



CESAG - SANTE
MBA GESTION DES SERVICES DE SANTE (GSS)
OPTION : GESTION DES PROGRAMMES DE SANTE
28 ÈME PROMOTION : 2017 - 2018



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

THEME DU MEMOIRE

**CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE LA QUALITE DE L'ACCUEIL
DES ENFANTS DE 6 A 59 MOIS ATTEINT DE PALUDISME GRAVE :
CAS DU SERVICE DE PEDIATRIE DE L'HOPITAL PREFECTORAL DE
KEROUANE EN GUINEE**

Soutenu par :

Dr Adama DIAKITE

Sous la direction de :

Dr Malick NIANG

Enseignant associe au cesag

Membres du jury :

Dr Mansoum NDIAYE

Dr Cheikh Tidjane SECK

Dakar le 12 décembre 2018

DEDICACES :

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

Je dédie ce travail :

- **A mon père Feu NOUMAGAN DIAKITE** : 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 DAMBA SIDIBE** : 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 MARIAME DIAKITE** pour sa patience et son soutien sans faille durant ma formation, que notre ménage batte le record de longévité et de bonheur.
- **A mes enfants bien aimés : NOUMAGAN dit PAPA, MAMADI, ABDOUL MALICK** : que vos sourires, vos chants, vos pleurs, et vos plaintes m'ont tant manqué pendant ces mois. Qu'Allah vous accorde une longue vie pour que vous deveniez des grands intellectuels réussis cités 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 SARAN DAFF Directrice Préfectoral de la Santé de Kérouané, et à tout son personnel pour s'être mobilisés administrativement pour la réalisation de ce travail.

▪ Au Docteur ALIPHA CAMARA, Directeur de l'hôpital préfectoral de Kérouané 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 NOUMANIGUI AKOYE, chef de service de la pédiatrie pour sa bonne collaboration pendant ma période de stage.

▪ Au Docteur BARRY MAMADOU ALIOU, MPH Epidémiologie, pour sa disponibilité, sa rigueur scientifique et ses conseils prodigués tout au long de ce travail.

▪ A Madame Mously Seye assistante de programme CESAG-SANTE et Madame Aimé Lores assistante de Direction CESAG-SANTE merci pour vos soutiens moraux, la convivialité, et la solidarité pendant mes moments difficiles.

▪ A mes aînés du CESAG : Les Docteur Félékou Gnakoye, Moussa Fanta Kéita, Sylla Mohamed, Barry Asstou Neby, Sow Aminata, Djènèba Diallo, Kénéko Dara, Inocen Macinon, Yatté Serge, Diakité Fambougouri, Idirssa Bodjan. Les messieurs et madames : Kaba Mandiaye, Diop Leopaul Jaen Mari, N'Diaye Astou, Boua Fulbert, Mbaye Ndao, Gnénan Outtara, Diao Omar, Fatima Bah, Marie Diane, Chérif Bah merci pour votre soutien et vos conseils.

- A tous les membres du club (CESAG-SANTE de l'année 2017-2018) et l'ASEMA qui n'ont ménagé aucun effort pour la réussite de nos activités merci de cette convivialité, et cette solidarité rendant les moments difficiles supportables.
- Aux camarades de la 28ème promotion 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 : Lanciné, Mamadou Assa, Daouda Assa, Souleymane, Fanta, Hawa et Mariame, Ce travail est aussi le vôtre. Que cette joie et bonne ambiance qui animent nos rencontres demeurent à jamais un signe d'unité et d'amour.

A mes amis : Dr Drissa Diakité, Adama Kanté 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.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ANSS : Agence Nationale de la Sécurité sanitaire

ASC : Agent de Santé Communautaire

CESAG : Centre Africain d'Etudes Supérieurs en Gestion

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNLS : Comité National de lutte Contre le VIH/sida

CS : Centre de Santé

CSCom : Centre de Santé Communautaire

DNSI : Direction Nationale de la Statistique et de l'Information

ECD : Equipe Cadre du District Sanitaire

HKI : Helin Keleur International

INSTAT : Institut National de Statistique

Km² : Kilomètre carré

MCD : Médecin Chef du District (sanitaire)

MIILDA : Moustiquaire imprégnée d'Insecticide à longue durée d'action

ODD : Objectifs de Développement Durable

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OS : Objectif Spécifique

PEC : Prise en Charge

PIB : Produit Intérieur Brut

PM : Pour Mémoire (ne nécessite pas de frais)

PNLT : Programme National de Lutte contre la Tuberculose

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PDDSS : Programme Décennal de Développement Sanitaire et Social

PTF : Partenaire Technique et Financier

PV VIH : Personne ne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficienc e Humaine

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

SR : Santé de la Reproduction

SSP : Soins de Santé Primaires

TV : Télévision

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 les partenaires de l'hôpital	22
Tableau 2 : Priorisation des Problèmes	26
Tableau 3 Appréciation de la qualité de l'accueil selon le personnel de l'administration	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 4 Répartition du personnel par catégorie professionnelle.	41
Tableau 5 Répartition du personnel en fonction de la connaissance de leur rôle dans le service.....	41
Tableau 6 Le lieu d'accueil selon le personnel du service	42
Tableau 7: Avis du personnel du service sur l'organisation du travail	43
Tableau 8: : L'existence de protocole d'accueil selon le personnel.....	43
Tableau 9: Besoin de formation en accueil par le personnel du service	44
Tableau 10: Le temps d'attente des malades selon le personnel	44
Tableau 11: Organisation périodique des réunions du service selon le personnel	45
Tableau 12: Description de poste selon le personnel du service	45
Tableau 13: Implication du personnel dans l'organisation et fonctionnement du service.....	46
Tableau 14: Existence de pharmacie d'urgence selon le personnel du service	46
Tableau 15: Répartition des parents selon le traitement aux enfants avant l'hôpital et le lieu de résidence	49
Tableau 16: Répartition des parents selon le type de traitement fait aux enfants avant l'hôpital	49
Tableau 17: Répartition des mères selon le traitement aux enfants avant l'hôpital et le niveau d'étude	50
Tableau 18: Répartition des enfants selon la durée du traitement avant l'hôpital.....	50

Tableau 19: Répartition des enfants selon le l'âge52

Tableau 20: Répartition des enfants selon les motifs de consultationErreur ! Signet non défini.

Tableau 21: Répartition des enfants selon l'utilisation de MIILDA.....53

Tableau 22: Appréciation de la qualité d'accueil au service par les accompagnants..... Erreur ! Signet non défini.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

LISTE DES FIGURES

Figure 1:Carte administrative de la Guinée	6
Figure 2 Piramide sanitaire de la Guinée	13
Figure 3 Carte sanitaire de la Préfcture de Kérouané	17
Figure 4 Organigramme de la l'hôpital préfectoral de Kérouané	21
Figure 5 : Plaintes sur la qualité de l'accueil auprès du l'administration..	40
Figure 6 : L'existence de la définition des tâches selon le personnel administratif.....	40
Figure 7: L'appréciation de la zone d'accueil par le personnel.....	42
Figure 8: Répartition des pères selon la profession	47
Figure 9: Répartition des mères selon la profession	47
Figure 10: Répartition des pères selon le niveau d'étude.....	48
Figure 11: Répartition des mères selon le niveau d'étude.....	48
Figure 12: Répartition des parents selon le lieu d'accueil de leur enfants ..	51
Figure 13: Avis des accompagnateurs sur la proprété des locaux	51
Figure 14: Répartition des enfants selon les motifs de consultation	52
Figure 15:Appréciation de la qualité d'accueil au service par les accompagnants.....	53

SOMMAIRE

DEDICACES :	II
REMERCIEMENTS	III
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	V
LISTE DES TABLEAUX	VI
LISTE DES FIGURES.....	VIII
SOMMAIRE	IX
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : ANALYSE SITUATIONNELLE.....	6
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	27
CHAPITRE III : METHODOLOGIE	36
CHAPITRE IV : RESULTATS ET ANALYSE DE L'ETUDE	38
CHAPITRE V : DETERMINATION ET PRIORISATION DES CAUSES	58
CHAPITRES VI : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS	64
CHAPITRES VII : MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION.....	67
RECOMMANDATIONS	75
CONCLUSION	76
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	77
ANNEXES	80
TABLE DES MATIERES.....	89

INTRODUCTION

CESSAO - BIBLIOTHEQUE

Le paludisme est une maladie parasitaire, une érythrocytopathie fébrile et hémolysante due au développement et à la multiplication chez l'homme d'un hématozoaire du genre Plasmodium, inoculés à l'homme par la piqûre d'un moustique, l'anophèle femelle.

Les espèces responsables chez l'homme sont : Plasmodium falciparum, Plasmodium vivax, Plasmodium malaria et Plasmodium ovale [1].

Selon l'estimation de l'Organisation Mondiale de la Santé, la moitié de la population mondiale est à risque de contracter le paludisme [2]

Le paludisme est un réel problème mondial de santé publique et plus particulièrement en Afrique au sud du Sahara [1].

En 2012 ; environ 241 millions cas de paludisme et 789 mille décès a été rapportés par l'OMS. De plus l'Afrique concentre 91% des décès mondiaux dus au paludisme dont 85 % (Environ 482 mille) de ces décès concernent les enfants de moins de 59 mois [3].

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la mortalité due au paludisme est de 17 pour 100 000 habitants au niveau mondial, 104 pour 100 000 habitants pour l'Afrique et 201 pour 100 000 habitants en Guinée [4].

Il s'agit pour la plupart des enfants de moins de cinq ans. Un enfant meurt du paludisme toutes les trente secondes en Afrique [1].

En Guinée, le paludisme constitue un problème majeur de santé publique.

Il est la première cause de consultation (28%), et d'hospitalisation (34%).

En milieu hospitalier le taux de létalité globale est de 15% et 26% chez les enfants de moins de 59 mois [5].

Reservé un bon accueil à ses enfants de moins de 59 mois contribuerai à la réduction des conséquences humaines, économiques et sociales de cette maladie.

L'accueil est un acte banal de la vie quotidienne. Chaque personne est en permanence sollicitée par des situations d'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 ». [6].

CHAUCHARD (1971) va plus loin dans le raisonnement quand il dit : « l'accueil n'est pas un acte extérieur, il fait partie de nous-mêmes ; nous sommes biologiquement et cérébralement des structures d'accueil » [7].

La vie quotidienne est ponctuée de rencontres qui engendrent des situations d'accueil, véritables rituels, variables suivant les contextes, les cultures, les classes sociales, etc [8].

Nul doute que cela demande une certaine « dose d'énergie » pour demeurer acceptant, réceptif, et offrir la même qualité d'accueil à chacun [9].

« L'accueil idéal n'est pas celui qui uniformise, mais celui qui personnalise dans une différence à autrui » [10].

« Accueillir, c'est avoir besoin d'être accueilli, ce qui est à la fois recevoir et être reçu dans l'acceptation mutuelle de ce que l'on est ».

