



CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION

DEPARTEMENT: CESAG – SANTE



MÉMOIRE DE FIN DE FORMATION:

EN MBA/GESTION DES SERVICES DE SANTE

OPTION: GESTION DES PROGRAMMES DE SANTE

25^{ème} PROMOTION: 2014 – 2015

THEME:

Contribution à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans atteints de la malnutrition sévère en Etablissement de santé : Cas de l'Unité de Renutrition de l'Institut de Nutrition et de Santé de l'Enfant (INSE), Conakry, GUINEE.

Réalisé par :

Dr. Karim CONDE

Médecin

Sous la direction de:

Dr. Khady SECK DIOP

Pédiatre

Enseignante associée au CESAG

11 mai 2017

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	i
DEDICACE.....	iii
REMERCIEMENTS	iv
LISTES DES ACRONYMES	v
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX	vii
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE: CADRE CONTEXTUEL DE L'ETUDE.....	5
I. CONTEXTE GENERAL:.....	6
I.1 Présentation du pays.....	6
I.2 Système de santé en République de Guinée.....	7
I.3 Situation de la malnutrition en Guinée	9
I.4 Analyse de l'environnement externe:	12
I.5 Analyse de l'environnement interne:.....	13
I.6 Identification et priorisation des problèmes.....	22
DEUXIEME PARTIE: CADRE THEORIQUE ET CADRE CONCEPTUEL.....	24
II. PROBLEMATIQUE	25
II.1 Formulation du problème:	25
II.2 Ampleur du problème	25
II.3 Conséquences du problème	26
II.4 Définition des concepts liés à l'étude:.....	27
II.5 Cadre conceptuel:	30
II.6 Protocole de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère:	31
III. JUSTIFIATION ET INTERET DE L'ETUDE.....	36
TROISIEME PARTIE: CADRE PRATIQUE DE L'ETUDE.....	38
IV. METHODOLOGIE.....	39
V. RESULTATS	44
1. Les capacités du centre.....	44
2. Qualité de la prise en charge:	44
3. Caractéristiques des enfants.	47
4. Résultats de la prise en charge	49

VI. IDENTIFICATION DES CAUSES	51
1. Rechercher les causes:.....	51
2. Visualiser les causes	52
3. Hiérarchiser les causes	52
4. Valider les causes principales	54
VII. IDENTIFICATION DES SOLUTIONS.....	56
VIII. PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION RETENUE	58
1. Justification de la solution retenue	58
2. But:	58
3.Objectifs	58
4. Stratégies/Activités.....	58
5. Méthode du cadre logique	59
6. Plan d'action opérationnel.....	61
7. Chronogramme des activités	63
8. Budgétisation des activités du plan d'action	64
9. Suivi et évaluation de la mise en œuvre de la solution	65
RECOMMANDATIONS.....	67
CONCLUSION	70
REFERENCES.....	72
ANNEXES	76

DEDICACE

Je dédie ce mémoire:

A Dieu, le Tout Puissant.

A mes parents pour l'éducation et le soutien que vous m'avez donnés.

A mon épouse Aissata CONDE, ton soutien de tous les jours et l'attention que tu me portes m'ont permis de réaliser ce travail.

A mes enfants, ce travail est le fruit de l'amour que j'ai pour vous.

A mes frères et sœurs, pour le soutien moral.

REMERCIEMENTS

Nous remercions particulièrement:

Notre Directeur de Mémoire, Dr Khady SECK DIOP

Cher Maître, la qualité de vos enseignements, de vos conseils et surtout votre don à remonter le moral de vos stagiaires pendant les moments les plus difficiles ont été déterminants pour la rédaction de ce mémoire. Nos profondes reconnaissances pour avoir accepté la direction de ce travail.

Tout le staff du cours CESAG-SANTE, plus particulièrement celui de la Gestion des Services de Santé pour la qualité de l'enseignement reçu.

Monsieur le Dr Ibrahima Kalil KONE, Directeur Général de l'INSE et à tout le personnel, d'avoir accepté ce travail au sein de la structure, aussi de m'avoir soutenu tout au cours du processus. Veuillez recevoir nos sincères remerciements.

Notre cher frère et collaborateur Dr SANGARE Mory, pour ton soutien constant et tes conseils dont tu as fait preuve. Profonde reconnaissance.

Tous les stagiaires de la 25^{ème} promotion 2014-2015 du MBA/GSS/GPS, pour la franche collaboration et l'esprit de groupe qui a régné tout au long de notre parcours.

Nos membres du jury, C'est pour nous un honneur de pouvoir bénéficier de vos critiques pour améliorer le travail que vous avez accepté de juger; hommage.

LISTE DES ACRONYMES

ACF: Action Contre la Faim

ATPE: Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CRENAM: Centre de Réhabilitation et d'Education Nutritionnelle en Ambulatoire pour les malnutris Modérés

CRENAS: Centre de Réhabilitation et d'Education Nutritionnelle en Ambulatoire pour les malnutris Sévères

CRENI: Centre de Réhabilitation et d'Education Nutritionnelle en Interne

CREN: Centre de Récupération Nutritionnelle

CNT: Centre Nutritionnel Thérapeutique

DAN: Division Alimentation Nutrition

DSVCO : Direction de la santé de la ville de Conakry

DSRP: Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté

EDS-MICS: Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples

F75 : Lait Thérapeutique utilisé dans la phase aiguë du traitement en interne de la MAS

F100 : Lait Thérapeutique utilisé dans les phases de transition/réhabilitation du traitement de la MAS

HKI: Helen Keller International

IEC: Information, Education, Communication

INSE: Institut de Nutrition et de Santé de l'Enfant

ISO: Organisation Internationale de Normalisation

MAS: Malnutrition aiguë Sévère

MSF: Médecins Sans Frontières

Contribution à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des enfants malnutris sévères de moins de 5 ans en établissement de santé: Cas de l'Unité de Renutrition de l'INSE, Conakry, GUINEE.

MSHP: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

ND: Non déterminé

OFDA: Office of Foreign Disaster Assistance

OMD: Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ONG: Organisation Non Gouvernementale

PAM: Programme Alimentaire Mondial

PCIMA: Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë

PB: Périmètre Brachial

PEC: Prise En Charge

PNDS: Programme National de Développement Sanitaire

PSSA: Programme Spécial de la Sécurité Alimentaire

RéSoMal: Solution de Réhydratation Orale pour Malnutris sévère

SENAH: Service National des Actions Humanitaires

SMART: Standardized Monitoring And Assessment of Relief And Transition

SRO: Sel de Réhydratation Orale

SRP: Stratégie de Réduction de la Pauvreté

Tdh: Terre des hommes

UNICEF: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

URENI: Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive

USAID: United States Agency for International Deveppement (Agence des Etats-Unis pour le Développement International).

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

FIGURES

Figure 1: Organisation de la pyramide sanitaire	7
Figure 2: Répartition des prestataires selon l'ancienneté dans le service	19
Figure 3: Etat nutritionnel des enfants de moins de cinq ans en Guinée	26
Figure 4: Cadre conceptuel des facteurs déterminants de la malnutrition	31
Figure 5: Mode de prise en charge financière selon les parents.....	47
Figure 6: Diagramme de causes-effet ou d'Ishikawa.....	52
Figure 7: Diagramme de Pareto	55
Figure 8: Organigramme de l'INSE	84

TABLEAUX

Tableau I: Situation de la carte sanitaire de la ville de Conakry par commune.....	12
Tableau II: Répartition des prestataires selon la qualification	17
Tableau III: Rôles et responsabilités des prestataires.....	18
Tableau V: Bilan des activités de l'unité de Renutrition de l'INSE en 2015.....	21
Tableau VI: Priorisation des problèmes	23
Tableau VII: Chronogramme de l'étude	41
Tableau VIII: Valeurs de référence des principaux indicateurs	42
Tableau IX: Eléments de prise en charge de la MAS d'enfants de moins de 5 ans	44
Tableau X: Critères diagnostiques	46
Tableau XI: Répartition des mères d'enfants selon qu'elles aient bénéficié ou non de volet psychosocial	46
Tableau XII: Statut socio-sanitaire des enfants.....	48
Tableau XIII: Répartition des mères selon la profession	49
Tableau XIV: Indicateurs sur la PEC durant la période d'étude.....	49
Tableau XV: Hiérarchisation des causes selon la matrice des critères	53
Tableau XVI: Priorisation des causes par ordre de fréquence décroissante.....	54
Tableau XVII: Hiérarchisation des solutions selon la matrice de critères	57
Tableau XVIII: Cadre logique.....	59
Tableau XIX: Plan d'action opérationnel.....	62
Tableau XX: Chronogramme prévisionnel des activités.....	63
Tableau XXI: Budgétisation.....	64
Tableau XXII: Cadre logique de suivi et évaluation.....	65

INTRODUCTION

Bien que l'accès à la nourriture ait été reconnu comme un droit fondamental pour tous, la faim et la malnutrition demeurent de graves problèmes pour des populations de par le monde. Chaque année, des millions d'enfants dans les pays en développement, meurent ou n'arrivent pas à développer pleinement leur potentiel physique ou intellectuel du fait de la malnutrition et de la carence en micronutriments [13].

La malnutrition peut être appréhendée selon l'UNICEF, comme une perturbation de l'équilibre alimentaire néfaste pour l'organisme. C'est en effet, un état complexe ou peuvent se mêler des carences multiples et concomitantes en calories, en protéines et en micronutriments [24].

La malnutrition aiguë sévère chez l'enfant se définit par un très faible rapport poids/taille $< 70\%$ ou ZScore < -3 écarts réduits par rapport à la valeur médiane de la référence NCHS/OMS, et/ou un périmètre brachial inférieur à 115 mm, et/ou une présence d'œdèmes nutritionnels [18]. Les problèmes de nutrition, souvent mal perçus et considérés comme problème de santé simple ou d'insuffisance d'alimentation, sont le reflet et la manifestation d'un ensemble de déterminants multisectoriels aussi bien socioéconomiques, culturels que sanitaires en plus de la question alimentaire. La malnutrition aiguë est l'une des formes de sous-nutrition qui dégradent la vie des communautés pauvres dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires. Les conséquences en termes de morbidité et de mortalité chez les jeunes enfants rendent compte de l'importance en tant que problème de santé publique dévastateur aux proportions épidémiques. En effet, selon les données conjointes de l'UNICEF-OMS-Banque mondiale en 2011[17], près de 52 millions d'enfants de moins de cinq ans, soit un enfant sur 12 dans cette classe d'âge souffraient de malnutrition aiguë à travers le monde et vivaient dans des contextes stables. Pratiquement 29 millions souffraient du type le plus sévère, facteur contribuant chaque année à la mort d'environ un million d'enfants de moins de cinq ans, soit près de la moitié (45%) des causes de décès. Plus de 90% d'entre eux vivaient principalement dans les régions en développement de l'Asie et en Afrique subsaharienne [11]. En Guinée, ce fléau demeure une des principales causes de morbidité et mortalité infantiles. Les estimations de l'enquête SMART 2015, indiquent que la prévalence nationale de la malnutrition aiguë globale chez les enfants de 6 à 59 mois est de 8% avec 2% pour la malnutrition aiguë sévère [7].

Par ailleurs, le Comité des Droits de l'Enfant (CDE) lors de son examen en 1999, a formulé des recommandations concernant la santé et la nutrition des enfants. Le Comité a émis la recommandation suivante à la Guinée:

«Des efforts concertés doivent être déployés en particulier pour lutter contre la malnutrition et adopter et mettre en œuvre une politique nationale de nutrition pour les enfants».

C'est dans ce cadre, que la Guinée a élaboré en 2005 une politique d'Alimentation et de Nutrition qui a été validée par le Gouvernement et les partenaires; un protocole de prise en charge contre la malnutrition a été élaboré en 2008, et révisé en 2012 [8].

Les progrès réalisés ces dernières décennies dans la prise en charge de la sous-nutrition ont été immenses: alors qu'il y a à peine 20 ans, 40 à 70% des enfants hospitalisés atteints de sous-nutrition aiguë perdaient la vie, de nouvelles thérapies et approches ont permis des avancées déterminantes, tant au niveau de l'accès au traitement que de son impact sur la santé des enfants.

Cependant, globalement seuls 10% des enfants souffrant de sous-nutrition aiguë sévère, la forme la plus grave, ont accès au traitement. La faible intégration de la nutrition dans les systèmes de soins, et le poids de la sous-nutrition sur la mortalité, ont conduit les grandes instances sanitaires mondiales et initiatives internationales à mettre la nutrition au cœur des stratégies de santé materno-infantile. C'est le cas de l'Assemblée mondiale de la santé qui, en mai 2012, a adopté six cibles à atteindre en 2025 en termes de réduction de la sous-nutrition. Elle fait de la nutrition un pilier de cette stratégie, en l'identifiant parmi les quatre types d'intervention participant à l'effort sur la santé materno-infantile [9].

Aussi, la stratégie OMS-UNICEF de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant vise elle à réduire le nombre de ces décès en améliorant les traitements. C'est pourquoi le rapport de la réunion d'experts de l'OMS, de l'UNICEF et du Comité permanent des Nations-Unies sur la nutrition, organisée à Genève du 21 au 23 Novembre 2005, recommande que les interventions au sein des collectivités, tout comme celles menées en milieu hospitalier, et le système d'orientation vers un établissement spécialisé des enfants sévèrement malnutris et présentant des complications, pourraient transformer la vie de millions de ces enfants. Cette prise en charge conformément aux lignes directrices de l'OMS permet de réduire le taux de létalité d'environ 55% en milieu hospitalier et des études récentes laissent à penser qu'elle peut s'effectuer dans le cadre des collectivités à l'aide de produits comme les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE) [28].

Ainsi, les interventions visant les enfants malnutris sévères constituent une priorité de l'Institut de Nutrition et de Santé de l'Enfant (INSE). Toutefois, il a été constaté que de nombreux problèmes y demeurent, affectant la qualité dans la prise en charge. Certains des problèmes rencontrés relèvent des ruptures de stocks d'intrants; de l'insuffisance de personnel qualifié, d'infrastructures et de matériels de nutrition non adaptés aux besoins, expliquent cet état de fait.

C'est pourquoi, nous avons tenté d'apporter notre contribution dans le cadre de la présente étude, d'analyser en collaboration avec l'équipe dirigeante les problèmes liés à la prise en charge des enfants malnutris sévères, puis, à partir de nos analyses, de proposer des solutions, formuler des recommandations en tenant compte des priorités et des suggestions.

La présentation de cette étude se structure en trois (3) parties:

- La première partie s'articulera autour du cadre contextuel;
- La deuxième partie autour du cadre théorique et conceptuel;
- La troisième partie, autour du cadre pratique de l'étude.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

PREMIERE PARTIE:
CADRE CONTEXTUEL DE L'ETUDE

I. CONTEXTE GENERAL:

Dans ce chapitre, nous avons présenté le pays, son contexte sanitaire en mettant l'accent sur la situation de la malnutrition. Ensuite nous avons décrit l'environnement externe et interne.

I.1 Présentation du pays

Caractéristiques physiques

La République de Guinée est un pays côtier qui est situé dans la partie occidentale du continent africain, à mi-chemin entre l'équateur et le tropique du cancer, entre 7° et 12° de latitude nord et 8° et 15° de longitude ouest. Sa superficie totale est de 245.857 km². Elle est limitée :

- A l'ouest par l'océan atlantique et la Guinée Bissau,
- Au nord par le Sénégal et le Mali,
- A l'est par la Côte d'ivoire,
- Au sud par le Liberia et la Sierra Leone.

Du point de vue géo écologique, la Guinée est subdivisée en quatre régions naturelles assez bien distinctes et intérieurement homogènes qui sont : la basse Guinée, la moyenne Guinée, la haute Guinée et la Guinée forestière. Le pays doit cette originalité à son milieu naturel qui se caractérise par des contrastes climatiques, des barrières montagneuses et l'orientation des reliefs qui se combinent pour donner à chaque région des particularités du point de vue climat, sols, végétation et mode de vie des populations.

Caractéristiques démographiques

La population totale de la Guinée est estimée à 10 869 003habitants en 2011. La densité moyenne pour l'ensemble du pays est de 44 habitants au km².

La Guinée est un pays à forte natalité et à fécondité élevée, caractérisée par des maternités précoces, tardives et une proportion importante de femmes en âge de procréer. Le taux brut de natalité est estimé à 40 ‰ (RGPH 1996) et l'indice synthétique de fécondité à 5,5 enfants par femme (EDS, 1999). L'espérance de vie attendue en 2009 est de 62 ans ou plus sous l'hypothèse que la prévalence du VIH n'excède pas 5%.

Caractéristiques socio- économiques

Depuis 1984, la Guinée s'est engagée dans un processus de transition d'une économie planifiée vers une économie de marché. Son économie est dominée par le secteur rural et le

secteur minier qui contribuent respectivement pour 18 % et 19 % au PIB. Le secteur rural assure l'emploi et les moyens de subsistance à la majorité de la population. Le sous-sol renferme d'immenses potentialités minières (bauxite, or, diamant et fer). D'importants efforts ont été réalisés ces dernières années dans le domaine des réformes économiques et de la réduction des déséquilibres internes et externes. Ces réformes ont permis de stabiliser les agrégats macroéconomiques et de répondre à une partie de la demande sociale notamment dans les domaines de l'éducation et de la santé.

I.2 Système de santé en République de Guinée

Le système de santé en République de Guinée est quasiment basé sur le découpage administratif du pays, en 8 régions, 38 Districts sanitaires, 334 communes rurales et 38 Communes urbaines. Ainsi, les districts sanitaires sont logés dans les Régions Administratives.

