



**MEMOIRE DE FIN D'ETUDE POUR L'OBTENTION DU MASTER EN BUSINESS
ADMINISTRATION (MBA) EN GESTION DES SEVICES DE SANTE**

THEME :

**CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE LA QUALITE
DE L'ACCUEIL DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA
MALNUTRITION AIGUE SEVERE AVEC COMPLICATION
CHEZ LES ENFANTS DE 6 A 59 MOIS : CAS DE L'URENI
DU CSREF DE SIKASSO AU MALI**

Présenté et soutenu par :

Dr Dramane Issouf KONE

Sous la direction de :

Dr MALICK NIANG

ENSEIGNANT ASSOCIE AU CESAG

JURY :

PRESIDENT : Pr Daouda CISSE Epidémiologie

MEMBRE : Pr Ibrahima SECK Santé Publique

Décembre 2017

DEDICACE

AU NOM D'ALLAH, le Tout Puissant, le Clément et le Très Miséricordieux

Je dédie ce travail :

- **A mon père Feu ISSOUF KONE** : qui reste malgré son absence pour ses enfants un modèle de droiture et de réussite. Tu m'as enseigné l'honneur, la dignité, le pardon, l'amour, le travail bien fait et le respect du prochain. Qu'Allah le Tout-puissant t'accorde sa grâce dans ton repos éternel.
- **A ma chère mère NATOGOMA DIABATE** : Les mots me manquent pour te signifier mon amour, ma reconnaissance, mon admiration, tu as toujours été là, rendant les moments difficiles supportables. Tu es pour moi un modèle de courage d'abnégation et de générosité. J'espère que ces quelques lignes feront comprendre le fond de mon cœur. Qu'Allah le Tout-puissant t'accorde sa bénédiction dans la santé et la longévité.
- **A ma chère et brave épouse Bata KONATE** pour sa patience et son soutien sans faille durant ma formation, que notre ménage batte le record de longévité et de bonheur.
- **A ma fille bien aimée : NATOGOMA dite NATTY**, que tes sourires, tes chants, tes pleurs, et tes plaintes m'ont tant manqué pendant ces mois. Qu'Allah t'accorde une longue vie pour que tu deviennes une grande intellectuelle réussie citée en exemple.

REMERCIEMENTS

Nos très sincères remerciements s'adressent :

- Au Docteur MALICK NIANG, Professeur associé au CESAG, pour avoir accepté de diriger ce mémoire. Son soutien, ses conseils et son œil critique m'ont permis d'aboutir à la réalisation finale de ce travail. Qu'il trouve ici le gage de ma très profonde gratitude à son égard.
- Au Docteur EL HADJI GUEYE, Directeur du département CESAG Santé, à l'administration et au corps professoral, votre rigueur et votre professionnalisme nous ont mis sur le bon chemin. Vous avez renforcé notre culture du travail bien fait et la rigueur dans toute entreprise.
- Au Docteur BOUBACAR TOURE Médecin chef du district de Sikasso, et à tout son personnel pour s'être mobilisés et avoir mis les moyens afin que notre stage se passe dans d'excellentes conditions.
- Au Docteur POMA HACHIMI, Onco-pédiatre et chef de service de la pédiatrie pour sa bonne collaboration pendant ma période de stage.
- Au Docteur BARRY DJIBRIL, MBA/GSS et MPH Epidémiologie, pour sa disponibilité, sa rigueur scientifique et ses conseils prodigués tout au long de ce travail.
- A mes aînés du CESAG : Docteur Dramane Traoré, Youssouf Diakitè, Alpha Touré, Yacouba Diarra, Nouhoum Diallo, Dramane Sanogo, Aoua K Traoré, Safouna Diakitè, Lassana Diarra, merci pour votre soutien et vos conseils.
- A l'Amicale des Médecins, Pharmaciens Maliens et Sympathisants au Sénégal (AMEPHASE), merci de cette convivialité, et cette solidarité rendant les moments difficiles supportables.
- Aux camarades de la 27^{ème} promotion (Promotion Colonel Cheik FALL) du département CESAG Santé, le chemin a été long et la formation assez dure, intense par moment, mais vous avez su résister dans l'union et l'entraide pour aboutir au résultat que voici. Bonne continuation.
- A mes Frères et Sœurs : Mamadou, Kariba, Koniba, Adama, Aboubacar, Karim, Ibrahima, Mariam, Sali, Chita, Ramata, Fatoumata, Maferima, Sinè, Ce travail est aussi le vôtre. Que cette joie et bonne ambiance qui animent nos rencontres et demeurent à jamais un signe d'unité et d'amour.

- A mes amis : Dr Karim Sangaré, Dr Arouna Z Sanogo, Mme Samoura Touti Coulibaly, Dr Assane Coulibaly, Dr Sanogo Cyril, Adama Traoré, Dr Danioko Souleymane, Dr Cissoko Yaya, Dr Modibo Doumbia, Dr Abdramane Maiga, Pape Diop. L'amitié n'a pas de prix. Mon amitié pour vous sera votre récompense, jamais je ne trouverai les mots exacts pour vous exprimer tout mon admiration et ma fierté. Trouvez ici l'expression de ma profonde affection.
- A tous ceux ou celles qui, de près ou de loin, nous ont aidé durant toute la formation au CESAG.

CESAG - BIBLIOTHEQUE



SOMMAIRE

DEDICACE.....	I
REMERCIEMENTS	II
SOMMAIRE	IV
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	V
LISTE DES TABLEAUX.....	VII
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE :	3
CHAPITRE I : ANALYSE SITUATIONNELLE	4
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	29
DEUXIEME PARTIE :	36
CHAPITRE III : METHODOLOGIE	37
CHAPITRE IV : RESULTATS ET ANALYSE DE L'ETUDE.....	39
TROISIEME PARTIE :	49
CHAPITRE V : DETERMINATION ET PRIORISATION DES CAUSES	50
CHAPITRES VI : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS.....	55
CHAPITRES VII : MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION.....	58
RECOMMANDATIONS.....	66
CONCLUSION	68
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :	69
ANNEXES	72

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

- ASACO** : Association de Santé Communautaire
- ASC** : Agent de Santé Communautaire
- ATPE** : Aliment Thérapeutique Prêt à L'Emploi
- CESAG** : Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion
- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- CMIE** : Centre Médical Inter-Entreprises
- CNOS** : Centre National d'Odonto-Stomatologie
- CPD** : Communication Pour le Développement
- CS** : Centre de Santé
- CSCom** : Centre de Santé Communautaire
- CSRéf** : Centre de Santé de Référence
- DNSI** : Direction Nationale de la Statistique et de l'Information
- DRC** : Dépôt Répartiteur de Cercle
- DTC** : Directeur Technique de Centre
- DV** : Dépôt de Vente de médicaments
- ECD** : Equipe Cadre du District Sanitaire
- EDSM** : Enquête Démographique et de Santé du Mali
- HPD** : Hôpital Principal de Dakar
- IDH** : Indice de développement Humain
- IDE** : Investissements Directs Etrangers
- INSTAT** : Institut National de Statistique
- IOTA** : Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique
- Km²** : Kilomètre carré
- MAM** : Malnutrition Aiguë Modérée
- MAS** : Malnutrition Aiguë Sévère
- MCD** : Médecin Chef du District (sanitaire)
- MII** : Moustiquaire imprégnée d'Insecticide
- MM** : Millimètre
- NTIC** : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
- OCHA** : Office of the Coordination of Humanitarian Affairs
- ODD** : Objectifs de Développement Durable
- OMD** : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

OS : Objectif Spécifique

PB : Périmètre Brachial

PDDSS : Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social

PMA : Paquet Minimum d'Activité

PNN : Politique Nationale de Nutrition

PEC : Prise en Charge

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PIB : Produit Intérieur Brut

PM : Pour Mémoire (ne nécessite pas de frais)

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PRODESS : Programme Décennal de Développement Sanitaire et Social

PSPHR : Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale

PTF : Partenaire Technique et Financier

PV VIH : Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine

RAC : Réseau Autonome de Communication

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

SEC : Soins Essentiels dans la Communauté

SLIS : Système Local d'Information Sanitaire

SR : Santé de la Reproduction

SSP : Soins de Santé Primaires

TV : Télévision

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

URENAM : Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire Modérée

URENAS : Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire sévère

URENI : Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensif

USAID: United States Agency of International Development

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : les partenaires du CSRéf	21
Tableau II : Priorisation des Problèmes	28
Tableau III : Déroulement de l'étude	38
Tableau IV : Répartition des enfants selon la durée de séjour à l'URENI	44
Tableau V : Priorisation des différentes causes	52
Tableau VI : Pourcentage cumulé des causes priorisées	53
Tableau VII : Priorisation des solutions	57
Tableau VIII : Cadre logique	59
Tableau IX : Cadre opérationnel	62
Tableau X : Le budget	64

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte administrative du Mali	4
Figure 2: Pyramide sanitaire du Mali	9
Figure 3 : Carte de la région de Sikasso.....	16
Figure 4 : Carte sanitaire du District de Sikasso	18
Figure 5 : Organigramme structurel du CSRéf	22
Figure 6 : Organigramme structurel du service de pédiatrie	23
Figure 7: Répartition des enfants malnutris par la tranche d'âge.....	42
Figure 8: Répartition des accompagnatrices selon le niveau de l'accueil au service.....	42
Figure 9: Répartition des accompagnatrices selon la propreté des locaux.....	43
Figure 10: Répartition des enfants malnutris selon le mode de sortie à l'URENI.....	44
Figure 11: Diagramme d'ISHIKAWA	51
Figure 12: Diagramme de Pareto	54

INTRODUCTION

Une bonne nutrition est fondamentale pour la santé des individus et des sociétés, et constitue un facteur déterminant du développement économique et humain.

Selon la Banque Mondiale « Les investissements consentis dans la nutrition sont à l'origine de bienfaits durables et considérables : chaque dollar investi dans la nutrition produit au moins dix dollars en retour ». La malnutrition touche une personne sur trois dans le monde, et cause des retards de croissance chez 156 millions d'enfants de moins de 5 ans [1].

Les Objectifs de développement durable à l'horizon 2030 qui ont été adoptés par les dirigeants du monde en septembre 2015 lors du Sommet des Nations Unies, dont l'ODD2 a pour but d'éliminer la faim, d'assurer la sécurité alimentaire, d'améliorer la nutrition et de promouvoir l'agriculture durable.

La majorité des personnes souffrant de la faim dans le monde vivent dans un pays en développement, où 12,9 % de la population est sous-alimentée. Le secteur de l'alimentation et de l'agriculture offre des solutions clés pour le développement, et il est au cœur de l'éradication de la faim et de la pauvreté [2].

Selon l'OMS, la malnutrition se caractérise par un « état pathologique résultant de la carence ou de l'excès, relatif ou absolu, d'un ou plusieurs nutriments essentiels, que cet état se manifeste cliniquement ou ne soit décelable que par des analyses biochimiques, anthropométriques ou physiologiques » (OMS, 1982).

Aujourd'hui, le monde est confronté à une double charge de malnutrition comprenant à la fois les cas de dénutrition et de surnutrition. Elle peut se traduire par le manque de plusieurs nutriments essentiels dans le régime alimentaire, notamment le fer, l'acide folique, la vitamine A et l'iode.

Sous une forme ou sous une autre, la malnutrition représente une menace importante pour la santé humaine. La dénutrition contribue pour un tiers à la mortalité de l'enfant. L'augmentation des taux de surpoids et d'obésité partout dans le monde s'accompagne d'un accroissement de la fréquence des maladies chroniques telles que les cancers, les maladies cardiovasculaires et le diabète. Le nombre de victimes de ces maladies parmi les pauvres augmente, car représente la couche la plus vulnérable.

La malnutrition sévit dans la région Ouest Africaine, où plus de 16 millions d'enfants de moins de 5 ans sont chroniquement malnutris avec dans certaines régions, près d'un enfant sur deux concernés [3].

Au Mali, selon l'EDSM-V 2013, la prévalence de la malnutrition aiguë globale (insuffisance pondérale) est de 13 % chez les enfants de moins de 5 ans dont 8 % de maigreur sous forme modérée et 5 % sous la forme sévère [4].

Selon l'enquête SMART 2015, au Mali la prévalence de la malnutrition aiguë globale chez les enfants de 6 à 59 mois observée sur l'ensemble des régions et le district de Bamako est de 12,4 %.

La prévalence nationale de la malnutrition chronique globale chez les enfants de 0 à 59 mois est de 29,3%. La région de Sikasso, considérée comme une excellente zone de production de denrées alimentaires et de cotonculture voire un des greniers du Mali, affiche une situation paradoxale de taux de malnutrition. Le taux de malnutrition aiguë globale à Sikasso est de 12,5 % et la malnutrition chronique demeure préoccupante avec une prévalence de 35,5% chez les enfants de 0 à 59 mois [5].

La comparaison de cette région aux autres régions permet de mettre en exergue les déterminants spécifiques des mauvais indicateurs nutritionnels observés chez les enfants.

C'est dans cette optique que nous nous proposons d'initier cette étude pour analyser du point de vue processus organisationnel les différents aspects de la qualité de la prise en charge de la malnutrition aiguë dans le Centre de Santé de Référence de Sikasso (CS Réf), premier niveau de référence. Ce travail comprend trois parties :

- ✚ La première partie : englobe l'analyse situationnelle et le cadre théorique ;
- ✚ La deuxième partie : renferme la méthodologie et les résultats de l'enquête ;
- ✚ La troisième partie : inclut l'analyse des causes et leur priorisation, la priorisation des solutions, le plan de mise en œuvre et les recommandations mettent terme à cette étude.

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

CHAPITRE I : ANALYSE SITUATIONNELLE

Ce chapitre présente les généralités sur le Mali, dont les caractéristiques géographique, démographique, socio-économiques, et sanitaire du Mali. Ainsi ce chapitre se termine par la présentation de la région de Sikasso et le district sanitaire de Sikasso.

1.1 Généralités sur la République du Mali



Figure 1 : Carte administrative du Mali

Source : Ministère de la santé et de l'hygiène publique 2014

NB : En 2016 le Mali compte 10 Régions dont 2 nouvelles régions (la région de Ménaka et la région de Taoudéni) au lieu de 8.

1.1.1 Contexte géographique et démographique

La République du Mali est au cœur de l'Afrique Occidentale, s'étend du plein cœur du Sahara au nord, jusqu'à la limite de la zone des grandes savanes au sud.

Il s'étend du Nord au Sud sur 1.500 km et d'Est en Ouest sur 1.800 km. Il partage 7.200 km de frontière avec l'Algérie et la Mauritanie au nord, le Niger à l'Est, le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire au Sud, la Guinée Conakry au Sud-Ouest et le Sénégal à l'Ouest.

Le climat est tropical alternant une saison sèche et une saison des pluies d'une durée moyenne de 5 mois au sud et moins de 3 mois au nord ainsi que des écarts de température très élevés. Le réseau hydraulique constitué par deux grands fleuves, le Niger et le Sénégal dessert principalement le Sud du pays et une partie du Nord.

La superficie est de 1 241 248 km² (deux fois et demi la France). La population du Mali est estimée à 17 309 000 habitants en 2014 selon la direction nationale de la population du Mali (Ministère de la santé du Mali, 2014), cette population est, en outre, caractérisée par sa jeunesse : 46,6% de la population est âgée de moins de 15 ans. La population de femme en âge de procréer (15- 49 ans) représente 22% de la population totale et les enfants de moins de 5 ans (0 – 59 mois) y représentent 17 %.

Les nomades représentent 0,92% de la population. Le milieu urbain compte 3.274.727 résidents (soit 22,5%) contre 11.253.935 (soit 77,5%) pour le milieu rural. Le pays à une densité d'environ 12 habitants au Km². Cette moyenne nationale cache de très fortes disparités régionales. L'espérance de vie à la naissance est estimée à 55 ans [6].

Selon le rapport sur le développement humain 2016 du PNUD, le Mali note un faible développement humain avec un Indice de développement Humain (IDH) à 0,442 en 2015 [7].

Le Mali comprend actuellement dix régions administratives : Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou, Kidal, Taoudéni, Ménaka. Il compte 49 cercles, le district de Bamako (la capitale) et 703 communes.

1.1.2 Situation socio-économique :

Vaste pays enclavé d'Afrique de l'Ouest, désigne d'abord les pratiques culturelles observables de ses habitants. La multitude d'ethnies et l'héritage historique en font une culture riche et diversifiée, conservant à la fois ses traditions comme l'oralité avec les griots ou l'artisanat et s'ouvrant, depuis son indépendance, à la littérature, au théâtre, au cinéma et à la photographie.

Depuis l'indépendance en 1960, le Mali, ancienne colonie française, le français est la langue officielle. Elle n'est parlée que par une minorité de la population qui préfère s'exprimer dans les différentes langues nationales. Le bambara est la langue la plus parlée au Mali. Les principales autres langues sont le peulh, le sénoufo, le soninké, le sonhaï et le dogon.

La parenté à plaisanterie (*sinankunya*), également appelé *cousinage*, consiste pour deux groupes ayant des relations privilégiées (deux ethnies, ou deux clans d'une même ethnie) à s'échanger des paroles qui révèlent les vérités supposées de chacun. Les protagonistes sont obligés d'accepter ces critiques souvent féroces. Et les protagonistes ne doivent pas s'énerver, en paroles et en actions.

Le Mali présente une large gamme de milieux agroécologiques.

A l'instar des autres pays sahéliens, le développement au Mali est largement tributaire des conditions climatiques et plus particulièrement de la pluviométrie. Le Mali est un pays dont l'économie est à vocation agro - sylvo- pastorale : l'agriculture, la pêche, et l'élevage.

Ce secteur continuera à jouer un rôle moteur dans le développement économique du pays malgré les faibles productivités agricoles et animales.

Le secteur de l'artisanat/Industrie et l'exploitation minière devraient également connaître une forte expansion et un levier de l'économie. Toutes fois au regard des indicateurs de développement humain le Mali fait partie des pays qui accusent un retard d'avancement.

L'année 2015 a été marquée par le ralentissement de l'activité économique, avec un taux de croissance réel du produit intérieur brut (PIB) estimé à 5,2 %, contre 5,8 % en 2014 (INSTAT 2016). Cette baisse est due aux contreperformances du secteur agricole, qui a enregistré une croissance de 3,9 % en 2015, contre 14,8 % en 2014. Le secteur secondaire a également connu une baisse significative, enregistrant une croissance à 2,6 %, contre 9,2 % en 2014. Dans l'industrie agroalimentaire, surtout dominée par les huileries, la croissance est notamment passée de 35 % en 2014 à 18 % en 2015. Une diminution qui s'explique, en particulier, par la mauvaise performance du secteur cotonnier. En revanche, le regain d'activités poursuit dans le secteur tertiaire, avec un taux de croissance de 6,9 % en 2015, alors qu'il était de 5,7 % en 2014. Ce résultat résulte de la baisse des prix des produits pétroliers et de l'augmentation du volume des exportations d'or. D'où une amélioration des termes de l'échange en 2015 (15,2 %, contre 5,2 % en 2014). Le déficit du compte courant devrait être entièrement financé par les Investissements Directs Etrangers (IDE) dans les secteurs de l'or et des télécommunications, et par l'aide extérieure sous forme de prêts.

Les perspectives macroéconomiques à moyen terme sont bonnes : la croissance devrait se situer respectivement à 5,2 % et 5,0 % en 2016 et 2017, soutenue en partie par une augmentation de l'investissement public et une aide des bailleurs de fonds. La croissance devrait être tirée par les secteurs agricoles et tertiaires. En revanche, les analyses s'attendent à une aggravation du déficit des transactions courantes (dons compris), qui devrait atteindre respectivement 4,1 % et 5,2 % du PIB en 2016 et 2017. En cause, la baisse de la production d'or et la détérioration des termes de l'échange. Le financement du déficit devrait de nouveau être assuré par des IDE dans les secteurs de l'or et des télécommunications, et par l'aide extérieure sous forme de prêts. Les bonnes perspectives, toutefois, pourraient être compromises par des risques persistants : fragilité de la situation sécuritaire, volatilité des cours de l'or et du coton, mauvaises conditions pluviométriques.