« Si l'accueil réciproque manque ou n'est pas bon, il en résulte un déséquilibre, une souffrance inconsciente, source d'angoisse, d'irritabilité ». L'accueil est un moment privilégié, particulier, unique, dont il faut favoriser le bon déroulement. Il est le préambule, l'antichambre à l'apparition des sentiments et opinions de chaque protagoniste, qui confirmera ou infirmera ceux qu'ils s'étaient imaginés à priori.

L'accueil est le reflet d'un état d'esprit, d'une personne, d'une équipe, d'une institution. Il est à la portée de tous et pour que le bénéfice revienne à chacun...autant mieux donner pour mieux recevoir !

« La qualité de l'accueil traduit en général la qualité d'une entreprise : un accueil réussi dénote un fonctionnement sain, une organisation efficace, un état d'esprit agréable.

Le premier contact du client ou du visiteur avec l'entreprise est fortement mémorisé et détermine très souvent opinion et jugement à l'égard de l'entreprise ».

Parler du concept d'accueil pour des professionnels de santé, revêt une toute autre dimension. Il ne s'agit plus de la vie courante, mais d'un champ phénoménal particulier, qui est celui des soins qu'ils soient hospitaliers ou extrahospitaliers.

L'accueil devient alors un acte professionnel réfléchi, qui s'analyse, s'apprend, se développe dans une finalité de qualité des soins.

L'accueil au niveau de la structure sanitaire se traduit par la prise en charge du patient depuis son entrée dans la structure jusqu'à sa sortie.

La mission des structures d'accueil des urgences qui, théoriquement semble être clairement définie, reste en pratique mal comprise. Cependant, les services d'accueil des urgences constituent une composante essentielle du système de soins, car l'accueil est le premier maillon de la chaîne de soins. Il donne la première impression et peut faciliter ou compliquer la suite de la relation entre le patient et le centre de santé [11].

Les insuffisances les plus courantes au niveau des structures d'accueil des urgences sont d'ordre : structurel, humain, matériel, médicamenteux, financier et organisationnel.

Le service des urgences est considéré comme la principale porte d'entrée de l'hôpital, et constitue donc un passage quasi obligatoire pour les patients avant leur admission dans les autres services.

La conception d'un accueil réussi passe par l'analyse de la place de l'accueil dans la réalisation de service voulu par l'entité. Elle nécessite une étude préalable pour connaître les attentes des usagers et repose sur une démarche structurée de conception, de réalisation, objet de la présente étude : Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil des enfants de 6-59 mois atteint de paludisme grave : Cas du service de la pédiatrie de l'hôpital préfectoral de Kérouané(Guinée).

Elle vise à analyser la qualité de l'accueil des usagers au service d'accueil de la pédiatrie afin de proposer des solutions pertinentes, réalistes et consensuelle.

- ✚ 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

L'analyse situationnelle est le cadre de la présentation et de la description de l'environnement dans lequel évolue le service de la pédiatrie. Elle nous permet de nous familiariser avec l'organisation et le fonctionnement du service de la pédiatrie.

1.1 Environnement externe

1.1.1 Généralité sur la Guinée

Cette partie vise à rappeler les caractéristiques socioéconomiques, démographiques, l'organisation du système de santé de la Guinée, ses offres de soins, etc.



Figure 1: Carte administrative de la Guinée

Source: Ministère de la santé et de l'hygiène publique 2016

1.1.2 Situation géographique

La République de Guinée est une ancienne colonie française située en Afrique Occidentale.

Elle est limitée par la Guinée Bissau au Nord-Ouest, le Sénégal et le Mali au Nord, la Côte d'Ivoire et le Mali à l'Est, le Libéria et la Sierra Leone au Sud et l'Océan Atlantique à l'Ouest.

Le pays est bordé par 300 km de côte et s'étend sur 800 km d'Est en Ouest et 500 km du Nord au Sud.

Sa superficie totale est de 245 857 km².

Son climat est de type tropical alternant une saison pluvieuse et une saison sèche d'environ six mois chacune. Ce climat expose le pays à des risques permanents d'inondation, mais aussi de maladie parmi lesquelles on peut citer le paludisme.

La Guinée est subdivisée en quatre régions naturelles assez bien distinctes et intérieurement homogènes en raison des contrastes climatiques, des barrières montagneuses et l'orientation des reliefs qui se combinent pour donner à chaque région des particularités du point de vue climat, sols, végétation et mode de vie des populations.

-La Region de la Basse Guinée ou Guinée maritime : est située dans la partie ouest du pays, **large** de 150 km et s'étale le long de l'océan atlantique sur environ 300 km de côtes. Elle couvre près de 44 000 km². Son climat est influencé par la mousson, alizé maritime qui apporte une abondante précipitation sur la côte. La pluviométrie moyenne est partout supérieure à 1 800 mm atteignant 3 000 mm à Conakry. Les températures sont constantes élevées tout au long de l'année.

La région est arrosée par de nombreux cours d'eau issus des versants occidentaux des massifs foutaniens. Ces cours d'eau drainent sur la côte de larges plaines rizicultivables, tandis qu'ils offrent d'importantes potentialités énergétiques plus en amont.

La proximité de l'océan atlantique favorise la pêche artisanale et l'aménagement de grands ports commerciaux et miniers (Conakry et Kamsar), en plus de nombreux débarcadères tout au long de la côte.

- La Region de la Moyenne Guinée ou le Fouta Djallon : est une région de montagnes et de plateaux. Son relief culmine au mont Loura (Guinée Mali) à

1 538 m. ce massif est fortement entaillé par des vallées avec des plaines et dépressions intérieures. Les sols fortement dégradés sont progressivement remplacés par des bowé, ce qui rétrécit l'étendue des terres agricoles. Les nombreux cours d'eau qui y prennent leur source font de cette région le château d'eau d'Afrique de l'ouest. Mais ces cours d'eau sont enfermés dans des plaines qui les longent, entraînent, de ce fait, les difficultés de leur aménagement hydro agricole. Le climat tropical y est modifié en microclimat de montagne. Les précipitations y sont très abondantes. C'est une zone de pâturage, d'agrumes et de jardins potagers. De nos jours, la dégradation du milieu a poussé les éleveurs à étendre la transhumance jusqu'à la Basse Guinée (Boké, Boffa et Forécariah), alors qu'au départ elle était pratiquée entre les hauts plateaux en saison pluvieuse et les dépressions en saison sèche. A cause de son relief montagneux et de l'ampleur de la dégradation de son écosystème, la Moyenne Guinée est la région la plus pauvre du point de vue agricole.

- La Region de la haute Guinée : fait partie d'une unité géographique morphologiquement et climatiquement très étendue. C'est une région de savanes et de plateaux. Le Niger et ses

affluents y ont entaillé des plaines humides en terrasses très favorables à la riziculture inondée.

Du point de vue du climat, c'est la région la plus aride de la Guinée. Les précipitations varient entre 1200 et 1800 mm par an. La saison sèche est plus longue (7 à 8 mois) et les températures moyennes y sont relativement élevées pendant presque toute l'année. Les maximas dépassent parfois 40°C en mars-avril. La végétation est jalonnée par de minces galeries forestières. Malgré l'existence de vastes plaines fluviales rizicultivables, la Haute Guinée n'a pas une agriculture prospère à cause des épisodes de sécheresses fréquente et de l'infestation de la vallée de certains cours d'eau par les similis, vecteurs de l'onchocercose (vallée du Tinkisso). Elle est par contre une zone privilégiée de pêche fluviale à l'élevage. L'exploitation artisanale de l'or et du diamant est une activité traditionnelle des populations de cette région.

- **La Région de la Guinée Forestière** : doit son nom à la forêt humide qui couvrait la majeure partie de son territoire. Cette forêt a été progressivement détruite au fil des temps et on ne la retrouve plus que sous la forme d'îlots sur les sommets montagneux (Nimba, Ziama) et le long des cours d'eau.

Le relief de la Guinée Forestière est entièrement dominé par la dorsale guinéenne sur laquelle se juxtaposent des massifs élevés aux versants souvent abrupts, des plateaux, des plaines de piedmont, des bas-fonds et des vallées inondables. L'ensemble culmine aux monts Nimba (Lola) à 1752m.

Son climat est de type subéquatorial avec des précipitations abondantes et quasi-régulières tout au long de l'année (environ 8 à 9 mois). La pluviométrie moyenne annuelle varie entre 1 800 et 2 300 mm. La température est donc tout au long de l'année et oscille autour de 25°C. La forêt dense et humide favorise la formation et la conservation des sols relativement épais, mais très sensibles à l'érosion à cause du relief. Cette région est le domaine des cultures vivrières et des cultures industrielles (café, thé, cacao, palmier à huile, hévéa, etc.). Enfin et évidemment, la Guinée Forestière est une zone privilégiée de l'exploration du bois. A cause de toutes ses potentialités économiques, c'est une région qui attire une population nombreuse.

1.1.3 Situation administrative

Au plan administratif, la Guinée est divisée en 7 régions administratives auxquelles s'ajoute la ville de Conakry qui jouit d'un statut de collectivité décentralisée.

Le pays compte 33 préfetures, 38 communes urbaines dont 5 à Conakry et 334 communes rurales. Ces collectivités se subdivisent en 308 quartiers urbains et 1615 districts ruraux.

1.1.4 Situation démographique

Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2014 la population guinéenne est de 12.628.972 d'habitants avec une densité d'environ 43 habitants au km².

Les femmes représentaient presque 52% de la population. La majorité de la population est jeune (44% sont âgés de moins de 15 ans) et vit en milieu rural (70%) presque exclusivement de l'agriculture et de l'élevage. La démographie est marquée par de fortes disparités régionales : Basse Guinée (20,4%), Moyenne Guinée (19,7%), Haute Guinée (22,9%), Guinée Forestière (21,7%) et la zone spéciale de Conakry (15,3%) de la population totale¹. Seulement, 4% des guinéens ont plus de 65 ans et la taille moyenne des ménages est de plus de 6 personnes.

Le taux brut de natalité était de 34‰ en 2012 avec un indice synthétique de fécondité de 5,1. On note un taux de fécondité élevé aux jeunes âges, avec un taux de 146 ‰ à 15-19 ans, qui augmente rapidement avec l'âge pour atteindre un maximum de 224 ‰ à 25-29 ans et qui se maintient à un niveau relativement élevé jusqu'à 30-34 ans où le taux se situe encore à 198 ‰. Les niveaux de mortalité adulte sont quasiment identiques chez les femmes et les hommes (4,9 et 4,7 décès pour 1 000). L'espérance de vie à la naissance est de 58,9 ans².

1.1.5. Situation socio-économique

Le Guinée présente une large gamme de milieux agroécologiques.

A l'instar des autres pays d'Afrique de l'Ouest, le développement en Guinée est largement tributaire des conditions climatiques et plus particulièrement de la pluviométrie. La Guinée est un pays dont l'économie est à vocation minière et agro – pastorale.