Le système de santé est organisé de façon pyramidale en 3 niveaux comme présenté dans la figure suivante:

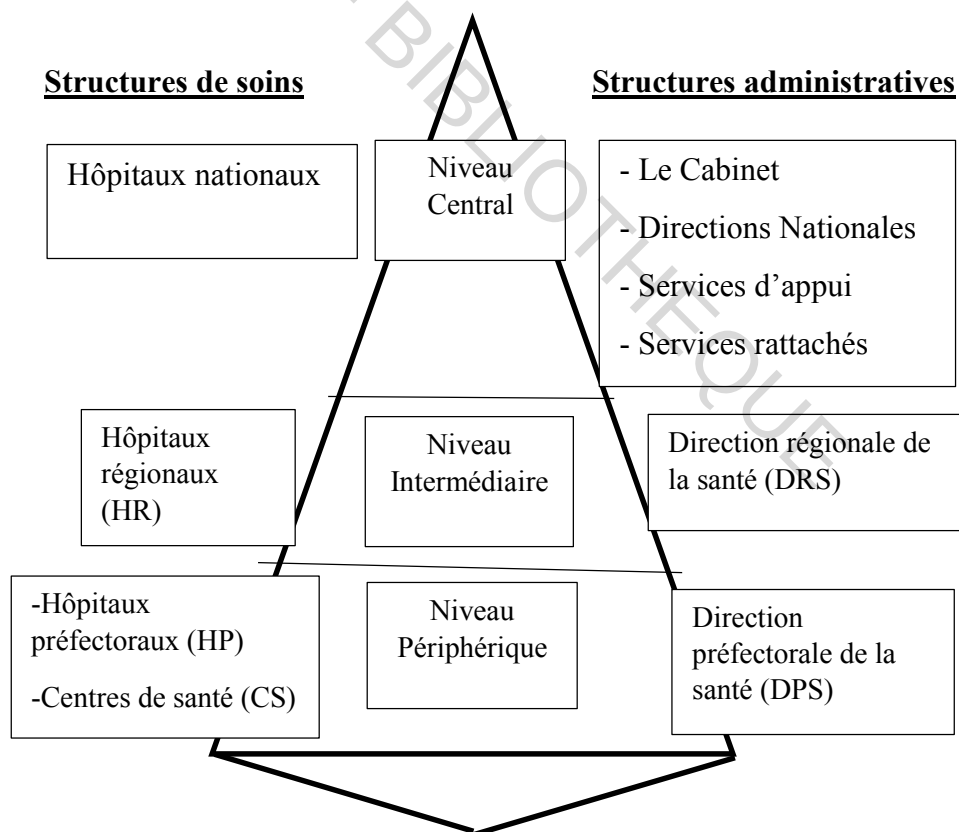


Figure 1: Organisation de la pyramide sanitaire

Source : Annuaire Statistiques sanitaires 2011

1. Structuration administrative

Le Ministère de la santé comprend trois niveaux dans sa structuration administrative :

- Le niveau central qui comprend les directions et structures centrales organisées autour du Cabinet du Ministre et du Secrétariat général ;
- Le niveau intermédiaire qui comprend les directions régionales de la santé (au nombre de 8);
- Le niveau périphérique qui est représenté par les districts sanitaires, entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé (au nombre de 38).

2. Organisation et fonctionnement des structures de soins

Les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires.

- Le premier niveau est représenté par le district sanitaire. Il comprend deux échelons :
 - le premier échelon de soins est le Centre de santé (CS) qui est la structure sanitaire de base du système de santé. Leur nombre est de 410 en 2011,
 - le deuxième échelon de soins du district est l'hôpital préfectoral ; il sert de référence pour les formations sanitaires du district. Il en existe 33 en 2011,
- Le deuxième niveau est représenté par le Centre hospitalier régional (CHR). Il sert de référence et de recours aux HP. Les CHR sont au nombre de 7 en 2011.
- Le troisième niveau est constitué par les Centres hospitaliers universitaires (CHU). Il est le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés.
- En plus des structures publiques, la Guinée compte un nombre important de structures privées et de tradi-thérapeutes avec la reconnaissance de l'importance de la médecine traditionnelle par le MSHP.

3. Mission et organisation du système de santé

Le système de santé est organisé, administré et géré par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.

La mission de celui-ci peut se résumer en quatre points qui sont :

La conception, la formulation, l'élaboration et l'exécution de la politique du Gouvernement en matière de santé. Ce faisant, il

- coordonne et contrôle l'exécution des activités des services qui sont chargés de la mise en œuvre de cette politique,

- élabore et veille à l'application de la législation et de la réglementation en matière de santé et de pharmacie,

- réglemente la pratique de la profession libérale dans le secteur.

Le système de soins est composé des sous-secteurs public et privé.

Les structures publiques de soins comportent essentiellement :

- Les centres et postes de santé qui constituent la base de la pyramide sanitaire,
- Le centre médical communal et l'hôpital préfectoral qui constituent le premier recours,
- L'hôpital régional, le deuxième niveau de recours,
- Les hôpitaux nationaux, pour les soins spécialisés.

Le secteur privé est composé des sous-secteurs médical et pharmaceutique.

Au titre du sous-secteur médical, on compte les cabinets de consultations et de soins, les cliniques médicochirurgicales, les polycliniques, les cabinets dentaires et les cabinets de sages-femmes.

Le secteur pharmaceutique privé comprend les officines, les points de vente, les agences de promotion et les grossistes répartiteurs.

En matière d'informations sanitaires, le système est peu performant à cause de l'insuffisance de ressources humaines, matérielles et financières [1;4].

I.3 Situation de la malnutrition en Guinée

Les enquêtes d'EDS IV de 2012 et de SMART 2015 montrent respectivement une situation globale sérieuse à critique.

- Selon l'EDS IV, 31% des enfants souffrent de malnutrition chronique dont près de la moitié (14 %) sont atteintes par la forme sévère. Le niveau de malnutrition chronique est légèrement plus élevé chez les enfants de sexe masculin (33 %) que ceux de sexe féminin (30 %). Par ailleurs, les résultats montrent que 10 % des enfants sont émaciés dont un peu moins de la moitié (4%) sous la forme sévère. Enfin, il ressort qu'environ 18 % des enfants présentent une insuffisance pondérale dont un peu moins d'un tiers (5 %) sous sa forme sévère. L'insuffisance pondérale est beaucoup plus fréquente en milieu rural (21%) qu'en milieu urbain (9 %) [4].

- Selon l'enquête SMART 2015, la prévalence de la malnutrition aiguë globale chez les enfants de 6 à 59 mois est de 8% avec 2% pour la malnutrition aiguë sévère. Selon le milieu de résidence, la malnutrition aiguë touche plus les enfants du milieu rural que ceux du milieu urbain avec respectivement 7% et 8.5% et la malnutrition globale touche davantage les

enfants de sexe masculin que les filles du même âge avec des taux respectifs de 9,3% et de 6,7%. Les enfants de moins de 2 ans sont les plus affectées par cette forme de malnutrition [7].

➤ **Politique nationale d'alimentation et de nutrition**

Pour combattre la malnutrition et compte tenu des Objectifs du Millénaire pour le Développement auxquels a souscrit le gouvernement guinéen et, afin d'assurer un développement rapide et durable, la Guinée, dans le cadre de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté, s'est fixé comme objectifs de :

- Réduire de moitié le taux de pauvreté d'ici 10 ans;
- Réduire de moitié le taux de malnutrition;
- Réduire de moitié le nombre des personnes sous-alimentées à l'horizon 2015.

L'élaboration de la Politique Nationale d'alimentation et de Nutrition a été réalisée d'une façon multisectorielle et pluridisciplinaire démontrant ainsi la complexité des problèmes liés à l'alimentation et à la nutrition ainsi que celle des facteurs qui les déterminent. Ce document de politique nationale:

- Identifie les mesures susceptibles de juguler ces problèmes à court, moyen et à long terme;
- Attire l'attention des hauts responsables du pays, des planificateurs, des partenaires au développement sur l'ampleur de l'insécurité alimentaire et de la malnutrition en Guinée et ses conséquences sur le développement humain et socio-économique;
- Oriente le gouvernement et ses partenaires sur les interventions intersectorielles prioritaires à promouvoir dans la lutte contre l'insécurité alimentaire et la malnutrition en Guinée;
- Propose un cadre institutionnel pour la mise en œuvre des interventions nutritionnelles en Guinée.

Le but de cette politique est d'assurer à la population guinéenne toute entière le droit à une alimentation et à une nutrition adéquates, en vue d'améliorer la survie des enfants, et de leur permettre un développement maximal de leurs potentialités physiques et intellectuelles, ainsi que de promouvoir la santé et le bien-être des enfants et de leurs parents.

Cette politique de santé nutritionnelle a permis la mise en place des cellules de nutrition thérapeutique et les centres de récupération nutritionnelle à travers tout le territoire. Les formes de malnutrition modérée sont prises en charge au niveau des centres de santé et la prise en charge des formes sévères sont assurées par: l'INSE, CRENI des hôpitaux, CHU Donka, Ignace Deen.

La stratégie globale adoptée dans le cadre de la nutrition vise à :

1. Promouvoir l'habilitation des populations cibles à améliorer leur situation nutritionnelle et de santé;
2. Renforcer les systèmes de coordination à tous les niveaux;
3. Promouvoir l'engagement des autorités nationales, régionales, locales et traditionnelles;
4. Accorder la priorité aux stratégies préventives dans la lutte contre la malnutrition, notamment du nourrisson et du jeune enfant;
5. Renforcer l'accès aux services de base (surtout santé, agriculture et social);
6. Faciliter la convergence des programmes socio-économiques (surtout DSRP et PSSA, PNDS);
7. accélérer la mise en œuvre en assurant le financement des programmes sectoriels qui vont découler de la politique nationale.

Les stratégies de prise en charge intégrée de la malnutrition consistent à :

- Promouvoir l'extension des CREN pour la prévention et la prise en charge des cas de malnutrition modérée vers tout le territoire, surtout dans les zones d'insécurité alimentaire;
- Promouvoir l'extension des CNT vers tout le territoire, surtout dans les zones d'insécurité alimentaire;
- Prendre en charge et assurer le suivi au niveau des sites communautaire des enfants sortis des CREN/CNT;
- Mettre en place un système de référence et de contre référence;

Améliorer et faciliter l'utilisation des soins de santé primaires au niveau des CS et organiser des stratégies avancées (si nécessaire) au niveau des sites de nutrition communautaire;

- Mettre en œuvre l'approche PCIME, y compris la surveillance de la croissance de tous les enfants fréquentant les centres de santé;
- Focaliser la surveillance de la croissance sur les enfants de 0-3 ans, aussi bien dans les centres de santé qu'au niveau communautaire, tout en ciblant tous les enfants de 0-5 ans pour toutes les autres activités;
- Renforcer l'intégration des interventions nutritionnelles aux autres programmes de santé maternelle et infantile (déparasitage, PTPE, supplémentation en FAF, traitement présomptif intensif du paludisme des femmes enceintes, vitamine A, PEV, PF, ...) en adoptant l'approche « Actions Essentielles en Nutrition »;
- Assurer la qualité de la prise en charge des enfants sévèrement malnutris (INSE, CRENI des hôpitaux, CHU Donka et Ignace Deen) et les enfants nés de mère séropositive;
- Assurer la complémentarité PCIME-clinique et PCIME-communautaire;

- Inclure la supplémentation en zinc dans le schéma de prise en charge de la diarrhée chez les enfants d'âge préscolaire [1].

I.4 Analyse de l'environnement externe:

Présentation de la région Conakry

Cadre géographique, administratif et démographique :

La ville de Conakry est une presqu'île de 45 000 ha = 450 km² de superficie, avec une longueur de 36 km et une largeur variant entre 1 et 6 km.

Sur le plan administratif, la ville de Conakry est divisée en cinq (5) Communes: Kaloum, Dixinn, Matam, Ratoma et Matoto. L'administration et la gestion de chaque commune est assurée par un Conseil Communal présidé par un Maire. Les communes sont à leur tour divisées en 134 quartiers dirigés par un conseil de quartier. Chaque quartier est composé de plusieurs secteurs qui sont les plus petites subdivisions administratives recensées.

Avec environ 3 667 864 habitants, la densité de la population est estimée à 2306 habitants par km (DSVCO 2006). La ville de Conakry concentre le quart de la population totale et 60% de la population urbaine. La ville comporte de grandes disparités (forte densité au centre-ville, les quartiers moins dense en périphérie).

Cadre sanitaire

Les offres de soins publics et privés sont décrites dans le tableau ci-dessous:

Tableau I: Situation de la carte sanitaire de la ville de Conakry par commune

Structures	Communes					Conakry
	Kaloum	Dixinn	Matam	Matoto	Ratoma	
Centres de Santé publics	4	3	1	5	7	20
Centres de Santé privés	3	2	3	8	22	38
Centres Médicaux Communaux		1	2		2	5
Cliniques/Cabinets médicaux	9	10	3	45	206	273
Hôpitaux Nationaux	1	1				2
Dispensaires Universitaires		1				1
Cabinets dentaires Universit.		1				1
Pharmacies et Laboratoires	31	27	19	28	68	173
TOTAL GENERAL	48	46	28	86	305	513

Source : Rapport de la Direction de la santé de la ville de Conakry, (2008)

Situation nutritionnelle

La situation nutritionnelle à Conakry peut être caractérisée comme chroniquement précaire. En 2012 la prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) dans le pays est estimée à 5,1% chez les enfants de moins de 5 ans et atteint 7,3% à Conakry (5,6-9,3 I.C. à 95%). La malnutrition aiguë sévère (MAS) à Conakry est estimée à 1,6% (1,0- 2,6 I.C. à 95%).

La malnutrition chronique touche elle 34,7% des enfants de moins de 5 ans dans le pays et 20,7% à Conakry (ACF 2012a). L'enquête nationale réalisée par l'UNICEF en 2008 présente des prévalences de MAG similaires, variant de 6,4 à 8,5% d'une commune à l'autre. En 2010, ACF-E a démontré dans sa zone d'intervention (commune de Matoto) des prévalences de MAG de 6,3 % (4,6 -8,0 I.C. à 95 %) et de MAS de 0,9 % (0,3 -1,4 I.C à 95 %). Selon les rapports, le taux de malnutrition aiguë varie peu entre les différentes communes. Ceci peut être partiellement expliqué par la répartition hétérogène de la pauvreté dans la ville (Rapport MSF/ Guinée, Octobre 2012) [12].

I.5 Analyse de l'environnement interne:

Présentation de l'Institut de Nutrition et de Santé de l'Enfant (INSE):

Situé dans l'enceinte de l'hôpital national de Donka, l'INSE est un complexe qui comporte sept bâtiments.

Le premier étiqueté **A** abrite la direction de l'institut, le service des affaires administratives et financières, la réception, les services de consultation, de vaccination, de pharmacie et de laboratoire de biologie clinique;

Le deuxième bâtiment **B** est occupé par le centre de recherche et d'éducation nutritionnelle (CREN) et une salle de conférence servant également de salle de lecture;

Les bâtiments **C** et **D** constituent le pavillon de Néonatalogie;

Le bâtiment **E** abrite l'Unité de Renutrition.

Enfin, les sixième et septième bâtiments **F** et **F'** regroupent les services communs: Cuisine, Buanderie, maintenance technique et cantine.

☐ **Historique**

Créé, grâce à un financement de l'Union Européenne avec le 5^{ème} FED sous le régime d'Ahmed Sékou Touré (pose de la première pierre le 11 Avril 1980; centre opérationnel seulement le 11 avril 1988). Cet institut qui était construit pour une population à l'époque des 800.000 habitants à Conakry, présente actuellement un visage peu reluisant et cela malgré les efforts de la direction.

□ **Organisation**

Cadre institutionnel:

L'Institut de Nutrition et de Santé de l'Enfant (INSE) créé par ordonnance N° 062/PRG/89 du 16/ 11/ 1989, est un service public hospitalier et de recherche de niveau tertiaire à caractère administratif et technique jouissant de la personnalité morale et d'autonomie financière. Il est sous la tutelle administrative du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et rattaché à la Direction Nationale de la santé Familiale et Nutrition – Alimentation par le Décret N° D/ 2011 / L / PRG/ SGG du 02 Mars 2011 portant attribution et Organisation du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.

Mission:

- Offrir des soins spécialisés aux nouveau-nés à risque, aux enfants malades en général et ceux ayant des problèmes nutritionnels en particulier ;
- Faire la recherche appliquée dans le domaine de la nutrition - alimentation et de la santé de l'enfant ;
- Assurer la formation du personnel chargé de la santé de l'enfant ;
- Promouvoir la vulgarisation scientifique en matière de nutrition-alimentation et de Néonatalogie;
- Assurer le suivi et évaluation de toutes les activités menées par les différentes unités.

Structure:

L'institut est ainsi structuré et comprend:

- Une direction générale avec rang de division de l'administration centrale à laquelle sont rattachés un service administratif et financier, une unité de dispensation des médicaments (pharmacie) et une Unité de consultation générale ;
- Des départements avec rang de section de l'administration centrale auxquels sont rattachés des unités fonctionnelles. Organigramme: (Voir Annexe)

Ces départements sont au nombre de quatre (4):

❖ **Département de néonatalogie**

Ce département a pour mission de:

- Assure la prise en charge des nouveau-nés malades, l'élevage des prématurés et des enfants à faible poids de naissance, la vaccination, la gestion de la lactation et les soins en kinésithérapie et le diagnostic biologique ;

De ce fait il dispose de:

- Une unité de kinésithérapie;
- Une unité de conseil en allaitement maternel (CCAM);
- Une unité de vaccination.

❖ **Département de Nutrition–Alimentation ou de Renutrition:**

Il assure la prise en charge nutritionnelle et thérapeutique des enfants sévèrement malnutris, la diversification alimentaire et le suivi post-hospitalier des malnutris et dispose à cet effet de:

- Une unité de Renutrition (CREN);
- Une unité de préparation de lait;

❖ **Département de recherche et de formation:**

Il est chargé de:

- Assurer la formation initiale/ continue /recyclage des agents de santé, agents communautaires, les étudiants et les stagiaires en nutrition–Alimentation, néonatalogie et analyse biomédicale;
- Assurer la conception, l'élaboration et l'exécution des projets ;
- Assurer la préparation des enquêtes et les recherches opérationnelles ;
- Assurer enfin le suivi et l'évaluation; l'appui technique aux ONG et autres structures à la demande; à cet effet il dispose:

- Une unité de recherche;
- Une unité de formation;
- Une unité du suivi et évaluation.

❖ **Département de laboratoire:**

Il apporte un soutien à la recherche, la prise en charge et le suivi des petits malades en confirmant ou infirmant par les examens biochimiques, hématologiques, parasitologiques, microbiologiques et sérologiques de tous les enfants et dispose à cet effet de:

- Une unité de biochimie;
- Une unité de bactériologie;
- Une unité d'immuno-hématologie;
- Une unité de parasitologie;

- Une unité de sérologie.

□ **Ressources humaines**

La mission dévolue à l'INSE est assurée par des personnels techniques comprenant :

- Un directeur général;
- Un directeur général adjoint;
- Un chauffeur;
- Un planton ou commis;
- Une secrétaire;
- Un responsable administratif et financier;
- Deux (2) assistants comptables;
- Quatre (4) chefs de départements;
- Quatre (4) chefs adjoints de département;
- Douze (12) responsables d'unités;
- Un surveillant général;
- Un infirmier-chef;
- Deux (2) infirmiers Majors de pavillon;
- Seize (16) médecins de pavillon;
- Huit (8) infirmiers de pavillon;
- Six(6) biologistes et techniciens de laboratoire;
- Quatre (4) Aides de santé;
- Seize (16) contractuels qui assurent (maintenance, entretien des locaux, gardien de nuit, des cuisinières).

Cadre d'étude: l'Unité de Renutrition

➤ **Présentation de la structure:**

L'unité de Renutrition a servi de cadre pour la réalisation de notre étude. Elle est l'une des composantes du département de Nutrition-Alimentation de l'INSE au pavillon **E** qui comprend deux (2) bâtiments. Elle fait office de Centre de Réhabilitation et d'Education Nutritionnelle en Interne (CRENI), spécifié par le Protocole National de PCIMA, comme cadre approprié pour la prise en charge de MAS.

Le centre est logé au sein de l'hôpital Donka. Il bénéficie des ressources de l'hôpital, notamment du service de pédiatrie et des urgences.