Dans le cadre de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le Mali a réalisé, ces dernières années, des progrès pour les indicateurs suivants : scolarisation primaire universelle (OMD2), contrôle du VIH/sida (OMD 6) et accès à une source d'eau potable (OMD 7). La crise sécuritaire a cependant fragilisé ces progrès. Ils devront être consolidés dans le cadre de la mise en œuvre des objectifs de développement durable auxquels le pays a également souscrit pour la période 2015-2030 [8].

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

1.1.3.1 La politique nationale de la santé

La politique sectorielle de santé et de population adoptée par le gouvernement en 1990 définit les grandes orientations du développement du Mali.

Cette politique est fondée sur les principes des Soins de santé primaires (SSP) et de l'Initiative de Bamako. Après la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé, le PSPHR a permis d'expérimenter et d'accompagner le développement de l'approche sectorielle jusqu'en 1998 et de 1999 à 2007 le PDDSS a définitivement consacré l'approche sectorielle par la matérialisation de ses principaux piliers dont la mise en place d'un cadre unique de planification, de mise en œuvre et de suivi-évaluation, la coordination de tous les secteurs à travers des organes de pilotages et une procédure financière préférentielle commune au lieu d'une multitude de procédures.

Cependant la politique sectorielle a été reconfirmée et consacrée par la loi N° 02-049 du 22 juillet 2002 portant loi d'orientation sur la santé qui réprecise les grandes orientations de la politique nationale de santé. Ces principaux objectifs sont :

- (i) L'amélioration de la santé des populations
- (ii) L'extension de la couverture sanitaire
- (iii) La recherche d'une plus grande viabilité et de performance du système de santé.

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

- ✚ La différenciation des rôles et missions des différents échelons du système de santé. Celle-ci consiste à faire évoluer la notion de pyramide sanitaire d'une conception hiérarchique et administrative vers une conception plus fonctionnelle.
- ✚ La garantie de la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels, la rationalisation de leur distribution et de leur prescription à travers la mise en œuvre de la réforme du secteur pharmaceutique.
- ✚ La participation communautaire à la gestion du système et à la mobilisation des financements du système de santé y compris le recouvrement des coûts et l'optimisation de leur utilisation.
- ✚ La promotion d'un secteur privé dynamique et d'un secteur communautaire complémentaire du système public.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de décentralisation, le gouvernement a transféré certaines compétences et ressources aux collectivités territoriales aux niveaux communes et préfectures suivant le décret 02-314/P-RM du 04 juin 2002. La politique nationale de santé est renforcée dans sa mise en œuvre par la politique de solidarité et des personnes âgées (1993), la politique de protection sociale (2002), la politique nationale de promotion de la femme et de l'enfant (2002) et la politique nationale genre (2010).

1.1.3.2 L'organisation du système de Santé

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

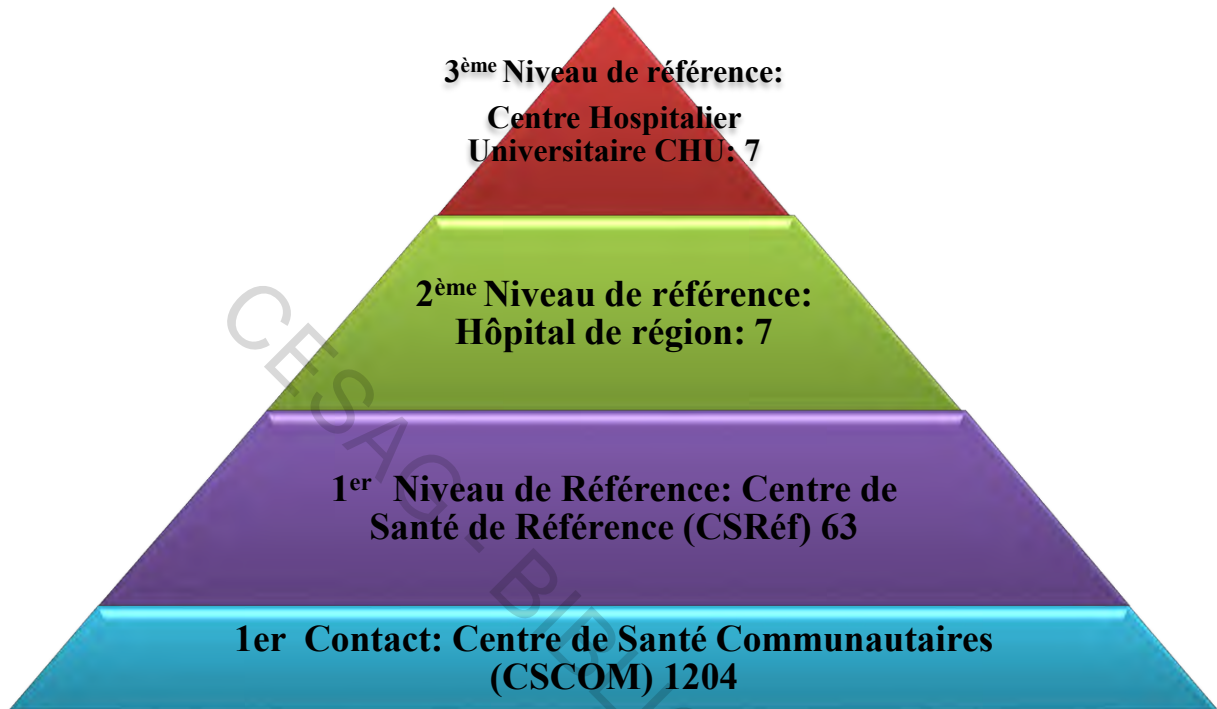


Figure 2: Pyramide sanitaire du Mali

SOURCE : Nous-même

- ❖ **Le premier niveau de contact et le premier niveau de référence : Périphériques**
 - **Centre de Santé communautaire (CSCOM) : premier niveau contact**

Le CSCOM ainsi que les infirmeries/dispensaires de soins sont les premiers niveaux de contact des services de santé avec la population.

Avec 1204 CSCOM, ce niveau offre le Paquet Minimum d'Activité (PMA) constitué de soins curatifs, préventifs, promotionnels et la gestion. En cas de complications, il réfère les patients au CSRéf avec un traitement de pré transfert. Le CSCOM coordonne et supervise toutes les activités des sites ASC.

▪ **Centre de Santé de Référence (CSRéf) composé de soixante-trois (63 en 2014) : premier niveau de référence**

Le CSRéf est le deuxième niveau de contact avec la population et le premier niveau de référence des services de santé. Tous les CSRéf sont dotés de bloc opératoire pour la prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement et autres (annuaire statistique du Ministère de la Santé du Mali, 2014). L'équipe cadre du district sanitaire inclut un médecin-chef de district qui est sous l'autorité administrative du Préfet du cercle et technique de la Direction régionale de la santé qu'elle représente, et le personnel du Centre de Santé de Référence.

❖ **Le deuxième niveau de référence : régional ou niveau intermédiaire**

Il est représenté par les régions sanitaires qui sont placées sous l'autorité administrative du Gouverneur de la région et l'autorité technique du secrétariat général du ministre de la santé. Les directions régionales de la santé y sont les organes gestionnaires et sept (7) hôpitaux régionaux constituent les structures de prestations de soins.

❖ **Le niveau central :** Il est placé sous l'autorité et la tutelle du ministère chargé de la santé et est constitué sur le plan gestionnaire par le cabinet du ministre, le secrétariat général du ministre et les services centraux ; et sur le plan de prestation de soins de sept (7) Centres hospitaliers Universitaires ou hôpitaux nationaux de troisième référence.

1.1.4 La politique nationale de nutrition au Mali

➤ **Vision et objectifs :**

La vision de la politique Nationale de Nutrition est d'assurer le droit à une nutrition adéquate à la population malienne toute entière en vue de satisfaire son bien-être et garantir un développement national durable.

L'objectif général de la Politique Nationale de Nutrition (PNN) est de contribuer à assurer à chaque malien un statut nutritionnel satisfaisant pour son bien-être et pour le développement national.

Les objectifs spécifiques ci-après listés sont ciblés d'ici 2021:

- Réduire de moitié la prévalence de la malnutrition aiguë chez les enfants de 0 à 5 ans et d'âge scolaire
- Réduire de deux tiers (2/3) la prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de 0 à 5 ans et d'âge scolaire (6 à 14 ans)
- Éliminer durablement les troubles liés aux carences en micronutriments (iode, fer, zinc et vitamine A)

- Réduire d'un tiers la prévalence de l'anémie chez les enfants de 0 à 5 ans, d'âge scolaire et les femmes en âge de procréer
- Améliorer la prise en charge nutritionnelle de la grossesse et du post-partum
- Améliorer la prise en charge des maladies chroniques liées à l'alimentation et à la nutrition
- Assurer un accès durable à une alimentation adéquate pour toute la population, en particulier pour les personnes vivant dans les zones d'insécurité alimentaire et nutritionnelle et les groupes à risque (personnes vivant avec le VIH/SIDA, la tuberculose et les personnes âgées etc.).

➤ **Les stratégies de la politique de nutrition au Mali**

• **Surveillance de la croissance et du développement de l'enfant**

Il s'agira d'assurer la prise en charge globale de l'enfant, à travers l'adaptation des courbes de croissance avec les nouvelles normes. Les enfants qui présentent des formes de malnutrition seront pris en charge selon le protocole national. Dans le cas de la malnutrition aiguë, il s'agira d'assurer la prise en charge correcte d'au moins 70% d'enfants atteints de malnutrition aiguë par an dans les formations sanitaires et au niveau communautaire dans toutes les régions.

• **Alimentation du nourrisson et du jeune Enfant**

Les pratiques inappropriées de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant sont parmi les obstacles majeurs au maintien d'un état nutritionnel adéquat et contribuent à l'élévation du niveau de la malnutrition au Mali. C'est pourquoi, une stratégie nationale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune a été adoptée en 2006 [9].

Les résultats attendus : (1) Porter et maintenir à au moins 80%, la prévalence de l'allaitement maternel exclusif chez les nourrissons de moins de six mois dans toutes les régions ; (2) Augmenter de 50% le nombre d'enfants de 6 à 23 mois qui bénéficient d'un régime alimentaire minimal acceptable en termes de fréquence et de diversité.

• **Lutte contre les carences en micronutriments**

L'apport adéquat en micronutriments particulièrement en fer, vitamine A, iode et zinc de la conception à l'âge de 24 mois est essentiel pour la croissance et le développement de l'enfant.

• **Prévention des maladies chroniques liées à l'alimentation**

L'adoption de la politique nationale et du plan d'action de lutte contre les maladies non transmissibles et leur mise en œuvre sont des priorités. Dans ce cadre, (i) l'étude de l'ampleur de ces problèmes et la prévention à travers la communication pour le développement seront soutenues. En plus de la prise en compte de ces besoins dans les enquêtes périodiques d'envergure nationale, (ii) le dépistage sera renforcé pour une meilleure prise en charge. (iii) La promotion de bonnes habitudes alimentaires et de modes de vie saine sera aussi soutenue.

- **Nutrition scolaire**

La malnutrition a des répercussions néfastes sur les performances scolaires. C'est pourquoi l'enfant d'âge scolaire est une cible prioritaire, dans le cadre du continuum de soins nutritionnels, d'amélioration des conditions des individus, des familles et des sociétés.

- **Production alimentaire familiale à petite échelle et transferts sociaux**

Le secteur rural demeure l'un des secteurs les plus importants du développement socioéconomique du Mali. La prise en compte des spécificités des communes urbaines et pastorales en insécurité alimentaire sera assurée.

- **Communication Pour le Développement (CPD)**

La Stratégie de Communication pour le Développement en nutrition doit permettre de promouvoir des comportements individuels positifs et le changement social ciblant des pratiques appropriées de nutrition maternelle, d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, de prévention et de recherche des soins pour les enfants malades. Elle est une composante stratégique d'appui majeure pour la mise en œuvre du plan d'action intersectoriel de la nutrition au Mali.

Dans le cadre de la présente politique, les résultats suivants seront recherchés sur la base de la stratégie nationale de communication pour la nutrition : i) créer une prise de conscience publique des problèmes liés à la nutrition, ii) influencer les attitudes et les comportements de ceux qui ont un impact sur les facteurs comportementaux et environnementaux de la nutrition.

- **Prise en charge de la malnutrition en général**

L'organisation de la prise en charge de la malnutrition comprend quatre volets : Le dépistage, la prise en charge du malnutri, le suivi, la référence/contre référence.

Elle s'effectue selon les trois types de prise en charge suivant :

- **URENI** (Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelles Intensive) : pour les enfants souffrant d'une malnutrition aiguë sévère avec un appétit médiocre et/ou présentant des complications médicales.

- **URENAS** (Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire Sévère) : pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère et avec un appétit modéré ou bon et ne présentant pas de complications médicales.

- **URENAM** (Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire Modérée) : pour la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée, la mobilisation communautaire en est une composante essentielle. Car elle est indispensable pour un bon dépistage actif des personnes souffrant de malnutrition aiguë et pour leur suivi à domicile durant

leur traitement en ambulatoire (URENAS/URENAM). Cependant les ASC jouent un rôle majeur dans le dépistage de la malnutrition dans la communauté.

➤ **Les étapes de la prise en charge à l'URENI**

Il s'agit de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec complication suivant le protocole de prise en charge au Mali.

Pour le cas de prise en charge en Unité de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Intensive (URENI), la réussite des activités nécessite une restructuration des services à savoir, la mise en place d'une structure appropriée (une salle de soins nutritionnel intensif, une salle pour préparation des laits thérapeutiques, une salle de stockage des intrants, une salle d'hospitalisation), du personnel qualifié.

Afin d'assurer l'accessibilité financière, l'hospitalisation et les soins de prise en charge totale de la malnutrition (pour les modérés et les sévères) doivent être gratuits à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Cette gratuité totale concerne, les médicaments et les examens complémentaires, les aliments thérapeutiques (lait F-75, F-100, Plumpy Nut), les aliments de supplémentation (farine + sucre + huile). Ces aliments sont pour l'instant fournis par des partenaires de lutte contre la malnutrition aiguë (UNICEF).

❖ **Phase aiguë ou Phase I**

Il s'agit de la phase où les enfants présentent des cas de pathologies graves, une anorexie (test de l'appétit mauvais) associée à l'état de malnutrition.

Cette phase a pour but d'amorcer le rétablissement des fonctions métaboliques de l'enfant afin de rétablir l'équilibre hydro-électrolytique, nutritionnel et empêcher une altération de son état général. Cette phase implique l'utilisation du lait thérapeutique F75 qui doit être uniquement utilisé en milieu hospitalier ou Unité de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Intensive (URENI), mais aussi le traitement des infections associées à la malnutrition.

Ce lait F75 permet de rétablir le métabolisme de base et de prévenir l'hypoglycémie mais pas d'assurer une prise de poids.

Quantité : 100 kcal/130 ml/kg/jour par enfant

Fréquence : 6 (ou 8) repas/jour et avec une horaire nutritionnelle toutes les 03 heures.

L'utilisation d'une sonde nasogastrique s'impose pour les enfants (qui n'arrivent pas à consommer plus de la moitié de leur ration de lait, vomissements répétés, difficultés respiratoires, lésions douloureuses de la bouche, etc.).

Toutes fois, certains médicaments sont administrés systématiquement aux malnutris aigus sévères. Il s'agit d'un antifongique (Nystatine), d'un antibiotique (amoxicilline ou gentamycine ou ceftriaxone), d'un antipaludique selon le protocole national (si test positif), du vaccin anti-

rougeoleux, la transfusion s'impose si taux d'hémoglobine $<$ ou égal à 4g/dl avec signe de décompensation.

❖ Phase de transition

Durant la phase de transition, un nouveau régime diététique est introduit : le lait F100 ou un autre Aliment Thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE) tel que le « Plumpy-Nut ».

Cette phase prépare le patient au traitement de la phase II à l'Unité de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Ambulatoire Sévère (URENAS). La phase de transition dure entre 1 et 5 jours, mais en général de 2 à 3 jours.

La seule différence avec la phase intensive sur le plan nutritionnel est le changement de régime. On passe alors de l'utilisation du F75 au F100 ou ATPE.

Cependant l'apport calorique augmente à raison de 130 kcal / 130 ml / kg / jour et le F100 permet de gagner du poids grâce à l'apport plus important en protéines, sodium, lipides et à la densité des autres nutriments présents dans le F100 (ce qui n'est pas le cas avec le F75 durant la phase intensive). Au cours de la phase de transition, les œdèmes qui constituent une forme de complication, peuvent disparaître sans que l'on ait une perte de poids. On peut aussi avoir une augmentation du poids jusqu'à la fonte totale des œdèmes (sans perte de poids).

❖ Phase II

Il s'agit de la phase de prise en charge à l'URENAS (CSCOM) dont l'enfant doit avoir :

- un bon appétit prendre au moins 90% de l'ATPE prescrit en phase de transition
- une fonte complète des œdèmes pour les cas de MAS avec œdèmes
- passer au moins deux jours en phase de transition
- une absence d'autres problèmes médicaux.

Telles sont quelques conditions de transfert de l'URENI à l'URENAS.

1.2 Généralités sur la Région de Sikasso

1.2.1 La Région de Sikasso

La Région de Sikasso est la troisième région administrative du Mali. Elle s'étend sur 71 790 Km² (5,8 % du territoire national).

La région est située dans l'extrême sud du pays, elle est limitée au Nord-Ouest par la région de Koulikoro, au Nord-Est par la région de Ségou, à l'Est par le Burkina Faso, au Sud par la Côte d'Ivoire et à l'Ouest par la Guinée Conakry.

Le relief est constitué de collines, de montagnes au sud, de vallées et de plaines au centre et au Nord. Le massif du Kéné Dougou (Sikasso) culmine à 800 mètres.

Sikasso constitue une partie du bassin versant du haut Niger. La région est traversée par de nombreux cours d'eau, affluents du fleuve Niger : le Sankarani au Nord qui collecte les eaux et les déverse dans le Niger en amont de Bamako et Bani au Sud qui rejoint le Niger à Mopti après avoir collecté les eaux du Baoulé, du Bagoé et du Banifing. Le climat est de type tropical soudanien, subdivisé en deux ensembles climatiques : la zone soudanienne humide et zone guinéenne. C'est la région la plus humide du pays et la plus arrosée (700 à 1500 mm/an). La température moyenne annuelle est de 27 degré celcius.

La région de Sikasso à une population de 2 625 919 habitants en 2009, les femmes représentent 50,6% de la population. Cette même population est composée de Senoufo (Sikasso), de Miniankas et bobos (Koutiala), de Peulhs (Wassoulou et Ganadougou), de Samoghos (Kadiolo), de Bambara (Bougouni) etc.

En effet, à cause de ses conditions agricoles favorables et administratives, Sikasso reçoit aujourd'hui de nombreuses autres ethnies en provenance d'autres régions du pays (Dogon, Songhoï, Sarakolé, Malinkés, Tamacheks, Bozo etc.)

Sikasso est desservie par l'aéroport international de Sikasso. Le réseau routier principal permet la liaison Bamako-Bougouni-Sikasso et Bla- Koutiala-Sikasso et la frontière ivoirienne et du Burkina Faso. La forte pluviométrie et la fertilité des sols font de la région « le grenier » du Mali. Les productions agricoles sont en effet importantes : tubercules, légumes, céréales et fruits (notamment les mangues, les oranges, le maïs, le riz, la pomme de terre, l'igname, la patate, le haricot, le sorgho, le mil, le fonio, la carotte, la tomate, etc).

La culture du coton (1^{er} produit d'exportation du pays) est particulièrement développée (deux tiers de la production malienne). La culture du thé a été développée dernièrement.

Le sous-sol de la région est riche en ressource minière : or (Mine d'or de Morila, Mine d'or de Kalana, Mine d'or de Syama, mine d'or de Nampala, Wassoulou or, Mine d'or de Faboula). Sikasso est la deuxième région industrielle du Mali après Bamako.

Située au carrefour des pays côtiers notamment de la Cote d'Ivoire, la Guinée Conakry et un pays enclavé (Burkina Faso), la région a profité des transferts de marchandises mais a subi les contrechocs de la guerre civile de côte d'Ivoire.