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

Les réformes, les investissements dans les mines, l'agriculture, les infrastructures, ainsi que la fin de la crise Ebola ont permis une reprise des activités économiques en 2016. Le PIB réel a crû de 6,6 % en 2016 grâce à la bonne performance des secteurs agricole (+5,8 %), minier (+33.5 %) et énergétique (+34 %). La croissance du PIB réel est estimée à 8% % en 2017 et projetée à 10% % en moyenne sur 2018–2019. Soutenue en partie par une augmentation de l'investissement public et une aide des bailleurs de fonds Elle devrait continuer d'être portée par la bonne performance des secteurs miniers, agricoles, et de la construction.

La situation socioéconomique de la Guinée en 2012 est marquée par la persistance de la pauvreté. En effet, les données de l'ELEP 2012 (Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté) indiquent que 55,2 % de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté.

En dépit de ses énormes potentialités naturelles, la Guinée fait partie des pays les plus pauvres du monde. En 2012, elle a occupé le 178ème rang sur 186 pays⁴ à l'indice de développement humain durable (IDH).

Le financement des secteurs de la santé par le Budget national, a continué de s'améliorer passant de 2,5% en 2014 à 4% en 2016, 6% en 2017 à 8,2% en 2018. Les dépenses exécutées en faveur des secteurs de la santé améliorent fortement la qualité et l'offre de soins de santé.

1.1.6. Situation socioculturelle

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.

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 malinké est la langue la plus parlée en Guinée. Les principales autres langues sont le soussou, le poular, le guerzé, le Kissien, le Manoh, le baga, le toma...

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 Taux Brut de Scolarisation au primaire (TBS) est en hausse passant de 78,3% en 2009/2010 à 80% en 2010/11 et 81% en 2012. Le TBS des filles est passé de 70,1% à 73,5%⁵ dans la même période. Le taux brut d'achèvement est de 44% pour les filles et 56% pour les garçons. Le taux brut d'abandon au primaire est de 8% en moyenne avec 13% pour les filles et 6 % pour les garçons. Il est de 94% chez les filles à Conakry contre 26 % dans la région N'Zérékoré.

Selon l'Enquête Légère pour l'Evaluation de la Pauvreté (ELEP) de 2008, le taux d'alphabétisation⁶ est de 34,5% pour l'ensemble du pays, 49,9% et 21,5% respectivement pour les hommes et les femmes.

La Guinée, comme la plupart des pays africains est confrontée à des problèmes majeurs de santé⁷.

Dans le cadre de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), la Guinée 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). Cependant la crise politique 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 [12].

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

1.1.6.1. La politique nationale de la santé :

La politique sectorielle de santé et de population adoptée par le gouvernement en 1978 définit les grandes orientations du développement de la guinée.

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 procédure[13].

Cependant la, politique sectorielle a été reconfirmée et consacrée par la loi N° 02-049 du 22 juillet 2001 portant loi d'orientation sur la santé qui reprecise les grandes orientations de la politique nationale de santé [14].

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 d'amélioration de la 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/PRG du 04 juin 2002. [15].

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).

1.1.6.2. L'organisation du système de Santé

Le système de santé de la Guinée est pyramidal, organisé en trois niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires., c'est-à-dire structuré de la base vers le sommet comme suit

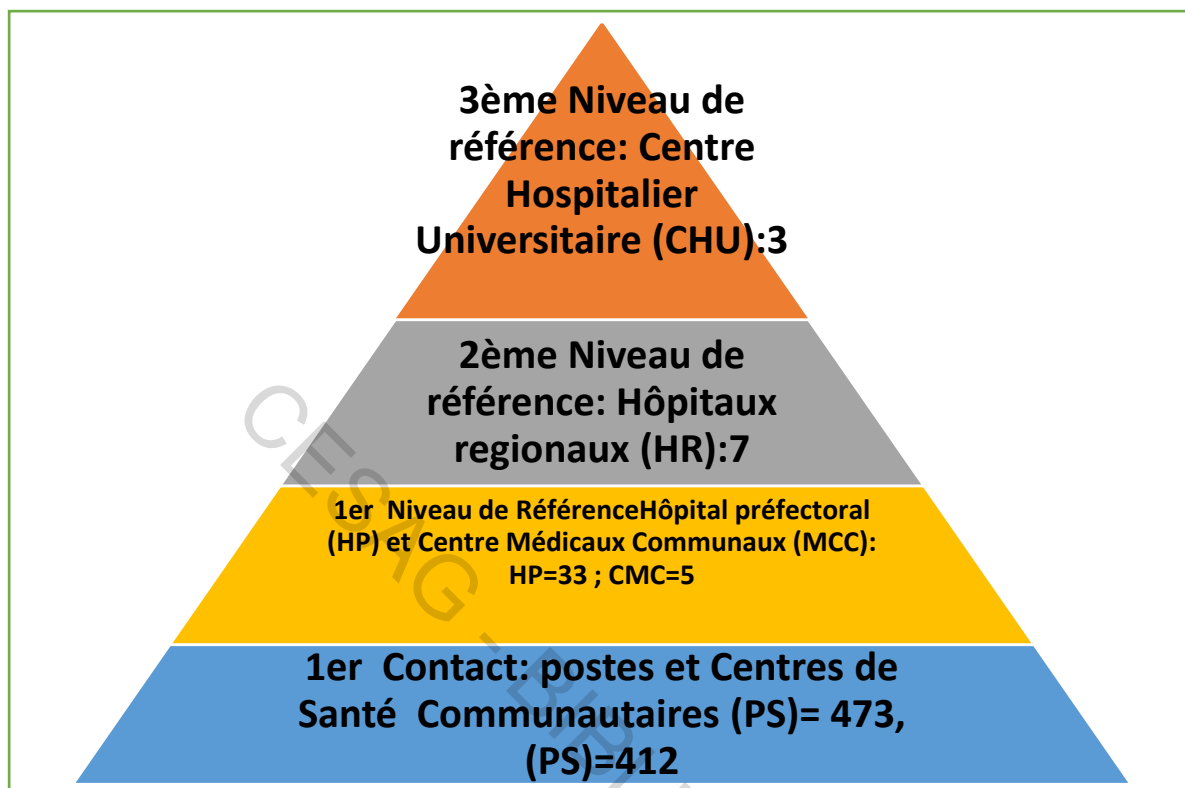


Figure 2 : pyramide sanitaire de la République de Guinée

Figure 2 Piramide sanitaire de la Guinée

Source : Nous-même

Le premier niveau est représenté par le district sanitaire. Il comprend deux échelons :

- le premier échelon de soins est représenté par les Centre et Poste de santé (CS/PS) qui constituent la structure sanitaire de base du système de santé. En 2012 on dénombre 473 PS et 412 CS. - le deuxième échelon de soins du district est l'hôpital préfectoral (HP) et les Centres Médicaux Communaux(CMC) pour la ville de Conakry ; il sert de référence pour les formations sanitaires du district. Il existe 33 HP et 8 CMC en 2012,

Le deuxième niveau est représenté par le Centre hospitalier régional (CHR). Il sert de référence et de recours aux Hôpitaux Préfectoraux. Les CHR sont au nombre de 7 en 2011.

Le troisième niveau est constitué par les Hôpitaux Nationaux au nombre de 3 (Donka, Ignace Deen et Kipé). Il est le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés [16].

1.1.8 La politique nationale de lutte contre le paludisme en république de Guinée

➤ Vision et objectifs :

1.1.7.1. Cadre stratégique du plan 2018-2022

Le présent Plan Stratégique couvre une période de cinq ans (2018-2022). Ces objectifs sont en phase avec les orientations de la Politique Nationale de Santé, les axes stratégiques du Plan National de Développement Sanitaire, le Document de Stratégique de Réduction de la Pauvreté pour la Croissance (DSRP), le Plan Mondial de Lutte contre le Paludisme du Partenariat RBM (GMAP), les objectifs de lutte contre le Paludisme de la CDEAO et les Objectifs du Millénaire pour le Développement pour 2015.

1.1.7.2 Vision

La vision du programme en matière de lutte contre le paludisme est : « Une Guinée sans paludisme pour un développement socioéconomique durable »

1.1.7.3 Mission

La mission du PNLN est d'assurer à toute la population un accès universel aux services de prévention et de prise en charge du paludisme de qualité conformément à la politique nationale de santé.

➤ Principes directeurs et valeurs

Conformément à la politique nationale de santé, la politique de lutte contre le paludisme se base sur des principes et des valeurs universels, à savoir la justice sociale, la solidarité, l'équité, l'éthique, la probité et la qualité.

Les principes directeurs se basent sur la bonne gouvernance, l'approche genre, le respect des évidences scientifiques et des recommandations internationales dans le choix des interventions de lutte contre le paludisme.

Ces principes directeurs et valeurs répondent aux différents engagements pris par le pays sur le paludisme : résolutions de l'Union Africaine (2000, 2006 et 2013), Objectifs CEDEAO 2015, Plan Stratégique Mondial « Faire Reculer le Paludisme » 2008-2015, Objectifs du Millénaire pour le Développement 2015.

1.1.7.4 Orientations stratégiques et priorités

Les interventions de lutte contre le paludisme seront adaptées aux différents faciès épidémiologiques du paludisme du pays, conformément à la politique nationale de lutte antipaludique (LAP).

Les principales interventions du plan stratégique 2018-2022 sont axées sur les priorités suivantes :

- Assurer un accès universel aux mesures de prévention à toute la population, notamment les MILDA et le TPI chez la femme enceinte ;
- Assurer la protection de toute la population des zones ciblées par la PID ;

- Assurer la confirmation biologique (TDR ou microscopie) pour tous les cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires (publiques, parapubliques, confessionnelles, associatives et privées) et dans la communauté (Agents Communautaires de Santé) ;
- Assurer la prise en charge correcte de tous les cas de paludisme confirmés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire y compris le niveau communautaire ;
- Renforcer le système de surveillance dans les sites sentinelles ;
- Renforcer le système de surveillance épidémiologique du paludisme à travers la SIMR à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Renforcer le système de suivi/évaluation des interventions de lutte contre le paludisme, à travers un système de surveillance de routine fonctionnel à tous les niveaux permettant la récolte et l'analyse des données de qualité et la prise décision ;
- Renforcer la communication pour le changement de comportement des populations en vue de l'utilisation accrue des services de prévention et de prise en charge du paludisme ;
- Renforcer les capacités de coordination et de gestion du programme à tous les niveaux ;
- Assurer la disponibilité des intrants à tous les niveaux pour la prévention, le diagnostic et le traitement du paludisme ;
- Renforcer le partenariat « Faire Reculer le Paludisme » dans le pays pour la mobilisation d'un financement substantiel à travers le budget de l'Etat, du secteur privé, des partenaires au développement;
- Renforcer la collaboration inter-pays et sous régionale en matière de lutte contre le paludisme.

1.1.7.5 But du Plan Stratégique

D'ici la fin 2022 : Réduire la morbidité liée au paludisme de 75% par rapport à 2017, et amener la mortalité à un niveau proche de zéro.