➤ **Missions:**

Elle a principalement pour missions de service public:

- D'offrir les services de consultations, les soins médicaux et nutritionnels sur la base d'hospitalisations;
- D'assurer le suivi post-hospitalier des enfants et la promotion de l'éducation nutritionnelle;
- D'être aussi un cadre de référence qui sert à la recherche et à la formation pratique des étudiants en médecine et autres paramédicaux en nutrition.

➤ **Ressources:**

✚ **Ressources humaines** sont constituées de :

- Cinq (05) médecins;
- Quatre (04) infirmiers (es);
- Deux (02) aides de santé;
- Une (01) diététicienne.
- Un (01) pharmacien qui assure la gestion des intrants;

Tableau II: Répartition des prestataires selon la qualification

Qualification	Nombre	Formation reçue en Nutrition	Pourcentage
Médecin	5	1	38,46%
Pharmacien	1	0	7,7%
Infirmier	4	0	30,76%
Diététicien	1	1	7,7%
Aides de Santé	2	0	15,38%
Total	13	2	100%

Source: nous même

Le centre dispose d'un personnel technique au nombre de 13 dont seuls 2 ont reçu une formation en nutrition.

Tableau III: Rôles et responsabilités des prestataires

Rôles et Responsabilités	Catégories de prestataires			
	Médecins	Infirmiers (res)	Diététicien	ATS
Soutenir le personnel soignant et autre agent de santé	+		+	
Assurer l'examen médical des enfants et leur suivi quotidien	+			
Former et superviser les agents de santé	+			
Assurer la mise en œuvre de tout traitement et la prise en charge d'enfant sous traitement spécifique		+		+
Admettre l'enfant malnutri aigu sévère avec complications	+			
Peser, mesurer les enfants selon le protocole		+		
Préparer et distribuer les repas et médicaments per os		+	+	
Evaluer les signes cliniques et remplir la fiche du suivi avec les informations de routine	+	+		
Organiser l'éducation sanitaire et nutritionnelle, des séances de démonstrations culinaires	+	+	+	+
Remplir les fiches de rapports mensuels		+		
Coordonner les activités, commander les intrants, diffuser les rapports d'activités.	+			

Source: nous même

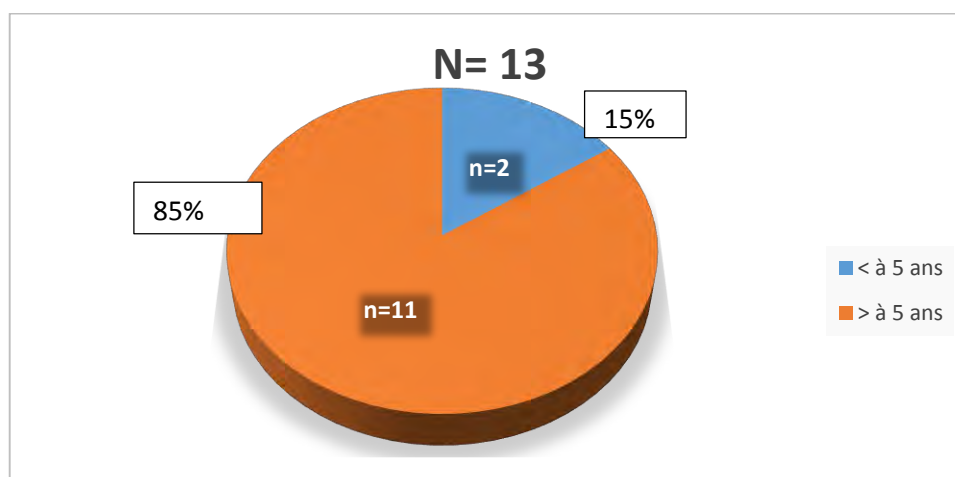


Figure 2: Répartition des prestataires selon l'ancienneté dans le service

Source: nous-même

✚ Ressources financières:

L'INSE ne dispose pas de budget de fonctionnement autonome. Les ressources financières proviennent des recettes propres, des subventions de l'Etat. La structure bénéficie aussi des appuis ponctuels de partenaires en charge de la nutrition dans le cadre de ses activités, comme l'UNICEF et Terre des hommes (Tdh).

✚ Ressources matérielles sont organisées comme suit:

➤ Locaux:

- Deux (2) bureaux de médecins;
- Deux (2) salles pour l'équipe infirmière;
- Deux(2) salles de soins intensifs avec 4 lits;
- Deux (2) salles de Phase 1 comportant 18 lits
- Une salle de Phase de Transition avec 9 lits;
- Deux (2) salles de Phase 2 avec 16 lits;
- Une (1) salle de nourrisson de moins de 6 mois avec 4 lits;
- Un (1) dépôt qui fait office de pharmacie pour le stockage et la distribution des intrants;
- Un (1) point de préparation d'aliments thérapeutiques.

➤ Mobiliers de bureau constitués pour l'essentiel de chaises, d'armoires et de tables.

➤ **Outils de gestion:** le registre de dépistage, registre de prise en charge, de la fiche de suivi individuelle CRENI, fiche de surveillance intensive, fiche de transfert, fiche sur les quantités de produits thérapeutiques à distribuer par repas; rapport statistique mensuel.

➤ **Equipements:** composés pour l'essentiel de:

a)-**Matériels de mensuration et de dépistage:** ils sont essentiellement :

- Tables
- Toise pour enfants et pour adultes,
- Balances pèse-personne pour enfants et pour adultes,
- Bassine,
- Bandelettes ou mètres rubans,
- Bracelets tricolore,
- Table Poids/Taille (OMS 2006);

b)-**Matériels d'appui:** matériel d'éducation nutritionnelle, matériel de démonstration culinaire. On y trouve également un réfrigérateur, un foyer à gaz.

Le stock de vivres est constitué de laits thérapeutiques et d'autres condiments.

c)-**Matériels destinés aux soins intensifs:** sont consignés dans le tableau ci-dessous :

Tableau IV: Matériels destinés aux soins intensifs

Désignation	Nombre	Etat		
		Bon	Vétuste	Hors usage
Extracteur d'oxygène	1		Oui	
Table de réanimation	1		Oui	
Aspirateur mécanique + Sondes d'aspiration	1			Oui
Aspirateur électrique	0			
Saturomètre	0			
Chariot	0			

Source: nous même

➤ **Fonctionnement:**

L'unité de renutrition est régie par l'administration générale de l'INSE. Elle est dirigée par un médecin responsable d'unité et un adjoint, auxquels s'ajoutent d'autres agents de santé: des médecins, des infirmiers, des aides-soignants pour la prise en charge des cas.

La structure travaille 24h sur 24 et reçoit les enfants malnutris soit directement, soit référés par une ONG, soit transférés par autre structure de santé. Ces enfants sont hospitalisés dans le service selon des procédures et des critères d'admission pour une malnutrition aiguë sévère avec complications. Ceci comprend:

La prise en charge qui est assurée sur le plan nutritionnel, médical et psychosocial à la phase aiguë puis à la phase de transition et enfin, à la phase 2 suite à laquelle les patients sont

Contribution à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des enfants malnutris sévères de moins de 5 ans en établissement de santé: Cas de l'Unité de Renutrition de l'INSE, Conakry, GUINEE.

transférés vers un CRENAS. Une visite générale hebdomadaire est effectuée sous la direction du responsable d'unité; les gardes et les visites quotidiennes sont dirigées par des médecins.

L'UNICEF assure l'approvisionnement du centre en produits de renutrition.

Les rapports statistiques y sont produits sur une base mensuelle pour être rassemblés et analysés au niveau de la direction générale de l'INSE.

Tableau V: Bilan des activités de l'unité de Renutrition de l'INSE en 2015

Mois	Admission	Sorties					Total à la fin du mois	Durée moyenne de séjour		Moyenne des gains de poids (g/kg/j)	
	Total hospitalisation	Guéris	Décès	Abandon	Transfert médical	Total sorties		Marasme	Œdème	Marasme	Œdème
Janvier	27	3	5	3	1	12	15	12,25	0	6	7
Février	41	15	10	3	0	27	14	10,87	0	14	9
Mars	55	20	10	8	0	38	17	11,5	8,1	12,14	16,67
Avril	45	21	6	5	1	33	12	14,16	8,62	13	14
Mai	54	18	8	7	1	34	20	14,55	0	13	6
Juin	65	33	9	14	0	56	9	13,08	0	16,5	0
Juillet	53	31	9	4	0	44	13	17	15	15,7	1,14
Aout	53	31	9	4	0	44	13	15,29	15,75	13,08	18,25
Septembre	59	24	10	11	0	45	14	14,83	17,85	14,09	12,2
Octobre	21	7	3	5	0	15	8	13,14	10	12,39	27,9
Novembre	59	24	10	11	0	45	14	14,83	17,85	14,09	12,2
Décembre	25	12	4	2	0	18	6	11,5	9,66	17,42	12,63

Source : Rapport annuel 2015

➤ Contraintes:

Les contraintes sont principalement d'ordre financier, professionnel et matériel:

- L'insuffisance de ressources financières allouées à l'établissement qui pourraient lui permettre de faire face à toutes les dépenses de fonctionnement;
- Les ressources humaines sont insuffisamment qualifiées pour fournir un service efficace;
- La situation générale des équipements est marquée par un déficit et une vétusté, à laquelle s'ajoutent des ruptures de produits de soins et de renutrition.

➤ **Synthèse de l'analyse de l'environnement:**

Forces:

- Existence d'un organigramme;
- L'INSE dispose d'un soutien du gouvernement à travers le ministère de la santé;
- Existence d'un protocole national de prise en charge de la malnutrition aigüe;
- Existence d'un statut de service public hospitalier et de recherche conférant une autonomie de gestion;
- Structure hospitalière de référence en santé et nutrition des enfants de Conakry et du pays;
- Terrain de stage pour les étudiants en médecine et les écoles paramédicales.

Faiblesses:

- Insuffisance de personnels qualifiés en nutrition et en gestion;
- Faible coordination des interventions;
- Vétusté des infrastructures et équipements;
- Mauvaise application des directives du protocole national;
- Mauvaise gestion des intrants;
- Faiblesse de l'outil informatique dans les services cliniques.

Opportunités :

- Existence des documents de politique, de programmes et de stratégies élaborés et signés;
- Existence des structures de coordination et des institutions d'appui et de mise en œuvre;
- Engagement politique constant du gouvernement;
- L'INSE bénéficie de l'assistance d'organismes et d'ONG en nutrition en Guinée (UNICEF, Tdh, etc...).

Menaces:

- Persistance de l'instabilité sociopolitique;
- Fragilité de l'économie ou conjoncture économique difficile;
- Baisse drastique des financements extérieurs.

I.6 Identification et priorisation des problèmes

Cette partie consiste à choisir les problèmes prioritaires avec les acteurs concernés.

▪ **Identification des problèmes:**

Pour l'identification des problèmes, nous avons adopté les méthodes suivantes:

- Nous avons eu des entretiens et discussions avec le directeur général, le médecin responsable de l'unité de renutrition, le responsable du laboratoire et de la pharmacie;

Contribution à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des enfants malnutris sévères de moins de 5 ans en établissement de santé: Cas de l'Unité de Renutrition de l'INSE, Conakry, GUINEE.

- L'observation du milieu de travail pour mieux comprendre le fonctionnement et les conditions de travail du personnel;
- Nous avons procédé à la revue documentaire dont celle des documents et rapports d'activités du département de nutrition.

A travers un brainstorming avec les différents acteurs, nous avons identifié les problèmes suivants :

- Insuffisance de personnel formé en nutrition;
- Ruptures d'intrants;
- Faible engagement des prestataires;
- Plateau technique déficient.

▪ **Priorisation des problèmes:**

Les différents problèmes identifiés ont été priorisés à partir de critères prédéfinis qui sont:

L'ampleur; la pertinence et la solvabilité.

La cotation des critères varie d'une échelle de 1 à 5 (Faible = 1 ; Moyen = 3 ; Elevé = 5).

Tableau VI: Priorisation des problèmes

Problèmes	Critères			Score	Rang
	Ampleur	Pertinence	Solvabilité		
Insuffisance de personnel formé en nutrition	5	5	5	15	1 ^{er}
Ruptures d'intrants	5	3	3	11	2 ^{ème}
Faible engagement des prestataires	5	3	1	9	3 ^{ème}
Plateau technique déficient	3	5	1	9	3 ^{Ex}

Source : nous-même

Ainsi, l'insuffisance de personnel formé en nutrition a été retenue comme problème prioritaire. Il affecte significativement la qualité de prise en charge. D'où le choix de notre thème: « **Contribution à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans atteints de la malnutrition sévère en établissement de santé: Cas de l'Unité de Renutrition de l'INSE, Conakry, GUINEE** ».

DEUXIEME PARTIE:
CADRE THEORIQUE
ET
CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE

II. PROBLEMATIQUE

II.1 Formulation du problème:

La situation de la malnutrition en Guinée constitue une préoccupation majeure de la politique sanitaire, inhérente au cadre global de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté. Pour ce faire, un document instituant le cadre d'une politique nationale de nutrition, la «Politique Nationale d'Alimentation-Nutrition», et un « Protocole National de Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë », dans la lutte contre la malnutrition ont été élaborés en Guinée. Les stratégies adoptées dans le cadre de cette politique visent avant tout les groupes vulnérables de la population, c'est-à-dire les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes et allaitantes, et les personnes âgées. Les enfants étant le maillon le plus vulnérable de ces groupes, une importance particulière doit être accordée à leur prise en charge.

En effet, le protocole révisé repose sur les nouvelles directives de l'OMS qui donnent des orientations claires sur le programme de prise en charge de la malnutrition aiguë. Cependant, selon la littérature, sa mise en œuvre n'est pas toujours effective à tous les niveaux [5].

Il est constaté également en Guinée, que les CRENI ne répondent pas tantôt aux normes et standards préconisés pour une prise en charge adéquate. Ceci, par le fait de facteurs qui constituent une contrainte majeure concernant aussi bien la qualité que la portée des soins de santé fournis. Ce qui pourrait avoir pour conséquences d'aggraver l'état de santé des enfants, voire d'augmenter la mortalité.

Il apparaît donc nécessaire d'améliorer le dispositif en prenant en compte les évolutions dans la prise en charge actuelle de la malnutrition aiguë sévère.

Compte tenu de cela, l'INSE, structure hospitalière s'activant dans la prise en charge de cas sévères de malnutrition associés à des complications chez les enfants de moins de cinq ans à travers son Unité de Renutrition, fait l'objet de notre étude.

II.2 Ampleur du problème

L'ampleur du problème pourrait-être appréciée à travers les statistiques à différents niveaux. Si parfois la tendance est d'en ignorer l'ampleur, la malnutrition aiguë demeure un phénomène bien réel. Elle reste l'une des causes les plus fréquentes de morbidité et de mortalité chez les enfants dans le monde entier [17].

En Guinée, malgré les efforts consentis par l'Etat, les ONG et les partenaires au développement pour l'amélioration de la nutrition, la situation nutritionnelle reste encore inquiétante. Les données des dernières enquêtes menées au niveau national montrent un

faible niveau de diversification alimentaire tant chez les enfants en bas âge que dans les ménages de façon globale.

Ces prévalences nationales masquent de grandes disparités entre les régions.

Selon les statistiques, les données de l'EDS4 2012 font état d'une prévalence de la malnutrition aiguë sévère à 14%, de l'insuffisance pondérale à 18%, d'émaciation à 10% et de retard de croissance à 31% chez les enfants de moins de 5 ans.

Par ailleurs, les données tirées de l'enquête SMART 2015 ont révélé une prévalence de Malnutrition Aiguë Globale (MAG) de 8% dont 2% de sévère, des taux de malnutrition chronique globale et sévère respectivement de 25.9% et 9.2% et des taux d'insuffisance pondérale globale et sévère de 16.2% et 4.4%. Le taux de malnutrition aiguë selon le périmètre brachial est de 5.1% dont 1.3% de sévère [4].

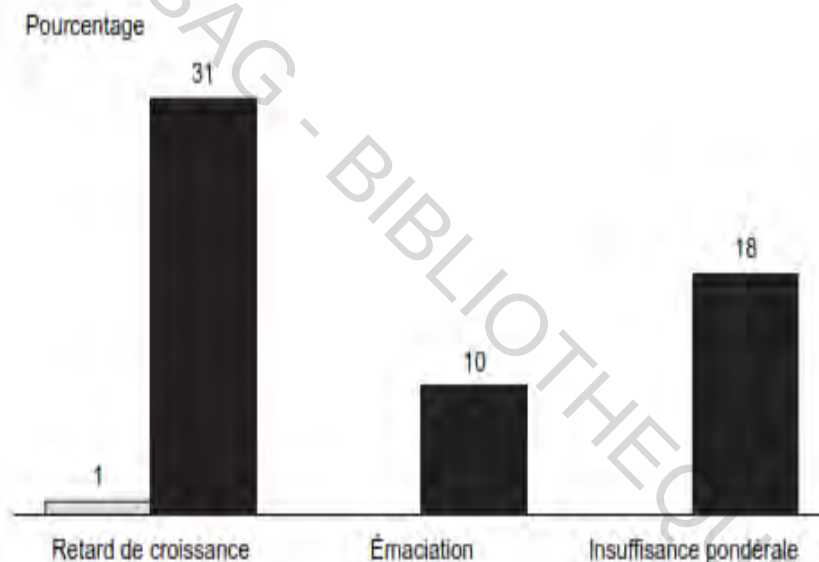


Figure 3: Etat nutritionnel des enfants de moins de cinq ans en Guinée (Normes OMS de la croissance de l'enfant 2006).

Source : EDS4-MICS 2012 Guinée

II.3 Conséquences du problème

Les conséquences de la mauvaise prise en charge nutritionnelle peuvent se résumer en des points ci-dessous:

- Une augmentation du taux de mortalité et de morbidité des enfants comme conséquence majeure: l'augmentation du taux de mortalité témoigne que les capacités techniques du centre ne permettent pas de prendre en charge des cas plus critiques qui sont sujets au décès;

- Un risque accru d'un retard de croissance associé au risque de déficience du développement cognitif chez des enfants;
- Un risque infectieux car la malnutrition expose aux infections, baisse de l'immunité;
- Une insuffisance de sensibilisation sur les comportements clés en matière de nutrition entraînant des risques élevés de morbidité due à des pratiques alimentaires familiales inadéquates.
- Un faible taux d'allaitement maternel exclusif;
- Une introduction tardive d'aliments de complément dans l'alimentation de l'enfant;
- Une notification inadéquate des cas de malnutrition due à une mauvaise tenue des supports de collecte et à l'absence de concepts clairs sur la nutrition des groupes cibles. Ce qui va entraîner des réponses inadaptées à la situation réelle posée et à la mise en place d'interventions vouées à l'échec parce que basées sur des informations peu fiables [19].

II.4 Définition des concepts liés à l'étude:

▪ La qualité:

La qualité se mesure notamment par rapport à des normes que l'hôpital doit respecter, en matière de matériel, de processus ou de qualification du personnel, les produits utilisés, les relations interpersonnelles. Elle implique la mise en œuvre, dans chaque établissement, d'une démarche qualité.