Figure 3 : Carte de la région de Sikasso.

Sources : OCHA – UNICEF 2014

1.2.2 Le district sanitaire de Sikasso

Le District sanitaire compte 45 aires de santé dont 42 sont fonctionnelles en 2017. Dans chaque aire de santé il y a un CSCOM et des Sites SEC où l'ASC exerce ces fonctions au profit de la communauté.

Le centre de santé de référence est la structure de santé du chef-lieu du district sanitaire de Sikasso ; il assure les fonctions de première référence technique au niveau du système de santé (coordination locale déconcentrée) telle que définies dans la politique sectorielle de santé.

1.2.2.1 Situation géographique et administrative

Le district sanitaire de Sikasso couvre une superficie de 16 246 km². Il est situé dans le cercle de Sikasso, et limité :

🚩 A l'Est par la République de Burkina Faso,

- ✚ A l'Ouest par le district sanitaire de Bougouni,
- ✚ Au Nord par les districts sanitaires de Kignan et Koutiala,
- ✚ Au Sud par les districts de Kadiolo et Kolondiéba.

Dans l'ensemble le relief du cercle de Sikasso est faiblement accidenté. L'altitude moyenne varie entre 350 et 400m. Collines ou buttes et bas-fonds alternent avec une forte dominance de cuirasses latéritiques sur les sommets.

Le climat est de type tropical humide ou climat Soudanien avec une alternance saisonnière bien marquée : une saison des pluies de Mai à Octobre et une saison sèche de Novembre à Avril. La pluviométrie moyenne se situe au tour de 1000 mm /an. Mais des irrégularités existent, des années favorables peuvent enregistrer 1200 mm tandis que pendant les années de sécheresse, les hauteurs de pluies tournent autour de 900 mm. La végétation est composée surtout de forêts claires, de savanes boisées, arbustives et herbeuses.

1.2.2.2 Les caractéristiques économiques

Elle dispose de grandes potentialités dans le domaine du commerce, de l'agriculture, l'élevage, de la pêche. L'exploitation par la population de ces ressources a engendré des activités économiques diverses dans tous les secteurs de l'économie du cercle notamment :

Le cercle de Sikasso est une zone de production des céréales sèche, des tubercules, des légumes et du coton. L'élevage est de plus en plus développé dans le cercle.

Les industries sont représentées par les usines d'égrenage de coton de la CMDT, les huileries et les savonneries qui offrent de l'huile de qualité et en quantité insuffisante.

Au point de vue de sa situation frontalière avec le Burkina Faso, le commerce est une activité très développée à Sikasso.

Le cercle de Sikasso joue un très grand rôle en matière d'échanges extérieures au Mali et exporte ainsi beaucoup de produits agricoles et d'élevage; cependant il importe aussi des produits alimentaires, des matériaux de construction, des produits pharmaceutiques, des équipements agricoles et des semences de pommes de terre.

1.2.2.3 Les caractéristiques démographiques et socioculturelles

La population du District est de 709 691 habitants (4ème RGPH 2009), avec une densité de 41,22 habitants au km². Les ethnies dominantes sont : les Sénoufos, les Miniankas les Bambaras et les peulhs.

La ville de Sikasso est située à 380 km du district de Bamako sur l'axe Bamako-Zégoua (route nationale n° 7).

La population de Sikasso est constituée à plus de 80% de ruraux et pratique comme activités principales, l'agriculture, le commerce, la pêche et la foresterie.

Elle est sédentaire dans son ensemble malgré quelques vagues de migration temporaires en direction de Bamako, Ségou et Côte d'Ivoire. Trois croyances dominent le paysage religieux : l'islam, le christianisme et l'animisme.

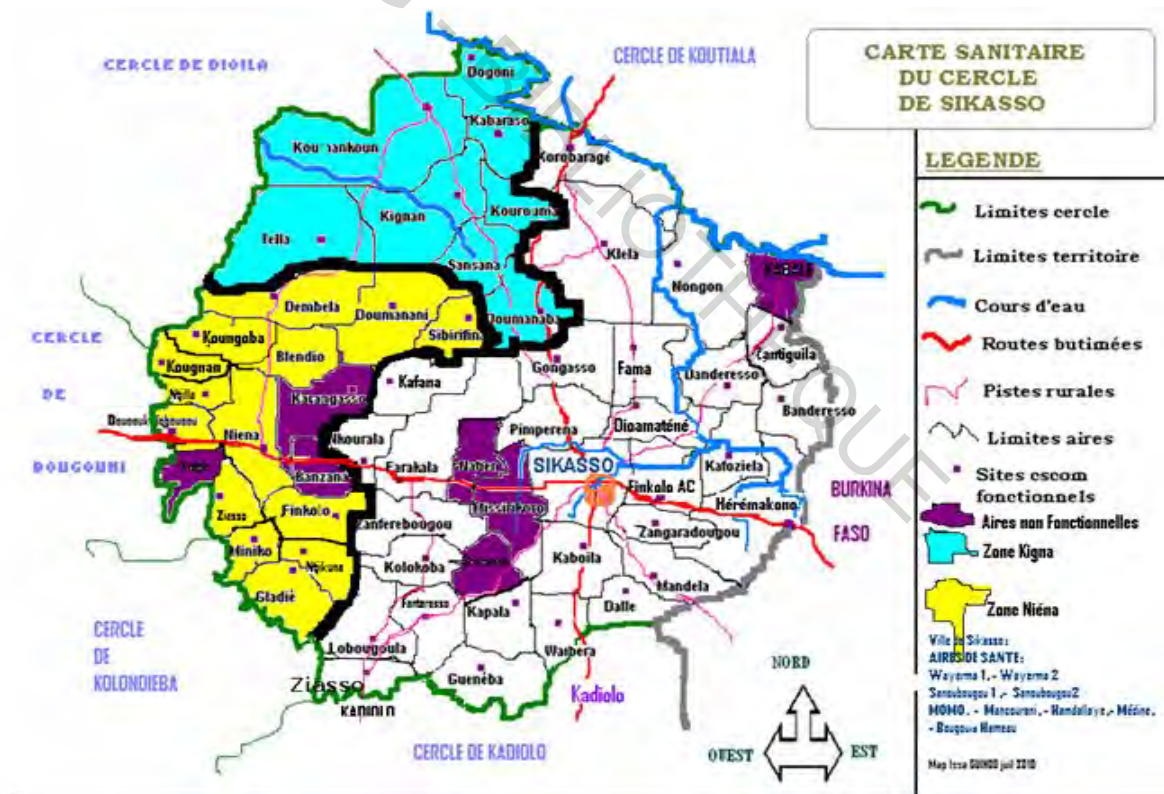


Figure 4 : Carte sanitaire du District de Sikasso

Source : CSREF Sikasso

➤ **Cadre législatif et réglementaire**

La loi N° 93-008 du 11 février 1993 déterminant la libre administration des collectivités territoriales, modifiée et dispose en son article 4 que tout transfert de compétences à une collectivité territoriale doit être accompagné du transfert concomitant par l'Etat à celle-ci des ressources et moyens nécessaires à l'exercice normal de ces compétences.

La loi N° 95-034 du 12 avril 1995 (modifiée par la loi n°98-066 du 30 décembre 1998) définit en ses articles 14, 83 et 131 les attributions respectives du Conseil Communal, du Conseil de Cercle et de l'Assemblée Régionale. Elle précise entre autres leurs responsabilités en matière de création et de gestion des structures sanitaires.

Ainsi, le Conseil Communal et le Conseil de cercle assument la responsabilité de la création et de la gestion de centres de santé et le Conseil Régional en ce qui concerne les hôpitaux régionaux.

Par ailleurs, le décret 02-314 du 04 juin 2002 fixant le détail des compétences transférées de l'Etat aux collectivités territoriales des niveaux Commune et Cercle en matière de santé précise davantage les responsabilités de la commune et cercle en matière de santé.

En tant que structure transférée aux collectivités territoriales de Cercle (Conseil de Cercle), le CSRéf est administré par un conseil de gestion présidé par le Préfet du Cercle dont la composition, l'organisation et les missions sont définies par le décret N°2012-508/PM-RM du 19 Septembre 2012 portant modification du N°10-149/PM-RM du 18 mars 2010 portant création des organes d'orientation, de coordination et d'évaluation du PRODESS est au niveau du cercle ou de la commune du district de Bamako, l'organe de coordination du PRODESS.

❖ **Vision du Centre de Santé de Référence de Sikasso**

« Faire du CSREF de Sikasso un établissement où les clients sont satisfaits de la qualité des services offerts ».

❖ **Missions du Centre de Santé de Référence de Sikasso**

Sa mission consiste à :

- ✚ Elaborer la Carte Sanitaire du Cercle

- ✚ Conduire l'installation de Centres de Santé Communautaires prévus dans le plan de développement socio sanitaire de cercle
- ✚ Développer l'offre du paquet minimum d'activités de soins de santé dans les CSCOM et paquet maximum au CSRéf et la supervision de ce processus et en rendre compte au comité de santé (ASACO)
- ✚ Promouvoir le développement harmonieux et adéquat de la participation communautaire à la gestion de la santé
- ✚ Utiliser judicieusement des ressources allouées pour le développement des opérations. Plus spécifiquement garantir le retour d'information en temps voulu sur les allocations financières
- ✚ Optimiser l'accueil, l'information et de l'orientation des usagers
- ✚ Faire l'appui conseil aux collectivités territoriales en matière de politiques de santé à l'échelon district sanitaire
- ✚ Permettre l'appui technique aux projets intervenant dans la santé
- ✚ Assurer la planification, la formation et l'information sanitaire
- ✚ Permettre le Suivi/Evaluation.

Notre étude s'est déroulée à l'URENI de la pédiatrie du CSREF de Sikasso qui est le premier niveau de référence du District sanitaire de Sikasso.

1.2.2.4 Les Partenaires du district sanitaire de Sikasso

Tableau I : les partenaires du CSRéf

PARTENAIRES DU DISTRICT	Domaine d'intervention
USAID/SSGI	SR (santé de la reproduction)
OMS	SR
USAID/KJK (keneya jèmukan)	SR
PSI	SR/Nutrition/paludisme/laboratoire
FNUAP	SR
AGIR	SR
COOPERATION NERLANDAISE	SR
BANQUE MONDIALE	SR
FUSTULA MALI	SR
UNICEF	SR/nutrition
Marie Stop	SR
USAID ASSIST	SR
CRM (croix rouge malienne)	SEC
FELASCOM/ASACO	SR
AMPPF	SR
RECOTRADE	SR
CAFO	SR
UTM (Union Technique de la mutualité)	SR
URTEL	SR
UNAFM	SR
SANTE SUD	Tuberculose
SAVE THE CHILDREN	BORNE ON TIME/Nutrition
PRSSD (projet de renforcement de système de santé décentralisé)	Comité Qualité/Egalité et Equité Genre
HANDICAP International	IMC (Infirmitté motrice cérébrale)

Source : Nous-même

1.2.2.5 Organigramme structurel du CSRef de Sikasso

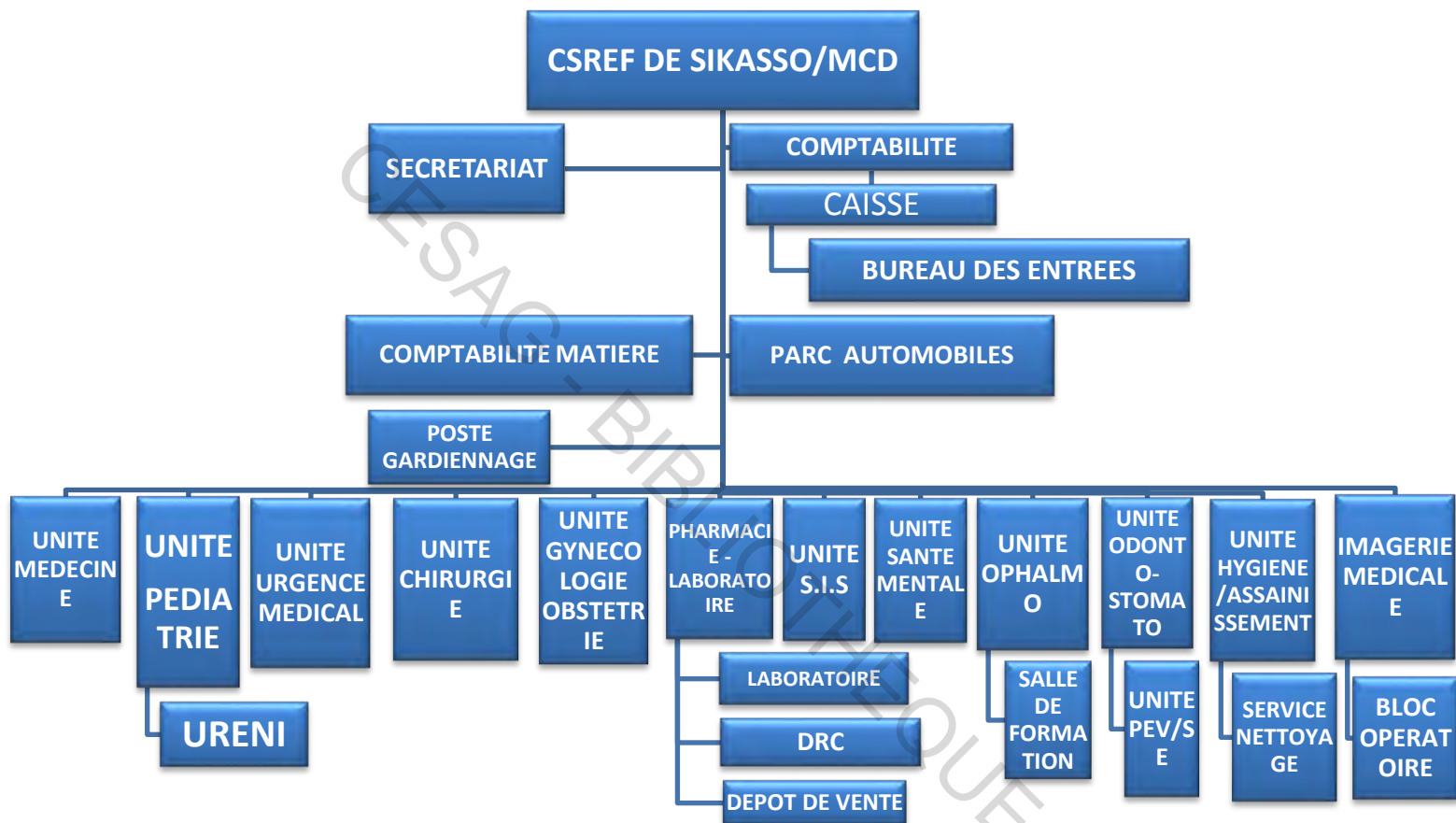


Figure 5 : Organigramme structurel du CSRef

Source : CSRef

1.2.2.6 Organigramme structurel du service de pédiatrie

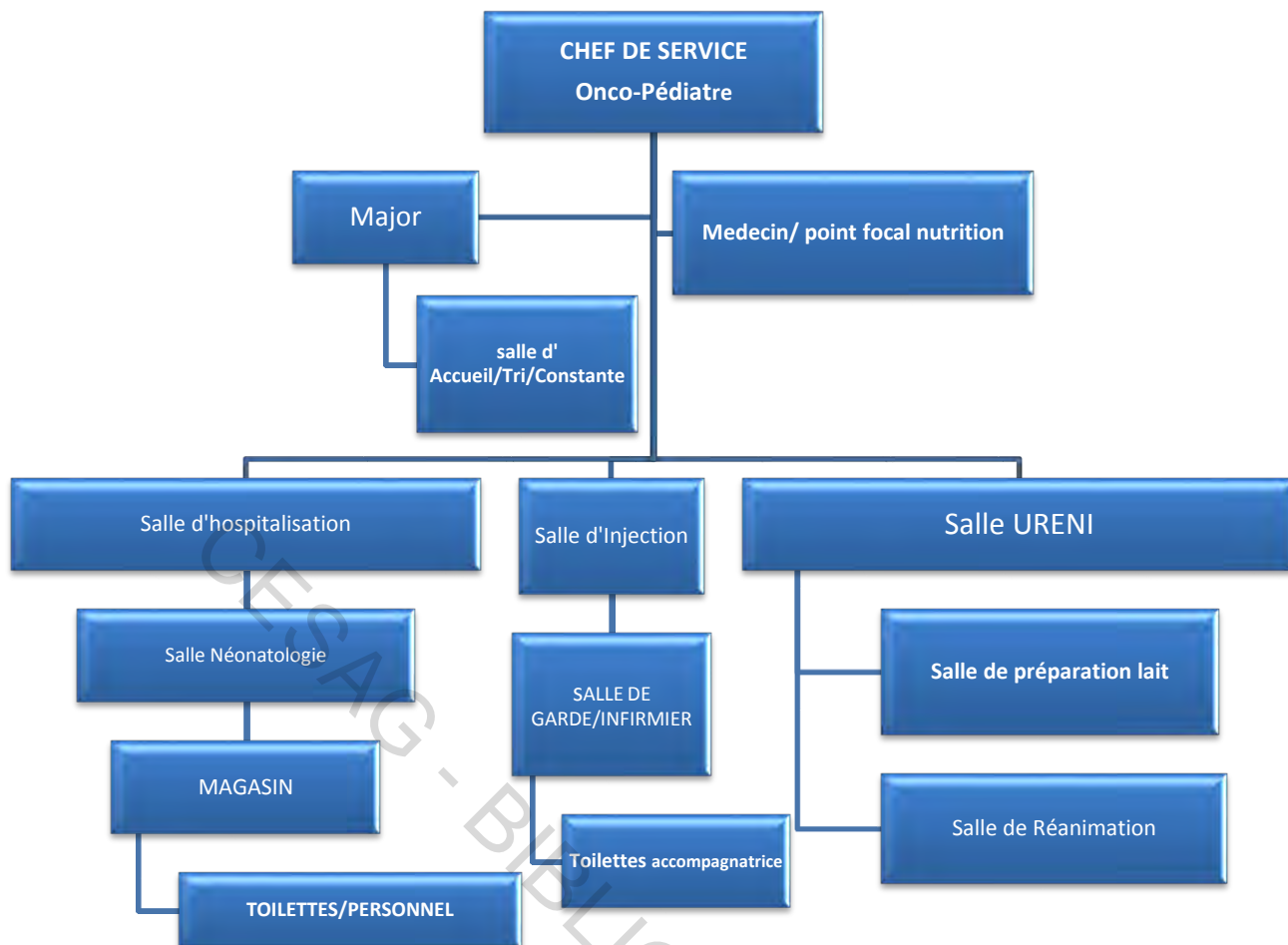


Figure 6 : Organigramme structurel du service de pédiatrie

Source : Nous-même

1.2.2.7 Configuration du service de Pédiatrie

Le centre de santé ne dispose pas de service exclusif pour la prise en charge des enfants malnutris aigus sévères, c'est-à-dire une Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive (URENI). Ainsi l'Unité de Récupération d'Education Nutritionnelle et Intensive (URENI) est logée au service de pédiatrie. Le service de pédiatrie est composé de 2 bâtiments relié par une terrasse

1^{er} Bâtiment est composé :

- du bureau de consultation du chef de service, Onco-pédiatre
- du bureau du médecin généraliste/ point focal nutrition du district
- du bureau du major du service
- d'un box de prise de constante/paramètres anthropométriques/accueil
- d'un hall d'attente

Entre ces 2 bâtiments se trouve un hangar et un habrit d'un coté

2^{ème} Bâtiment est composé de :

- une grande salle d'hospitalisation de 8 lits
- une salle de néonatalogie
- un magasin
- 3 toilettes pour le personnel
- une salle de garde pour infirmier(ère)
- une salle de réanimation de 2 lits
- une grande salle d'URENI de 7 lits
- une salle de préparation de lait pour les malnutris
- une salle d'injection.

Derrière ce 2^{ème} bâtiment se trouve 5 toilettes pour les accompagnatrices/accompagnateurs

1.2.2.8 Personnel du service de pédiatrie

Au niveau des ressources humaines, il comporte 11 agents dont : un médecin pédiatre, un médecin généraliste, deux infirmières d'Etat (Major), six techniciennes de santé(TS), un technicien de santé et un manœuvre de nettoyage.

