de temps êtes-vous sous ARV ?

3. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour prendre vos ARV ?

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

4. Avez-vous des difficultés d'accès au CTA? Oui : Non :

Si oui : Financier : Géographique : Socioculturel :

5. Quelles appréciations faites-vous du temps d'attente avant votre prise en charge ?

Supportable : Long :

Si long, combien de temps :

10 à 30 min : 30 min à 1 h : Plus d'une heure :

6. Que pensez-vous de l'accueil ? Satisfaisant : Non satisfaisant :

Si non précisez à quel niveau ? Secrétariat : CPS :

Consultation médicale : Pharmacie : Laboratoire :

7. Le temps de la consultation médicale vous semble-t-il être suffisant ?

Oui : Non :

8. Êtes-vous satisfait de vos relations avec le personnel ? Oui : Non :

Si non pourquoi ?

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

9. Le personnel est-il ? Très disponible : Disponible : Peu disponible :

10. Avez-vous d'autres difficultés pour poursuivre le traitement ARV ?

Oui : Non :

Si oui lesquelles ?

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

11. Qu'est-ce que vous n'appréciez pas au CTA ?

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

.....
.....

12. Quels sont les aspects que vous voudriez voir améliorés ?

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

CESAG - BIBLIOTHEQUE