Il existe de nombreuses définitions de la qualité. Parmi les plus reconnues, on peut retenir :

- La définition de l'**ISO** (l'organisation internationale de normalisation, chargée de standardiser la qualité (du grec isos: le même)): c'est "l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites".
- La démarche qualité peut se définir comme l'engagement du producteur (le prestataire de soins dans le domaine de la santé) envers le consommateur (l'utilisateur, le patient) lui garantissant la fiabilité du produit (le service) par la mise en œuvre de procédures validées (conformité à des règles de bonnes pratiques et contrôles).

Cette procédure a donc pour objectif de donner l'assurance (assurance qualité) au client (patient) que l'on met en œuvre les moyens d'obtenir des prestations (des soins) de qualité et lui donner confiance.

- **Donabedian**, un pionnier des travaux dans ce domaine, parle de qualité à propos de soins qui « maximisent le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfice/risque à chaque étape du processus de soins ».

Selon **Donabedian**, l'évaluation de la qualité des soins peut se mesurer à 3 niveaux, reflétant l'articulation de 3 domaines distincts :

1. La **structure**: on recherche à savoir si la structure permet d'avoir les moyens de bien faire, tant sur le plan humain que matériel.
2. Les **processus**: mesurent les pratiques, en les comparant aux standards recommandés, tant sur le plan des pratiques professionnelles que de l'organisation.
3. Les **résultats**: qui mesurent la qualité des prestations délivrées par les résultats obtenus au final, c'est-à-dire les différents indicateurs de résultats en santé.

- L'**OMS** selon laquelle un soin de qualité « doit permettre de garantir à chaque patient un ensemble d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, de résultat et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

- La qualité des soins admet de façon très simplifiée deux composantes principales: l'une liée au professionnel de santé (d'où les politiques de formation et d'évaluation détaillées par la suite), l'autre à l'organisation du système de soins et des structures contribuant à son fonctionnement [6].

▪ **La prise en charge:**

Comprenons par la prise en charge d'un malade, 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 [3].

Donc la prise en charge d'un malade ne se limite pas à lui administrer des médicaments, mais aussi à chercher à le comprendre, à le conseiller. Elle commence depuis l'accès du patient à la structure jusqu'à son retour à domicile dans le meilleur des cas [10]. Le plus grand médecin de l'antiquité, le père de la médecine, Hippocrate, ne disait-il pas « qu'il ne faut pas soigner seulement la maladie, mais soigner le malade » (vers 460 av. JC) [2]. 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. Elles doivent également permettre l'accès à une prise en charge globale, c'est-à-dire cohérente entre l'aspect médical, et psychosocial.

▪ **La malnutrition:**

Elle revêt trois formes différentes :

- La sous-alimentation: c'est le fait de manger insuffisamment en qualité ou en quantité;
- Les carences alimentaires: c'est le fait de manger mal ou de façon déséquilibrée;

- La suralimentation: c'est le fait de manger trop.

La malnutrition est, en effet, un état complexe ou peuvent se mêler des carences multiples et concomitantes en calories, en protéines et en micronutriments.

Le terme « malnutrition » englobe la malnutrition généralisée qui se manifeste par un retard de croissance, un déficit pondéral et l'émaciation, et les carences en micronutriments tels que le fer, la vitamine A, l'iode et l'acide folique (UNICEF) [24].

▪ Classification de la malnutrition

L'état nutritionnel peut être évalué par des mesures anthropométriques, cliniques ou biologiques. Actuellement, l'OMS recommande l'utilisation des indicateurs anthropométriques pour caractériser l'état nutritionnel des populations. Il a été admis que les mesures anthropométriques restent indispensables pour détecter les enfants à haut risque de mortalité ou de morbidité. Les mesures du poids, de la taille et du périmètre brachial permettent de calculer les indices nutritionnels qui sont comparés à des valeurs seuils de référence.

Indicateurs anthropométriques de la malnutrition:

- **La malnutrition aiguë sévère** est définie par le pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois dont le poids pour la taille est inférieur de trois écarts-types à la médiane des Normes de croissance de l'enfant de l'OMS, ou dont le périmètre brachial est inférieur à 115 mm, en présence ou non d'un œdème d'origine nutritionnelle. L'association des complications médicales est la forme la plus grave de MAS.
- **Le retard de croissance** reflète une sous-nutrition chronique au cours des périodes de croissance et de développement les plus décisives de la petite enfance. Il est défini par le pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois dont la taille pour l'âge est inférieure de deux écarts types (retard modéré à grave) ou de trois écarts-types (retard grave) à la médiane des Normes de croissance de l'enfant de l'OMS.
- **L'insuffisance pondérale** est une forme composite de sous-nutrition comprenant des éléments propres au retard de croissance et d'autres propres à l'émaciation. Elle est définie par le pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois dont le poids pour l'âge est inférieur de deux écarts types (insuffisance pondérale modérée à grave) ou de trois écarts-types (insuffisance pondérale grave) à la médiane des Normes de croissance de l'enfant de l'OMS.
- **L'émaciation** reflète une sous-nutrition aiguë. Elle est définie par le pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois dont le poids pour la taille est inférieur de deux écarts-types (émaciation

modérée à grave) ou de trois écarts-types (émaciation grave) à la médiane des Normes de croissance de l'enfant de l'OMS [24].

II.5 Cadre conceptuel:

Le cadre conceptuel de l'UNICEF définit la nutrition et présente les causes multifactorielles de la sous-nutrition. L'état nutritionnel est influencé par trois grands facteurs : alimentation, santé et soins. L'état nutritionnel est optimal lorsque l'enfant a accès à une alimentation abordable, diversifiée et riche en éléments nutritifs, avec des pratiques maternelles et de soins appropriés, des services de santé adaptés, dans un environnement sain comprenant notamment l'eau potable, l'assainissement et de bonnes pratiques d'hygiène. Ces facteurs influent directement sur l'apport nutritionnel et la présence de maladies. L'interaction entre sous-nutrition et infection crée un cycle potentiellement mortel d'aggravation de la maladie et de dégradation de l'état nutritionnel.

L'alimentation, la santé et les soins sont influencés par des facteurs sociaux, économiques et politiques. La combinaison et l'importance relative de ces facteurs diffèrent d'un pays à l'autre. Il est impératif de comprendre les causes immédiates et sous-jacentes de la sous-nutrition dans un contexte donné pour apporter des solutions appropriées, efficaces et durables et répondre convenablement aux besoins des populations les plus vulnérables [24].

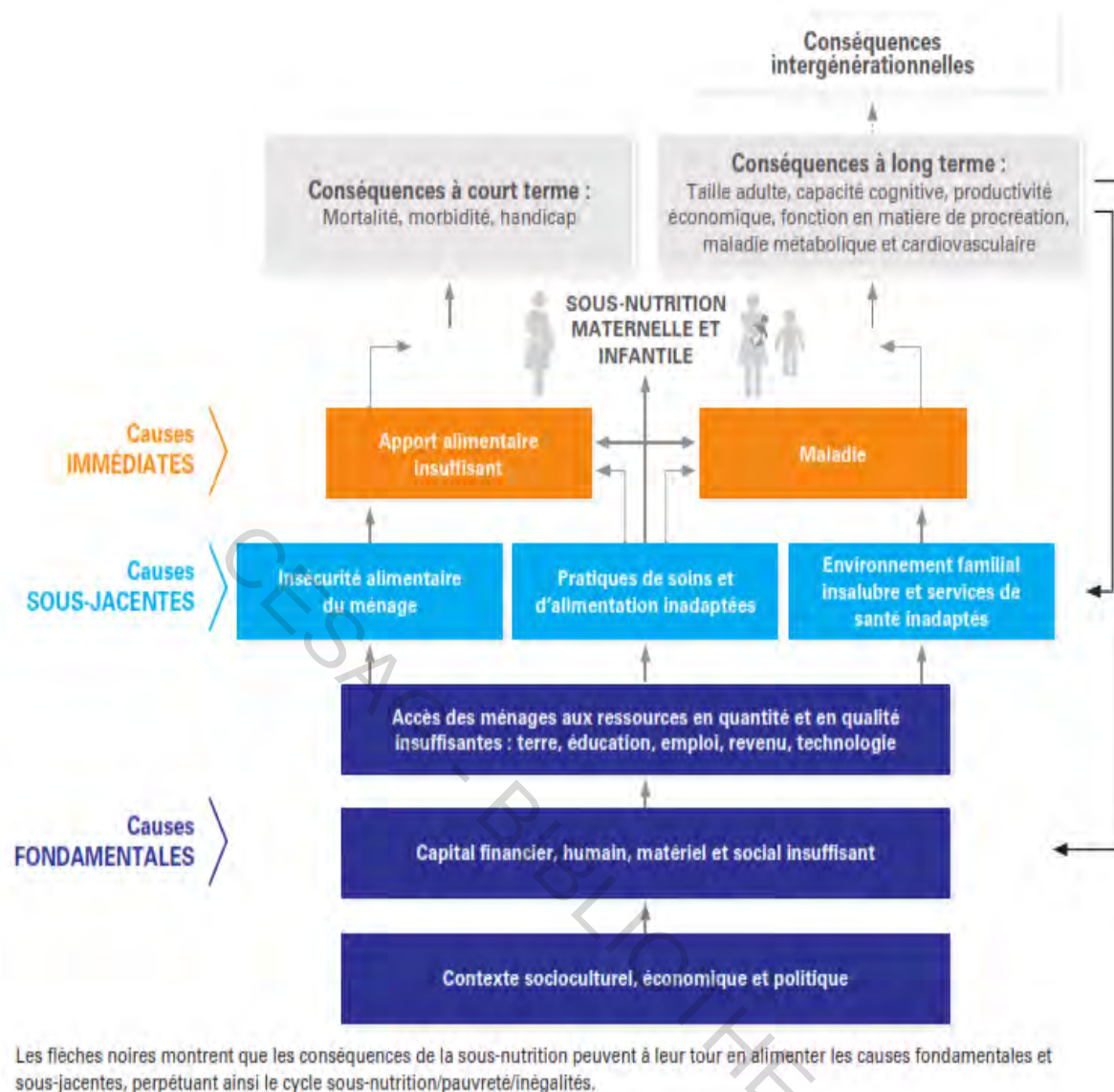


Figure 4: Cadre conceptuel des facteurs déterminants de la malnutrition

Source : Adapté de l'UNICEF

II.6 Protocole de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère:

➤ Protocole international selon les directives de l'OMS:

Le modèle de soins dans les structures sanitaires suit les directives de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour la prise en charge de la malnutrition sévère (OMS 2000). La prise en charge, à la fois médicale et diététique, est effectuée à l'hôpital ou dans un CREN et dure 2 à 4 semaines environ. Les enfants présentant une malnutrition aiguë sévère s'accompagnant de complications sont hospitalisés jusqu'à ce que les complications disparaissent, et leur prise en charge repose sur les 10 étapes du protocole de l'OMS pour la prise en charge de la

malnutrition aiguë sévère. Ces étapes sont regroupées en deux phases: stabilisation et réhabilitation.

- La stabilisation vise à résorber les œdèmes et à restaurer les tissus ainsi que le fonctionnement des organes. Elle requiert de traiter les infections et les autres problèmes médicaux, d'apporter suffisamment de calories et de nutriments afin d'enrayer la fonte musculaire et des graisses et de corriger le déséquilibre électrolytique à l'aide de la formule F-75, qui contient 75 kilocalories et 0,9 gramme de protéines pour 100 millilitres.

- Pendant la réhabilitation, les enfants reçoivent des apports supplémentaires en calories et en nutriments qui les aident à prendre rapidement du poids et à rattraper leur retard de croissance. La formule F-100, qui contient 100 kilocalories et 3 grammes de protéines pour 100 millilitres, est recommandée à ce stade. Les enfants bénéficient également d'une stimulation mentale prenant la forme de jeux destinés à améliorer leur développement cognitif, et une aide est apportée à leurs parents afin d'éviter une nouvelle occurrence de la malnutrition. Un suivi nécessaire est conseillé après la réhabilitation.

Pour le traitement médical les enfants nouvellement admis doivent être constamment surveillés afin de prévenir et de traiter sans tarder les complications courantes: traiter ou prévenir l'hypoglycémie ou l'hypothermie; traiter ou prévenir la déshydratation et rétablir l'équilibre hydro électrolytique; traiter les infections courantes; correction des carences en micronutriments; reconnaître et traiter les autres problèmes éventuels comme l'anémie sévère et l'insuffisance cardiaque [14].

➤ **Protocole national en Guinée**

- **Diagnostic:** conformément au protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë, le diagnostic de la malnutrition aiguë sévère repose sur la présence d'œdèmes bilatéraux quel que soit le test de l'appétit ou la présence de complications médicales ou un rapport P/T < - 3 ZScore ou un PB < 115mm.

- **Prise en charge:** les principes de prise en charge, quel que soit le type de programme, comportent trois phases: la phase 1, la phase de transition et la phase 2. Dès que les patients ont un bon appétit et ne présentent plus de complications médicales majeures, ils sont transférés vers le CRENAS selon l'amélioration et la stabilisation de leur état.

- **La Phase 1 ou phase de stabilisation:** il s'agit de la prise en charge d'enfants malnutris sévères avec complications médicales et perturbations métaboliques. Les interventions consistent à stabiliser les complications médicales du patient et à rétablir l'appétit. Dans les limites de la normale, cette phase dure environ 48 à 72 heures en milieu de soins intensifs;

- **La Phase de Transition:** elle correspond au retour de l'appétit, avec amélioration médicale et réduction du volume des œdèmes en hospitalisation.

- **La Phase 2 ou phase de réhabilitation:** elle correspond à la PEC thérapeutique des cas de malnutrition sévère stabilisée sans complications médicales. Les enfants malnutris sévères admis directement en phase 1 à cause de leurs complications, vont être transférés au CRENAS dès qu'ils sont stabilisés.

Quelle que soit la phase on distingue plusieurs volets dans la prise en charge:

✓ **Volet nutritionnel:**

Le traitement nutritionnel de la Phase Aiguë ou Phase1 repose sur le lait thérapeutique administré en 6 à 8 repas/jour. Le F75 (100ml=75Kcal) est donné en raison de 130 à 135ml/Kg/j quel que soit le type de la malnutrition pendant 3-4 jours en moyenne, sauf les cas où le poids est inférieur à 3kg ou l'âge inférieur à 6 mois pour lesquels il faut donner le F100 dilué.

Le F75 est différent du F100-dilué; sa composition en nutriments est totalement différente et il a été conçu pour les patients souffrant de malnutrition sévère compliquée, ayant souvent des infections et des fonctions hépatique et rénale endommagées. Ce produit permet d'amorcer le rétablissement des fonctions métaboliques et de rétablir l'équilibre nutritionnel électrolytique. La Phase de Transition est introduite pour éviter au patient de prendre une trop grande quantité de nourriture brutalement, avant que ses fonctions physiologiques ne soient restaurées : en effet ceci peut être dangereux et conduire à un déséquilibre électrolytique et au « syndrome de renutrition ». Cette phase dure entre 1 et 5 jours ; mais elle peut être plus longue, en particulier lorsqu'une autre pathologie est associée telle que la Tuberculose ou le VIH/SIDA; une phase de transition prolongée est un critère d'échec au traitement.

Durant cette phase, les patients commencent à prendre du poids avec l'introduction du F100 (100ml=100Kcal) en raison de 150 à 230ml/kg/j. Ceci augmente de 30 % l'apport énergétique du patient et son gain de poids doit atteindre environ 6g/kg/jour. La quantité énergétique et le gain de poids attendu sont moins élevés qu'en Phase de Réhabilitation.

Le lait F100 est utilisé dans la phase de transition ainsi que la phase2.

Le Plumpynut: Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi (ATPE) à base de pâte d'arachide dont le sachet de 92 g correspond à 500 kJ. Sa valeur nutritionnelle est quasi similaire à celle du lait F100 (100 g de plumpynut avec 10% de protéines et 59% de lipides apportent 540 Kcal). Il doit être consommé avec de l'eau potable (250-300 ml par sachet), sans dilution. Il faut éviter de donner du plumpynut en phase 1 car il contient du fer. Son avantage majeur réside dans le fait de pouvoir être utilisé pour le traitement en ambulatoire.

Le RéSoMal: Solution de Réhydratation pour les Malnutris. Il a été spécialement conçu pour répondre à la déshydratation chez les malnutris sévères. Sa teneur est réduite en Sodium et élevée en Potassium par rapport au SRO de l'OMS. Il doit être utilisé sous contrôle médical en particulier.

✓ **Volet médicamenteux:**

Le traitement systématique consiste en la supplémentation en Vitamine A, la supplémentation en Acide Folique, l'administration d'antibiotiques, le traitement antipaludéen, le traitement antifongique en des doses fixées par le protocole national et la vaccination contre la rougeole, si l'enfant n'a pas été vacciné.

Médicaments spécifiques pour les complications :

- Pour le traitement de la déshydratation sévère, du choc et de l'hypoglycémie, donner solution $\frac{1}{2}$ saline et 5% de Glucose ou Ringer Lactate et 5% de Dextrose à 15 ml/Kg la 1^{ère} heure et réévaluer en vue d'éviter une surcharge hydrique. Si le patient est conscient, donner RéSoMal 10ml/Kg/h les 2 premières heures.

- Pour le VIH, introduire les ARV après 2 semaines de traitement de la MAS.

- Le Co-trimoxazole est donné en prophylaxie contre la pneumonie et la pneumocystose.

Pour la tuberculose, le traitement peut être retardé de 2 semaines au profit du traitement de la MAS, sauf en cas de tuberculose milliaire, de méningite tuberculeuse et de mal de Pott.

- En cas de défaillance cardiaque, arrêter toute administration de fluides et donner Furosémide 1mg/Kg IV, et de l'oxygène si nécessaire.

✓ **Volet Psychosocial:**

Il faut expliquer dès l'admission à la mère ou à l'accompagnant les procédures et la durée du traitement. C'est un élément essentiel de réussite du traitement et d'amélioration de la coopération de la mère ou de l'accompagnant.

Un bon accueil de la part du personnel hospitalier est essentiel pour éviter les abandons. La mère doit être intimement impliquée dans la prise en charge de son enfant. Elle est la personne clé qui doit s'occuper de l'enfant après la 1^{ère} phase du traitement.

Il faut un environnement agréable: Salles avec des couleurs vives et de belles décorations murales qui attirent l'attention de l'enfant; des jouets de couleur (ballon, hochets), peuvent être attachés au-dessus des lits.

✓ **La surveillance:**

Surveiller et noter les informations suivantes sur la fiche de suivi de CRENI:

- Prendre le poids chaque jour et le reporter sur le graphique de la fiche de suivi;
- Evaluer le degré d'œdèmes (0 à ++++) cliniquement chaque jour;

- Prendre la température deux fois par jour;
- Evaluer les signes cliniques standards (selles, vomissements, déshydratation, toux, urines, respiration et taille du foie);
- Prendre le périmètre brachial (PB) chaque semaine ;
- Noter si le patient vomit, est absent, ou refuse un repas [15].