1.1.7.6 Objectifs du Plan stratégique

- Assurer la protection d'au moins 80 % de la population avec des mesures de préventions efficaces contre le paludisme
- Assurer la confirmation biologique d'au moins 90 % des cas suspects de paludisme
- Assurer un traitement correct et précoce d'au moins 90% des cas de paludisme - Renforcer le système de suivi/évaluation à tous les niveaux conformément au plan de SE
- Renforcer les capacités de gestion, de partenariat et de coordination du Programme à tous les niveaux
- Renforcer le niveau de connaissance de la population sur les mesures de prévention et de prise en charge du paludisme

1.1.7.7 Résultats attendus du Plan stratégique

D'ici fin 2022 :

- ✓ Au moins 80% de la population à risque de paludisme utilisent les MILDA.
- ✓ Au moins 80% des enfants de 3 à 59 mois des zones ciblées pour la chimio prévention saisonnière du paludisme ont bénéficié d'une protection ;
- ✓ Au moins 80% des femmes enceintes ont bénéficié d'une protection par le TPI3 au cours de leur grossesse ;
- ✓ Au moins 80% des populations des zones ciblées par la PID ont bénéficié d'une protection ;
- ✓ Au moins 90% des cas suspects de paludisme sont testés dans les formations sanitaires et au niveau communautaire (ACS) ;
- ✓ Au moins 90% des cas de paludisme sont traités avec un antipaludique efficace dans les formations sanitaires ;
- ✓ Au moins 90% des enfants de 0 à 5 ans ont bénéficié d'un traitement antipaludique approprié dans les 24 heures conformément aux directives nationales ;
- ✓ Au moins 90% des cas de paludisme simple confirmés dans les formations sanitaires ont reçu un traitement conformément aux directives nationales ;
- ✓ Au moins 90% des patients avec un paludisme grave confirmé ont reçu un traitement approprié conformément aux directives nationales ;
- ✓ Au moins 90% des cas de paludisme simple confirmés par les agents de santé communautaires ont reçu un traitement antipaludique conformément aux directives nationales ;
- ✓ Au moins 80% des structures sanitaires et communautaires disposent des intrants antipaludiques pour la prévention, le diagnostic et le traitement du paludisme ;
- ✓ Au moins 80% de la population connaissent les mesures de prévention recommandées contre le paludisme ;
- ✓ Au moins 90% des formations sanitaires publiques et privées fournissent des rapports mensuels fiables sur le paludisme ;
- ✓ Au moins 90% des situations d'urgence et d'épidémies de paludisme sont détectés et ont reçu une réponse adéquate conformément aux directives nationales ;
- ✓ Les capacités de gestion et de coordination du programme sont renforcées à tous les niveaux ;
- ✓ Le système de santé est fonctionnel à tous les niveaux conformément aux orientations du Plan S&E du PNLP [17].

1.2 Environnement interne:

1.2.1 Généralité sur la Préfecture de Kérouané

1.2.2 Sitation géographiques et administratives de la préfecture de Kérouané.

La préfecture de Kérouané est l'une des cinq (5) préfectures de la region administrative de Kankan, elle couvre une superficie de **9.750 Km²** dans un espace territorial situé à cheval entre la région de la savane et la Région Forestière.

Elle est limitée par les Préfectures de :

- Kankan au **Nord**
- Beyla au **Sud –Est**
- Macenta au **Sud –Ouest**
- Kissidougou à l'**Ouest**

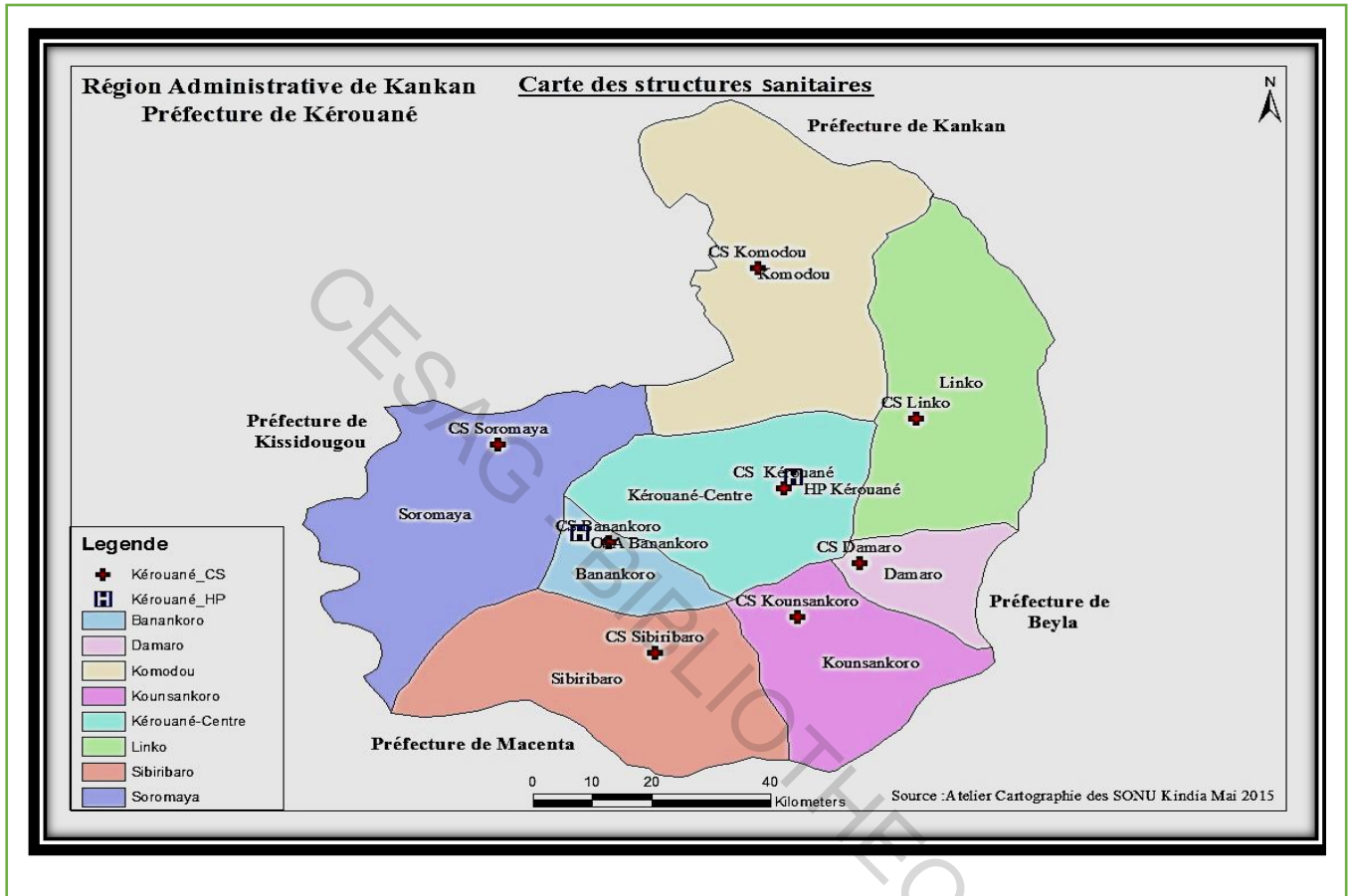


Figure 3 Carte sanitaire de la Préfecture de Kérouané

Source : Atelier cartographie des SONU Kindia Mai 2015

Son relief est constitué essentiellement d'immenses plateaux herbeux et de hauts massifs montagneux dont :

- **A l'Est**, les chaînes de Simandou qui culmine à 1.656m.
- **A l'Ouest** les chaînes de Tourou et les impressionnantes falaises de Koninko dans le Kouranko.

L'année est partagée en deux (2) saisons : une sèche de Novembre à Avril et une saison pluvieuse qui couvre le reste de l'année.

Les mois les plus pluvieux sont généralement Juillet, Août et Septembre avec une pluviométrie moyenne annuelle de 1.900 mm ; cette Préfecture est la plus arrosée de la Haute Guinée.

Elle dispose d'un réseau hydrographique abondant et très maillé avec les principaux sous bassins du Niger que sont : le Milo, le Dion, le Baoulé et ses affluents.

Le Climat est de type tropical sub-Soudanien déterminé par une altitude de 510 m au-dessus de la mer. Les températures extrêmes sont 10°C et 36°C.

1.2.1.1. Voies de communication

Les Principales voies d'accès au chef-lieu de la préfecture sont :

- Kankan – Kérouané via Komodou
- Kissidougou – Kérouané via Banankoro
- Beyla – Kérouané via Konsankoro
- Macenta – Kérouané via Konsankoro et Sibiribaro

En dépit des actions de ré -profilage dont bénéficie souvent l'axe Kankan – Kérouané - Beyla, ces voies sont difficilement praticables pendant la saison des pluies.

1.2.1.2. Les caractéristiques économiques

Elle dispose de grandes potentialités dans le domaine de l'agriculture, l'élevage, de la pêche, commerce, l'exploitation artisanale de diamant et l'or.

L'exploitation par la population de ces ressources a engendré des activités économiques diverses dans tous les secteurs de l'économie de la préfecture.

1.2.1.3 . Les caractéristiques démographiques et socioculturelles

La population du District est de 222964 habitants (4ème RGPH 2018), avec une densité de 22,8 habitants au km². Les ethnies dominantes sont : les Miniankés, les Koniagui et les peulhs.

La ville de Kérouané est située à 790 km de Conakry sur l'axe Cnakry-N'zérékoré via Kankan (route nationale n° 1).

La population de Kérouané est constituée à plus de 80% de ruraux et pratique comme activités principales, l'agriculture, l'élevage, la pêche, commerce, l'exploitation artisanale de diamant et l'or.

Elle est sédentaire dans son ensemble malgré quelques vagues de migration temporaires en direction de Conakry, Kankan, Mandiana, Siguiiri. Trois croyances dominent le paysage religieux : l'islam, le christianisme et l'animisme [18].

1.2.1.4 Cadre législatif et réglementaire

La loi N° 62-005 du 03 janvier 1990 déterminant la libre administration des collectivités territoriales, modifiée et dispose en son article 6 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 [19].

La loi N° 86-074 du 24 mars 1993 (modifiée par la loi n°81-033 du 26 décembre 2008) définit en ses articles 11, 63 et 251 les attributions respectives du Conseil Communal, Elle précise entre autres leurs responsabilités en matière de création et de gestion des structures sanitaires [20].

1.2.1.5 Vision de la Direction préfectoral de Kérouané

« Faire de l'hôpital un établissement où les clients sont satisfaits de la qualité des services offerts »

❖ Missions de la Direction préfectoral de Kérouané

Sa mission consiste à :

- ✓ Elaborer la Carte Sanitaire de la préfecture.
- ✓ Conduire l'installation de Centres de Santé Communautaires prévus dans le plan de développement socio sanitaire de la préfecture.
- ✓ Développer l'offre du paquet minimum d'activités de soins de santé dans les CSCOM et paquet maximum à l'hôpital préfectoral et la supervision de ce processus et en rendre compte au comité de santé (COSA).
- ✓ 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.
- ✓ 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 [21].