Au niveau du personnel de soutien :

Il se compose de six médecins d'appuis exclusivement pour les gardes et un étudiant thésard. Les stagiaires du service sont au nombre de neuf (09), pendant ma période de stage.

1.2.2.9 Synthèse de l'analyse Situationnelle

Forces

- ✓ Existence d'une carte sanitaire à jour, riche de 46 aires de santé dont 41 fonctionnelles ;
- ✓ Disponibilité de personnel médical
- ✓ Appui de l'Etat ;
- ✓ Administration dynamique, proactive dont le leadership ne souffre d'aucune zone d'ombre ;
- ✓ Existence d'un plan quinquennal de Développement Sanitaire et Social 2014-2018 ;
- ✓ Disponibilité des données comptables et financières ;
- ✓ Existence d'un Système local d'Information sanitaire (SLIS) ;
- ✓ Tenue régulière de réunions d'informations (staff du mardi de tout le personnel);
- ✓ Proximité du commissariat du 1^{er} arrondissement (assurant une sécurité dissuasive) ;
- ✓ Existence d'un comité de la qualité des soins de santé au CSRéf
- ✓ Engagement de la Direction Régionale de la Santé aux côtés du CSRéf.

Faiblesses

- ✓ Inexistence d'un règlement intérieur
- ✓ Insuffisance de formation continue de certaines catégories de personnel
- ✓ Insuffisance du nombre de spécialistes (Urgentiste, ORL, Infectiologue, dermatologue)
- ✓ Configuration architecturale actuelle du CSRéf non appropriée pour un CSRéf
- ✓ Insuffisance de moyens logistiques
- ✓ Insuffisance de continuité de soins après les heures de travail (absence de garde des Médecins effective)
- ✓ Absence de boîte à suggestions dans les unités du CSRéf
- ✓ Absence de réseaux de communication entre CSCom-CSRéf et CSCom-CSCom (Insuffisance de la maintenance du réseau de communication du District : RAC)
- ✓ Absence d'enquête de satisfaction
- ✓ Absence de charte du malade.
- ✓ L'absence de description de poste.

Opportunités

- ✓ Le CSRéf est situé en plein centre-ville de Sikasso sur l'ancien site de l'hôpital régional à proximité du grand marché. De ce fait, il est bien connu et apprécié du grand public;
- ✓ Facilité d'accès du CSRéf aux usagers ;
- ✓ Forte fréquentation du CSRéf et du service de pédiatrie
- ✓ Selon les rumeurs le CSRéf bénéficierait d'une bonne image auprès des usagers ;
- ✓ Existence de nombreux partenaires ;
- ✓ Centre de référence pour les 46 aires de santé

Menaces

- ✓ Insécurité dans le pays et les pays frontaliers (Burkina Faso, Cote d'Ivoire) avec la région.

1.3 Identification des Problèmes et leur Priorisation

1.3.1 Identification des Problèmes

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

- ✓ **L'entretien** avec le personnel de prise en charge (11 personnes) et les accompagnatrices des enfants malnutris sévère avec complication (37 personnes)
- ✓ **L'observation** de l'organisation et des activités de prise en charge des malnutris
- ✓ **La revue documentaire** basée sur le protocole national de prise en charge de la malnutrition sévère avec complication et les études effectuées à l'URENI.

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

- Insuffisance de la qualité de l'accueil au service
- Temps d'attente de consultation est long
- Les dossiers d'hospitalisations sont incomplets
- Insuffisance de lit d'hospitalisation à l'URENI
- Les examens complémentaires ne sont pas totalement gratuits
- Insuffisance de formation du personnel à la PECMA hospitalière
- Absence de personnel exclusivement réservé à l'URENI
- Insuffisance de motivation du personnel à la PEC des malnutris
- Absence de liste d'URENAS et les jours de suivi non affiché
- Arrêt des séances d'éducation nutritionnelle
- Rupture des médicaments au DRC
- Infrastructures de l'URENI sont peu adaptés
- La restauration des accompagnatrices n'est pas prise en charge
- Les médicaments de prise en charge ne sont pas entièrement gratuits.

1.3.2 Priorisation des Problèmes

Cette priorisation a été faite en présence du personnel administratif et technique et quelque partenaire du CSRéf (le médecin chef du district, un médecin de la croix rouge, un médecin de la DRS, le chef de service de la pédiatrie, le médecin point focal nutrition du district, le major du service et moi-même) soit au total 7 personnes. Nous avons divisé l'assemblée en trois groupes et nous avons procédé à un vote pondéré pour la priorisation des problèmes selon les critères suivants :

- **Ampleur du problème** : c'est l'étendue du problème avec son importance dans la structure, elle prend en compte les différents domaines touchés par le problème dans la structure et son impact.
- **Gravité du problème** : ce qui est en rapport avec les différentes conséquences de sa non résolution.
- **Solvabilité du problème** : c'est la possibilité d'apporter une solution au problème avec les moyens (humains, financiers, techniques, organisationnels) dont disposent le service lui-même.

La ponctuation des critères a été faite de la manière suivante :

Elevé : 5 **Moyen : 3** **Faible : 1**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau II : Priorisation des Problèmes

PROBLEMES	CRITERES			Score	Rang
	Ampleur	Gravité	Solvabilité		
1- Insuffisance de la qualité de l'accueil au service	5 + 3 + 5	3 + 3 + 3	5 + 5 + 5	37	1 ^{er}
2- Temps d'attente de consultation est long (sup ou = 30 mn)	1 + 5 + 1	3 + 5 + 3	3 + 3 + 5	29	4 ^{ème} ex
3- Les dossiers d'hospitalisations sont incomplets	3 + 3 + 3	1 + 1 + 3	5 + 5 + 5	29	4 ^{ème} ex
4- Insuffisance de lit d'hospitalisation à l'URENI	5 + 3 + 3	3 + 3 + 3	1 + 3 + 3	27	7 ^{ème}
5- Les examens complémentaires ne sont pas totalement gratuits	3 + 3 + 3	3 + 3 + 3	1 + 3 + 1	23	10 ^{ème}
6- Insuffisance de formation du personnel à la PECMA hospitalière	3 + 3 + 3	1 + 3 + 3	3 + 3 + 3	25	8 ^{ème} ex
7- Absence de personnel exclusivement réservé à l'URENI	1 + 3 + 1	5 + 3 + 1	1 + 1 + 1	17	12 ^{ème} ex
8- Insuffisance de motivation du personnel à la PEC des malnutris	1 + 1 + 1	1 + 1 + 3	1 + 3 + 1	13	14 ^{ème}
9- Absence de liste d'URENAS et les jours de suivi non affiché au service	3 + 3 + 5	3 + 3 + 3	3 + 5 + 3	31	3 ^{ème}
10- Arrêt des séances d'éducation nutritionnelle	5 + 5 + 3	5 + 3 + 3	3 + 3 + 3	33	2 ^{ème}
11- Rupture des médicaments au DRC	1 + 5 + 5	5 + 5 + 5	1 + 1 + 1	29	4 ^{ème} ex
12- Infrastructures de l'URENI sont peu adaptés	3 + 3 + 3	5 + 5 + 3	1 + 1 + 1	25	8 ^{ème} ex
13- La restauration des accompagnatrices n'est pas prise en charge	1 + 3 + 1	1 + 5 + 3	1 + 1 + 1	17	12 ^{ème} ex
14- Les médicaments de prise en charge ne sont pas entièrement gratuits	1 + 3 + 3	3 + 3 + 3	3 + 1 + 1	21	11 ^{ème}

Source : Nous-même

Cette hiérarchisation a mis en exergue l'**Insuffisance de la qualité de l'accueil** au service de pédiatrie où se trouve loger l'Unité de Récupération et d'Education Nutritionnel Intensif (URENI) qui a été comme problème prioritaire, car elle a enregistré le score le plus élevé avec **37 points**.

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

Ce chapitre énonce successivement :

- **La problématique** (formulation, Ampleur, conséquence, contexte et justification, et le But de l'étude),
- **L'intérêt de l'étude.**
- **Les objectifs de l'étude** (Objectif général et spécifique),

2.1 La problématique de l'Etude

2.1.1 Formulation du Problème

Le centre de santé de référence (CSRéf) de Sikasso est l'établissement de 1^{er} niveau de référence avec 46 aires de santé (41 fonctionnelles), dans lequel se trouve un service de pédiatrie où est logée l'URENI. L'URENI est accréditée dans la prise en charge des enfants souffrant de la malnutrition aiguë sévère avec complication. Elle doit assumer pleinement sa vocation à être un lieu où l'accueil est garanti dans les conditions les mieux possibles. A cet effet elle doit répondre aux besoins des usagers en termes de soins mais aussi de ressources humaines (besoin d'être orienté, de comprendre, d'être bien accueilli).

L'accueil est un processus continu qui concerne le patient depuis son entrée dans le centre jusqu'à sa sortie. L'accueil des patients concerne les domaines qui entourent les activités de soins et contribuent à ce que le passage du patient se déroule le mieux possible [10].

Aujourd'hui, face à la concurrence et à l'exigence de résultats dans la prestation de soins il s'avère urgent pour le CSRéf de savoir mieux accueillir [11].

2.1.2 Ampleur du Problème

Les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère (MAS) sont neuf fois plus susceptibles de mourir que les enfants en bonne santé [12].

Le district sanitaire de Sikasso reçoit dans son Centre de Santé de Référence (CSRéf), les cas de malnutrition aiguë sévère avec complications, référés par les Centres de Santé Communautaire (CSCoM) ruraux et urbains, au niveau de son Unité de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Intensive (URENI).

L'amélioration de la qualité de l'accueil des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère avec complication en tant que facteur de performance demeure une préoccupation constante pour les structures de santé car d'elle, dépend la fréquentation de la structure et donc sa pérennité.

L'organisation de l'accueil est définie comme une entité à trois dimensions internes que sont : la structure, la culture et les individus [13 14].

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

Les informations recueillies auprès du personnel, des accompagnatrices et les observations faites tout au long de notre stage montrent l'urgence de la question de l'accueil au service de pédiatrie où se trouve l'URENI pour la prise en charge des enfants malnutris sévère avec complication. Il a été noté une insuffisance de la qualité de l'accueil au service, long temps d'attente de consultation, les dossiers d'hospitalisations sont incomplets, insuffisance de lit d'hospitalisation à l'URENI, les examens complémentaires ne sont pas totalement gratuits, l'insuffisance de formation du personnel à la PCIMA hospitalière, l'absence de personnel exclusivement réservé à l'URENI, l'insuffisance de motivation du personnel à la PEC des malnutris, l'arrêt des séances d'éducation nutritionnelle, la rupture des médicaments au DRC, les infrastructures de l'URENI sont peu adaptés, la restauration des accompagnatrices n'est pas prise en charge, les médicaments de prise en charge ne sont pas entièrement gratuits, la salle de tri des malades sert d'accueil de prise des constantes et de mesure anthropométrique.

2.1.3 Conséquences du problème

Les conséquences du problème d'accueil sont multiples et peuvent donc nuire au bon fonctionnement du service si une solution n'est pas mise en œuvre.

L'accueil des clients /usagers est une activité à partir de laquelle, un jugement est porté sur l'ensemble de l'établissement. Une bonne partie de réputation du CSRéf en dépend.

Si l'accueil y est bien fait, à hauteur de l'attente des usagers ; l'image du service est en général bien perçue par les populations.

La littérature nous renseigne que la mauvaise organisation de l'accueil se traduit par un temps d'attente très long puisque les patients attendent des heures durant [12]. De même, le mauvais accueil était à l'origine de l'abandon du secteur public au profit du secteur privé [15].

Un seul client / usager déçu en informera dix autres. Sept clients mécontents sur dix reviennent si vous réglez le différend en leur faveur. Et si le problème est résolu sur le champ, 95% d'entre eux traiteront à nouveau avec vous [16].

Outre ceux-ci ; les recommandés (les arrangements demandés par le personnel interne ou externe du service) désorganisent et perturbent l'ordre de la file d'attente des clients. Le recommandé ou l'arrangé passe en général et pris en priorité, au détriment des autres. Ceci crée des énervements chez les autres qui suivent l'ordre d'arrivée.

De ce fait, il est généralement rentable d'améliorer la qualité des services car le service associé à la qualité offre à la fois un avantage commercial, financier et de santé publique.

Pour ce qui nous concerne, les conséquences peuvent être multiples :

- ✓ La sous fréquentation du service à cause des conditions d'accueil ;
- ✓ La baisse des recettes du service ;
- ✓ La démotivation du personnel due au cadre d'accueil non approprié ;
- ✓ La mauvaise réputation/image du CSRéf.
- ✓ Les abandons du traitement hospitalier
- ✓ Les décès des malnutris aigue sévère avec complication
- ✓ Les refus d'hospitalisation à l'URENI

2.1.4 Contexte et justification du problème

D'après le Pr Tiahou « Quand l'accueil est mal fait, on reçoit très peu de patients et les hôpitaux sont désertés. Mais, lorsque les gens sont bien accueillis, l'hôpital est bien fréquenté et on peut avoir les ressources nécessaires pour améliorer les prestations. » [16].

L'amélioration de la qualité de l'accueil au service de pédiatrie est indispensable dans la mesure où cela va avoir un impact considérable sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge de la malnutrition.

Cette amélioration va nécessiter une formation du personnel sur l'accueil de même que l'aménagement et équipement d'un espace d'accueil pour le service.

Tout cela nous motive à mener une étude au Service de pédiatrie du CSRéf de Sikasso pour contribuer à la réduction du temps d'attente des patients et par conséquent à la réduction du taux d'abandon, des refus d'hospitalisations voire la mortalité dans le service.

2.2 Intérêt de l'étude :

A travers la méthode de résolution des problèmes, la présente étude relative à l'amélioration de la qualité de l'accueil dans la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec complication présente un intérêt particulier au service de pédiatrie, au stagiaire et au CESAG.

❖ Pour le service de pédiatrie cette étude permettra :

- D'améliorer la qualité des prestations de soins ;
- D'optimiser les indicateurs de performance du service ;
- De contribuer à la résolution des problèmes du service de pédiatrie du CSRéf.

❖ Pour le CESAG l'étude permettra :

De confirmer son leadership comme pool d'excellence dans la formation des managers de la santé en Afrique francophone et d'apporter un plus dans l'enrichissement de la bibliothèque du CESAG.

❖ Pour le stagiaire l'étude permettra :

D'appliquer les connaissances acquises durant la formation théorique, notamment les méthodes d'identification et analyse des problèmes de santé ; la méthode de résolution des problèmes (MRP) gage du renforcement des compétences professionnelles.

2.3 But de l'étude

Contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec complication dans le CSRéf de Sikasso.

2.4 Objectifs de l'étude

2.4.1 Objectif général

Améliorer la qualité de l'accueil des enfants de 6-59 mois souffrant de la malnutrition aiguë sévère avec complication dans le centre de sante de référence de Sikasso.

2.4.2 Objectifs spécifiques

- ✚ Identifier les causes des insuffisances de la qualité de l'accueil des enfants à l'URENI
- ✚ Mesurer le niveau de l'accueil dans la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec complication à l'URENI
- ✚ Recueillir les impressions et les suggestions des usagers et des prestataires de la qualité de l'accueil dans la prise en charge.
- ✚ Déterminer les indicateurs de performance de l'URENI à la sortie des enfants.
- ✚ Proposer des solutions d'amélioration de l'accueil des enfants malnutris et faire des recommandations.

2.5 Définitions et concepts liés à l'étude

Service : c'est le résultat d'un processus ; un service est le résultat d'au moins une activité nécessairement réalisée à l'interface entre le fournisseur et le client et est généralement immatériel.

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

- A l'état actuel de la science
- Au meilleur cout pour un même résultat
- Au moindre risque iatrogène pour le patient
- Pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.

Qualité de l'accueil : c'est l'aptitude comportementale que peut avoir un prestataire ou fournisseur vis-à-vis d'un client afin de satisfaire à ses exigences.

Accueil : selon le Petit Larousse, l'accueil est « une action, manière d'accueillir (un accueil très chaleureux) ; c'est un lieu où, dans une administration, une entreprise, on accueille les visiteurs. Centre d'accueil : centre destiné à recevoir des sinistrés, des réfugiés, etc. ». Cette définition montre bien que l'accueil peut avoir plusieurs sens, une action, un lieu ou une manière d'être. Pour Rosette Poletti, accueillir est « un acte ou une attitude capitale qui permet à celui qui vient d'entrer en contact avec celui qui est déjà là ».

Le processus d'accueil comporte trois dimensions : la dimension culturelle ou organisationnelle, la dimension structurelle et la dimension humaine ou comportementale.

Pour accueillir correctement, il faut tenir compte de l'interaction de ces trois dimensions [14].

URENI (Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive) : c'est l'unité pour les enfants souffrant d'une malnutrition aiguë sévère avec un appétit médiocre et/ou présentant des complications.

Prise en charge : par prise en charge d'un patient, il faut entendre la prise en charge médicale et psychosociale. Elle consiste d'une part, à affirmer le diagnostic, administrer les médicaments spécifiques au malade et à la surveillance de leur évolution et d'autre part, à conseiller le malade [17]. Donc la prise en charge d'un malade ne se limite pas seulement à lui administrer des médicaments, mais à chercher aussi à le comprendre, à le conseiller et à faire une éducation nutritionnelle.

Les structures de soins ont pour fonction d'assurer l'accueil, le suivi, et la prise en charge médicale et nutritionnelle des patients. Elles doivent également permettre l'accès à une prise en charge globale, cohérence entre l'aspect médical, social, nutritionnel, éducationnel, psychologique de la malnutrition aiguë sévère.

La malnutrition :

C'est un état anormal résultant de l'insuffisance ou de l'excès d'un ou de plusieurs éléments nutritifs essentiels pour la croissance normale et le bon fonctionnement de l'organisme.

Il existe deux formes de malnutrition : la malnutrition chronique et la malnutrition aiguë [18].

- La malnutrition chronique ou retard de croissance se détermine par un indice Taille pour Age inférieur à -2 Z score (la référence OMS).
- La malnutrition aiguë qui comprend

La malnutrition aiguë modérée (MAM) et la malnutrition aiguë sévère (MAS) :

- ✓ La malnutrition aiguë modérée (MAM) se détermine par un indice Poids pour Taille compris entre -3 et - 2 Z-scores (référence OMS de croissance de l'enfant) chez

l'enfant âgé de 6 mois à 59 mois ou un périmètre brachial (PB) compris entre 115 et 125 mm chez l'enfant âgé de 6 à 59 mois, en l'absence d'œdème

- ✓ La malnutrition aiguë sévère (MAS) se détermine par un indice Poids pour Taille inférieur à - 3 Z-scores (référence OMS) chez l'enfant âgé de 6 mois à 59 mois ou un PB inférieur à 115 mm chez l'enfant âgé de 6 à 59 mois et/ou la présence d'œdèmes bilatéraux. Elle peut être accompagnée ou non d'autres complications.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

DEUXIEME PARTIE :
METHODOLOGIE
ET RESULTATS DE L'ENQUETE

CHAPITRE III : METHODOLOGIE

3.1 Type d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale, qualitative et quantitative au service de pédiatrie avec une approche de résolution de problème.

3.2 Lieu d'étude :

L'étude s'est déroulée à l'URENI du service de pédiatrie au Centre de Santé de Référence (CSRéf) de Sikasso au Mali, du 03 Juillet au 30 Septembre 2017.

3.3 La population de l'étude :

Notre population était constituée des enfants de 6 à 59 mois avec une malnutrition aiguë sévère avec complication, les accompagnants des enfants malnutris et le personnel de la pédiatrie du CSRéf de Sikasso.

3.4 Les méthodes et outils de collecte des données

Les outils et méthodes ont varié en fonction des étapes :

- La revue documentaire
- L'observation : qui a consisté à observer le processus de prise en charge, son organisation et de l'exécution des tâches des prestataires à partir d'une fiche d'enquête.
- Les entretiens : qui ont consisté à adresser un questionnaire aux accompagnants des malnutris et un guide d'entretien au personnel de prise en charge de l'URENI.