CESAG - BIBLIOTHEQUE

III. JUSTIFIATION ET INTERET DE L'ETUDE

▪ Justification:

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement ont encouragé des interventions spécifiques qui ont eu un effet bénéfique sur les couches sensibles de la population, notamment les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, que pour l'ensemble de la population. Cependant, malgré des progrès réalisés, les tendances indiquent que les Objectifs du Millénaire pour le Développement OMD n°1 relatif à la nutrition et à la faim extrême et OMD n°4 relatif notamment au taux de mortalité infantile entravent toujours considérablement le développement de multiples pays.

Le programme de développement pour l'après-2015 réaffirme l'engagement aux OMD et couvre les nouvelles questions qui méritent une attention mondiale urgente. Les Objectifs du Développement Durables ODD n°2 (mettre un terme à la faim et à la malnutrition sous toutes leurs formes) et les ODD n°3 (permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge d'ici 2030), s'inscrivent dans ce vaste programme [25].

Il faut dire aussi que la malnutrition est un problème de santé publique tant national qu'international comme le montre tous les chiffres exposés plus haut. Dès lors, la lutte contre la faim en général et la malnutrition en particulier constitue un défi majeur afin de réduire considérablement la mortalité chez les enfants. C'est pourquoi, il est capital d'investir non seulement dans le traitement de la malnutrition aiguë mais également dans les moyens de la prévenir. Et dans toutes les revues qui traitent de la question, un accent particulier est mis sur le fait que la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec complications nécessite un suivi soutenu. La malnutrition demeure aussi un problème de développement.

Notons en plus, que notre choix pour ce CRENI se justifie par le fait qu'il représente un centre de référence dans le traitement de la malnutrition grave en Guinée. Notre souhait étant de pouvoir contribuer par ce travail à réduire les dysfonctionnements, les contraintes liées à la PEC dans ce centre.

▪ Intérêt de l'étude

La qualité de la prise en charge des enfants malnutris sévères a retenu notre attention pour plusieurs raisons:

Pour le Ministère de la santé

- La MAS est un problème de santé publique vu son ampleur et ses conséquences sur les populations, en particulier les enfants et la société;

- La lutte contre la faim et la malnutrition constituent une priorité du Ministère de la santé et plus particulièrement celle qui cible les groupes vulnérables dont les enfants en Guinée.
- Cette étude va permettre au ministère de la santé de connaître les dysfonctionnements dans ce centre et les solutions proposées pour améliorer sa gestion.

Pour l'Institut de Nutrition et de Santé de l'Enfant

- Améliorer la renommée de l'institut de nutrition et de santé de l'enfant;
- Analyser la situation en vue d'améliorer les capacités de gestion et de prise en charge des malades;
- Le gain en qualité de soins dont pourrait bénéficier chaque enfant malnutri admis dans le centre.

Pour le CESAG

- Notre étude va permettre au CESAG et à ses stagiaires, de comprendre le processus de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec complications dans un établissement de santé en Guinée. Elle pourra aussi servir à d'autres recherches ultérieures au sujet de la nutrition.

Pour l'étudiant

- C'est aussi une opportunité pour nous, de mettre en pratique les connaissances théoriques acquises au cours de notre formation au CESAG en matière d'amélioration de la qualité des soins et la résolution des problèmes de santé.

TROISIEME PARTIE:
CADRE PRATIQUE DE L'ETUDE

IV. METHODOLOGIE

Dans le chapitre de la méthodologie, nous définirons le type et la modalité de l'étude, la population d'étude, le chronogramme de l'étude, les méthodes et outils de collecte et d'analyse des données, les contraintes et limites de l'étude.

Type et modalité d'étude

L'étude est de type descriptif transversal en rapport avec la qualité des services. L'approche méthodologique suivie est une approche prospective axée sur la méthode de résolution de problèmes. L'étude est abordée avec des approches autant quantitatives que qualitatives. Pour ce faire, nous avons effectué un stage pratique de trois (3) mois, réalisé du 13 Juillet au 16 Octobre 2015 au sein de l'INSE, au pavillon E abritant l'Unité de Renutrition. Le but du stage étant de nous imprégner davantage des réalités de terrain, et au cas échéant, identifier des problèmes en accord avec les responsables de la structure et faire propositions de solutions.

Population d'étude

Notre population était constituée par:

- Les enfants malnutris sévères âgés de moins de 5 ans pris en charge à l'unité de Renutrition pendant la période d'étude;
- Les mères ou gardiennes d'enfants de moins de 5 ans pris en charge durant la période d'étude;
- Le personnel du département de nutrition.

Echantillonnage

L'échantillonnage a porté sur la population d'étude comme ci-dessous indiqué:

- Concernant les enfants, cent trente-trois (133) enfants malnutris sévères pris en charge à l'unité de renutrition au cours de la période Aout-Octobre 2015 ont été inclus pour faire partie de l'échantillon.
- Nous avons fait partie de l'étude, le personnel impliqué dans la prise en charge. Il s'agit: de médecins, infirmiers et agents techniques de santé, en plus du directeur général, du responsable adjoint du département de nutrition, du responsable du laboratoire et celui de la pharmacie.

- Quant aux mères ou gardiennes d'enfants de moins de 5 ans, des entretiens individuels ont eu lieu parmi elles dans l'optique de comprendre leur implication dans la prise en charge.

Au plan éthique, après avoir expliqué le but et les objectifs visés par notre travail aux mères, seules celles qui avaient accepté participer, ont été impliquées au déroulement de notre enquête. Nous avons tenu à obtenir l'accord et le consentement libre et éclairé avant l'entretien, à assurer l'anonymat et la confidentialité par la non mention de l'identité des sujets et la conservation de la base de données.

Compte tenu de l'indisponibilité d'une liste exhaustive et définitive de la population des mères (admissions et sorties chaque jour) ainsi que les fluctuations des admissions variant d'un moment à un autre. Ces mères ou gardiennes ont été choisies au hasard. Autrement dit, leur recrutement est fait au fur et à mesure qu'elles venaient en consultation. Cela a permis de rendre l'échantillon représentatif. Ainsi, nous avons interrogé 30 sujets.

Pour cela, les statistiques sur la prévalence de la MAS 2015 en Guinée nous ont permis de calculer la taille de l'échantillon. Nous avons utilisé le taux national (celui de l'enquête SMART 2015 dont les données sont les plus récentes).

Prévalence de la MAS chez les enfants de moins de 5 ans (p): 2%

Ecart réduit au carré (Z^2): 3.8416

La précision (i): 5%

La probabilité complémentaire de P est notée q: $q = 1 - p$

$$n = p \cdot q \frac{Z^2}{i^2} = \frac{0.02 \cdot 0.98 \cdot 3.8416}{0,0025} = 30,11 \approx 30$$

n= taille minimum de l'échantillon.

La taille minimum pour notre étude était 30 sujets.

Chronogramme de l'étude:

L'étude s'est étalée sur une période de 3 mois au cours de laquelle nous avons effectué un stage pratique du 13 Juillet au 16 Octobre 2015 et qui a été consacrée à la prise de contact avec les responsables, l'évaluation initiale de la situation, la revue documentaire, l'élaboration du guide d'entretien, au recueil de données. Les deux (2) autres mois (Novembre et Décembre), à l'analyse des résultats, à la rédaction, puis la finalisation du mémoire.

Le tableau ci-après montre les différentes étapes de planification de notre travail depuis sa conception jusqu'à sa finalisation.

Tableau VII: Chronogramme de l'étude

Période 2015 Activités	Juillet	Aout	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Prise de contact avec les responsables						
Evaluation initiale de la situation						
Revue documentaire						
Elaboration du guide d'entretien						
Recueil de données						
Analyse des données et résultats						
Rédaction du mémoire						
Finalisation du mémoire						

Source : nous-même

Méthodes et outils de collecte

Les méthodes de collecte de données utilisées ont été: l'observation, les entretiens et les revues documentaires.

- **L'observation** du milieu d'étude a consisté à l'immersion, c'est-à-dire à l'intégration dans ce milieu, permettant d'observer et d'évaluer les modes de fonctionnement. De même que notre participation aux activités dans les circuits de prise en charge.
- Concernant **les entretiens**, un guide a été conçu à cet effet, validé par la direction du mémoire et approuvé par la direction de la structure, pour être administré aux intéressés.
- **Les revues documentaires** relatives à la question nous ont aidés aussi à détecter d'autres hypothèses de causes à travers des données probantes issues des revues systématiques et des

études de cas disponibles dans la littérature scientifique. Mais aussi, la revue de documents et de rapports d'activités du département de nutrition.

La recherche électronique ainsi que d'autres mémoires antérieurs sur le sujet ont également fait l'objet d'exploitation.

Méthodes d'analyse des données

Les données ont été collectées, traitées et analysées conformément au plan d'analyse ci-après : Les données quantitatives ont été traitées manuellement et avec le logiciel « Excel 2013», puis analysées et présentées sous forme de tableaux et figures. L'analyse a porté sur les capacités du centre à assurer une bonne prise en charge tant sur le plan humain, matériel que financier. Elle a concerné également la qualité de la prise en charge axée essentiellement sur le diagnostic, aussi sur l'évaluation correcte de l'état pondéral, nutritionnel et médical des enfants. Cette prise en charge comportant des particularités, nous avons tenu au respect des principes conformément au protocole national. Enfin, l'évaluation des résultats de la prise en charge au regard des valeurs de référence. Les principaux indicateurs pris en compte sont: le taux de guérison, le taux de décès, le taux d'abandon, la durée moyenne de séjour. Ces indicateurs sont inclus dans les rapports mensuels.

Tableau VIII: Valeurs de référence des principaux indicateurs

Indicateurs	Valeurs	
	Acceptable	Alarmant
Taux de guérison	>75%	< 50%
Taux de décès	<10%	> 15%
Taux d'abandon	<15%	> 25%
Durée moyenne de séjour	< 4 semaines	> 6 semaines

Source: le standard 2 pour la prise en charge de la MAS chez les enfants [26]

- **Le taux de guérison:** Nombre d'enfants guéris / Nombre total de sorties x 100;
- **Le taux de décès:** Nombre d'enfants décédés / Nombre total de sorties x 100;
- **Le taux d'abandon:** Nombre d'enfants ayant abandonné / Nombre total de sorties x100);
- **La durée moyenne de séjour :** somme du nombre de jours de séjour de tous les enfants récupérés / Nombre d'enfants sortis guéris.

Méthodes d'identification des causes et solutions

L'analyse des causes et le choix de la solution a été faite par la méthode des « 5 Pourquoi ». Cet outil qualifié est utilisé dans la résolution de problèmes. Elle permet d'identifier les causes fondamentales d'un dysfonctionnement ou d'une situation problématique afin de pouvoir proposer des solutions adaptées et efficaces.

Cette méthode est la version simplifiée de l'arbre des causes, consiste à poser la question «pourquoi » au problème après chaque réponse 5 fois de suite. L'inconvénient principal des 5 pourquoi, est qu'il ne permet pas de découvrir des causes que l'on ne détecte pas.

Afin de s'assurer que l'ensemble des causes ont été identifiées, il est possible de coupler, c'est-à-dire combiner la méthode des 5 Pourquoi à celle des 5 M ou diagramme d'Ishikawa Kaoru ou diagramme de causes et effet (synonyme: diagramme en arêtes de poisson). Il est généralement utilisé pour mettre en évidence les causes possibles d'un problème et les regrouper dans des catégories distinctes (par. ex. Méthodes, Main-d'œuvre, Matériels ou Moyens, Milieu, Matières) [23].

A l'issue de tout ce processus, nous avons procédé dans un premier temps à l'analyse portant sur des critères simples pour la priorisation des causes. Pour ce faire, un brainstorming est appliqué en vue d'un consensus.

Les causes identifiées à chaque question alimenteront l'analyse et permettront de se rapprocher de toutes les causes réelles liées à la situation.

Ensuite, à partir des causes retenues, nous avons analysé une série de solutions potentielles pour en retenir quelques-unes à partir de critères préétablis.

Enfin, nous avons fait un plan de mise en œuvre de solutions prioritaires.

Contraintes et limites de l'étude :

-La principale contrainte a été la faible disponibilité des acteurs pour participer activement à toutes les étapes du processus.

-Il est aussi à signaler le problème d'archivage au centre marqué par une carence documentaire qui a quelque peu rendu laborieux notre travail.

-Notre étude a comporté aussi des limites qui sont liées à la qualité des données, notamment le résultat du mauvais remplissage de fiches.

V. RESULTATS

Dans ce chapitre, les résultats présentés sont en rapport avec les capacités de la structure et de la qualité de la prise en charge.

1- Les capacités du centre: elles visent à apprécier particulièrement les différentes ressources matérielles et humaines, comme ci-dessous présentées:

1.1. Ressources matérielles:

1.1.1 Locaux:

Les infrastructures sont vétustes et inadaptées, de même que l'environnement qui ne favorise pas une stimulation émotionnelle et physique des enfants.

1.1.2 Equipements:

Le centre dispose des instruments pour apprécier l'état nutritionnel des enfants. Il dispose d'outils de gestion, de matériels de mensuration et de matériels destinés aux soins intensifs. Mais la plupart des équipements techniques sont déficients et vétustes.

Il est à signaler que les produits nutritionnels, médicaux et autres consommables destinés aux activités de PEC connaissent des temps de rupture. On note aussi une absence de supports de communication pour la sensibilisation des mères ou des gardiennes d'enfants.

1.2. Ressources humaines

Tout le personnel n'a pas la qualification en nutrition et n'est pas régulièrement supervisé. La majorité des prestataires ont une ancienneté supérieure à 5 ans (85%). Il faut noter aussi le manque de motivation chez les prestataires.

Bien que le personnel technique du centre connaît ses rôles et responsabilités comme décrit dans le protocole. Cependant, nous avons constaté le non-respect des procédures au travail.

2. Qualité de la prise en charge:

Le processus de prise en charge obéit à des standards qui ont servi à apprécier la qualité de la prise en charge.

2.1 Prise en charge:

Tableau IX: Eléments de prise en charge de la MAS d'enfants de moins de 5 ans

Elément	Nombre	Standard	Résultat
Phase 1 de stabilisation (Durée maximum d'hospitalisation 7 jours).	97	100%	73%
Phase de transition (Durée maximum 5 jours)	88	100%	66%

Phase 2 de réhabilitation : critères de sortie (P/T $\geq$ -1,5 Z Score) pour 2 visites consécutives en plus de l'absence d'œdèmes depuis 1 semaine.	69	100%	52%
Volet nutritionnel Produits de renutrition et de réhydratation: F-75 → 130 à 135ml/Kg/j (8 repas/jour) F-100 → 150 à 230ml/kg/j (5 à 6 repas/jour) RéSoMal	98 82	100%	74% 62% ND
Volet médicamenteux Supplémentation en vitamine A Supplémentation en Acide folique Administration d'antibiotiques Traitement antipaludique Traitement antifongique Vaccination contre la rougeole à partir de 9 mois	92 62 77	100%	ND ND 69% 47% 58% ND
Surveillance Poids : chaque jour Œdèmes (de 0 à +++): chaque jour Température : chaque matin et soir Signes cliniques standards : chaque jour Périmètre brachial : chaque semaine	133 133 133 133 133	100%	100% 100% 100% ND ND

Source: nous-même

Ce tableau nous montre les éléments d'appréciation de la prise en charge conformément au protocole. Nous constatons que:

(73%) des enfants ont fait sept (7) jours d'hospitalisation pendant la phase de stabilisation;
(60%) ont fait cinq (5) jours pour la phase de transition;
(52%) des enfants ont pu être stabilisés sans complications médicales.

- Concernant le volet nutritionnel, pour la première phase, seuls (74%) ont reçu le F-75 et (62%) ont reçu le F-100 durant les autres phases.

- Au volet médicamenteux, (69%) des enfants ont reçu des antibiotiques, (47%) ont reçu des antipaludiques et (58%) ont reçu des antifongiques. Par contre, aucun enfant n'a été supplémenté en vitamine A et en acide folique.

- Quant au volet surveillance, les enfants ont presque bénéficié d'une surveillance.

2.2 Le diagnostic:

Tableau X: Critères diagnostiques

Critères diagnostiques	Nombre	Standard	Résultats
Admission selon l'indice P/T < -3 Z Score	133	100%	100%
Recherche de complications	133	100%	100%
Recherche d'œdèmes	133	100%	100%
Mesure du périmètre brachial < 115 mm	61	100%	46%
Réalisation du test de l'appétit	0	100%	0%

Source: nous-même

Nous constatons ici que les prestataires ne respectaient pas tous les critères diagnostiques à l'admission. Le périmètre brachial n'est pas mesuré chez 54% des enfants; le test de l'appétit n'est pas réalisé chez aucun des enfants. Un test d'appétit négatif signifie que l'enfant est sévèrement infecté et/ou souffre d'un désordre métabolique. Les enfants sont vulnérables et méritent donc une surveillance très rigoureuse.

2.3 Volet psychosocial:

Tableau XI: Répartition des mères d'enfants selon qu'elles aient bénéficié ou non de volet psychosocial

Items		Nombre	Pourcentage
Avez-vous bénéficié de conseils hygiéno-diététiques ?	Oui	29	97%
	Non	1	3%
	Total	30	100%
Avez-vous participé à une séance de démonstration de préparation d'aliments?	Oui	19	63%
	Non	11	37%
	Total	30	100%

Source: nous-même

Comme le montre le tableau ci-dessus, 97% des mères ont bénéficié de conseils hygiéno-diététiques, alors que seuls 63% ont participé aux séances de démonstration culinaire.

En effet, l'éducation nutritionnelle doit se faire avec des supports didactiques appropriés (boîtes à images, affiches, dépliants). Elle doit permettre aux parents de donner des soins adéquats à leurs enfants, de leur fournir une alimentation variée et de prévenir les maladies.

Il ressort de même que l'environnement du centre n'est pas agréable pour favoriser une stimulation émotionnelle et physique des enfants, car ne satisfaisant pas au standard du protocole: salles avec des couleurs vives et belles décorations murales qui attirent l'attention de l'enfant; des joues de couleur (ballon, hochets) attachés au-dessus des lits.