❖ Infrastructures sanitaire

La préfecture de Kérouané dispose de :

- a) Un (1) Hôpital préfectoral.
- b) Huit (8) Centres de Santé intégrés au PEV/SSP/ME
- .c) -Trente-cinq (35) Postes de santé tous fonctionnels par la présence des contractuels communautaire

1.2.1.5 Présentation de l'hôpital préfectoral :

L'hôpital préfectoral est la dernière stricture sanitaire de référence préfectorale, il est composé de huit (8) services et a pour vocation ; les soins, la formation et la recherche.

Oranigramme de l'hôpital

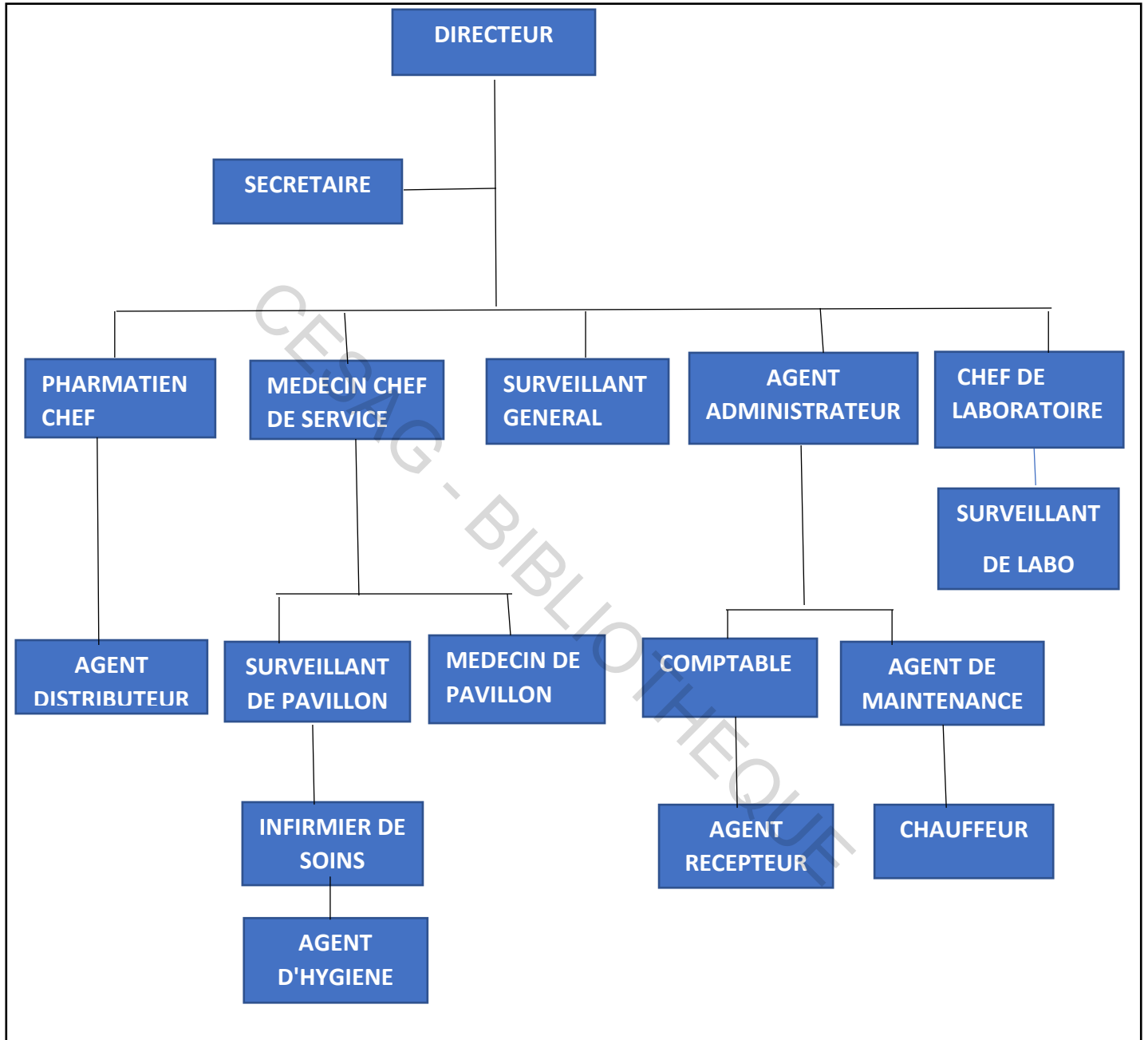


Figure 4 Organigramme de la l'hôpital préfectoral de Kérouané

Source : Nous-même

Tableau 1 les partenaires de l'hôpital

PARTENAIRES DE L'ÔPITAL	Domaine d'intervention
USAID	SR (santé de la reproduction)
OMS	SR/PMPE
HKI	Nutrition
PNLP	Paludisme
PNLT	Tuberculose
CNLS	VIH/sida
ANSS	Surveillance épidémiologique

➤ **Présentation du service de la pédiatrie :**

Organigramme structurel du service de pédiatrie :

Il n'existe pas d'organigramme pour le service

➤ **Configuration du service de Pédiatrie**

Le service ne dispose pas d'une salle uniquement réservée à l'accueil.

Le service de pédiatrie est dans un seul bâtiment composé :

- du bureau de consultation du chef de service,
- du bureau du major du service
- d'une veranda.

-une grande salle d'hospitalisation de 8 lits.

Une salle d'hospitalisation de 8 huit lits pour la médecine.

- 3 toilettes pour les malades
- une toilette pour le personnel
- une salle de garde pour infirmier(ère)
- une salle d'isolement de 2 lits

-Une salle des machines

-Le bureau du DH

-Une cabine d'hospitalisation.

Une salle de stockage des réactifs de laboratoire.

➤ **Personnel du service de pédiatrie :**

Au niveau des ressources humaines, il comporte 11 agents dont : un médecin généraliste, quatre (4) infirmières d'Etat (Major), une infirmière d'Etat (Major), cinq agents techniques de santé(ATS), un manœuvre de nettoyage.

Au niveau du personnel de soutien : Il se compose de deux médecins d'appuis exclusivement pour les gardes. Les stagiaires du service sont au nombre de quatre (04), pendant ma période de stage.

➤ **Synthèse de l'analyse Situationnelle**

Forces

- ✓ 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 tous les jours de tout le personnel de l'hôpital)
- ✓ Proximité du commissariat du 1er arrondissement (assurant une sécurité dissuasive) ;
- ✓ Existence d'un comité de la qualité des soins de santé au service.
- ✓ Engagement de la Direction Préfectorale de la Santé aux côtés de la pédiatrie.

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 service de pédiatrie non appropriée pour un service de pédiatrie
- ✓ Insuffisance de moyens logistiques
- ✓ Insuffisance de continuité de soins après les heures de travail (absence de garde des Médecins)
- ✓ Absence de boîte à suggestions dans le service de pédiatrie
- ✓ Absence de réseaux de communication entre le personnel administrateur et administré sur les problèmes du service pour leurs résolution.
- ✓ Absence d'enquête de satisfaction
- ✓ Absence de charte du malade.
- ✓ L'absence de description de poste.

Opportunités

- ✓ Le service de pédiatrie est le premier service facilement accessible dès la rentrée de l'hôpital préfection. De ce fait, il est bien connu et apprécié du grand public ;
- ✓ Facilité d'accès du service de pédiatrie aux usagers ;
- ✓ Forte fréquentation du service de pédiatrie par rapport aux autres.
- ✓ Centre de référence pour les 46 aires de santé.

Menaces

- ✓ Faible niveau de la sécurité du personnel et des malades.

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 atteints de paludisme grave (51 personnes)

✓ L'observation de l'organisation et des activités de l'accueil des enfants atteints de paludisme grave.

✓ La revue documentaire basée sur le protocole national de prise en charge paludisme grave et les études effectuées.

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

- Insuffisance de la qualité de l'accueil au service 1^{er}
- Temps d'attente de consultation est long
- Insuffisance de lit d'hospitalisation à la pédiatrie
- Les examens complémentaires ne sont pas totalement gratuits
- Insuffisance de formation du personnel à l'accueil
- Absence de personnel exclusivement réservé à l'accueil
- Faible priorisation des urgences.
- Insuffisance de motivation du personnel à la PEC des malades
- Infrastructures de la pédiatrie sont peu adaptés
- 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 DH, les huit (8) chefs de service qui existent à l'hôpital) soit au total 9 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

Tableau 2 : Priorisation des Problèmes

PROBLEMES	CRITERES			Score	Rang
	Ampleur	Gravité	Solvabilité		
Insuffisance de la qualité de l'accueil au service	5+5+3	3+5+3	5+5+5	39	1 ^{er}
Temps d'attente de consultation est long (supérieur ou égal à 30mn).	3+1+1	1+5+3	5+1+3	23	4 ^{ème} ex
Insuffisance de lit d'hospitalisation à la pédiatrie	3+3+5	5+3+5	1+1+3	29	3 ^{ème} ex
Insuffisance de formation du personnel à l'accueil	5+3+3	3+3+3	3+5+5	33	2 ^{ème}
Les examens complémentaires ne sont pas totalement gratuits	3+1+1	1+1+1	3+1+3	15	6 ^{ème}
Faible priorisation des urgences.	1+1+3	1+3+5	5+5+5	29	3 ^{ème} ex
Insuffisance de motivation du personnel à la PEC des malades	1+3+1	3+3+1	3+3+5	23	4 ^{ème} ex
Absence de personnel exclusivement réservé à l'accueil	1+1+1	1+1+1	5+5+3	19	5 ^{ème}

Cette hiérarchisation a mis en exergue l'Insuffisance de la qualité de l'accueil au service de pédiatrie qui a été comme problème prioritaire, car elle a enregistré le score le plus élevé avec 39 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 :

L'hôpital préfectoral de Kérouané est l'établissement de 1^{er} niveau de référence préfectoral avec 46 aires de santé (41 fonctionnelles), dans lequel se trouve un service de pédiatrie. 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).

Le premier contact de l'utilisateur avec le Centre de santé est fortement mémorisé et détermine très souvent l'opinion et le jugement à l'égard du Centre de Santé. Il constitue donc de la part de l'utilisateur la première évaluation de l'infirmier (ère), de l'équipe soignante, de la structure.

L'accueil répond donc à une demande d'information, d'orientation mais aussi à un besoin d'être rassuré de la part du demandeur de soins qu'est le patient.

Aujourd'hui, face à la concurrence et à l'exigence de résultats dans la prestation de soins, il s'avère urgent pour le service de savoir mieux accueillir selon M. TOGOLA [22].

2.1.2 Spécification du problème :

Notre problème se résume à l'insuffisance dans la qualité de l'accueil des patients.