Dans l'identification du problème : en plus de l'observation sur la conduite des activités de l'accueil, nous avons procédé à des entretiens avec le personnel de la pédiatrie et les accompagnatrices des enfants malnutris.

Dans l'analyse des causes : les outils utilisés étaient le diagramme d'Ishikawa, le diagramme de Pareto, le brainstorming pour le vote pondéré afin de prioriser les causes.

Dans l'analyse des solutions et leurs priorisations : Pour ce faire, l'équipe a proposé ces solutions, aussi la revue de la littérature nous a permis d'identifier plusieurs solutions. Nous avons utilisé des critères pour la priorisation de la solution à partir d'une pondération.

Dans la mise en œuvre de la solution : un chronogramme a été établi avec des objectifs du projet, un cadre logique, un plan d'action opérationnel, un budget, et le suivi et l'évaluation.

En ce qui concerne l'évaluation : Nous ferons l'état d'avancement de la mise en œuvre à cause des impératifs de temps. Nous avons sollicité l'équipe cadre du district a mené une évaluation de processus.

3.5 La méthode d'analyse des données :

Nous avons essentiellement collecté les données avec les fiches d'enquêtes, puis traité et analysé à partir des logiciels Microsoft Office (Word et Excel 2016) et Epi info version 3.5.1.

3.6 Le Pré-test :

Le pré-test s'est déroulé du 10 au 15 Juillet 2017. Les outils de collecte de données ont été testés au service de pédiatrie de l'hôpital régional de Sikasso.

3.7 Taille de l'échantillon :

Nous avons procédé à un recrutement exhaustif pendant la période de stage.

Les 11 agents de la pédiatrie ont accepté de répondre à nos questions (2 médecins, 8 infirmières et un infirmier) ainsi que 37 accompagnatrices/accompagnateurs des enfants malnutris aigue sévère avec complication de 6 à 59 mois admis à l'URENI.

3.8 Déroulement de l'étude :

L'étude s'est étendue sur 3 mois du 03 Juillet au 30 Septembre 2017. Le tableau III renseigne sur le déroulement de l'étude.

Enquête de terrain du 17 juillet 2017 au 16 Aout 2017 : 30 jours

Analyse et interprétation du 17 au 31 Aout 2017 : 15 jours

Restitution et résolution de problèmes du 4 au 11 Septembre : 7 jours

Rédaction du mémoire 12 Septembre au 08 Octobre 2017 : 27 jours.

Tableau III : Déroulement de l'étude

Activités	Période											
	Juillet 2017				Aout 2017				Septembre 2017			
Période	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Revue de la littérature												
Collecte des données												
Analyse des données												
Restitution et résolution de problèmes												
Rédaction du mémoire												

Source : nous-même

CHAPITRE IV : RESULTATS ET ANALYSE DE L'ETUDE

4.1 RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DES PRESTATAIRES

➤ *Répartition du personnel soignant selon leur qualification*

Le personnel interrogé, dans 73 % des cas était des infirmiers et 27% étaient des médecins.

➤ *Répartition du personnel soignant selon qu'il ait eu dans leur formation initiale, un module sur l'accueil.*

Parmi le personnel enquêté 55% avaient eu dans leur formation initiale une discipline qui portait sur l'accueil contre 45% qui n'avaient pas eu une formation initiale

➤ *Répartition du personnel soignant selon qu'il ait reçu une formation continue sur accueil.*

Dans 81,8% le personnel n'avait pas bénéficié d'une formation continue sur l'accueil.

➤ *Répartition du personnel soignant selon l'existence d'un espace d'accueil*

Parmi le personnel enquêté, 73% estimaient que le box de tri et de prise de paramètres anthropométriques sert d'accueil ; par contre 27% ont répondu qu'il n'existe exclusivement pas de salle d'accueil.

➤ *Répartition du personnel sur la formation à la PEC MAS hospitalière*

Le personnel ayant été formé à la PEC MAS hospitalière est de 63,6% contre 36,4% non formé

➤ *Répartition du personnel sur les cas de rupture des médicaments*

90,9% des agents enquêtés estiment qu'il y a des ruptures médicamenteuses et 9,1% n'observent pas de rupture.

➤ **Répartition du personnel sur leur opinion des infrastructures**

Parmi les agents 72,7% disent que les infrastructures sont peu satisfaisantes et 27,3% proposent satisfaisantes

➤ **Personnel réservé à l'URENI :**

Parmi les agents enquêtés, tous avaient affirmé qu'il n'y avait pas de personnel réservé exclusivement à l'URENI.

➤ **Motivation dans la prise en charge des soins :**

Tous les agents avaient confirmé qu'il y avait une insuffisance de motivation dans les soins à l'URENI.

➤ **Séances d'Éducatives nutritionnelles :**

100% du personnel avait constaté l'arrêt des séances d'éducatives nutritionnelles

➤ **Fréquence de nettoyage des locaux du service :**

Tous les agents avaient confirmé que le service est nettoyé une seule fois par jour par le service de nettoyage

IMPRESSIONS ET SUGGESTIONS DES PRESTATAIRES :

Principales causes de l'insuffisance de la qualité de l'accueil selon le personnel

- Mauvaise organisation du travail.
- Absence de salle réservée uniquement à l'accueil
- Personnel insuffisant formé à l'accueil
- Absence d'organigramme pour orienter les accompagnatrices
- Insuffisance de la motivation du personnel
- Les infrastructures sont peu adaptées à la prise en charge
- Fréquence de nettoyage des infrastructures est d'une seule fois par jour

Suggestions du personnel pour améliorer la qualité de l'accueil dans la prise en charge

- Aménagement et équipement d'un hangar exclusivement réservé à l'accueil
- Former tout le personnel à l'accueil et à l'orientation

- Organiser la garde des Médecins avec une salle de garde
- Mieux organiser les activités du service
- Respecter l'ordre d'arrivée des patients avec des numéros en bois
- Augmenter le nombre de personnel et la motivation.
- Augmenter la fréquence de nettoyage des infrastructures d'une fois à 2 fois par jour
- Former tout le personnel à la PEC MAS hospitalière
- Doter l'URENI en glycomètre, extracteur d'oxygène et matériel de préparation de lait
- Fournir la restauration gratuitement aux mamans/accompagnatrices pendant leur séjour
- Arrêt des ruptures de certains intrants
- Mettre une boîte à suggestion et l'organigramme au service
- Equiper suffisamment l'URENI avec lits, draps et moustiquaires imprégnés d'insecticides
- Rendre les bilans et tous les médicaments effectivement gratuits
- Construction d'une nouvelle URENI pour le CSRéf

4.2 RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DES USAGERS

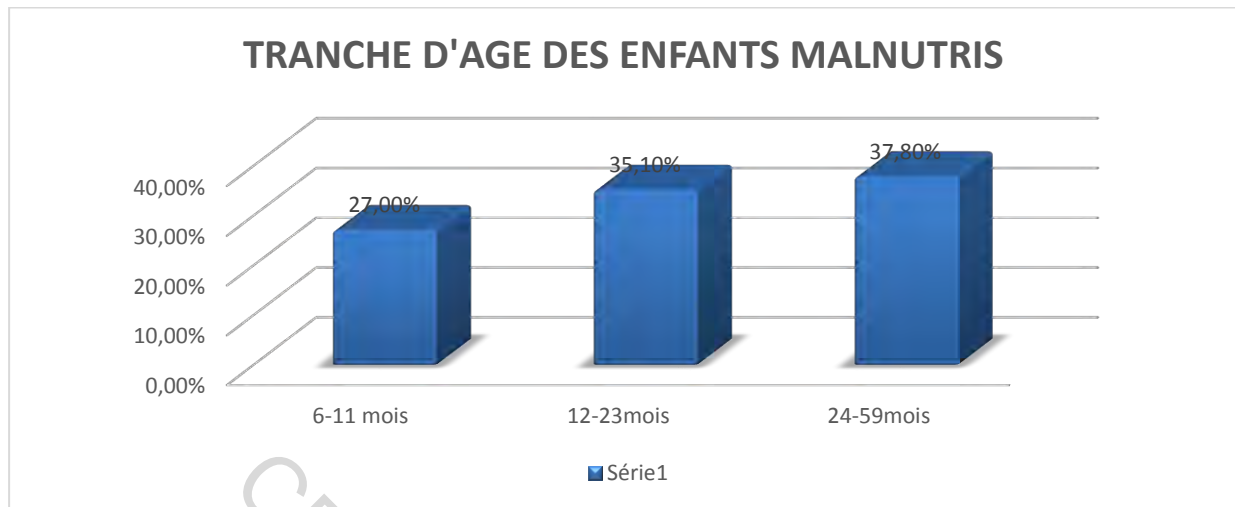


Figure 7: Répartition des enfants malnutris par la tranche d'âge

La tranche d'âge de 24-59 mois était la plus représentée avec 37,8% chez les enfants malnutris.

➤ Répartition des enfants malnutris selon le sexe

Dans la population étudiée, le sexe féminin représentait 51% contre 49% de sexe masculin. Le sexe ratio homme/femme est de 0,96 en faveur du sexe masculin.

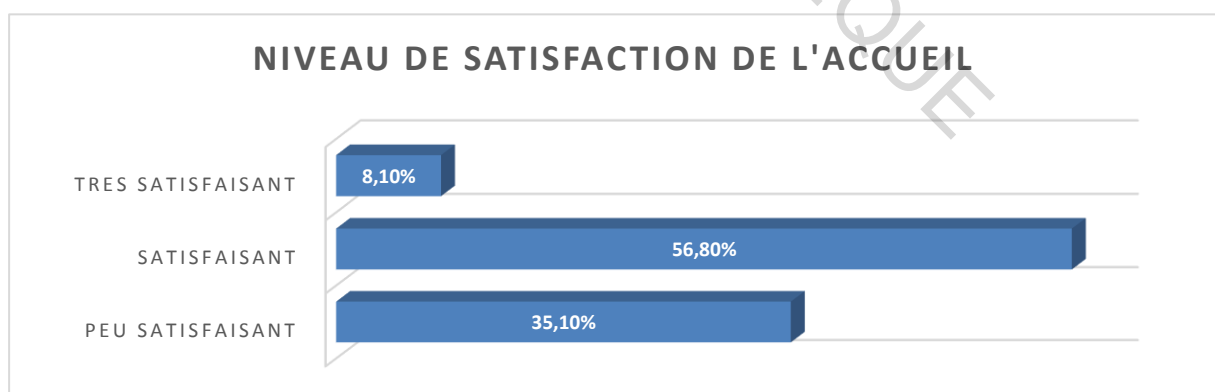


Figure 8: Répartition des accompagnatrices selon le niveau de l'accueil de l'accueil

Les accompagnatrices estiment que l'accueil était satisfaisant soit 56,80% des cas.

➤ *Répartition des accompagnatrices selon le temps d'attente*

Les accompagnatrices interrogées estimaient le temps d'attente long soit 49% des cas.

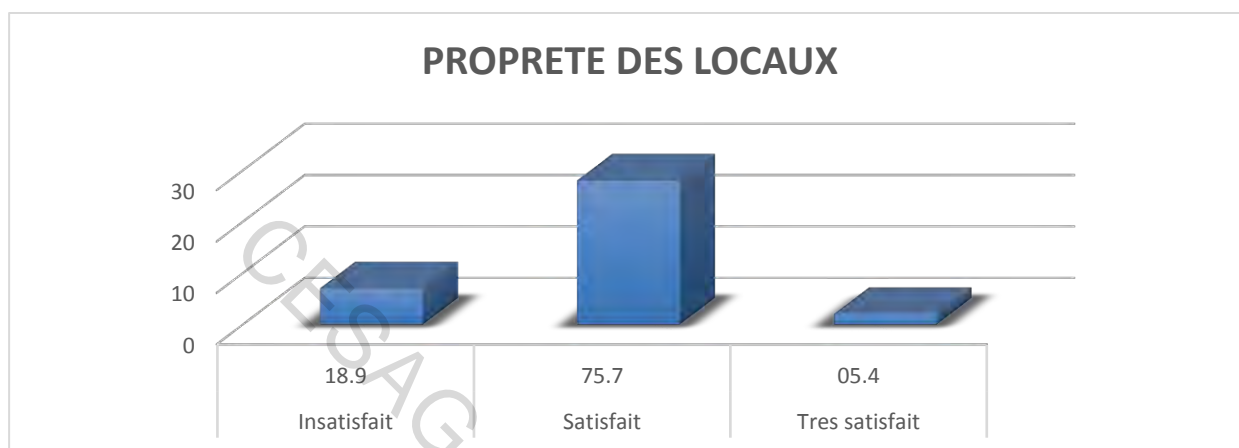


Figure 9: Répartition des accompagnatrices selon la propreté des locaux.

Concernant la propreté des locaux 75,7% des accompagnatrices étaient satisfaites contre 18%

Tableau IV : Répartition des enfants selon la durée de séjour à l'URENI

DUREE SEJOUR URENI (JOUR)	Fréquence	Pourcentage
1	3	8,1
4	2	5,4
5	4	10,8
6	5	13,5
7	4	10,8
8	3	8,1
9	5	13,5
10	1	2,7
11	3	8,1
13	2	5,4
14	3	8,1
18	1	2,7
23	1	2,7
TOTAL	37	100

La durée moyenne de séjour à l'URENI était de 8,378 jours ; Ecart-type = 4,5726

La durée minimale a été d'une journée et la durée maximale était de 23 jours à l'URENI.

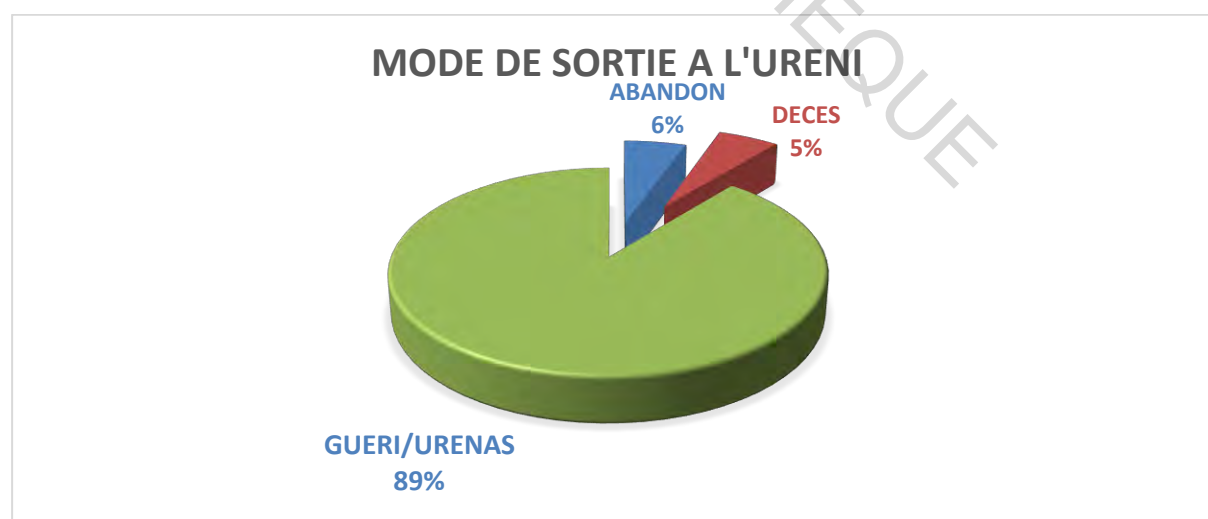


Figure 10: Répartition des enfants malnutris selon le mode de sortie à l'URENI

Parmi les enfants malnutris admis à l'URENI 89% étaient guéris et transférés à l'URENAS.

Nous avons déploré 5% de décès et 6% d'abandon au traitement.

IMPRESSIONS ET SUGGESTIONS DES USAGERS :

Ce que les accompagnatrices ont le plus apprécié dans le service

- Gratuité du traitement nutritionnel des enfants malnutris
- Respect des heures du traitement médico-nutritionnel
- Satisfaction de la propreté des locaux
- Satisfaction du niveau de prise en charge des soins au service

Ce que les accompagnatrices ont le moins apprécié dans le service

- Attente très longue
- Insuffisance de moustiquaire imprégné d'insecticide sur les lits
- Insuffisance du niveau d'accueil ;
- Mauvaise organisation du travail ;
- Nombre de lit insuffisant à l'URENI
- Gratuité des examens complémentaires non effectives
- Absence de prise en charge de la restauration des mamans/accompagnatrices

Principales causes selon les accompagnatrices

- Non engagement des autorités
- Mauvaise organisation du travail.

Suggestions des accompagnatrices pour améliorer la qualité des soins

- Diminuer le temps d'attente des usagers ;
- Augmenter le nombre de médecins consultants ;
- Installer un ventilateur dans les couloirs d'attente ;
- Augmenter le nombre de lit, et la disponibilité de MII sur ces lits
- Arrêter les hospitalisations de 2 enfants par lit
- Motiver le personnel pour pérenniser le service de qualité
- Pulvériser les lieux contre les moustiques
- Augmenter l'hygiène hospitalière à l'URENI
- Soutenir les accompagnatrices avec la restauration au cours de leur séjour
- Rendre effective la gratuité de la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans.

4.3 RESULTATS DE L'OBSERVATION DE L'ENQUETEUR :

L'organisation du service de pédiatrie où est logé l'URENI, est assez satisfaisante mais il n'existe pas d'organigramme affiché.

- Il n'existe pas de salle exclusivement réservée à l'accueil, donc la salle de tri et de prise de paramètre anthropométrique sert de salle d'accueil aussi.
- Il existe un hall d'attente de la consultation équipé de chaise et de bacs
- Le service est propre de façon satisfaisante.
- Les matériels anthropométriques sont suffisamment disponibles.
- Les heures de traitement nutritionnel des malnutris sont respectées
- La surveillance des paramètres (température, poids, etc.) est respectée

➤ Répartition des dossiers des enfants malnutris à l'URENI

Soixante-dix-huit virgule quatre pour cent des dossiers des malnutris étaient incomplets

➤ Répartition des enfants malnutris selon la disponibilité des lits à l'admission

24% des enfants malnutris étaient sur les nattes les 1^{ers} jours de leur hospitalisation à l'URENI.

➤ Répartition des enfants selon le respect du protocole national (médical et nutritionnel)

Les enfants avaient bénéficié d'un protocole médical et nutritionnel avec 97,3%, sauf 2,7% qui avait abandonné le traitement.

4.4 ANALYSE DES RESULTATS :

Notre analyse porte à la fois sur les données de l'enquête auprès des usagers, du personnel et l'observation de l'enquêteur.

4.4.1 POUR LE PERSONNEL

Les résultats de nos enquêtes auprès du personnel ont globalement révélé qu'il n'y avait pas de personnel réservé exclusivement à l'URENI, qu'il y avait une insuffisance de motivation dans les soins à l'URENI, d'un arrêt des séances d'éducatrices nutritionnelles, cependant que le service est nettoyé une seule fois par jour par le service de nettoyage.

Presque la majorité des prestataires n'ont pas été formés à l'accueil et à l'orientation des patients. Ce manque de formation initiale et continue serait en grande partie responsable de l'insuffisance de la qualité de l'accueil.

Les causes de la mauvaise organisation de l'accueil seraient dues, selon eux que le seul box sert de tri, de prise de paramètres anthropométriques et d'accueil. En effet il n'y a pas de salle exclusive à l'accueil.

Le personnel a déploré l'enregistrement des cas de ruptures de médicaments hormis le lait (F75, F100, ATPE) pour la prise en charge gratuite de la malnutrition, ce qui pourrait selon eux augmenter le coût de la prise en charge motivant également les abandons au traitement.

La perception est bonne sur le nombre d'agent formé à la PEC MAS hospitalière (plus de la moitié) et estime que la totalité du personnel doit être formé pour optimiser la performance du service.

4.4.2 POUR LES USAGERS

Nous avons relevé que la tranche d'âge de 24-59 mois était la plus représentée avec 37,8% chez les enfants malnutris, ceci pourrait s'expliquer par le sevrage de l'enfant à l'allaitement avec un déficit d'introduction d'alimentation supplémentaire.