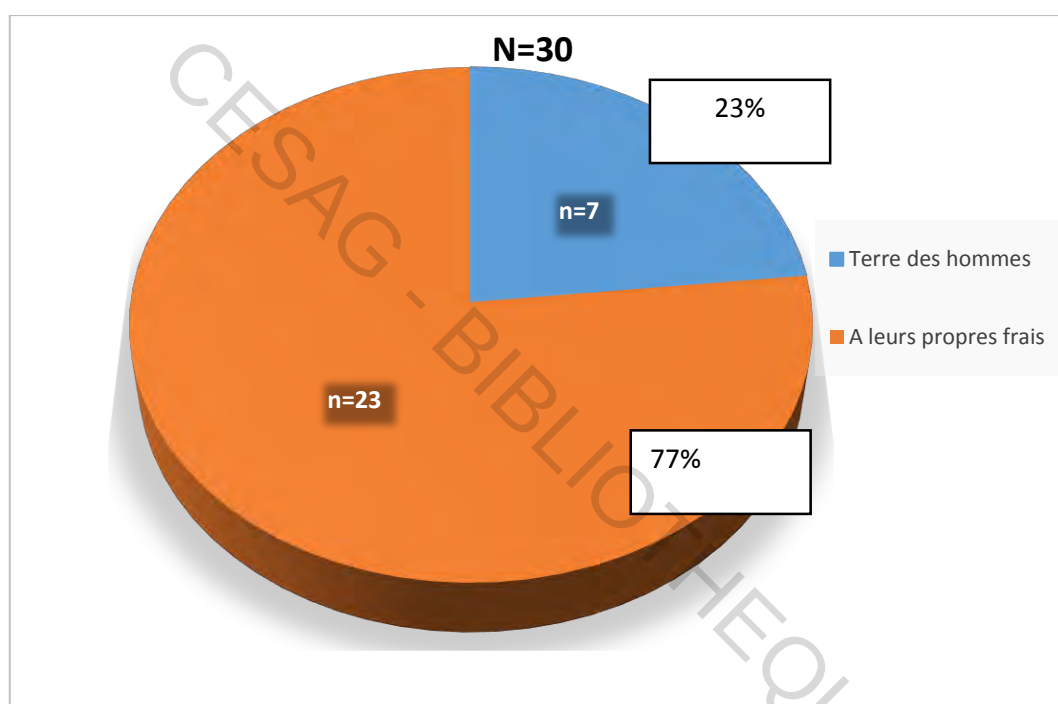


Figure 5: Mode de prise en charge financière selon les parents

Source: nous-même

A la question de savoir comment votre prise en charge est-elle assurée? Nous notons que (77%) des mères ont assumé leurs propres frais, tandis que (23%) des parents ont leur part assurée par l'ONG Terre des Hommes (Tdh).

3. Caractéristiques des enfants:

Elles concernent particulièrement leur statut socio-sanitaire et la profession des mères.

○ Statut socio-sanitaire des enfants:

Tableau XII: Statut socio-sanitaire des enfants

Statut socio-sanitaire	Paramètre	Nombre	Pourcentage
Groupe d'âge (mois)	≤ 6 mois	09	7%
	6 mois à 59 mois	124	93%
Sexe	Masculin	76	57%
	Féminin	57	43%
Gémellité	L'enfant n'est pas un jumeau	131	98%
	L'enfant est un jumeau	02	2%
Mode d'alimentation	Allaitement Maternel Exclusif	58	43%
	Diversification alimentaire	66	50%
	Non précisé	09	7%
Mode d'admission	Spontané	61	46%
	Référé par une ONG	32	24%
	Transféré d'une structure sanitaire	07	5%
Statut vaccinal à l'admission	A jour	29	22%
	Non à jour	104	78%

Source: nous-même

Sur les 133 enfants malnutris hospitalisés, seuls (7%) ont moins de 6 mois et (78%) n'ont pas de statut vaccinal à jour. Notons que l'absence de vaccination ou le non-respect du calendrier vaccinal peut exposer les enfants aux infections, voire à la malnutrition.

○ **Profession des mères:**

Tableau XIII: Répartition des mères selon la profession

Profession	Nombre	Pourcentage
Cadre fonctionnaire	06	4%
Commerçante	34	26 %
Couturière	09	7%
Coiffeuse	04	3%
Ménagère	72	54%
Elève/Etudiante	08	6%
Total	133	100%

Source: nous-même

Une grande partie des enfants admis au centre pendant la période d'étude sont issus de familles modestes. La majeure partie des mères ont des revenus instables, puisque (54%) sont des ménagères et (36%) évoluent dans le secteur informel.

4. Résultats de la prise en charge

Tableau XIV: Indicateurs sur la PEC durant la période d'étude

Mois	Indicateurs							
	Nombre d'enfants pris en charge	Taux de guérison	Taux de décès	Taux d'abandon	Durée moyenne de séjour		Moyenne des gains de poids (g/kg/j)	
					Marasme	Œdème	Marasme	Œdème
Aout	53	70,44%	20,45%	9,09%	15,29	15,75	13,08	18,25
Septembre	59	53,33%	22,22%	24,44%	14,83	17,85	14,09	12,20
Octobre	21	46,67%	20%	33,33%	13,14	10	12,39	27,9

Source: nous-même

Nous constatons ici que les résultats de la prise en charge ne sont pas acceptables par rapport au standard. Les taux de guérison sont inférieurs à 75% ; les taux de décès sont supérieurs à 10% et les taux d'abandon des mois de Septembre et d'Octobre sont supérieurs à 15%.

Synthèse des résultats:

Au regard des résultats présentés, nous pouvons dire que l'unité de renutrition de l'INSE n'a pas toutes les capacités requises pour assurer une prise en charge de qualité aux enfants malnutris sévères. Ceci se justifie par les éléments suivants:

- Tout le personnel n'est pas formé sur la nutrition et n'est pas régulièrement supervisé;
- Le déficit et la vétusté du plateau technique;
- Les ruptures de stock d'intrants;
- Le protocole n'est pas totalement appliqué dans toutes ses étapes avec comme conséquences des décès, des abandons et des durées d'hospitalisation allongées;
- Les activités de prévention par l'IEC sont menées mais ne sont pas documentées et l'absence d'affiches sur les ordinogrammes pour la prise en charge;
- L'environnement (salles, espace de jeux) ne satisfait pas au standard du protocole.

VI. IDENTIFICATION DES CAUSES

Dans ce chapitre, nous avons déterminé les causes du problème et procédé à leur priorisation. Cette étape est constituée de quatre phases [22;27]:

1. Rechercher et analyser les causes (brainstorming)
2. Visualiser les causes (diagramme d'Ishikawa)
3. Hiérarchiser les causes (vote pondéré)
4. Valider les causes principales (diagramme de Pareto)

1. Rechercher les causes:

Lors de cette phase on constate un décalage entre la situation souhaitée et la situation réelle, cela provient de l'expression d'une insatisfaction due à un dysfonctionnement ou à une dégradation.

Causes issues de notre étude :

D'une manière générale, selon le brainstorming avec le personnel, nous avons fait la synthèse des causes suivantes:

Les causes liées aux prestataires:

- L'insuffisance de formation en nutrition;
- L'insuffisance de supervision;
- Le manque motivation des prestataires;
- Le non-respect des étapes du protocole.

Causes liées aux ressources matérielles:

- Les équipements de réanimation insuffisants et vétustes;
- L'insuffisance de planification des intrants, à l'origine des ruptures.

Causes d'ordre organisationnel :

- Les infrastructures inadéquates par rapport au standard;
- L'insuffisance de coordination.

Causes liées aux parents d'enfants:

- L'insuffisance de ressources financières, source d'abandon du programme par les parents;
- L'absence du service social;
- Les pratiques socio-culturelles (recours à la médecine traditionnelle).

2. Visualiser les causes

L'outil utilisé pour visualiser les causes est le diagramme causes-effet appelé diagramme d'ISHIKAWA ou en arêtes de poisson. Il permet de représenter toutes les idées émises lors du brainstorming. Il permet aussi analyser et visualiser le rapport existant entre un problème (effet) et toutes ses causes possibles. Ces causes plus détaillées apparaissent lorsqu'on se pose la question pourquoi ?

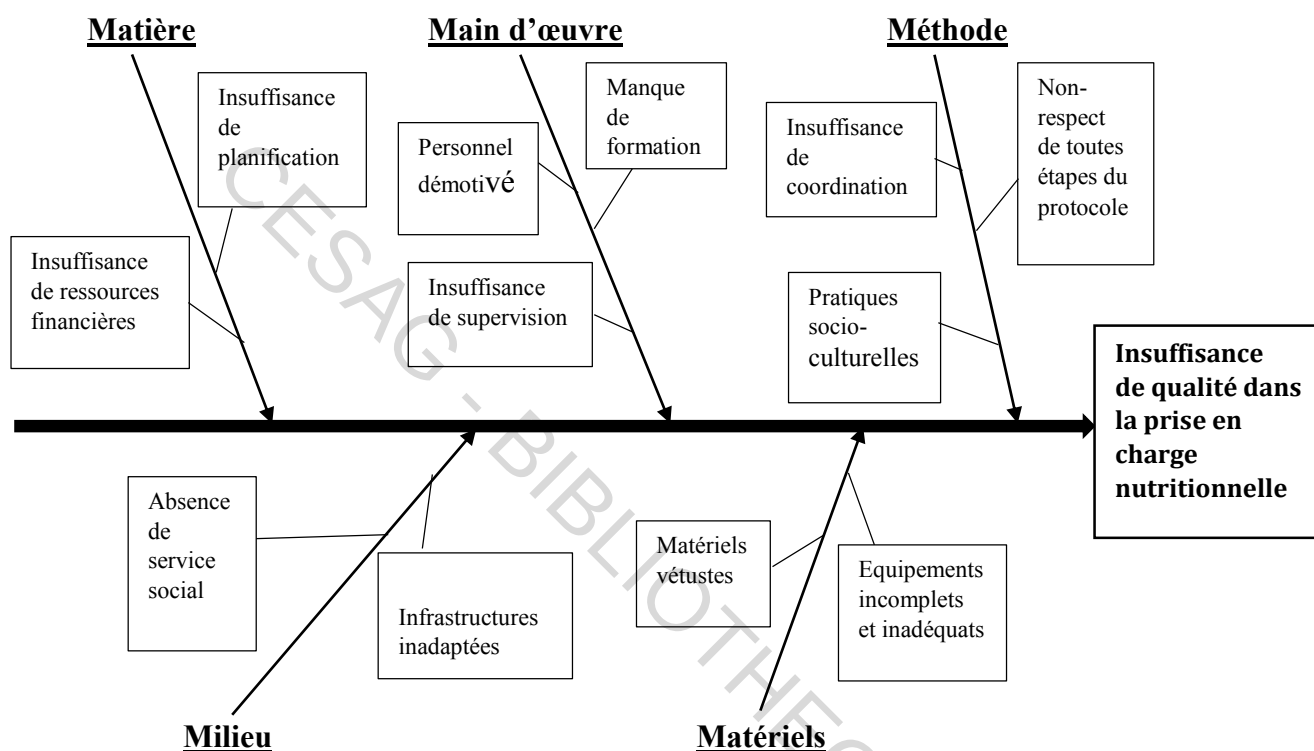


Figure 6: Diagramme de causes-effet ou d'Ishikawa

Source: nous-même

3. Hiérarchiser les causes

Lorsque les causes sont identifiées et classées il faut les hiérarchiser, c'est à dire trier les causes par ordre d'importance.

L'outil utilisé pour hiérarchiser les causes est le vote pondéré, qui est une technique d'obtention de consensus à travers la méthode de la matrice de critères. Elle est en effet basée sur la détermination préalable de critères. Les causes recherchées sont soumises à une grille de lecture de sélection en vue de leur pondération selon ces critères.

Par diverses techniques de score, les préférences individuelles sont combinées pour dégager les préférences du groupe.

Matrice des critères (critères de cotation) :

- Faire la notation sur une échelle comportant cinq niveaux.
- Ne donner au maximum que cinq points par cause.
- Comptabiliser les votes pour chaque cause.

Les causes sont classées en fonction du nombre total de points obtenus.

-L'importance : l'ampleur, la gravité de la cause pour la structure

Très faible = 1 Faible = 2 Moyenne = 3 Considérable = 4 Très considérable = 5

-La visibilité : le degré d'incidence du problème dans la prise en charge.

Très faible = 1 Faible = 2 Moyenne = 3 Grande = 4 Très grande = 5

-La faisabilité : la possibilité d'effectuer des changements au niveau de la cause.

Très faible = 1 Faible = 2 Moyenne = 3 Grande = 4 Très grande = 5

Tableau XV: Hiérarchisation des causes selon la matrice des critères

Causes	Importance	Visibilité	Faisabilité	Score
Non-respect de toutes les étapes du protocole	5	2	4	11
Equipements insuffisants et vétustes	4	3	3	10
Insuffisance de coordination dans la PEC	4	2	3	9
Insuffisance de planification des intrants	4	4	5	13
Manque de motivation des prestataires	5	3	3	11
Insuffisance de formation en nutrition	5	5	5	15
Insuffisance de supervision	4	2	4	10
Infrastructures inadaptées	3	3	2	8
Insuffisance des ressources financières	5	1	2	8
Absence de service social	4	1	3	8
Pratiques socio-culturelles	4	2	1	7

Source: nous-même

Tableau XVI: Priorisation des causes par ordre de fréquence décroissante

Classement	Causes	Effectif	Fréquence relative (%)	Fréquence cumulée (%)
A	Insuffisance de formation en nutrition	15	13,63	13,63
B	Insuffisance de planification des intrants	13	11,82	25,45
C	Non-respect de toutes les étapes du protocole	11	10	35,45
D	Manque de motivation des prestataires	11	10	45,45
E	Insuffisance de supervision	10	9,1	54,55
F	Equipements insuffisants et vétustes	10	9,1	63,65
G	Insuffisance de coordination dans la PEC	9	8,18	71,83
H	Infrastructures inadéquates	8	7,27	79,1
I	Insuffisance des ressources financières	8	7,27	86,37
J	Absence de service social	8	7,27	93,64
K	Pratiques socio-culturelles	7	6,36	100
Total		110	100%	

Source: nous-même

4. Valider les causes principales

Après avoir hiérarchisé les causes il faut choisir celles que nous allons valider sur le terrain.

Pour cela nous disposons d'un outil graphique: « le diagramme de Pareto ».

Il permet de visualiser l'importance relative des différentes causes d'un problème et à avoir une même vision des priorités (sélectionner celles qu'il faudra résoudre en premier).

Pour cela, nous avons affecté dans l'ordre une lettre correspondant à chaque cause, que nous reportons sur le diagramme de Pareto.

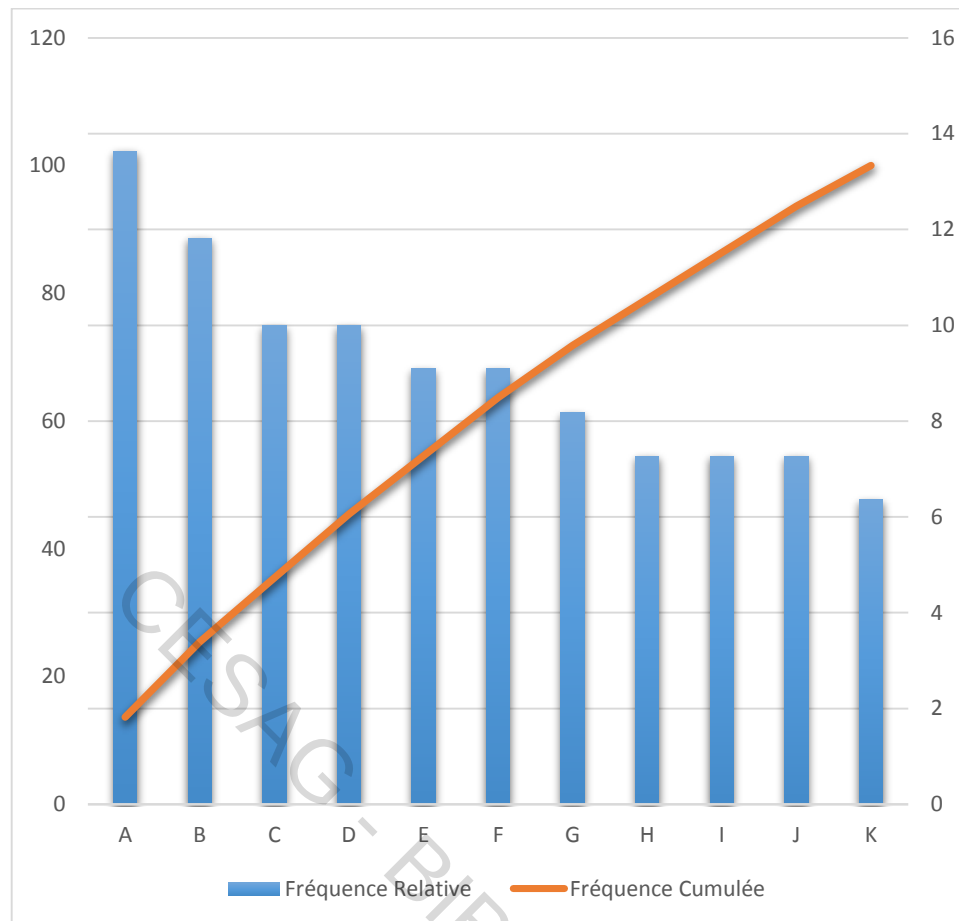


Figure 7: Diagramme de Pareto

Source: nous-même

Nous avons tenté de vérifier si l'ensemble des causes obéit à la loi de Pareto « 80/20 ». Cette loi stipule que dans bien des cas, 80% de l'effet résulte de 20% des causes. Le diagramme de Pareto montre que deux causes principales expliquent le problème. Elles correspondent à la zone couverte par **A** et **B** sur lesquelles, il faudra agir en premier. Cette zone corrobore avec la matrice des critères regroupant les causes suivantes:

A-Insuffisance de formation en nutrition;

B-Insuffisance de planification des intrants.

Donc, notre démarche a abouti à l'identification de deux principales causes dont leur solution pourrait contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

VII. IDENTIFICATION DES SOLUTIONS

Ce chapitre a consisté à l'identification des solutions, puis à la priorisation de ces solutions par vote pour choisir la solution prioritaire.

Pour la recherche des solutions nous avons utilisé le même outil que pour rechercher les causes : le remue-ménages ou brainstorming.

Solutions identifiées par l'équipe:

Afin de maîtriser les contours, l'équipe a procédé à un brainstorming pour identifier les solutions possibles à la mauvaise qualité de la prise en charge nutritionnelle des enfants.

Les solutions proposées sont les suivantes:

- Former le personnel de la pharmacie en gestion des stocks;
- Renforcer les capacités des prestataires en PEC nutritionnelle;
- Améliorer le plateau technique;
- Assurer une supervision régulière;
- Motiver le personnel.

Choix des solutions

Il s'est agi de choisir parmi la liste des solutions proposées les solutions. Autrement dit, les solutions qui vont répondre au mieux à certains critères. Ce sont des critères d'évaluation de la solution. Pour déterminer les critères nous avons utilisé le brainstorming, puis classé grâce à un vote pondéré.

Les solutions ont été hiérarchisées par consensus à partir des quatre principaux critères retenus :

Le coût est-il raisonnable, supportable? : 1=quand le coût de la mise en œuvre de la solution est élevé, 3=si le coût est moyen et 5 =lorsque la solution est moins coûteuse,

La faisabilité ou la facilité de mise en œuvre existe-il des moyens humains et matériels pour mettre en œuvre la solution ? : 1=quand la solution est difficilement faisable, 3=si la faisabilité est moyenne et 5=lorsque la faisabilité est facile,

L'efficacité: 1=quand la solution est moins efficace, 3=si l'efficacité est moyenne et 5=lorsque l'efficacité est grande.