En d'autres termes, **qu'est-ce qui entraîne la mauvaise qualité de l'accueil des enfants de moins de 59 mois atteint de paludisme grave au service d'accueil de la pédiatrie?**

Pour répondre à cette question, nous allons faire une enquête d'opinions à la fois auprès des usagers/clients et des prestataires et voir leurs perceptions et leurs attentes par rapport à la qualité de l'accueil au service de la pédiatrie.

2.1.3 Ampleur du Problème :

Les enfants atteints de paludisme grave sont trois fois plus susceptibles de mourir que les enfants en bonne santé [23].

Le district sanitaire de Kérouané reçoit dans son hôpital, les cas de paludisme grave, référés par les Centres de Santé Communautaire (CSC) ruraux et urbains, au niveau de son service de pédiatrie.

L'amélioration de la qualité de l'accueil des enfants atteints de paludisme grave 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 qui sont : la structure, la culture et les individus [24- 25].

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 pour la prise en charge des enfants atteints de paludisme sévère.

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 la pédiatrie, les examens complémentaires ne sont pas totalement gratuits, l'insuffisance de formation du personnel à la l'accueille, l'insuffisance de motivation du personnel, les médicaments de prise en charge ne sont pas entièrement gratuits.

2.1.4 Importance du problème:

Pour Gargin [26], l'accueil se résume à la réception faite à quelqu'un. Cependant, il développe deux aspects :

- La dimension humaine, d'où découlent les relations interpersonnelles, conditionne certaines attitudes, dont les formalités socio culturelles (salutation, écoute, information) ;
- La dimension physique, liée au cadre, aux conditions de l'accueil.

Ainsi, nous donnons à l'accueil un sens plus large. Il ne se limite pas seulement au moment précis de l'entrée du patient dans le service, mais se prolonge de l'entrée du patient jusqu'à sa sortie.

Cela revient à appréhender la manière dont le personnel de l'Hôpital reçoit et se comporte envers le malade, l'état des lieux dans lequel il évolue, la manière dont il est nourri.

2.1.5 Conséquences du problème :

Les conséquences du problème sont multiples et peuvent nuire au bon fonctionnement du service si une solution appropriée 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 de l'hôpital en dépend.

Si l'accueil y est bien fait, et correspond à l'attente des usagers ; l'image de l'hôpital est en général bien perçue par les populations.

Une revue de littérature nous a permis de cerner les conséquences de la mauvaise organisation de l'accueil à l'hôpital.

Une étude australienne a montré que réduire le délai d'attente d'une heure aurait sauvé 558 vies parmi les patients bien évalués soit (6,5% de décès en moins) et 261 vies parmi les patients les moins bien évalués (12,7% de décès en moins) [27].

Mme Ramatou [24] estime dans ses travaux de recherche, que la mauvaise organisation de l'accueil se traduit par un temps d'attente très long puisque les patients attendent des heures durant.

Monsieur Noumsi estime que le mauvais accueil était à l'origine de l'abandon du secteur public au profit du secteur privé [28]

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 [24].

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 et financier.

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 service.

- ✓ Les décès des cas de paludisme grave
- ✓ La perte de confiance des clients.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

2.1.6 Contexte et justification du problème :

D'après ABBE Victorien Germain « 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. » [30].

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 du paludisme.

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 de l'hôpital de Kérouané pour contribuer à l'amélioration de la qualité d'accueil des patients et par conséquent à l'augmentation de la fréquentation, l'hospitalisations, voire la réduction de 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 du paludisme grave 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 d'accueil du service de pédiatrie de l'hôpital.

❖ 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 :

Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil dans la prise en charge du paludisme grave au service de pédiatrie de l'hôpital préfectoral de Kérouané.

2.4 Objectifs de l'étude

2.4.1 Objectif général

Améliorer la qualité de l'accueil des enfants de 6-59 mois à l'hôpital préfectoral de Kérouané.

2.4.2 Objectifs spécifiques:

- ✓ Identifier les causes des insuffisances de la qualité de l'accueil des enfants à la pédiatrie.
- ✓ Mesurer le niveau de l'accueil dans la prise en charge du paludisme grave à la pédiatrie.
- ✓ Recueillir les impressions et les suggestions des usagers et des prestataires de la qualité de l'accueil dans la prise en charge.
- ✓ Proposer des solutions d'amélioration de l'accueil des enfants atteint de paludisme grave 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 termes de santé conformément :

- A l'état actuel de la science

*Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil des enfants de 6-59 mois atteint de paludisme grave :
Cas du service de la pédiatrie de l'hôpital préfectoral de Kérouané(Guinée).*

- Au meilleur coût pour un même résultat
- Au moindre risque iatrogène pour le patient
- Pour sa plus grande satisfaction en termes 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 [29].
La pédiatrie : c'est service pour la prise en charge des enfants malade.

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 [31]. 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 comportementale.

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

Le paludisme : Le paludisme est une maladie parasitaire, une érythrocytopathie fébrile et hémolysante due au développement et à la multiplication chez l'homme d'un hématozoaire du genre Plasmodium, inoculés à l'homme par la piqûre d'un moustique, l'anophèle femelle et perturbe ainsi le bon fonctionnement de l'organisme [1].

*Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil des enfants de 6-59 mois atteint de paludisme grave :
Cas du service de la pédiatrie de l'hôpital préfectoral de Kérouané(Guinée).*

Grave : est un état de parasitémie positive aux *P. falciparum*

(Sans aucune autre cause évidente des symptômes) associée à au moins un des signes de gravité (Fièvre avec une température supérieur à 39°, convulsion, Anémie, Vomissement, Détresse respiratoire, Hypoglycémie, Anurie.....) [32].

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 au service de pédiatrie de l'hôpital préfectoral de Kérouané en Guinée, du 03 Juillet au 30 Septembre 2018.

3.3 La population de l'étude

Notre population était constituée des enfants de 6 à 59 mois atteint de paludisme grave, les accompagnants des enfants, le personnel de la pédiatrie et le personnel administratif de l'hôpital préfectoral de Kérouané.

3.4 Les méthodes et outils de collecte des données.

Les outils et méthodes ont été varié en fonction des étapes :

- La revue documentaire : qui à consisté à la recherche littéraire.
- L'observation : qui a consisté à observer le processus déaccueil, 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 enfants paludiques grave et un guide d'entretien au personnel de l'accueil de la pédiatrie et de l'administration de l'hôpital.

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.

Dans l'analyse des causes : nous avons utiliser 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, une équipe à proposée ses 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.

*Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil des enfants de 6-59 mois atteint de paludisme grave :
Cas du service de la pédiatrie de l'hôpital préfectoral de Kérouané(Guinée).*

Dans la mise en œuvre de la solution : un chronogramme sera 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 allons solliciter l'équipe cadre du district a mené une évaluation de processus.

3.5 La méthode d'analyse des données

Nous avons essentiellement collectés les données avec les fiches d'enquêtes, puis traité et analysé à partir des logiciels Microsoft Office (Word et Excel 2010), le Sphinx et w

3.6 Le Pré-test :

Le pré-test se déroulera du 5 au 13 Aout 2018. Les outils de collecte de données seront testés au service de pédiatrie de l'hôpital préfectoral de Kérouané.

3.7 Taille de l'échantillon

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

3.8 Déroulement de l'étude

L'étude s'est étendue sur 3 mois du 01 Aout au 30 Octobre 2018.

Enquête de terrain du 1 au 31Aout 2018 : 31 jours

Analyse et interprétation du 1 au 15 Septembre 2018 : 15 jours

Restitution et résolution de problèmes du 16 au 23 Septembre : 7 jours Rédaction du mémoire
24 Septembre au 08 Octobre 2017 : 27 jours.

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 45 % des cas était des infirmiers,45% des cas était des ATS et 1% 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 91% avaient eu dans leur formation initiale une discipline qui portait sur l'accueil contre 9% qui n'avaient pas eu une formation initiale

➤ Répartition du personnel soignant selon qu'il ait reçu une formation continue sur accueil. Dans 82% 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, 100% estimaient que la veranda sert d'accueil et qu'il n'existe exclusivement pas de salle d'accueil.

➤ Répartition du personnel sur leur opinion des infrastructures Parmi les agents 91% disent que les infrastructures sont peu satisfaisantes et 9% proposent satisfaisantes.

➤ Motivation dans l'accueil :

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

➤ 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.

❖ RESULTA AUPRES DES ACCOMPAGNATEURS :

➤ Repartition des accompagnateurs selon le sexe

Les femmes accompagnent plus les malades 37 (72,5%) que les hommes 14 (27,5%)

➤ Repartition des accompagnateurs selon la disponibilité de place pour les malade

Plus de la moitié (56,9%) des accompagnateurs affirme qu'il n'y a pas suffisamment de place pour les malades.

➤ Repartition des accompagnateurs selon le moment de payement des frais de soin

Presque la totalité (50) des accompagnateurs affirme avoir fait de payement avant les soins

➤ Repartition des enfants selon le sexe

Cette population des enfants était à prédominance féminine (27 filles contre 24 garçons)

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.
- Mettre une boîte à suggestion et l'organigramme au service.

Tableau 3 Appréciation de la qualité de l'accueil selon le personnel de l'administration

Appréciation de la qualité de l'accueil	Nb. cit.	Fréq.
Mauvais	0	0,0%
Passable	3	37,5%
Moyen	4	50,0%
Bon	1	12,5%
Excellent	0	0,0%
TOTAL OBS.	8	100%

La qualité de l'accueil était jugée de moyenne par 50% du personnel administratif

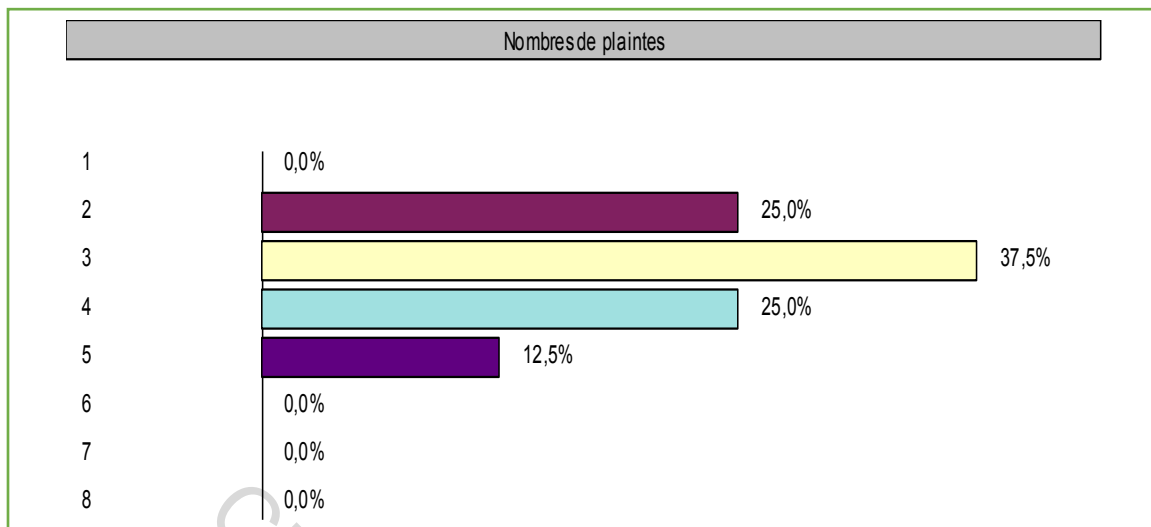


Figure 5 : Plaintes sur la qualité de l'accueil auprès du l'administration

Plus de 37% du personnel administratif affirme avoir 3 fois la plainte par rapport à l'accueil dans le service.