Plus de la majorité des patients venaient du secteur rural, cet état de fait expliquerait d'une part une ration alimentaire pauvre en élément nutritif, la méconnaissance des signes et des complications de la malnutrition, d'autre part l'absence d'aisance financière.

Dans la population étudiée, le sexe féminin représentait 51% contre 49% de sexe masculin. Le sexe ratio homme/femme est de 0,96 en faveur du sexe masculin.

Les accompagnatrices interrogées estimaient le temps d'attente long, ce qui serait attribuable à la mauvaise organisation des activités.

Un satisfécit a été accordé à la propreté des locaux, à la prise en charge à l'hospitalisation et au niveau d'accueil.

La durée moyenne de séjour à l'URENI était de 8,378 jours, les valeurs acceptables sont de 7 à 10 jours selon le protocole de la PEC MAS hospitalière. La durée minimum a été d'une journée et la durée maximum était de 23 jours à l'URENI.

Nous avons relevé un taux de guérison et de référence à l'URENAS excellent avec 89% ceci s'expliquerait par la performance du service.

Le taux d'abandon au traitement a été de 6 %, ceci pourrait s'expliquer par le manque de moyens financiers, de la non gratuité totale des examens complémentaires, certains médicaments en ruptures au cours de leur hospitalisation et les activités champêtres pendant l'hivernage.

4.4.3 POUR L'OBSERVATION DE L'ENQUETEUR

A l'observation nous avons pu constater l'absence de salle exclusivement réservée à l'accueil, donc la salle de tri et de prise de paramètres anthropométriques sert de salle d'accueil aussi.

Ce qui pourrait être tributaire du long temps d'attente des malades par la mauvaise organisation. La perception est moyenne sur la propreté des infrastructures, car le service est nettoyé une seule fois par jour.

Nous avons déploré que certains enfants malnutris étaient sur les nattes les premiers jours de leur hospitalisation. Cela s'expliquerait par l'insuffisance de lit d'hospitalisation, la période hivernale qui correspond à la période d'insuffisance alimentaire augmentant ainsi les cas de malnutris aigus sévère avec complication.

Notre appréciation a été négative sur la complétude des dossiers d'hospitalisation, cela s'expliquerait par le fait que tous les prestataires ne sont pas formés à la PEC MAS hospitalière. Nous avons bien observé l'existence d'un hall d'attente insuffisamment équipé.

Cependant un satisfécit a été accordé à la présence des matériels anthropométriques, au respect des heures de traitement nutritionnel des malnutris, au respect de la surveillance des paramètres (température, poids, etc.), et au respect du protocole médical et nutritionnel.

4.5 DIFFICULTES ET LIMITES DE L'ETUDE :

- Le manque de financement de l'étude
- La durée du stage ne permettait pas de mettre en œuvre la solution, néanmoins les responsables de la structure ont accepté de porter et d'entreprendre ce qui est nécessaire pour sa mise en œuvre.

TROISIEME PARTIE :
ANALYSE ET PRIORISATION DES CAUSES -
IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES
SOLUTIONS - PLAN DE MISE EN ŒUVRE

CHAPITRE V : DETERMINATION ET PRIORISATION DES CAUSES

5.1 Présentation des outils :

Pour identifier, analyser et prioriser les causes liées à l'insuffisance de la qualité de l'accueil au service de pédiatrie, nous avons utilisé quelques outils :

- ✚ **Le Diagramme d'ISHIKAWA** : C'est un outil qui permet de visualiser les causes, de les classer suivant les 5 M (Matière, matériel, Milieu, Main-d'œuvre et méthode). Il est aussi appelé diagramme causes-effet ou diagramme en arrêtes de poisson.
- ✚ **Le vote pondéré** : C'est un outil qui permet de hiérarchiser c'est-à-dire de trier les causes par ordre d'importance.
- ✚ **Le Diagramme de PARETO** : Cet outil est basé sur la loi des 80/20. Autrement dit, cet outil met en évidence les 20% de causes sur lesquelles il faut agir pour résoudre 80% du problème. Il sera utile pour déterminer sur quels leviers on doit agir en priorité pour améliorer de façon significative la situation.

Cet outil, relativement simple, permet d'exposer de façon factuelle une problématique d'entreprise.

5.2 Détermination, Analyse et Priorisation des causes

Les résultats de nos entretiens avec les accompagnatrices, le personnel et nos observations nous ont permis de relever les causes de l'insuffisance de la qualité de l'accueil au service de Pédiatrie du CSRéf de Sikasso.

5.2.1 Diagramme d'ISHIKAWA ou en arêtes de poisson

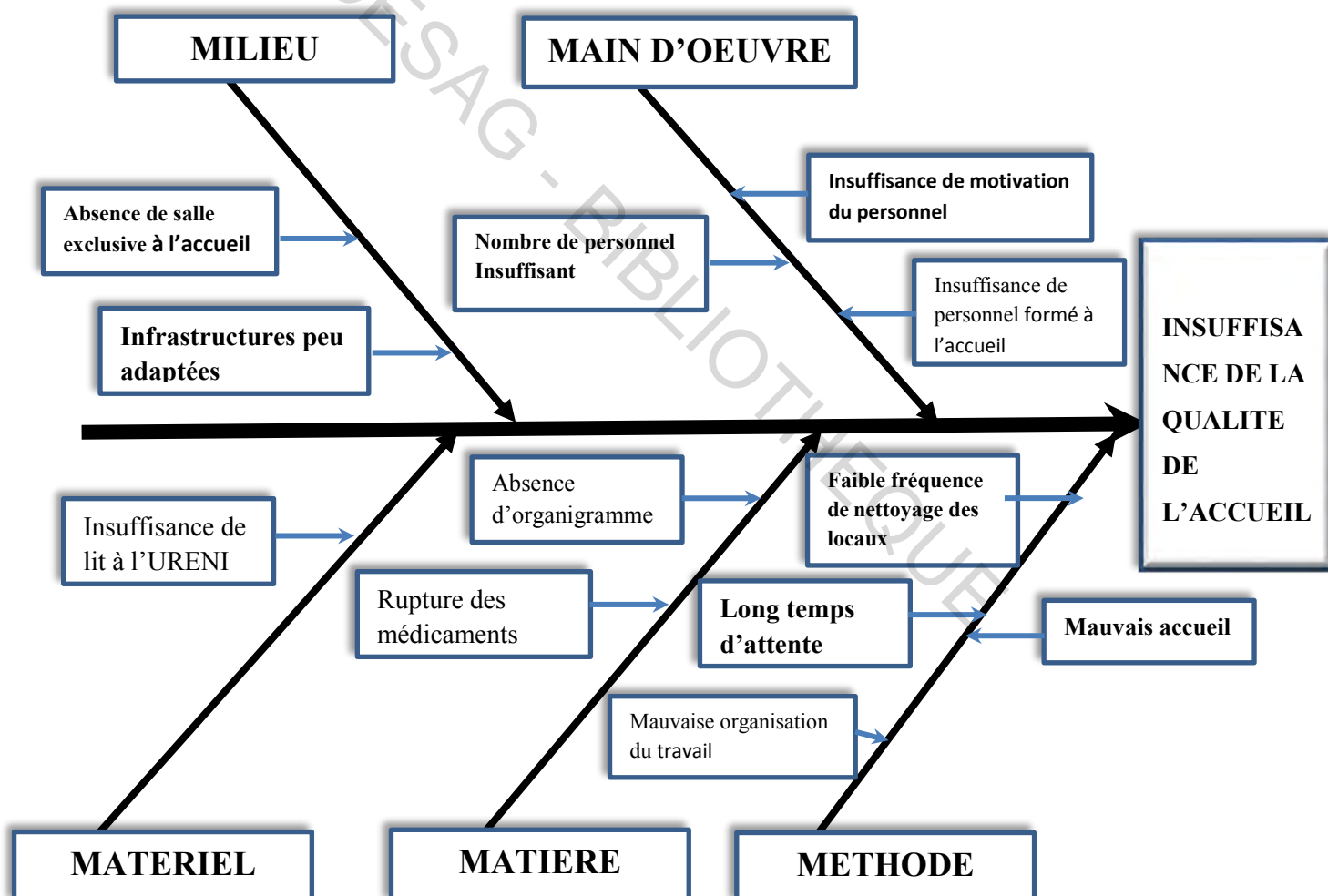
Communément appelé Diagramme en arêtes de poisson, le diagramme d'Ishikawa permet de rechercher les causes et les conséquences d'un dysfonctionnement en les classant par critères, généralement aux 5M évoqués ci-dessous :

- ✓ **Méthode** : correspondant à la façon de faire, orale ou écrite (procédures, instructions, démarche, mode d'emploi),
- ✓ **Milieu** : c'est l'environnement physique et humain, conditions de travail, aspect relationnel, ergonomie...,
- ✓ **Main d'œuvre** : tout ce qui est relatif à l'action humaine : les professionnels de toute catégorie, en y incluant la hiérarchie,
- ✓ **Matière** : tout ce qui est consommable ou élément qui est à transformer par le processus (Energie, matière 1^{ère}, information)

- ✓ **Matériel** : ce qui résulte des instruments : l'équipement, les machines, le petit matériel, les locaux, outillage, etc.

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

- ✓ **Milieu** : Absence exclusive de salle d'accueil, infrastructures peu adaptées
- ✓ **Main d'œuvre** : Nombre insuffisant du personnel, insuffisance de motivation du personnel, insuffisance de personnel formé à l'accueil
- ✓ **Matériel** : insuffisance de lit à l'URENI
- ✓ **Matière** : Absence d'organigramme pour l'orientation des patients, rupture des médicaments de gratuité
- ✓ **Méthode** : long temps d'attente, mauvaise organisation de travail, mauvais accueil, faible fréquence de nettoyage des locaux.



Source : Nous-même

Figure 11: Diagramme d'ISHIKAWA

5.2.2 Hiérarchisation des Causes :

Nous avons mis en exergue plusieurs causes pouvant avoir une influence sur l'insuffisance de la qualité de l'accueil. Nous en avons choisi une douzaine et les avons hiérarchisées.

Chaque groupe par consensus a attribué une note comprise entre 1 et 10 selon l'importance de la cause. Ainsi la priorisation des causes du problème a été faite par le vote pondéré.

Tableau V : Priorisation des différentes causes

CAUSES	Résultats du vote	Total	Rang
Absence de salle exclusive à l'accueil	9 + 10 + 5	24	2 ^{ème}
Infrastructures peu adaptées	5 + 6 + 5	16	7 ^{ème}
Nombre de personnel insuffisant	6 + 2 + 4	14	10 ^{ème}
Insuffisance de motivation du personnel	8 + 3 + 2	13	9 ^{ème}
Absence d'organigramme pour l'orientation des patients	6 + 7 + 4	17	6 ^{ème}
Insuffisance de personnel formé à l'accueil	6 + 8 + 7	21	3 ^{ème}
Rupture des médicaments gratuits	3 + 6 + 2	11	11 ^{ème} ex
Mauvais accueil	6 + 5 + 4	15	8 ^{ème}
Faible fréquence de nettoyage des locaux	7 + 6 + 5	18	5 ^{ème}
Long temps d'attente	7 + 6 + 6	19	4 ^{ème}
Mauvaise organisation du travail	8 + 10 + 8	26	1 ^{er}
Insuffisance de lits à l'URENI	4 + 6 + 1	11	11 ^{ème} ex

Source : Nous-même

La mauvaise organisation du travail a été retenue comme la principale cause de l'insuffisance de la qualité de l'accueil. Après avoir hiérarchisé les causes, nous avons déterminé les différents pourcentages et procédé au calcul du cumul des pourcentages (Tableau V)

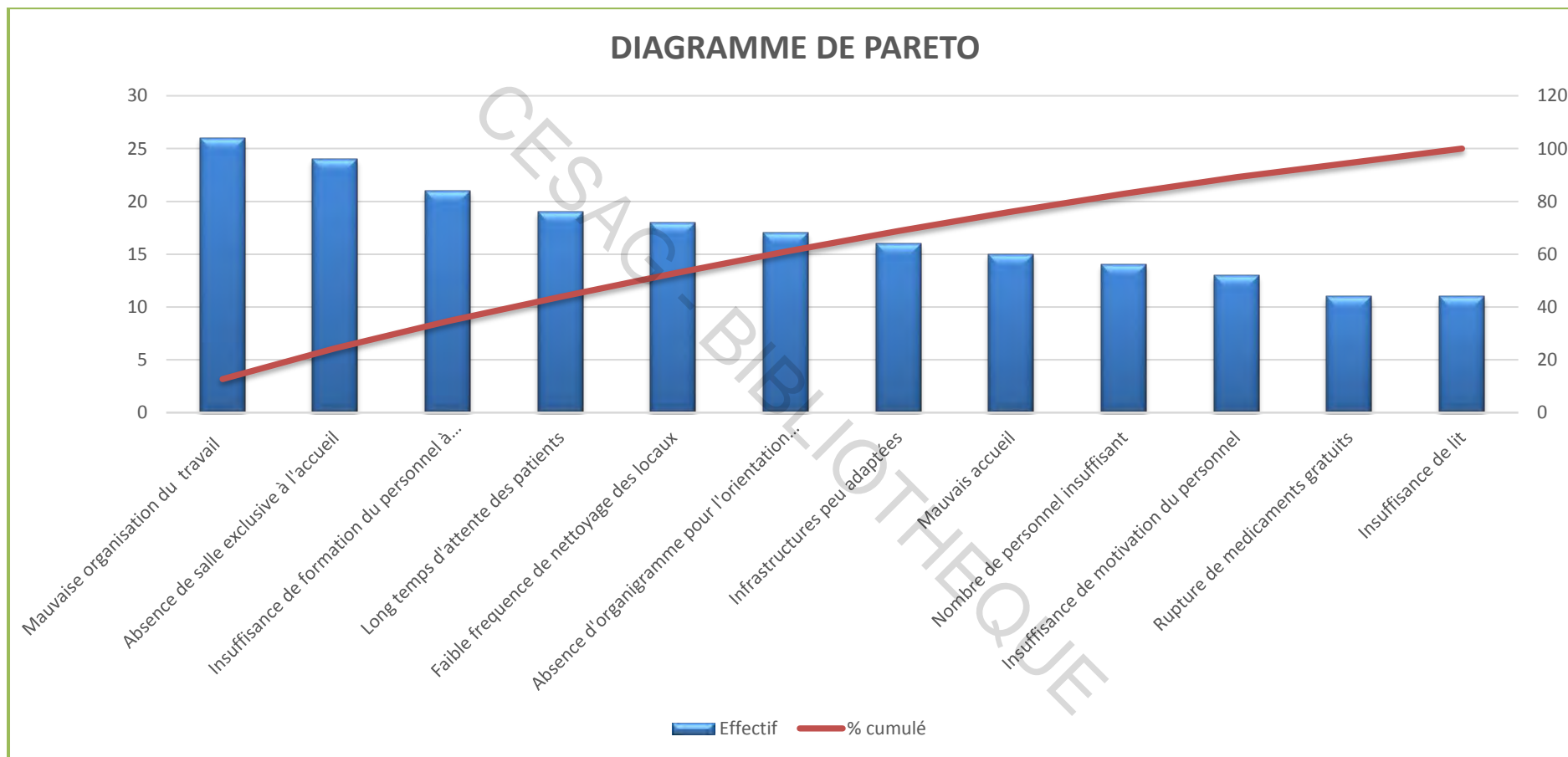
Tableau VI : Pourcentage cumulé des causes priorisées

CAUSES	Résultats vote	%	% cumulé
Mauvaise organisation du travail	26	12,7	12,7
Absence de salle exclusive à l'accueil	24	11,7	24,4
Insuffisance de personnel formé à l'accueil	21	10,2	34,6
Long temps d'attente	19	9,3	43,9
Faible fréquence de nettoyage des locaux	18	8,8	52,7
Absence d'organigramme pour l'orientation des patients	17	8,3	61
Infrastructures peu adaptées	16	7,8	68,8
Mauvais accueil	15	7,3	76,1
Nombre de personnel insuffisant	14	6,8	82,9
Insuffisance de motivation du personnel	13	6,3	89,2
Rupture des médicaments gratuits	11	5,4	94,6
Insuffisance de lits à l'URENI	11	5,4	100
TOTAL	205	100	

Source : *Nous-même*

Les causes prioritaires sur lesquelles il faut agir pour améliorer l'insuffisance de la qualité de l'accueil sont :

- Mauvaise organisation du travail au service
- Absence de salle exclusive à l'accueil
- Insuffisance de formation du personnel à l'accueil.



Source : Nous-même

Figure 12: Diagramme de Pareto

CHAPITRES VI : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS

6.1 Identification des Solutions :

❖ Revue de la littérature

Plusieurs études menées sur la qualité de l'accueil dans les structures sanitaires ont permis d'identifier les causes de la mauvaise qualité de l'accueil des usagers et ont proposé différentes solutions prioritaires.

TALL Madani M S, dans son étude retrouve que la formation du personnel sur l'accueil a été retenue comme solution prioritaire [20].

Diène FAYE, qui préconise pour améliorer la qualité de l'accueil au service d'urgence de l'HPD, la formation du personnel, un recrutement de personnel paramédical afin d'alléger la charge de travail. Il suggère même la sous-traitance de l'accueil avec une société extérieure à l'hôpital [21].

Marcelle ATTOUMOH, retient dans son mémoire comme solution : la réorganisation du service des urgences porte. Cette réorganisation doit être fondée sur la formation du personnel à l'utilisation du nouveau diagramme de circulation et des NTIC [22].

Dr Dramane TRAORE, quant à lui considère que la formation du personnel en accueil est apparue comme la solution à privilégier pour améliorer la qualité de l'accueil à l'HPD [23].

Dr Naya COULIBALY MAIGA, préconise, pour améliorer l'accueil à l'hôpital, la réduction du temps et des conditions d'attente, la formation du personnel, l'encadrement, l'augmentation et enfin l'amélioration du confort des locaux [24].

Ouleymatou Khadija DIAGNE, trouve comme solution à la mauvaise qualité de l'accueil à la maternité de l'HPD [25] :

- La réfection des locaux et l'aménagement d'une salle de tri
- La recherche d'un local adéquat pouvant faire office de salle d'attente
- L'aménagement d'une salle pour les accompagnants
- L'augmentation du nombre de box
- L'acquisition de matériels pour le confort des salles.

Pour Mariama DIEDHIOU, dans son mémoire préconise qu'il faut mettre en place un système d'organisation efficace susceptible d'améliorer les conditions de travail, prévoir des activités de recrutement, de formation et de recyclage du personnel pour améliorer la qualité de l'accueil au SAU de l'HPD [26].

SANOGO Dramane D, dans son étude que la solution retenue est la réorganisation du service d'accueil des urgences, cette réorganisation doit être fondée sur la formation du personnel, la réduction du temps d'attente des usagers, l'amélioration des conditions de travail [11].

❖ **Identification et Analyse des solutions**

Démarche participative et consensuelle, après avoir identifié la cause principale à la suite de nos entretiens avec certains responsables de service et des résultats de notre enquête, les principales solutions possibles suggérées sont :

- ✓ Formation du personnel à l'accueil et à l'orientation
- ✓ Aménagement et équipement d'un Hangar pour l'accueil
- ✓ Réorganisation du travail du service ;
- ✓ Réduction du temps d'attente des usagers ;
- ✓ Motivation du personnel.
- ✓ Affichage d'un organigramme pour l'orientation des patients
- ✓ Augmentation de la fréquence de nettoyage des locaux
- ✓ Augmentation de l'effectif du personnel du service.

Une analyse de ces solutions suggérées pourrait nous permettre de choisir celles qui auraient une incidence certaine et à court, moyen et long terme sur l'amélioration de la qualité de l'accueil au CSRéf de Sikasso.