Le temps de réalisation: la solution est-elle réaliste ? Quel est le temps que va nécessiter la mise en œuvre de la solution ? : 1=quand la durée de réalisation est longue, 3=si la durée est moyenne et 5 =lorsqu'elle est courte.

Tableau XVII: Hiérarchisation des solutions selon la matrice de critères

Solutions	Coût	Efficacité	Faisabilité	Temps de Réalisation	Score
Améliorer le plateau technique	1	5	3	1	10
Renforcer les capacités des prestataires en PEC nutritionnelle	3	5	5	5	18
Motiver le personnel	3	5	3	1	12
Former le personnel de la pharmacie en gestion des stocks	3	5	5	5	18
Assurer une supervision régulière	3	5	5	3	16

Source: nous-même

Deux solutions ont eu le même score au terme de ce processus d'hiérarchisation ou de priorisation des solutions. Il s'agit de renforcer les capacités des prestataires en PEC nutritionnelle et de former le personnel de la pharmacie en gestion des stocks. Pour le choix de la solution prioritaire, l'équipe a estimé que renforcer les capacités des prestataires en PEC nutritionnelle et la formation du personnel de la pharmacie en gestion des stocks pourraient faire l'objet de couplage.

Donc, « **renforcer les capacités en nutrition et en gestion des stocks du personnel** » a été retenu comme la solution prioritaire.

VIII. PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION RETENUE

Ce chapitre de plan de mise en œuvre donne la programmation et la succession des activités à mener pour résoudre les problèmes. Les étapes de ce plan de mise en œuvre sont : la fixation du but et/ou des objectifs, l'identification d'options stratégiques et activités, le chronogramme des activités, les ressources nécessaires, le suivi et l'évaluation.

1. Justification de la solution retenue

Pour les acteurs, les solutions possibles sont multiples. Il y a cependant, une prépondérance de la solution liée à la formation des agents à la PEC MAS et à la gestion des produits.

En effet, notre étude a montré qu'il y a des insuffisances quant aux capacités humaines en la prise en charge de la MAS, à la planification des intrants, à la motivation du personnel et aux équipements. Ces situations mettent en évidence la difficulté d'assurer une prise en charge adéquate des cas de malnutrition aiguë sévère dans le centre.

Ainsi, l'amélioration des compétences du personnel associée la bonne gestion des stocks des intrants constitue des actions nécessaires à mettre en œuvre pour garantir une bonne qualité nutritionnelle et par conséquent un bon état de santé des enfants.

2. But:

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé des enfants de moins de 5 ans malnutris sévères admis à l'Unité de renutrition de l'INSE.

3. Objectifs

Objectifs général:

Améliorer la qualité de la prise en charge des enfants malnutris sévères de moins de 5 ans à l'Unité de Renutrition d'ici mai 2018.

Objectifs spécifiques:

- Renforcer les capacités cliniques du personnel à la PEC MAS;
- Assurer un système de gestion des stocks efficace pour garantir une disponibilité permanente.

4. Stratégies/Activités:

Stratégie de renforcement des compétences:

Ce renforcement va cibler:

- La production de matériels didactiques;
- La formation/recyclage des prestataires dans la prise en charge nutritionnelle;

- La supervision qui sera également un élément de cette stratégie.

Stratégie de renforcement de la gestion des stocks des intrants.

- Le recrutement d'un suppléant pour le pharmacien;
- La formation du personnel de la pharmacie en gestion des stocks;
- La mise en place des supports modernes de gestion.

5. Méthode du cadre logique

Notre plan de mise en œuvre est présenté dans un Cadre Logique. La Méthode du Cadre Logique (MCL) synthétise sous forme de tableau (une matrice) toutes les informations-clés : but ou finalité, objectifs; résultats; activités; indicateurs; moyens de vérification et de leurs relations causales ainsi que des hypothèses relatives aux facteurs extérieurs (risques, tendances) qui pourraient influencer sur le succès ou l'échec [20].

Tableau XVIII: Cadre logique

Résumé narratif	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Moyens de Vérifications	Conditions critiques
1. But: Contribuer à l'amélioration de l'état de santé des enfants de moins de 5 ans malnutris sévères admis à l'Unité de renutrition de l'INSE	Le taux de guérison, le taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans	-Fiches mensuelles de présentation des indicateurs -Rapports d'enquêtes nutritionnelles	-Disponibilité des ressources -Engagement des acteurs
2. Objectif Général Améliorer la qualité de la PEC des enfants malnutris sévères de moins de 5 ans à l'Unité de Renutrition d'ici Mai 2018.	-Taux de respect du protocole de prise en charge -Taux de rupture d'intrants	-Enquêtes qualitatives: revue des dossiers de malnutris -Inventaire des stocks ; -Revue des fiches de stock par produit	-Adhésion et implication des acteurs -Disponibilité des ressources
3. Objectifs Spécifiques:			

OS1: Renforcer les capacités cliniques du personnel à la PEC MAS	Proportion d'agents aux capacités cliniques renforcées en prise en charge nutritionnelle	Rapports de formation	-Disponibilité de formateurs et de manuels de formation -Disponibilité, implication et motivation des prestataires
OS2: Assurer un système de gestion des stocks efficace pour garantir une disponibilité permanente	Le taux de disponibilité des intrants	-Rapport de formation sur la gestion des stocks -Rapport de supervision sur la gestion des stocks -Fiches de stocks	Volonté des autorités
Résultats/Extrants			
R1.1 Les matériels didactiques sont produits	Nombre de matériels didactiques	Enquêtes	Disponibilité des moyens financiers
R1.2 Les capacités des prestataires sont renforcées	Pourcentage de prestataires impliqués dans la PEC formés	-Rapport de formation -Fiche d'émargements des participants	Adhésion et implication du personnel
R1.3 Une supervision par trimestre est organisée	Nombre de supervisions prévues	-Rapports de supervision - Enquêtes	Disponibilité des superviseurs et des moyens financiers
R2.1 Le suppléant est recruté	Nombre d'agents recrutés	Dossiers du personnel	
R2.2 Le personnel de la pharmacie est formé en gestion des stocks	Nombre d'agents de la pharmacie formés	Rapport de formation	Disponibilité des moyens financiers

R2.3 Les supports de gestion des intrants sont disponibles	-Taux de ruptures de stocks des intrants -Taux de disponibilité des intrants	-Rapport de supervision -Observation	Disponibilité des moyens financiers
Activités/Intrants			
A1.1 Production de matériels didactiques	Nombre de séances de production de matériels didactiques	Enquêtes	-Disponibilité des moyens financiers
A1.2 Formation/recyclage des prestataires dans la prise en charge nutritionnelle	Nombre de sessions de formation/recyclage	-Rapport de formation -Fiche d'émargements des participants	
A1.3 Organisation de supervision trimestrielle	Nombre de supervisions réalisées	-Rapports d'activités de supervision - Enquêtes	
A2.1 Recrutement d'un suppléant en pharmacie	1 suppléant en pharmacie est recruté	Dossier de recrutement	- Disponibilité du personnel
A2.2 Formation du personnel de la pharmacie en gestion des stocks	Nombre de sessions de formation en gestion des stocks	Rapport de formation	
A2.3 Mise en place des supports de gestion	Nombre de supports disponibles	- Enquêtes -Observation	

Source : nous-même

6. Plan d'action opérationnel

Il est axé sur la stratégie1 (renforcer les compétences) pour les activités **A1**:

- La production de matériels didactiques;
- La formation/recyclage des prestataires dans la prise en charge nutritionnelle;
- La supervision.

Et sur la stratégie2 (renforcer la gestion des stocks des intrants) pour les activités **A2**:

- Le recrutement d'un suppléant pour le pharmacien;
- La formation du personnel de la pharmacie en gestion des stocks;
- La mise en place des supports modernes de gestion.

Tableau XIX: Plan d'action opérationnel

Activités	Indicateurs	Responsables	Période	Montant	Sources de financement
A1.1 Production de 20 matériels didactiques	Nombre de matériels didactiques	le responsable de l'unité de renutrition	Juin 2017	950000	Direction de l'INSE
A1.2 Formation/recyclage de 10 prestataires dans la prise en charge nutritionnelle	Nombre de séances de formation	le responsable de l'unité de renutrition	Juillet 2017	12000000	Direction de l'INSE
A1.3 Organiser 4 Supervisions trimestrielles dans l'année	Nombre de supervisions	Le directeur général et le responsable de l'unité de renutrition	Aout-Nov. 2017 Fév. -Mai 2018	2400000	Partenaires: Terre des hommes
A2.1 Recrutement d'un suppléant à la pharmacie	Nombre d'agents recrutés	Le directeur général	Juin 2017	500.000	Direction de l'INSE
A2.2 Organiser 2 sessions de formation de 2 agents du personnel de la pharmacie en gestion des stocks	Nombre de séances de formation tenues	le responsable de l'unité de renutrition	Juillet 2017	2000000	Direction de l'INSE

A2.3 Mise en place des supports modernes de gestion à la pharmacie	Nombre de supports de gestion mis en place	Le directeur général	Aout 2017	12000000	Ministère de la santé
---	--	----------------------	-----------	----------	-----------------------

Source: nous-même

7. Chronogramme des activités

Tableau XX: Chronogramme prévisionnel des activités

Activités	Période d'exécution											
	2017							2018				
	Juin.	Juil.	Aout.	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Jan.	Fév.	Mars.	Avr.	Mai
A1.1 Production de matériels didactiques												
A1.2 Formation/recyclage des prestataires dans la prise en charge nutritionnelle												
A1.3 Supervision par trimestre												
A2.1 Recrutement d'un suppléant												
A2.2 Formation du personnel de la pharmacie en gestion des stocks												
A2.3 Mise en place des supports de gestion												

Source : nous-même

8. Budgétisation des activités du plan d'action

Le budget défini comme un plan annuel des activités futures établi sur la base d'hypothèses d'exploitation. Il est exprimé principalement en termes financiers (prévisions), mais incorpore souvent beaucoup de mesures quantitatives non financières [21].

Dans ce travail, le processus budgétaire s'inscrit dans la logique du plan opérationnel prévu sur une période d'un an. Il constitue un moyen de répartition des ressources nécessaires aux activités prévues et du niveau de vérification d'exécution de celles-ci pour réaliser les objectifs.

Tableau XXI: Budgétisation

Activités	Nombre d'unité	Coût unitaire (en Francs Guinéens)	Coût total
Recrutement d'un suppléant	1	Forfait pour le recrutement	500000
Matériels didactiques	20	47500	950000
Formation/recyclage des prestataires de la PEC	4 séances	3000000	12000000
Formation du personnel de la pharmacie	2 séances	1000000	2000000
Honoraires des formateurs	2	2000000	4000000
Supervisions	4	600000	2400000
Supports de gestion	Ordinateur 2	4000000	8000000
	Logiciel de gestion 1	4000000	4000000
TOTAL			33.850.000FG

Source : nous-même

Donc, nous voyons à travers le tableau que le budget global est estimé à **33.850.000 Francs Guinéens**, soit **2.256. 667 FCFA**. (Le taux de change est fixé à: 5.000 FCFA = 75.000 FG).

9. Suivi et évaluation de la mise en œuvre de la solution retenue

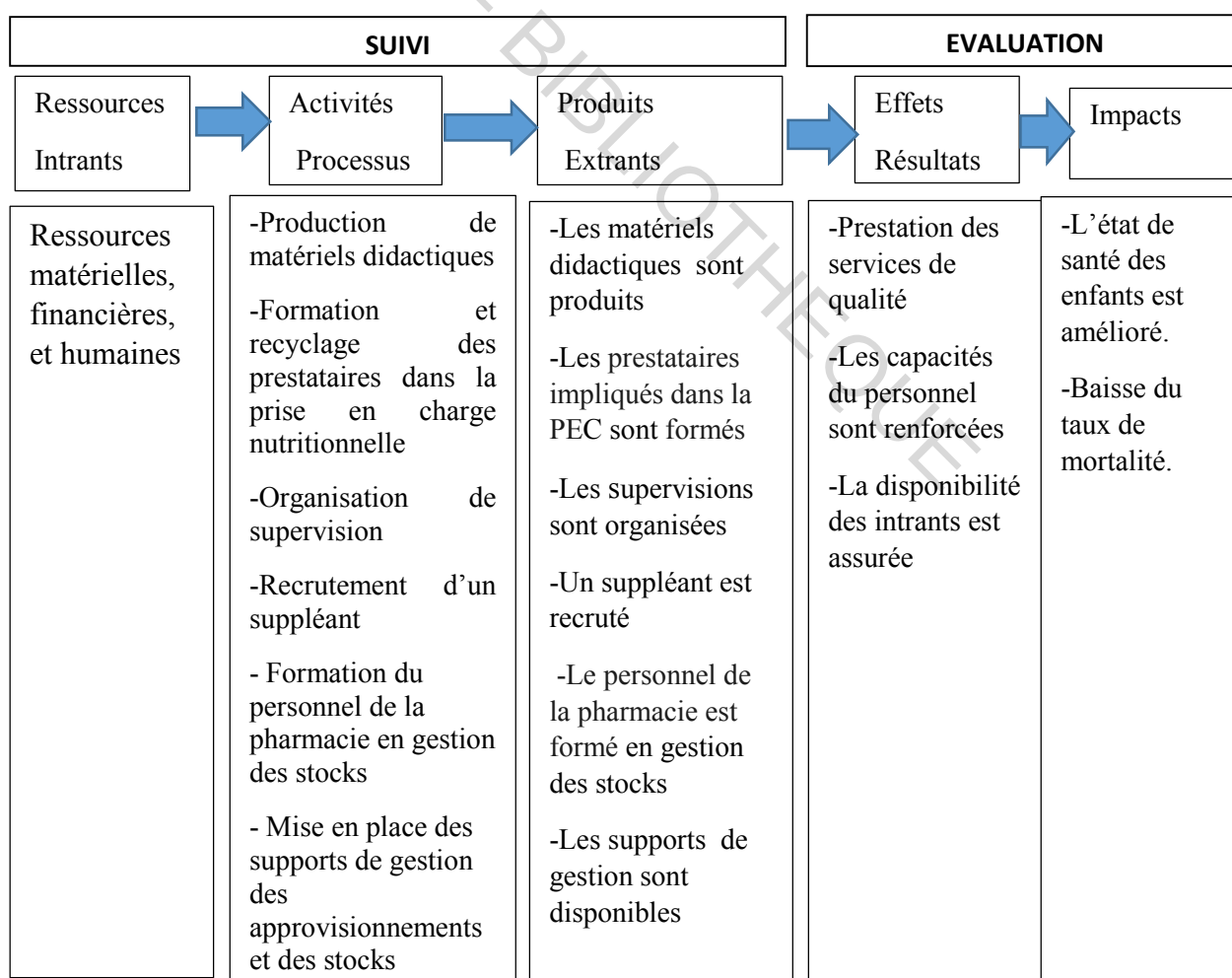
Afin de mieux mener le suivi et l'évaluation, il est nécessaire de mettre en place un cadre de suivi et évaluation pour apprécier l'état d'avancement de la mise en œuvre de notre plan d'action. Un comité interne sera constitué à cet effet, en vue d'établir des mécanismes de contrôle et de gestion de la qualité des activités prévues.

Le suivi: un suivi de ce plan va consister à vérifier l'évolution de la mise en œuvre, en observant l'exécution des actions planifiées qui vont dans la droite ligne des objectifs spécifiques fixés et de l'objectif global.

L'évaluation: l'évaluation est programmée un an après le début de l'application du plan d'actions. Cette évaluation vise à vérifier si l'intervention permet d'obtenir les résultats souhaités et si les résultats obtenus correspondent à ceux qui avaient été fixés par le projet.

Cette intervention permettra d'évaluer l'efficacité du projet, de repérer ses forces et faiblesses afin d'améliorer les activités mises en place.

Tableau XXII: Cadre logique de suivi et évaluation



Source: nous-même

Les indicateurs: les indicateurs définis dans le cadre logique constituent le référentiel pour la mesure des objectifs et des activités. Les principaux indicateurs retenus pour le suivi et l'évaluation sont les suivants:

- Les indicateurs d'intrants pour mesurer l'exécution du budget destiné aux activités (taux d'exécution du budget);
- Les indicateurs d'activités ou de processus pour mesurer la réalisation des activités prévues dans le cadre de la mise en œuvre des solutions retenues (le taux de réalisation des activités programmées dont nous prétendons une réalisation de 100% de nos prévisions);
- Les indicateurs d'extrants qui mesurent les effets immédiats de la mise en œuvre des solutions (nombre d'agents formés, nombre de supervisions organisées);
- Les indicateurs d'effets pour mesurer les effets à moyen terme de la mise en œuvre des solutions. Cela permet d'apprécier la qualité de la prise en charge à moyen terme.

RECOMMANDATIONS

A l'issue de ce travail, un certain nombre de recommandations sont formulées à l'endroit du Ministère de la santé, de la direction de l'INSE, des prestataires, des partenaires et aux mères/gardiennes d'enfants.

➤ **A l'endroit du Ministère de la santé**

- Accroître les moyens nécessaires aux activités de nutrition;
- Assurer la formation/le renforcement des capacités continue du personnel;
- Renforcer le plateau technique;
- Renforcer les systèmes d'alerte et les capacités nationales de recherche;
- Faire le plaidoyer auprès d'organismes nationaux et internationaux sur la nécessité d'appui des activités en faveur des mères des enfants;
- Promouvoir la fabrication de farines locales, à mettre à la disposition des mères d'enfants à titre gracieux comme cela se fait avec les aliments thérapeutiques.

➤ **A l'endroit de la direction de l'INSE**

- Suggérer au Ministère de la santé de renforcer la formation de la nutrition au cours des études médicales;
- Faire le plaidoyer auprès de l'Etat pour mobiliser les moyens financiers nécessaires à la mise en œuvre des mesures prises ;
- Renforcer les supervisions des activités nutritionnelles, assorties de celles formatives;
- Améliorer les conditions de travail du personnel;
- Créer un environnement agréable pour les malades;
- Améliorer la gestion des intrants afin d'éviter des ruptures ou des péremptions;
- Assurer correctement l'archivage des documents.

➤ **Aux prestataires**

- Améliorer l'accueil des patients;
- Favoriser une réelle coordination dans la prise en charge, gage de l'organisation des procédures de travail et de la qualité des soins
- Respecter les directives du protocole dans la prise en charge nutritionnelle des enfants;
- Continuer d'inculquer les pratiques d'alimentation et d'éducation des enfants, des notions de planification familiale et d'hygiène personnelle;

- Assurer le suivi post-hospitalier des enfants malnutris à travers les visites à domicile;
- Remplir correctement toutes les fiches en vue de produire les données de qualité.

➤ **Aux partenaires impliqués dans la nutrition**

- Renforcer et redynamiser la collaboration avec le Ministère de la santé dans l'application effective des stratégies d'intervention;
- Assurer la disponibilité permanente de tous les macronutriments.