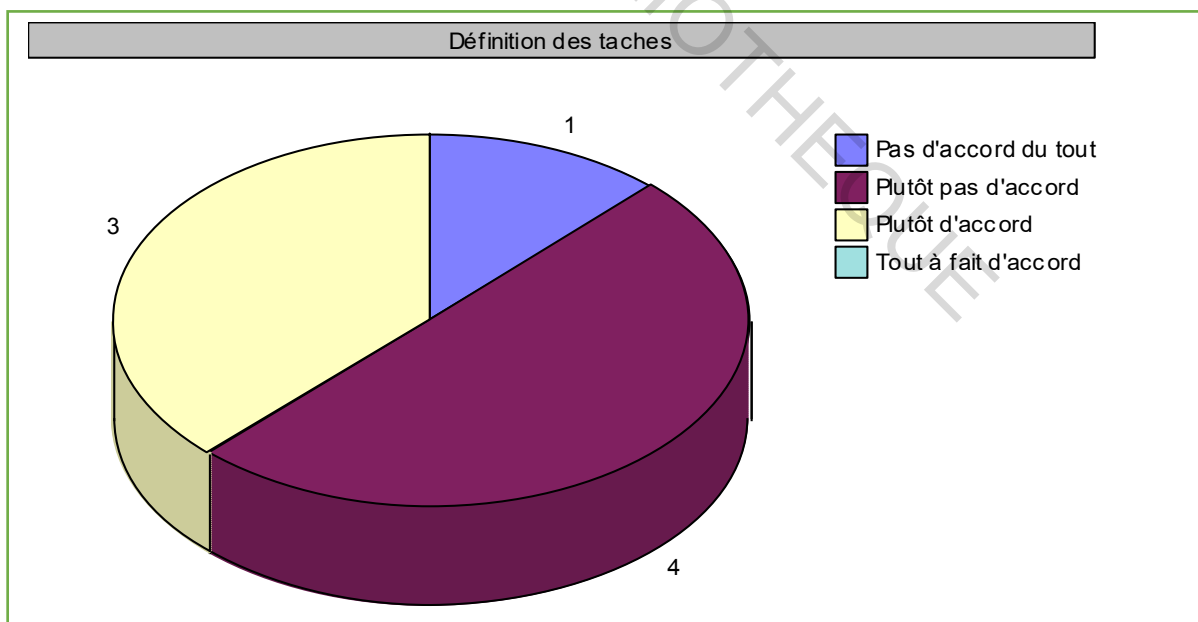


Figure 6 : L'existence de la définition des tâches selon le personnel administratif

La moitié du personnel administratif (4) n'était plutôt pas d'accord de l'existence d'une définition des tâches dans le service contre (3) qui étaient plutôt d'accord.

Tableau 4 Repartition du personnel par categorie professionnelle.

Catégorie professionnelle	Nb. cit.	Fréq.
Medecin	1	9,1 %
Infirmier(ère)	5	45,5%
ATS	5	45,5%
Garçon (fille) de salle	0	0,0 %
Brancairdier	0	0,0 %
Autres	0	0,0 %
TOTAL OBS.	11	100%

Le personnel du service est équitablement constitué à 91% d'infirmiers(ères) contre 9% de médecin

Tableau 5 Repartition du personnel en fonction de la connaissance de leur rôle dans le service

Rôle défini à la pédiatrie	Nb. cit.	Fréq.
Oui	6	54,5%
Non	5	45,5%
TOTAL OBS.	11	100%

Dans 45,5% des cas, le personnel du service ne connaît pas leur rôle dans le service.

Tableau 6 Le lieu d'accueil selon le personnel du service

Nature de la zone d'accueil	Nb. cit.	Fréq.
Salle	0	0,0%
Veranda	11	100%
Autres	0	0,0%
TOTAL OBS.	11	100%

La veranda est à 100% le lieu d'accueil selon le personnel du service

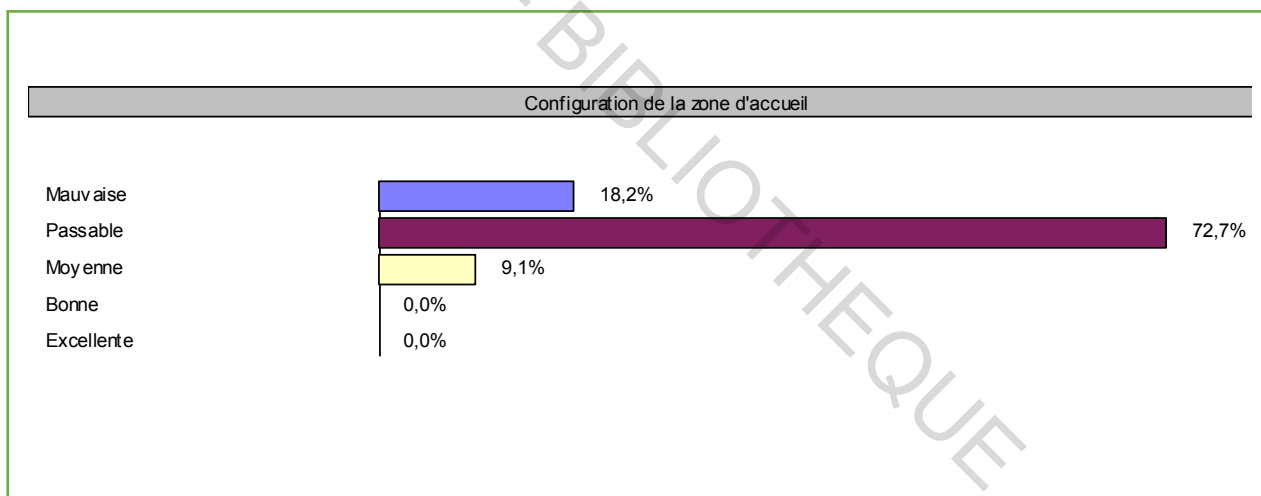


Figure 7: L'appréciation de la zone d'accueil par le personnel.

La zone d'accueil était jugée passable par 72,7% du personnel du service.

Tableau 7: Avis du personnel du service sur l'organisation du Service

Organisation du service	Nb. cit.	Fréq.
Mauvaise	0	0,0%
Passable	6	54,5%
Moyenne	4	36,4%
Bonne	1	9,1%
Excellente	0	0,0%
TOTAL OBS.	11	100%

L'organisation du travail dans le service est passable pour 54,5% du personnel contre 18,2% qui le trouve bonne.

Tableau 8: : L'existence de protocole d'accueil selon le personnel

Existence de protocole	Nb. cit.	Fréq.
oui	0	0,0%
non	11	100%
TOTAL OBS	11	100%

La totalité du personnel du service (100%) affirme qu'il n'y a pas de protocole d'accueil dans le service.

Tableau 9: Besoin de formation en accueil par le personnel du service

Besoin de formation	Nb. cit.	Fréq.
oui	11	100%
non	0	0,0%
TOTAL OBS.	11	100%

Tout le personnel du service (100%) a besoin de formation en accueil

Tableau 10: Le temps d'attente des malades selon le personnel

Temps d'attente	Nb. cit.	Fréq.
[0-30]	4	36,4%
[31-60]	7	63,6%
plus de 60	0	0,0%
TOTAL OBS.	11	100%

Le temps d'attente des malades est de 31 à 60 mn selon 63,6% du personnel du service

Tableau 11: Organisation périodique des réunions du service selon le personnel

Ré unions périodiques	Nb. cit.	Fréq.
oui	3	27,3%
non	8	72,7%
TOTAL OBS.	11	100%

Selon 72,7% du personnel du service, aucune réunion périodique n'est organisée dans le service.

Tableau 12: Description de poste selon le personnel du service

Description de poste	Nb. cit.	Fréq.
Oui	5	45,5%
Non	6	54,5%
TOTAL OBS.	11	100%

Selon 54,5% du personnel du service, aucune description de poste n'existe dans le service.

Tableau 13: Implication du personnel dans l'organisation et fonctionnement du service

Implication dans le service	Nb. cit.	Fréq.
Oui	7	63,6%
Non	4	36,4%
TOTAL OBS.	11	100%

Il ya 36,4% du personnel qui n'est pas impliqué dans l'organisation et le fonctionnement du service.

Tableau 14: Existence de pharmacie d'urgence selon le personnel du service

Existence de pharmacie d'urgence	Nb. cit.	Fréq.
oui	0	0,0%
non	11	100%
TOTAL OBS.	11	100%

Tout le personnel du service (100%) affirme qu'il n'y a pas de pharmacie d'urgence dans le service.

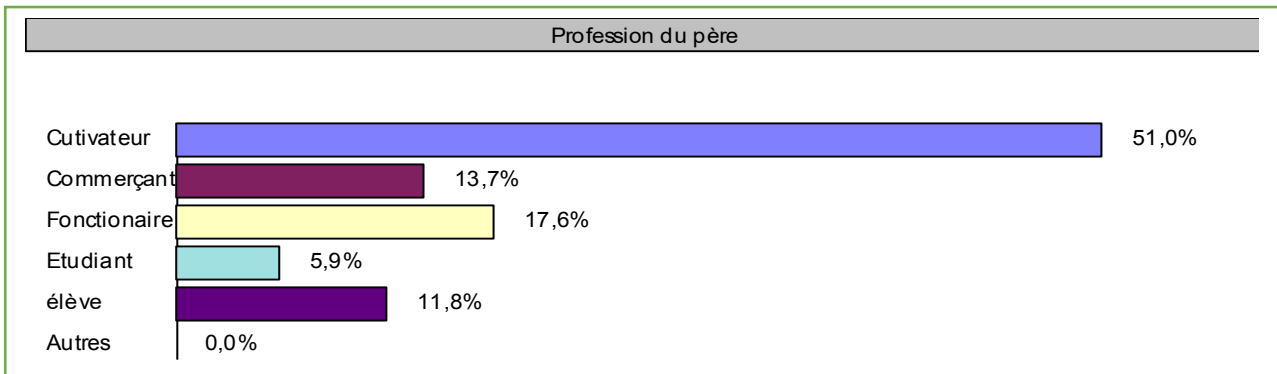


Figure 8: Répartition des pères selon la profession

La moitié des pères (51%) d'enfants malades était des cultivateurs.