6.2 Priorisation des Solutions :

La priorisation de la solution se fera à travers les critères et les pondérations suivantes :

Efficacité de la solution : Très Efficace = 5, Efficace = 3, Pas efficace = 1

Cout de réalisation de la solution : Pas couteux = 5, Couteux = 3, Très couteux = 1

Facilité de réalisation de la solution : Très facile = 5, Facile = 3, Pas facile = 1

Tableau VII : Priorisation des solutions

SOLUTIONS	CRITERES			Score	Rang
	Efficacité	Cout de réalisation	Facilité de réalisation		
Aménagement et équipement d'un hangar d'accueil	5 + 3 + 5	5 + 3 + 5	3 + 3 + 3	35	2^{ème}
Réorganisation du travail du service	5 + 5 + 5	5 + 5 + 5	5 + 3 + 5	43	1^{er}
Formation du personnel à l'accueil et l'orientation	3 + 5 + 3	3 + 5 + 1	3 + 3 + 5	31	3^{ème}
Réduction du temps d'attente	3 + 3 + 3	3 + 5 + 3	3 + 5 + 1	29	4^{ème} ex
Motivation du personnel	3 + 3 + 3	1 + 1 + 1	3 + 1 + 3	19	7^{ème}
Affichage d'un organigramme pour orientation	1 + 1 + 1	5 + 5 + 5	3 + 3 + 3	27	6^{ème}
Augmentation de la fréquence de nettoyage des locaux	3 + 3 + 3	5 + 3 + 3	3 + 3 + 3	29	4^{ème} ex
Augmentation de l'effectif du personnel du service	3 + 3 + 3	1 + 1 + 1	3 + 1 + 1	17	8^{ème}

Source : Nous-même

La solution retenue est la **réorganisation du service de Pédiatrie**, cette réorganisation doit être bâtie sur l'aménagement et l'équipement d'un hangar d'accueil, la formation du personnel à l'accueil et à l'orientation, la réduction du temps d'attente des patients.

CHAPITRES VII : MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION

Le plan de mise en œuvre comporte un cadre logique, un plan d'action, un budget et un volet suivi et évaluation.

7.1 Justification :

Notre enquête a permis de mettre en évidence les problèmes variés. Il en est de même des solutions proposées.

Dans le cadre du plan d'action à proposer, nous avons retenu les solutions jugées pertinentes, réalisables par la structure et susceptibles d'avoir un impact immédiat dans l'amélioration de la qualité de l'accueil du service de pédiatrie.

A cet effet la réorganisation du travail a été la solution prioritaire. Cette réorganisation passe par l'aménagement et l'équipement d'une salle d'accueil, la formation du personnel à l'accueil et à l'orientation, la réduction du temps d'attente.

7.2 Objectifs du Projet

7.2.1 Objectif général

Améliorer la qualité de l'accueil au service de pédiatrie du CSRéf de Sikasso de janvier à décembre 2018.

7.2.2 Objectifs Spécifiques

- ✓ Aménager et équiper un hangar d'accueil des patients
- ✓ Former tout le personnel du Service de pédiatrie à l'accueil et à l'orientation
- ✓ Réduire de 50% le temps d'attente des usagers du Service de pédiatrie
- ✓ Doter le hall d'attente en chaises, en ventilateurs, en téléviseur, en organigramme, et boîte à suggestion.
- ✓ Affecter deux nouveaux agents au service.

7.3 Cadre Logique :

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

7.3.1 logique verticale :

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

- Les intrants ou activités

7.3.2 logique horizontale

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

Tableau VIII : Cadre logique

RESUME NARRATIF	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Conditions critiques ou Hypothèses
Objectif général : Améliorer la qualité de l'accueil des patients au CSRéf de janvier à décembre 2018.	-Le degré de satisfaction des usagers ; -Absence de plaintes	-Taux de satisfaction des usagers ; -Nombre de plaintes dans la boîte à suggestions	-Disponibilité des ressources financières ; -Implication des autorités et des prestataires
Objectifs spécifiques (OS) : OS1 : Aménager et équiper un hangar d'accueil	Hangar de l'accueil aménagé et équipé	-Bordereau de réception - Inspection physique	-Disponibilité des ressources financières ; -Implication des autorités et des prestataires
Objectifs spécifiques (OS) : OS2 : former le personnel à l'accueil et à l'orientation	-Nombre d'agents formés	-Rapport de la formation ; -Liste des participants	-Disponibilité du personnel -Ressources financières
OS3 : doter le hall d'attente en chaises	-Nombre de chaises au hall de l'accueil.	-Facture d'achat des chaises - observation	-Disponibilité des ressources financières
OS4 : installer des ventilateurs dans le couloir pour les patients	-Nombre de ventilateurs installés dans le hall	-Facture d'achat ; -Enquête de satisfaction	-Disponibilité des ressources financières
OS5 : installer un téléviseur au hall d'attente pour des films d'éducatifs nutritionnels et de SR	-Un téléviseur installé pour les patients	-Facture d'achat ; -Enquête de satisfaction	-Disponibilité des ressources financières
OS6 : installer une boîte à suggestions aux urgences	-Une boîte à suggestions installée	-Facture ; -Observation	-Disponibilité des ressources financières
OS7 : Afficher l'organigramme au service	- L'organigramme schématisé et affiché	- Patients mieux orienté ; -Observation	- Implication des autorités

OS8 : affecter du personnel à la pédiatrie	- Le personnel est en quantité suffisante à la pédiatrie	-Notes de service	-Implication des autorités
OS9 : Confectionner de numéros en bois	Numéro en bois confectionné	-L'ordre d'arrivée respecté -facture de confection	Disponibilité des ressources financières
Résultats (R) : R1 : le hangar est mis en place et équipé	Tout patients accueilli et orienté	Enquête de satisfaction auprès des accompagnants	
R2 : le personnel est formé sur l'accueil et l'orientation des accompagnants	100% du personnel est formé	Rapport de formation ; Liste des participants	
R3 : des chaises sont installés pour les accompagnants	Taux de satisfaction des usagers par rapport aux chaises utilisées	Enquête de satisfaction auprès des usagers	
R4 : des ventilateurs sont installés au hall pour les patients	Taux de satisfaction des usagers par rapport du confort	Enquête de satisfaction auprès des usagers	
R5 : un téléviseur est installé pour les patients	Taux de satisfaction des usagers par rapport au confort et leur éducation	Enquête de satisfaction auprès des usagers	
R6 : une boîte à suggestion est visible à la pédiatrie	Taux de satisfaction des usagers par rapport au confort	Enquête de satisfaction auprès des usagers	
R7 : l'organigramme oriente les accompagnants	Taux de satisfaction des usagers par rapport à leur orientation	Enquête de satisfaction auprès des usagers	
R8 : le personnel de la pédiatrie est renforcé	2 agents affectés à la pédiatrie	Notes de service d'affectation à la pédiatrie	
R9 : les numéros en bois sont disponibles	Taux de satisfaction par rapport au respect de l'ordre d'arrivée	Enquête de satisfaction auprès des usagers	
Activités (A) : A1 : construction d'un hangar équipé pour l'accueil	Hangar est disponible et équipé	-Facture ; -Observation	

A2 : formation des agents à l'accueil et à l'orientation des accompagnants	-deux sessions de formation des agents	-rapport de formation ; -Liste des participants	- Disponibilités des ressources humaines et financières
A3 : achat de chaises	-Nombre de chaises	-Facture ; -Observation	- Disponibilités des ressources financières
A4 : achat de ventilateurs	-Nombre de ventilateurs	-Facture ; -Observation	- Disponibilités des ressources financières
A5 : achat de téléviseur et de film	-Nombre de téléviseur	-Facture ; -Observation	- Disponibilités des ressources financières
A6 : confection d'une boîte à suggestions	-Une boîte à suggestion disponible	-Facture ; -Observation	- Disponibilités des ressources financières
A7 : conception et affichage d'un organigramme au service	-Un organigramme disponible et affiché	-Facture -Observation	- Disponibilités des ressources financières
A8 : affectation de 2 agents à la pédiatrie	-2nouveaux agents sont affecté à la pédiatrie	-Notes de prise de service	-Implication des autorités -Disponibilité des ressources humaines
A9 : confection de numéro en bois	-Les numéros en bois sont disponibles	Facture de confection	Disponibilités des ressources financières

Source : Nous-même

7.4 Plan d'Action Opérationnel

Tableau IX : Cadre opérationnel

OBJECTIF	Activités	Début	Fin	Budget	Responsable	Source de Financement
Améliorer la qualité de l'accueil au service de pédiatrie du CSRéf	Construction et équipement d'un Hangar pour l'accueil	01/01/18	31/01/18	2 500 000 f CFA	-Comptable -Surveillant	Conseil de cercle du CSRéf
	Confection de numéros en bois pour faire respecter le rang	01/01/18	15/01/18	70 500	Comptable matière	Conseil de cercle du CSRéf
	Installation d'une boîte à suggestions à la pédiatrie	15/01/18	31/01/18	10 000	Surveillant	Conseil de cercle du CSRéf
	Installation des ventilateurs au hall d'attente des patients	01/02/18	10/02/18	80 000	Comptable matière	Conseil de cercle du CSRéf
	Installation des chaises confortables au hall d'attente	10/02/18	20/02/18	150 000	Comptable matière	Conseil de cercle du CSRéf
	Installation de Téléviseur au hall d'attente	20/02/18	28/02/18	200 000	Comptable matière	Conseil de cercle du CSRéf
	Formation sur l'accueil et l'orientation des patients	01/03/18	10/03/18	1 247 110	Président comité qualité	Conseil de cercle du CSRéf
	Conception d'un organigramme pour l'orientation et la circulation des accompagnants	01/01/18	15/01/18	20 000	Chargé SLIS Comptable matière	Conseil de cercle du CSRéf

Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil dans la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec complication chez les enfants de 6 à 59 mois : cas de l'URENI du centre de santé de référence de Sikasso au Mali.

	Affectations de 2 agents (1 Médecin, 1 Infirmier)	10/03/18	20/03/18	Néant	MCD	Ministère de la santé Conseil de cercle
	Respect de l'ordre d'arrivée des patients	01/01/18	31/01/18	Néant	Agent accueil	Néant
	Nettoyage des locaux 2 fois par jour	01/01/18	Continue	480 000/an	Fille de salle /manœuvre	Conseil de cercle du CSRéf
	Soutient des accompagnants de l'URENI avec un forfait pour la restauration	01/01/18	30/01/18	Non réalisé	-Point focal nutrition -MCD	Conseil de cercle du CSRéf Partenaires
TOTAL		----	-----	4 757 610	-----	----

Source : Nous-même

7.5 La Budgétisation

Tableau X : Le budget

N°	RUBRIQUES	COUT
1	Réorganisation de l'accueil	
	Construction et équipement d'un hangar pour l'accueil	2 500 000 f CFA
	Confection de numéros en bois pour faire respecter l'ordre d'arrivée	70 500
	Formation sur l'accueil et l'orientation de tous les agents du service	1 247 110
SOUS TOTAL		3 817 610
2	Amélioration des conditions d'attente des usagers	
	Installation d'une boîte à suggestions à la pédiatrie (1)	10 000
	Installation de ventilateurs au hall d'attente (3)	80 000
	Installation des chaises suffisantes pour les usagers (15)	150 000
	Installation d'un téléviseur (1)	200 000
SOUS TOTAL		440 000
3	Amélioration des conditions de travail	
	Affectation d'agents au service (2)	MCD
	Nettoyage des locaux deux fois par jour	480 000/an
	Conception d'organigramme pour l'orientation et la circulation des usagers	20 000 FCF
SOUS TOTAL		500 000
TOTAL		4 757 610 FCFA

Source : Nous-même

7.6 Suivi et l'Evaluation de la mise en œuvre

7.6.1 Suivi de la mise en œuvre

Le suivi d'une intervention ou d'un programme est le contrôle continu de l'état d'exécution des activités, des objectifs spécifiques de la solution retenue selon les échéanciers fixés, ainsi que de l'utilisation des ressources. Il porte essentiellement sur le processus de mise en œuvre.

Le suivi de l'exécution se fera sur les activités prévues dans le plan d'action, pour chaque activité, il sera déterminé le statut sur son avancement et l'utilisation des ressources. L'utilisation des pourcentages de ressource permettra de rendre compte du niveau de réalisation des activités.

7.6.2 l'évaluation de la mise en œuvre :

L'évaluation est le contrôle périodique de la pertinence du projet, de sa performance, de son efficacité et de son impact en rapport avec les objectifs fixés.

L'évaluation de la mise en œuvre de ce projet portera sur le processus d'exécution des activités, de l'utilisation des ressources et la portée des résultats ainsi que l'objectif assigné (impact).

Pour notre projet le suivi et l'évaluation portera sur les indicateurs suivants :

- ✓ Taux de satisfaction des usagers par rapport au temps d'attente
- ✓ Taux de satisfaction des usagers par rapport à l'accueil
- ✓ Nombre de personnel formé à l'accueil et à l'orientation
- ✓ La présence d'un Hangar d'accueil équipé
- ✓ Le hall d'attente équipé de chaises, organigramme, de téléviseur, de boîte à suggestion.
- ✓ La fréquence de nettoyage des locaux à 2 fois par jour.
- ✓ Le respect de l'ordre d'arrivée des patients
- ✓ La restauration offerte aux accompagnatrices/accompagnateurs des enfants malnutris à l'URENI.
- ✓ Taux d'effectivité des agents au service.

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre travail, nous avons formulé les recommandations suivantes :

AU PERSONNEL DE LA PEDIATRIE DU CSREF

- Utiliser la TV avec des films de sensibilisation sur la nutrition, le sevrage, la SR ;
- Réorganiser les activités de la pédiatrie ;
- Pérenniser l'effort d'amélioration de la qualité des soins et la surveillance rigoureuse des heures de traitement médical et nutritionnel des malnutris à la pédiatrie ;
- Reprendre les séances d'éducation nutritionnelles à la pédiatrie ;
- Réserver un accueil courtois et chaleureux aux usagers de la pédiatrie ;
- Respecter l'ordre d'arrivée des patients.

A L'EQUIPE CADRE DU DISTRICT

- Soutenir les accompagnatrices des enfants malnutris en restauration en relation avec les PTF (partenaires techniques et financiers) ;
- Construire un hangar d'accueil des usagers ;
- Améliorer les conditions d'attente pour le confort des usagers (ventilateurs, chaises, téléviseur) ;
- Perpétuer l'enquête de satisfaction des usagers.

A LA DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE

- Appuyer l'équipe cadre du district dans l'extension de l'URENI de la pédiatrie ;
- Améliorer les conditions de travail du personnel ;
- Limiter les ruptures des médicaments ;
- Augmenter le nombre de personnel du service de pédiatrie.

AUX PARTENAIRES DU CSREF

- Soutenir les accompagnatrices des enfants souffrant de malnutrition en restauration ;
- Financer les plans d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec complication à l'URENI du CSRef ;
- Perpétuer la dotation de l'URENI en intrant ;
- Cofinancer l'extension de l'URENI.

A LA POPULATION

- S'approprier le CSRéf et de son service de pédiatrie ;
- Fréquenter massivement et régulièrement le service de pédiatrie du CSRéf ;
- Limiter les abandons au traitement à l'URENI ;
- Assurer une ration alimentaire adéquate pour éviter la malnutrition chez les enfants.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION

La région de Sikasso enregistre paradoxalement un taux de malnutrition aiguë sévère élevé chez les enfants de moins de 5 ans, malgré la forte productivité agricole. Toutes les aires de santé du district réfèrent les cas de malnutrition aiguë sévère avec complication à l'URENI du CSRéf de Sikasso. Ainsi, durant notre stage nous avons opté pour une étude pour améliorer la qualité de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec complication à l'URENI de la pédiatrie. Nous avons mené des enquêtes auprès du personnel, des accompagnateurs associés à notre observation et qui nous ont permis de mettre en exergue certains dysfonctionnements dans la prise en charge au service.

Nous avons pu noter le problème prioritaire qui a été l'insuffisance de la qualité de l'accueil au service de pédiatrie où se trouve l'URENI. Des causes ont été identifiées et priorisées et nous avons pu proposer des solutions allant de la réorganisation du service, la construction d'un hangar d'accueil, la formation du personnel à l'accueil et l'orientation, à la réduction du temps d'attente.

Nous avons terminé notre étude par des recommandations que nous avons jugé pertinentes et qui, à coup sûr, bien appliquées, auront un effet bénéfique sur l'accueil du service de pédiatrie. Il faudra alors un engagement et une adhésion sans faille de l'équipe cadre du district, du conseil de cercle et de la direction régionale qui devra mobiliser les moyens idoines pour atteindre ses objectifs.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- 1 <http://live.banquemondiale.org/nutrition-liberer-le-potentiel-humain-et-la-croissance>
dernier accès le 12/10/2017
- 2 <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/hunger/> dernier accès le 14/10/2017
- 3 Rapport mondial sur la nutrition, Global Nutrition report 2016
- 4 Institut National de la Statistique (INSTAT), Rapport de l'Enquête Démographique et de Santé du MALI (EDSM-V) (2012-2013) 25p.Mali
- 5 Institut National de la Statistique (INSTAT), Enquête nationale de nutrition et de mortalité rétrospective basée sur la méthodologie SMART Mali 2015
- 6 Direction nationale de la statistique et de l'informatique du ministère de l'économie du plan et l'intégration Mali 2009.
- 7 PNUD/ RAPPORT SUR LE DEVELOPPEMENT HUMAIN 2016, p27
- 8 Ministère de la Santé et de l'Hygiène Public/ Programme National de lutte contre le Paludisme/ Institut National de la Statistique (INSTAT)/Enquête sur les Indicateurs du Paludisme (EIPM) 2015. Juillet 2016 p.1-2
- 9 Ministère de la santé. Politique nationale de nutrition. Mali (2013), p18-22
- 10 Togola M. contribution à l'amélioration de la gestion de l'accueil à l'Hôpital régional Fousseyni Daou. Kayes Mali. Mémoire de gestion hospitalière. CESAG 2004
- 11 Sanogo D D. Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil dans le service des urgences médicales du centre de santé de référence de Sikasso Mali. Mémoire gestion des programmes de santé. CESAG 2014.
- 12 Black R.E., 2008, "Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries", The Lancet, Volume 382, Issue 9890, 3–9 August 2013, Pages 427–451
- 13 Diao K S. l'amélioration de l'accueil, élément-clé pour une prestation de service de qualité : exemple de l'hôpital militaire de Ouakam. Sénégal. Mémoire de gestion hospitalière. CESAG 2006.
- 14 Bielen, Frederick, Roch, Isabelle, Vanderburg, Diane « la satisfaction et les attentes du patient », Revue de gestion hospitaliere, N° 394 Mars 2000
- 15 NIBIZERE Emile contribution à la réduction du temps d'attente des patients au service d'accueil des urgences du Centre Hospitalier National Universitaire de Fann au Sénégal. Mémoire pour l'obtention du diplôme de 3^{ème} cycle du DESS de Gestion des Programmes de Santé, CESAG 2013

- 16 ALOU Abdoulaye Ramatou, Evaluation de l'accueil du malade hospitalisé et de la qualité des services non médicaux : Cas de l'Hôpital national de Niamey. Mémoire de fin de cycle DSGS CESAG Juin 1993
- 17 Danso M. (2013-2014) Evaluation de la participation communautaire dans le PRN au Sénégal. Mémoire de fin d'étude CESAG
- 18 NOUMSI A., Etude comparative de la qualité des soins infirmières et obstétricaux dispensés dans les maternités de l'hôpital public de Ndoungé. Mémoire de fin d'études. CESSI / CUSS, Yaoundé 1976
- 19 Ministère de la santé et de l'hygiène publique du Mali/ Formation sur la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère à l'URENI 2015.p14-15.
- 20 TALL Madani M S, contribution à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH au centre de traitement ambulatoire de l'ONG WALE de Ségou au Mali. Mémoire GPS CESAG 2014.
- 21 FAYE Diène, contribution à l'amélioration de l'accueil des urgences dans les établissements publics de santé de troisième niveau : cas de l'Hôpital Principal de Dakar. Mémoire pour l'obtention du diplôme de 3^{ème} cycle du DESS de Gestion Hospitalière, CESAG 2003
- 22 ATTOUMOH Marcelle, contribution à l'amélioration de l'accueil au niveau du service des urgences porte de l'Hôpital Principal de Dakar. Mémoire pour l'obtention du diplôme de 3^{ème} cycle du DESS de Gestion Hospitalière, CESAG 2005
- 23 TRAORE Dramane, contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil à l'Hôpital Principal de Dakar : cas du service de Radiologie et d'Imagerie Médicale. Mémoire pour l'obtention du diplôme de 3^{ème} cycle du DESS de GSS, CESAG 2007
- 24 MAIGA Naya COULIBALY, contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil à l'Hôpital Gabriel TOURE de Bamako (Mali) : cas du Service de Pédiatrie. Mémoire pour l'obtention du diplôme de 3^{ème} cycle du DESS de Gestion Hospitalière, CESAG 2004.
- 25 DIAGNE Ouleymatou Khadija, problématique de l'accueil au service de la maternité de l'Hôpital Principal de Dakar. Mémoire pour l'obtention du diplôme de 3^{ème} cycle du DESS de Gestion Hospitalière, CESAG 2010.
- 26 DIEDHIOU Mariama, contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil par la réduction du temps d'attente avant consultation au service d'accueil des urgences de l'Hôpital Principal de Dakar. Mémoire pour l'obtention du diplôme de 3^{ème} cycle du DESS de Gestion Hospitalière, CESAG 2007.