➤ **A l'endroit des mères/gardiennes d'enfants**

- Achever les vaccinations;
- Assurer une bonne hygiène alimentaire dans les ménages;
- Adopter les bonnes pratiques alimentaires et nutritionnelles accessibles, conformes aux normes enseignées dans la structure;
- Recourir le plus vite possible en cas de besoin aux structures sanitaires dans le but de prévenir les maladies des enfants et la malnutrition.

CONCLUSION

La malnutrition est un problème majeur de santé publique chez les enfants de moins de cinq ans en Guinée. C'est ce qui explique l'élaboration et l'adoption d'un protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë afin d'inverser cette tendance. Toutefois, des enjeux subsistent encore quant à certains domaines de la PEC et les défis à relever importants.

La présente étude qui est celle de résolution de problèmes basée sur l'identification et l'analyse des problèmes, avait pour objectif de contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des enfants malnutris aigus sévères de moins de cinq ans admis à l'unité de renutrition de l'INSE.

Elle a permis, avec les acteurs en charge de la nutrition de l'INSE, d'identifier comme problème prioritaire, l'insuffisance de personnel formé en nutrition dans la structure.

Le consensus de l'équipe a retenu comme solution possible au problème posé, le renforcement des capacités en nutrition et en gestion des stocks du personnel.

Nous espérons que l'application du plan de mise en œuvre de la solution, permettra d'atteindre cet objectif. Nous restons convaincus que l'adhésion des acteurs à notre plan est un gage de son application effective.

REFERENCES

✓ **OUVRAGES ET AUTRES (RAPPORTS, REVUES, CONFERENCES)**

1-Annuaire des Statistiques Sanitaires : Santé en chiffres 2011, Guinée, Draft du 23 Juillet 2012.

2-CERCOVA T. A., Soins aux malades-Edition. MIR Moscou.1990

3-Dr Lasséni KONATE. « Eléments de socialisation de l'équipe cadre du district sanitaire au Mali» (4^{ème} version), médecin de santé publique-inspecteur en chef de la santé-Bamako. Avril 2003.

4-Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS 2012), Guinée.

5-Evaluation des performances des Unités de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive-URENI. Mali, Rapport final 2012.

6-GARDETTE Virginie (2010), Principes de démarche d'assurance qualité, *Evaluation des pratiques professionnelles*, 21p.

7-GUINÉE Enquête nationale nutritionnelle, basée sur la méthodologie SMART, Juillet 2015 ; 25P.

8-IBFAN – International Baby Food Action Network Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile: Rapport alternatif sur la situation de l'allaitement maternel en Guinée, Janvier 2012. Convention relative aux droits de l'enfant, 62^e Session du Janvier 2013.

9-La nutrition : L'affaire de tous. Recommandations sectorielles pour une approche intégrée de la sous-nutrition. Génération Nutrition (2014), 40 p. www.generation-nutrition.fr

10-LETEURTRE Hervé: La qualité hospitalière, 2^{ème} Edition, Collection Audit hôpital 1999, 434 P.

11-Malnutrition Aiguë : une urgence quotidienne. 10 mesures pour lutter contre la Malnutrition Aiguë infantile. Génération Nutrition, Rapport de campagne (2014), 17p www.generation-nutrition.org

12-Médecins Sans Frontières: Vulnérabilités Urbaines à Conakry, Guinée, Rapport d'évaluation (Octobre 2012).

13-Politique Nationale d'Alimentation-Nutrition, Ministère de la Santé (2005), Guinée.

14-*Prise en charge de la malnutrition sévère: Manuel à l'usage des médecins et autres personnels de santé à des postes d'encadrement.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.

15-Protocole National de Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë (Version révisée 2012), Guinée.

Contribution à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des enfants malnutris sévères de moins de 5 ans en établissement de santé: Cas de l'Unité de Renutrition de l'INSE, Conakry, GUINEE.

16-République de Guinée et PAM (Service de l'analyse de la sécurité alimentaire, Janv.2014) : Enquête Nationale de la Sécurité Alimentaire et de la Vulnérabilité (ENSAV), Données Juin/Juillet 2012.

17-UNICEF-OMS-Banque mondiale, Joint Child Malnutrition Estimates: Levels and Trends in Child Malnutrition, UNICEF, OMS, Banque mondiale, 2012; statistical table. Les chiffres concernent l'année 2011.

18-WHO Child Growth Standards. Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Geneva: WHO; 2006.

✓ **MEMOIRES**

19-Dr. BERTHE Mohamed (2004), contribution à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des enfants de 6 mois à 59 mois, des femmes enceintes et allaitantes dans les structures sanitaires de premier niveau du district de Bamako: cas de CSCOM de N'Tomikorobougou, CESAG-Dakar, 89p.

✓ **COURS**

20-BA Mamadou, cours sur la Planification Stratégique et Conception des Programmes/Projets (Gestion des Programmes de Santé 2015), CESAG-Dakar.

21-BOSSA Gilbert, Cours sur le Contrôle de Gestion et Gestion Budgétaire (Gestion des Services de Santé 2015), CESAG-Dakar.

22-COLY Jean Martin, cours sur la méthode de résolution de problèmes (Gestion des Services de Santé 2015), CESAG-Dakar.

✓ **WEBOGRAPHIE**

23-BENTALAB Siham : La méthode des 5 Pourquoi pour éradiquer vos problèmes!

<http://www.qualiblog.fr/outils-et-methodes/la-methode-des-5-pourquoi-pour-eradiquer-vos-problemes/> Consulté en Novembre 2015.

24-Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. Améliorer la nutrition de l'enfant : Un objectif impératif et réalisable pour le progrès mondial, Avril 2013.

<http://www.unicef.org/publications/index.html>. Consulté en Septembre 2015.

25-Le magazine des Nations Unies. Les ODD et un monde plus sain en 2030, Vol. LI No. 42014. Mai 2015 <http://unchronicle.un.org/fr/article/les-odd-et-un-monde-plus-sain-en-2030/>. Consulté en Octobre 2015.

26-La Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire : Standard 2 sur la prise en charge de la malnutrition aiguë et des carences en micronutriments (malnutrition aiguë sévère). <http://www.spherehandbook.org/fr/standard2-sur-la-prise-en-charge-de-la-malnutrition-aigue-et-des-carences-en-micronutriments-malnutrition-aigue-severe/>. Consulté en Octobre 2015.

Contribution à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des enfants malnutris sévères de moins de 5 ans en établissement de santé: Cas de l'Unité de Renutrition de l'INSE, Conakry, GUINEE.

27-Quesnel Sandrine, Casanova Gérard, démarche résolution de problèmes. *Gestion de la qualité*.<http://ressources.auneg.fr/nuxeo/site/esupversions/99afc402-6880-4600-8d1e-78cec830d84f/qualiteweb/lpdf/l3pdca.pdf>. Consulté en Novembre 2015.

28-Organisation Mondiale de la Santé (2015) : Malnutrition Aiguë Sévère
http://www.who.int/nutrition/topics/severe_malnutrition/fr/. Consulté en Aout 2015.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXES

Questionnaire à l'endroit du personnel

Infirmiers et Agents de santé:

Je me nomme Karim CONDE, Médecin, je viens dans le cadre de l'élaboration de mon mémoire de fin de formation en Gestion des Services de Santé au CESAG de Dakar. Ce travail consiste en une recherche-action basée sur la méthode de résolution de problèmes. Pour cela, nous sollicitons votre consentement libre et éclairé avant de procéder au recueil des données conformément aux items contenus dans notre guide d'entretien. Nous vous remercions de bien vouloir répondre à ces questions.

Identification de l'enquêté

1-Nom et Prénom :

2-Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

3-Qualification (diplôme/spécialité).....

4-Votre ancienneté dans le service est: < à 5 ans ☐ ou > à 5 ans

5-Avez-vous reçu une formation sur la prise en charge de la malnutrition des enfants?

1=Oui ☐ 2=Non ☐

6-Etes-vous supervisés régulièrement ? 1= Oui ☐ 2=Non ☐

La dernière remonte à
quand ?

7-Quelles difficultés rencontrez- vous dans la prise en charge des enfants malnutris ?

- 1=Crainte des manipulations infirmières ☐ 2=Insuffisance de plateau technique ☐
3=Charge de travail énorme ☐ 4=Rupture d'aliments de suppléments ☐
5=Insuffisance d'implication des parents ☐ 6= Autres ☐

8-Quelles suggestions ou propositions avez-vous dans le cadre de la prise en charge?

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

Merci d'avoir répondu à l'entretien.

Médecins et responsable:

Je me nomme Karim CONDE, Médecin, je viens dans le cadre de l'élaboration de mon mémoire de fin de formation en Gestion des Services de Santé au CESAG de Dakar. Ce travail consiste en une recherche-action basée sur la méthode de résolution de problèmes. Pour cela, nous sollicitons votre consentement libre et éclairé avant de procéder au recueil des données conformément aux items contenus dans notre guide d'entretien. Nous vous remercions de bien vouloir répondre à ces questions.

Identification de l'enquêté

25-Nom et Prénom :

26-Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

27-Qualification (diplôme/spécialité):.....

28-Votre ancienneté dans le service est: < à 5 ans ☐ ou > à 5 ans

29-Avez-vous déjà reçu une formation relative à la nutrition en particulier celle des enfants?
1=Oui ☐ 2=Non ☐

30-Avez-vous une table alimentaire montrant la quantité des éléments nutritifs contenus dans la composition F75 et F 100 pour apprécier la qualité et la quantité des apports nutritionnels en fonction de l'état des besoins de chaque enfant?
1=Oui ☐ 2=Non ☐

31-Est-ce que vous tenez compte des examens du laboratoire pour dispenser les apports nutritionnels? 1=Oui ☐ 2=Non ☐

32- Vous manquez-t-il de matériels et équipements pour assurer la prise en charge des enfants malnutris ? 1 = Oui ☐ 2=Non ☐

33- Si oui, lesquels constituent vos priorités ?

.....
.....

34-Y'a-t-il-des conseils hygiéno-diététiques particuliers adressés à l'endroit des parents d'enfants sortant après hospitalisation pour malnutrition aiguë sévère? 1=Oui ☐ 2=Non ☐

35-Combien de séances d'entretiens faites-vous avec chaque parent d'enfants?
1= ≥ 3 entretiens ☐ 2=2 entretiens ☐ 3=1 entretien ☐ 4 =0 ☐ Justifiez votre réponse.

36-Tous les parents en bénéficient-ils? 1=Oui ☐ 2=Non ☐

37-Que privilégiez-vous pendant le conseil?

1 =Ecouter le parent ☐

2=Informer le parent sur les avantages, risques et préjudices ☐

3=Répondre aux questions du parent ☐

4=Vérifier les connaissances du parent sur le problème ☐

38-Avez-vous des cas d'abandons? 1 =Oui ☐ 2=Non ☐

39-Comment gérez-vous ces cas?.....

40-Quels autres problèmes rencontrez-vous dans la prise en charge des enfants malnutris?

1 =Plateau technique limité ☐ 2=Manque de motivation ☐

3=Insuffisance de personnel ☐ 4=Autres ☐

41-Quelles suggestions faites-vous pour l'amélioration de la qualité de prise en charge des enfants?

.....
.....

42-Avez-vous des partenaires dans le cadre de la prise en charge nutritionnelle des enfants?

Si oui, lesquels :.....

Merci d'avoir répondu à l'entretien.

Pharmacien:

Je me nomme Karim CONDE, Médecin, je viens dans le cadre de l'élaboration de mon mémoire de fin de formation en Gestion des Services de Santé au CESAG de Dakar. Ce travail consiste en une recherche-action basée sur la méthode de résolution de problèmes. Pour cela, nous sollicitons votre consentement libre et éclairé avant de procéder au recueil des données conformément aux items contenus dans notre guide d'entretien. Nous vous remercions de bien vouloir répondre à ces questions.

N°.....

Identification de l'enquêté

17-Nom et Prénom :

18-Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

19-Qualification (diplôme/spécialité).....

20-Avez-vous déjà rencontré des cas de rupture des produits? 1= Oui ☐ 2=Non ☐

21-Quelles sont les produits généralement en rupture ?
.....

22-Quelle est la durée maximale de rupture ?
.....

23-Quelles sont vos suggestions?
.....
.....

Merci d'avoir répondu à l'entretien.

Questionnaire à l'endroit des mères/gardiennes

Je me nomme Karim CONDE, Médecin, je viens dans le cadre de l'élaboration de mon mémoire de fin de formation en Gestion des Services de Santé au CESAG de Dakar. Ce travail consiste en une recherche-action basée sur la méthode de résolution de problèmes. Pour cela, nous sollicitons votre consentement libre et éclairé avant de procéder au recueil des données conformément aux items contenus dans notre guide d'entretien. Nous vous remercions de bien vouloir répondre à ces questions.

N°.....

43-Avez-vous participé à une séance de démonstration culinaire?

1=Oui ☐ 2=Non ☐

44-Avez-vous bénéficié de conseils hygiéno-diététiques?

1 = Oui ☐ 2= Non ☐

45-Comment votre prise en charge est-elle assurée?

ONG? 1 = Oui ☐ 2= Non ☐

A vos propres frais? 1 = Oui ☐ 2= Non ☐

Si autre possibilité, à préciser.....

Merci d'avoir répondu à l'entretien et meilleure santé pour l'enfant.

Données sur l'enfant

N°.....

1. Caractéristiques socio-sanitaires:

Age..... (Mois) **Sexe** : Masculin ☐ Féminin ☐ **Gémellité**: 1=Oui ☐ 2=Non ☐

Mode d'alimentation: 1=Allaitement Maternel Exclusif (AME) ☐ 2=Diversification alimentaire ☐ 3=Non précisé ☐

Mode d'admission: 1=Spontané ☐ 2=Référé par une ONG ☐ 3=Transféré d'une structure sanitaire ☐

Statut vaccinal à l'admission: 1= A jour ☐ 2=Non à jour ☐

Profession de la mère:

1=Ménagère ☐ 2=Commerçante ☐ 3=Couturière ☐ 4=Coiffeuse ☐ 5=Cadre fonctionnaire ☐
6=Etudiante/Elève ☐

2. Critères diagnostiques à l'admission:

Poids..... (Kg) **Poids/Taille**.....(ZScore) **Périmètre Brachial (PB)**.....(mm)

Œdèmes: 1=Oui ☐ 2=Non ☐

Test de l'appétit: 1= Oui ☐ 2=Non ☐ Si Oui: 1=Positif ☐ 2=Négatif ☐

3. Éléments du protocole de la prise en charge:

Phase 1 de stabilisation (Durée maximum d'hospitalisation 7 jours) ☐

Phase de transition (Durée maximum 5 jours) ☐

Phase 2 de réhabilitation: critères de sortie ($P/T \geq -1,5$ ZScore) pour 2 visites consécutives+Absence d'œdèmes depuis 1 semaine ☐

Volet nutritionnel

F-75 →130 à 135ml/Kg/j (8 repas/jour) ☐

F-100 →150 à 230ml/kg/j (5 à 6 repas/jour) ☐

RéSoMal ☐

Volet médicamenteux

Supplémentation en vitamine A ☐ Supplémentation en Acide folique ☐

Administration d'antibiotiques ☐ Traitement antipaludique ☐

Traitement antifongique ☐ Vaccination contre la rougeole à partir de 9 mois ☐

Surveillance

Poids : chaque jour ☐ Œdèmes (de 0 à +++): chaque jour ☐ Température : matin et soir ☐

Signes cliniques standards : chaque jour ☐ Périmètre brachial : chaque semaine ☐

CESAG - BIBLIOTHEQUE

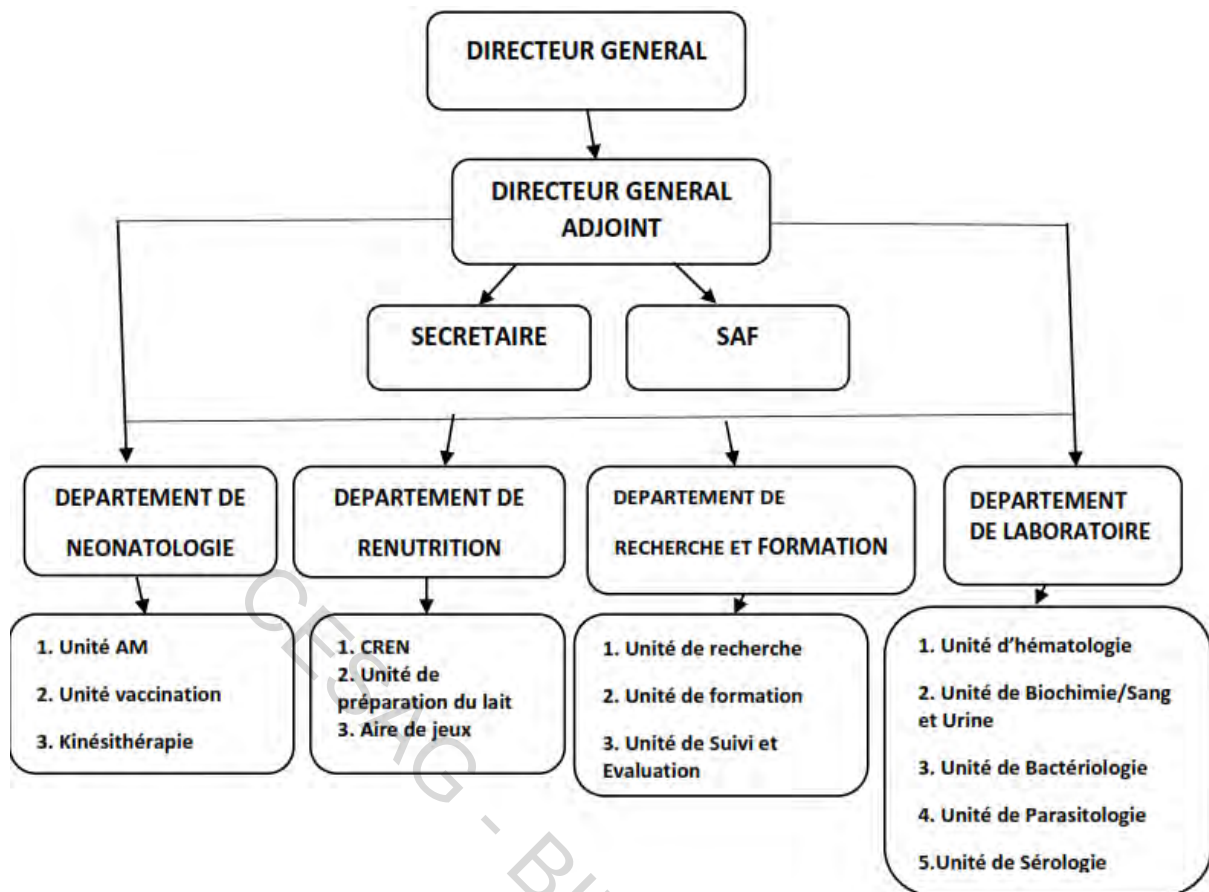


Figure 8: Organigramme de l'INSE