- 27 Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille. Ministère de la Santé du Mali (2014) Annuaire statistique national du Système National d'Information Sanitaire et Sociale (SNISS 2014) du Ministère de la Santé du Mali.
- 28 Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille Ministère de la Santé (2014), Plan décennal de développement sanitaire et social (2014-2023). Mali
- 29 Institut National de la Statistique (INSTAT), Enquête nationale de nutrition et de mortalité rétrospective basée sur la méthodologie SMART Mali 2014 Juillet 2014
- 30 <http://www.memoireonline.com> › Ressources humaines dernier accès le 01/10/2016
- 31 Replacer la nutrition au cœur du développement, Banque Mondiale, le développement en marche
- 32 <http://www.who.int/nutrition/global-target-2025/fr> dernier accès le 10/11/2016
- 33 Leteurtre H, Patrelle I, Quaranta J F, Ronzière N. la qualité hospitalière, 2^{ème} édition ; Berger. Levrault, Janvier 1999.
- 34 Diallo B. contribution à l'amélioration de la prise en charge des enfants séropositifs sous traitements antirétroviraux : cas du service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel TOURE de Bamako. Mali. Mémoire de gestion des programmes de santé. CESAG 2004.
- 35 Ministère des affaires étrangères. (2003). Evaluation du schéma directeur du système national d'informations sanitaires et sociales du Mali. Bamako.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE POUR LA PEC DES MAS A L'URENI

N°.....

1. Nom et prénom(s) :
2. Age : (en mois)
3. Sexe: 1= Masculin 2 = Féminin
4. Profession du père: 1= agriculteur 2= commerçant 3= artisan. 4= fonctionnaire 5=étudiant
5. Profession de la mère: 1=agricultrice, 2= commerçante, 3= artisane, 4= fonctionnaire
5=étudiante 6= ménagère
6. Lieu de résidence (quartier ou numéro du secteur) :
7. Statut vaccinal de l'enfant à l'admission : 1= à jour 2= non à jour
8. Accompagnataire: 1 = Père, 2 = Mère, 3 = Frère, 4 = Sœur, 5 = Autres

I- Paramètre Anthropométrique à l'admission :

17. Problèmes majeurs :
18. Date / /
19. Poids Kgs
20. Taille cm
21. PB : cm
22. P/T Z score
23. Œdèmes : 1= oui, 2=non

II - EXAMEN CLINIQUE

24. Test d'appétit : 1 : positif 2 : négatif 3. Non fait
25. Type de complication MAS :

A. Ictère	G. Etat de Choc	F. Œdèmes
B. Candidose buccale/Lésion cutanée	H. Vomissement	L. Hypoglycémie
C. Déshydratation	I. Convulsion	M. Avitaminose A
D. Pâleur :	J. Hyperthermie	
E. Splénomégalie	K. Hypothermie	

--	--	--

III - Examen complémentaire :

26. Sérologie HIV : 1 : Positive, 2 : Négative, 3 : Non faite
27. Taux d'Hb/Ht : 1 : Anémie sévère 2 : Non 3 : Non fait
27. NFS : 1 : Oui 2 : Non, 3 : Non faite
28. CRP : 1 : Positive 2 : Non 3 : Non fait
29. Glycémie : 1 : Hypoglycémie 2 : Non 3 : Non fait
28. Goutte Epaisse ou TDR : 1 : Positive 2 : Négative, 3 : Non faite
29. Ionogramme Sanguin : 1 : Anormal 2 : Normale 3 : Non faite
29. Radiographie du Thorax : 1 : Infection pulmonaire 2 : Normale, 3 : non faite

IV - Traitement :

30. Médical :

ReSoMal	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>
Antifongique : Nystatine ou Fluconazole / Zinc	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>
Antibiothérapie : 1. Amoxicilline 2. Amoxi+Gentamicine	Oui : <input type="checkbox"/>		
3. Ceftriaxone 4. Ceftriaxone+ Gentamicine	Non : <input type="checkbox"/>		
5. Cipro+Metronidazole 6. Cotrimoxazole	Non : <input type="checkbox"/>		
Antipaludéen : 1. CTA	Oui : <input type="checkbox"/>		
2. Artesun relais CTA	Non : <input type="checkbox"/>		
Transfusion Sanguine	Oui : <input type="checkbox"/>		
	Non : <input type="checkbox"/>		
Vitamine A	Oui : <input type="checkbox"/>		Non : <input type="checkbox"/>
Albendazole : <input type="text"/>	Mebendazole : <input type="text"/>	Non : <input type="text"/>	

31. Nutritionnel :

1 : F75/3h= Jrs ; 2 : F100/3h= Jrs ; 3 : Plumpy NUT= jrs

V - A LA SORTIE : 32. Date ://... ..

32. Test d'Appétit : 1. Positif 2. Négatif 3. Non fait

33. Education Nutritionnelle donnée : Oui Non

33. Motif de sortie : 1 = Transféré URENAS ; 2 = abandon ; 3 = Référé, 4 = Décès

34. Motif Abandon :

35. Poids : Kgs

36. P/T : Z score

37. Durée du séjour à l'URENI : jours

**FICHE D'ENQUÊTE DE L'ACCOMPAGNANT(E) SUR LA
CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE
DE LA MALNUTRITION AIGUË SEVERE A L'URENI DU CSREF
SIKASSO**

Juillet à Août 2017 – Dramane Issouf KONE, CESAG-GSS, 27-ème promotion

Bonjour Mme/Mlle/M. Dans le cadre d'une étude sur la contribution à l'amélioration de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère compliquée, nous voudrions vous poser quelques questions. Cette étude nous permettra de formuler des recommandations aux différents acteurs afin d'assurer une meilleure prise en charge de la malnutrition aiguë sévère. Nous vous remercions d'avance pour la sincérité des réponses dont vous allez nous faire gratifier.

N0.....

1. Quel est votre âge?

2. Quel est votre genre?

1. Homme 2. Femme

3. Quel est votre lieu de résidence?

1. Urbain 2. Rural

4. Quel est votre niveau d'étude?

1. Aucun 2. Primaire 3. Secondaire 4. Universitaire

5. Quel est votre statut matrimonial ?

1. Célibataire 2. Vie en couple 3. Marié(e) 4. Divorcé(e) 5. Veuf(ve)

6. Savez-vous de quel mal souffre votre enfant?

1. Oui 2. Non *La question n'est pertinente que si Reconnaissance de la malnutrition = "Oui"*

Si 'Oui', précisez : les signes de la malnutrition aiguë sévère

7. Avez-vous entrepris des soins chez les tradipraticiens ?

1. Oui combien de temps 2. Non

8. Quelles appréciations faites-vous de la propreté des locaux ?

1 Insatisfait 2 Satisfait 3 Très satisfait

9. Quelles appréciations faites-vous de la propreté des toilettes ?

1 Insatisfait 2 Satisfait 3 Très satisfait

10. Quel a été le principal motif de consultation/Evacuation à l'URENI?

1. Fièvre 2. Diarrhée 3. OMI 4. Vomissement 5. Convulsion 6. Autre :

11. Quel a été le niveau de l'accueil au service?

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Peu satisfait 4. Pas du tout Satisfait

12. Le délai d'attente dans le service des soins ?

- 1 : Supportable 2 : Long a : Entre 30 - 60 mn b : Sup 60 mn

13. La restauration est-elle offerte par le service durant le séjour ? 1 : oui 2 : Non

14. Votre enfant a-t-il bénéficié des examens complémentaires payant durant ces jours d'hospitalisation ?

1. Oui - 2. Non *La question n'est pertinente que si Examens complémentaires = "Oui"*

15. Avez-vous acheté des médicaments pour les soins de votre enfant pendant ces jours d'hospitalisation ?

1. Oui 2. Non

16. Combien de jours de traitement le patient a-t-il fait sous le lait F 75/F100

17. Combien de jours de traitement le patient a-t-il fait sur Plumpy Nut?

18. Avez-vous respecté la prise des repas nutritionnels ? Oui Non

19. Avez-vous donné d'autres repas en plus du traitement nutritionnel ? Oui Non

20. Mode de sorti à l'URENI : 1. Guéri/ URENAS, 2. Abandon, 3. Décès 4. Référé

21. Quelles sont les facteurs suivants qui peuvent pousser à abandonner les soins ? :

- | | |
|---|---|
| 1. La distance Domicile-centre de santé | 6. La rupture de vivre |
| 2. Les occupations ménagères | 7. Non amélioration de l'état de santé de l'enfant |
| 3. Les travaux de subsistance | 8. Si vous estimez que l'enfant est guéri |
| 4. La mauvaise organisation du service de soins de l'enfant | 9. S'il y a une amélioration de l'état nutritionnel de l'enfant |
| 5. Le mauvais accueil | 10. Le problème de moyen de transport |

22. Globalement, que pensez-vous de la prise en charge au niveau de l'URENI ?

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Peu satisfait 4. Pas du tout satisfait

23. Combien de jour d'hospitalisation avez-vous fait ? *La réponse doit être supérieure à 3.*

Avez-vous des suggestions qui permettraient d'améliorer la qualité des services ?

Bonjour Mme/Mlle/M. Dans le cadre d'une étude sur la contribution à l'amélioration de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère compliquée, nous voudrions vous poser quelques questions. Cette étude nous permettra de formuler des recommandations aux différents acteurs afin d'assurer une meilleure prise en charge de la malnutrition aiguë sévère. Nous vous remercions d'avance pour la sincérité des réponses dont vous allez nous faire gratifier.

GRILLE D'ENTRETIEN AUPRES DU PERSONNEL DU SERVICE

Numéro :.....

1. Profession : 1 : Médecin 2 : Infirmier(re)

2. Avez-vous dans votre formation initiale, un module qui portait sur l'accueil du patient ? Oui Non

3. Avez-vous bénéficié d'une formation en accueil, après votre formation initiale ? Oui Non

4. Avez-vous été formé à la PECIMA ? Oui Non

5. Avez-vous un rôle défini à l'URENI? Oui Non

6. Avez-vous une zone d'accueil des patients? Oui Non

7. Avez-vous une Salle d'attente ? Oui Non

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

1. Supportable 2. Long a : 30 – 1H b : Plus 1 Heure

9. Existe-il les différents protocoles standards affichés ? Oui Non

10. Existe-il une liste des URENAS et les jours de suivi nutritionnel affichés ?

Oui Non

11. Existe-il un personnel réservé à l'URENI ? Oui Non

12. Etes-vous impliqué dans l'organisation et le fonctionnement de l'URENI ?

1. Très satisfaisant 2. Satisfaisant 3. Peu satisfaisant :.....

13. Existe-il une insuffisance de personnel pour l'URENI ? Oui Non

14. Existe-il une insuffisance de formation du personnel à la PECIMA ? Oui Non

15. Existe-il un point d'eau potable pour l'URENI ? Oui Non

16. Avez-vous une salle pour la prise des mesures anthropométriques ? Oui Non

17. Avez-vous une armoire avec des médicaments réservés à l'URENI ? Oui Non

18. Existe-il un hangar ou aire de jeu pour les enfants ? Oui Non

19. Faites-vous des séances éducation nutritionnelle ? Oui Non

20. Une zone d'assainissement : douches et latrine, aire de vaisselle et zone de séchage ?
- Oui Non

21. Quelle est la fréquence de nettoyage du service ?

Une fois par jour Deux fois par jour

22. Système d'évacuation des eaux usées et destruction des déchets ? Oui Non

23. Avez-vous des cas d'abandon au traitement ? Oui Non

Si Oui Pourquoi :

24. Existence de fiche de transfert à URENAS ? Oui Non

25. Les examens complémentaires standards sont-ils gratuits ? Oui Non

26. Existe-il une salle de préparation de lait ? Oui Non

27. Avez-vous les matériels de préparation du lait ? Oui Non

28. Les heures de préparation de lait sont-ils respecté ? Oui Non

29. Le DRC connaît-il des ruptures de médicaments (ReSoMal, sonde nasogastrique, ceftriaxone, Nystatine, Vit A, Artesun, CTA, Amoxicilline, Gentamycine, Fer A. folique) ? Oui Non

Oui lesquels :

30. Le DV connaît-il des ruptures de moustiquaire ? Oui Non

31. Le DRC connaît-il de rupture de Lait F75/F100 et ATPE ? Oui Non

32. les infrastructures de l'URENI sont-elles adaptées à la PEC ?

1. Très satisfaisante 2. Satisfaisante 3. Peu satisfaisante :

33. Quelles suggestions faites-vous pour améliorer la qualité de la PEC des MAS avec complication ?

.....
.....

GRILLE D'OBSERVATION PAR L'ENQUETEUR

Numéro :

1. Existe-il une zone d'accueil des patients à la pédiatrie ? Oui Non
2. Existe-il un endroit d'attente pour les patients ? Oui Non
3. Comment trouvez-vous le temps d'attente des patients ?
1. Supportable 2. Long a : 30 – 1H b : Plus 1 Heure
4. Le service est-il propre ?
Oui Non
5. Les toilettes du service sont-elles propres ?
Oui Non
6. Existe-il les matériels pour les mesures anthropométriques ?
Pèse bébé : Oui Non
Bande de Shakir : Oui Non
Toise : Oui Non
Thermomètre : Oui Non
Fiche pour le rapport Poids/taille : Oui Non
7. Les paramètres anthropométriques sont-ils correctement pris ?
Poids : Oui Non
Taille : Oui Non
PB : Oui Non
Température : Oui Non
P/T < -3 Z score Oui Non
Poids cible : Oui Non
8. L'enfant est-il référé par un CSCOM du district ? Oui Non
9. Un Test d'appétit est-il fait pour les non référés ? Oui Non
10. Les dossiers d'hospitalisation sont-ils remplis ?
1 : Incomplet 2 : Complet 3 : Pas de dossier
11. A l'admission existe-il une complication de la MAS ? Oui Non
12. L'enfant est-il hospitalisé sur un lit ? Oui Non
13. Existe-il une moustiquaire sur le lit d'hospitalisation ? Oui Non
14. Les examens complémentaires sont-ils réalisés ? Oui Non
15. Les examens complémentaires standards sont-ils gratuits ? Oui Non

16. Le traitement médical est-il respecté ? Oui Non
17. Les heures de prises nutritionnelles sont-elles respectées ? Oui Non
18. L'enfant est-il pesé avec leur température par jour ? Oui Non
19. Le Test d'appétit-il positif à la sortie ? Oui Non
20. Le poids cible est-il atteint à la sortie ? Oui Non
21. Existe-il la complication de la MAS à la sortie ? Oui Non
22. L'éducation nutritionnelle est-elle donnée à la sortie ? Oui Non
23. Mode de sorti à l'URENI :

1. Guéri/ URENAS

2. Abandon

3. Décès

4. Référé

CESAG - BIBLIOTHEQUE

TABLE DES MATIERES :

DEDICACE.....	I
REMERCIEMENTS	II
SOMMAIRE	IV
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	V
LISTE DES TABLEAUX	VII
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE :	3
CHAPITRE I : ANALYSE SITUATIONNELLE	4
1.1 Généralités sur la République du Mali	4
1.1.1 Contexte géographique et démographique	5
1.1.2 Situation socio-économique	5
1.1.3 La politique nationale de la santé et l'organisation du système de Santé.....	7
1.1.3.1 La politique nationale de la santé	7
1.1.3.2 L'organisation du système de Santé	9
1.1.4 La politique nationale de nutrition au Mali	10
1.2 Généralités sur la Région de Sikasso.....	14
1.2.1 La Région de Sikasso	14
1.2.2 Le district sanitaire de Sikasso	16
1.2.2.1 Situation géographique et administrative	16
1.2.2.2 Les caractéristiques économiques	17
1.2.2.3 Les caractéristiques démographiques et socioculturelles.....	18
1.2.2.4 Les Partenaires du district sanitaire de Sikasso	21
1.2.2.5 Organigramme structurel du CSRef de Sikasso	22
1.2.2.6 Organigramme structurel du service de pédiatrie.....	23
1.2.2.7 Configuration du service de Pédiatrie	23
1.2.2.8 Personnel du service de pédiatrie	24
1.2.2.9 Synthèse de l'analyse Situationnelle	24
1.3 Identification des Problèmes et leur Priorisation.....	26
1.3.1 Identification des Problèmes	26
1.3.2 Priorisation des Problèmes	26
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	29
2.1 La problématique de l'Etude	29
2.1.1 Formulation du Problème.....	29

2.1.2 Ampleur du Problème	29
2.1.3 Conséquences du problème	30
2.1.4 Contexte et justification du problème.....	31
2.2 Intérêt de l'étude :.....	32
2.3 But de l'étude	33
2.4 Objectifs de l'étude	33
2.4.1 Objectif général	33
2.4.2 Objectifs spécifiques	33
2.5 Définitions et concepts liés à l'étude.....	33
DEUXIEME PARTIE :	36
CHAPITRE III : METHODOLOGIE	37
3.1 Type d'étude.....	37
3.2 Lieu d'étude :	37
3.3 La population de l'étude :.....	37
3.4 Les méthodes et outils de collecte des données.....	37
3.5 La méthode d'analyse des données :.....	38
3.6 Le Pré-test :	38
3.7 Taille de l'échantillon :	38
3.8 Déroulement de l'étude :.....	38
CHAPITRE IV : RESULTATS ET ANALYSE DE L'ETUDE.....	39
4.1 RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DES PRESTATAIRES	39
4.2 RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DES USAGERS.....	42
4.3 RESULTATS DE L'OBSERVATION DE L'ENQUETEUR :	46
4.4 ANALYSE DES RESULTATS :.....	47
4.4.1 POUR LE PERSONNEL	47
4.4.2 POUR LES USAGERS	47
4.4.3 POUR L'OBSERVATION DE L'ENQUETEUR	48
4.5 DIFFICULTES ET LIMITES DE L'ETUDE :	48
TROISIEME PARTIE :.....	49
CHAPITRE V : DETERMINATION ET PRIORISATION DES CAUSES	50
5.1 Présentation des outils	50
5.2 Détermination, Analyse et Priorisation des causes.....	50
5.2.1 Diagramme d'ISHIKAWA ou en arêtes de poisson.....	50
5.2.2 Hiérarchisation des Causes :.....	52

CHAPITRES VI : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS.....	55
6.1 Identification des Solutions :.....	55
6.2 Priorisation des Solutions :.....	56
CHAPITRES VII : MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION.....	58
7.1 Justification :	58
7.2 Objectifs du Projet.....	58
7.2.1 Objectif général	58
7.2.2 Objectifs Spécifiques.....	58
7.3 Cadre Logique :	58
7.3.1 logique verticale :	58
7.3.2 logique horizontale	59
7.4 Plan d'Action Opérationnel.....	62
7.5 La Budgétisation.....	64
7.6 Suivi et l'Evaluation de la mise en œuvre	65
7.6.1 Suivi de la mise en œuvre.....	65
7.6.2 l'évaluation de la mise en œuvre :	65
RECOMMANDATIONS.....	66
CONCLUSION	68
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :	69
ANNEXES	72