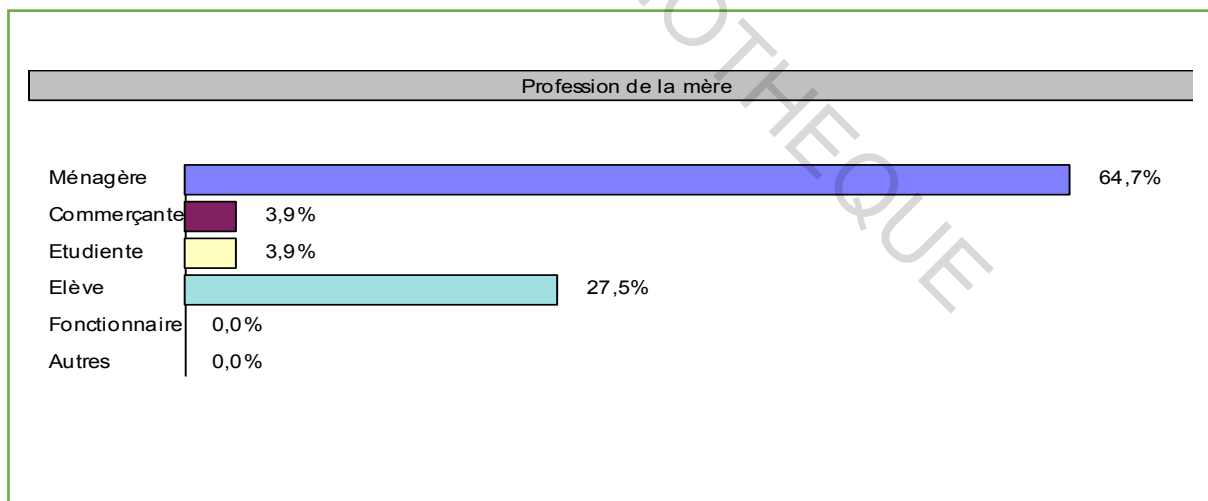


Figure 9: Répartition des mères selon la profession

Plus de la moitié des mères (64,7%) d'enfants malades était des ménagères.

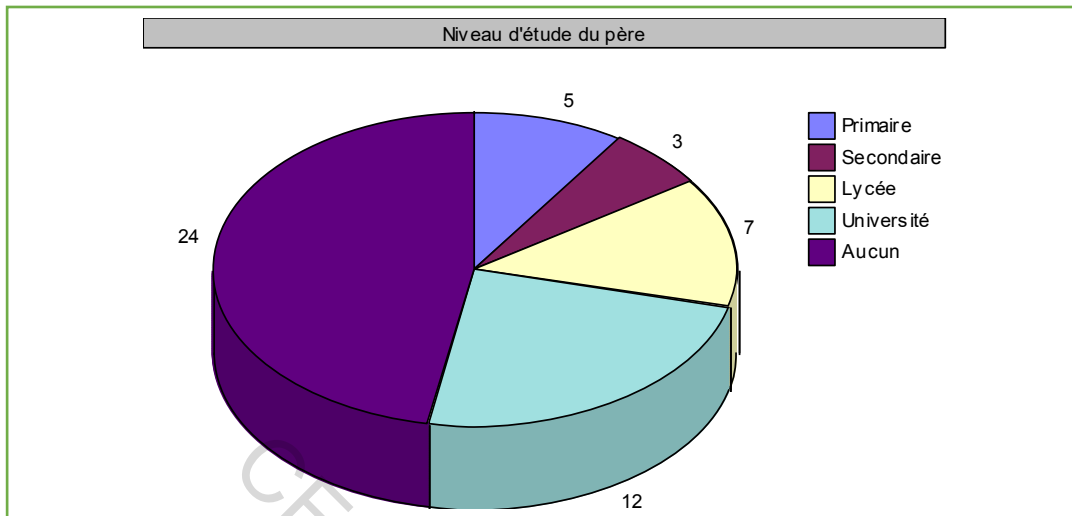


Figure 10: Répartition des pères selon le niveau d'étude

Dans 24 cas les pères d'enfants n'avaient aucun niveau d'étude, suivis du niveau universitaire dans 12 cas.

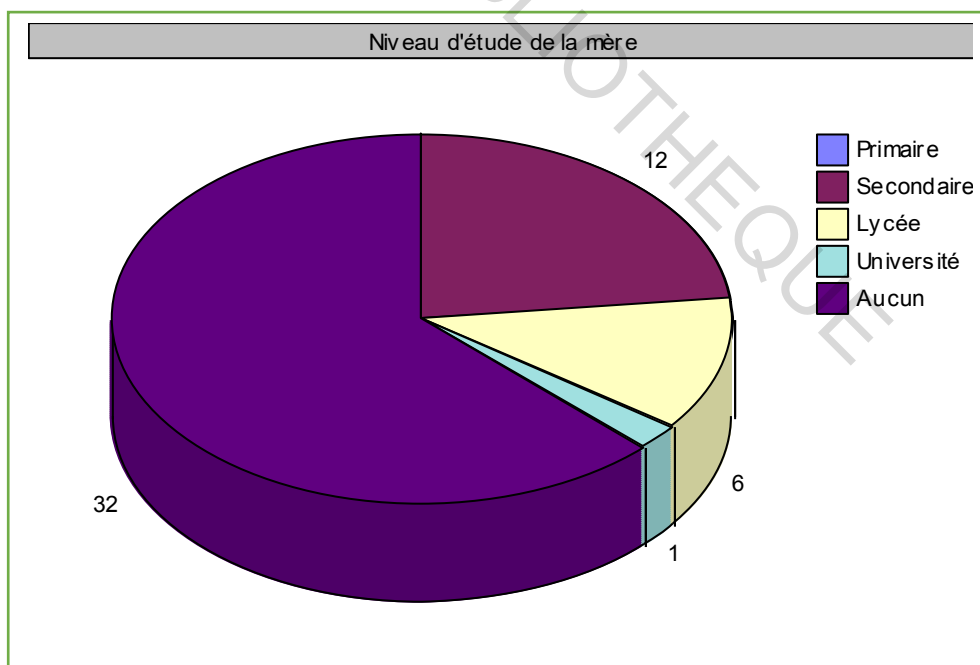


Figure 11: Répartition des mères selon le niveau d'étude

Dans 32 cas les mères d'enfants n'avaient aucun niveau d'étude, suivis du niveau lycée dans 6 cas.

Tableau 15: Répartition des parents selon le traitement aux enfants avant l'hôpital et le lieu de résidence

Traite ment avant l'hôpital	Oui	Non	TOTAL
Re sidence			
Ur bain	29	2	31
Rural	20	0	20
TOTAL	49	2	51

-La plupart 31 des parents resident dans la commune urbaine.

-La totalité des parents résidant les communes rural a fait faire des soins aux enfants avant de les envoyer à l'hôpital contre 29/2 dans la commune urbainne.

Tableau 16: Répartition des parents selon le type de traitement fait aux enfants avant l'hôpital

Type de traitement	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	2	3,9%
Automédication	29	56,9%
Medicaments traditionels	13	25,5%
Dans un santre de santé	12	23,5%
Dans un cabinet médical	0	0,0%
Au domicil d'un agent de santé	1	2,0%
autres	0	0,0%
TOTAL OBS.	51	

Le traitement reçu par les enfants avant l'hôpital était de l'automécation dans 56,9% de cas suivis des medicaments traditionels dans 25,5% de cas.

Tableau 17: Répartition des mères selon le traitement aux enfants avant l'hôpital et le niveau d'étude

Traitement avant l'hôpital/Niveau d'étude de la mère	Primaire	Secondaire	Lycée	Université	Aucun	TOTAL
Oui	0	11	6	1	31	49
Non	0	1	0	0	1	2
TOTAL	0	12	6	1	32	51

Plus les mamans sont létrées plus elles font l'automédication aux enfants (Niveau université=1/1, Lycé=6/6 contre 11/1 du niveau secondaire et 31/1 d'aucun niveau)

Tableau 18: Répartition des enfants selon la durée du traitement avant l'hôpital

Durée du traitement avant hôpital	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	2	3,9%
1 jour	5	9,8%
2 jours	26	51,0%
3 jours	14	27,5%
4 jours	3	5,9%
5 jours	1	2,0%
6 jours	0	0,0%
7 jours	0	0,0%
Plus de 7 jours	0	0,0%
TOTAL OBS.	51	100%

La moitié des enfants a fait 2 jours de traitement avant de venir au service de la pédiatrie

Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil des enfants de 6-59 mois atteint de paludisme grave :
Cas du service de la pédiatrie de l'hôpital préfectoral de Kérouané(Guinée).

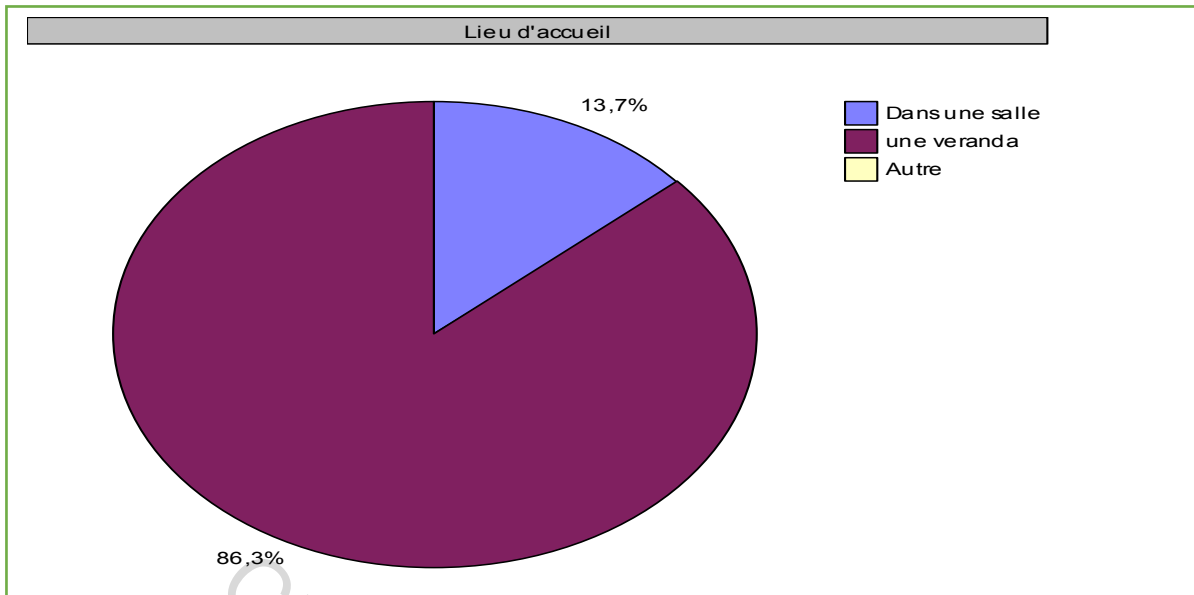


Figure 12: Répartition des parents selon le lieu d'accueil de leur enfants

Près de 87% des parents affirment être reçu au niveau de la veranda

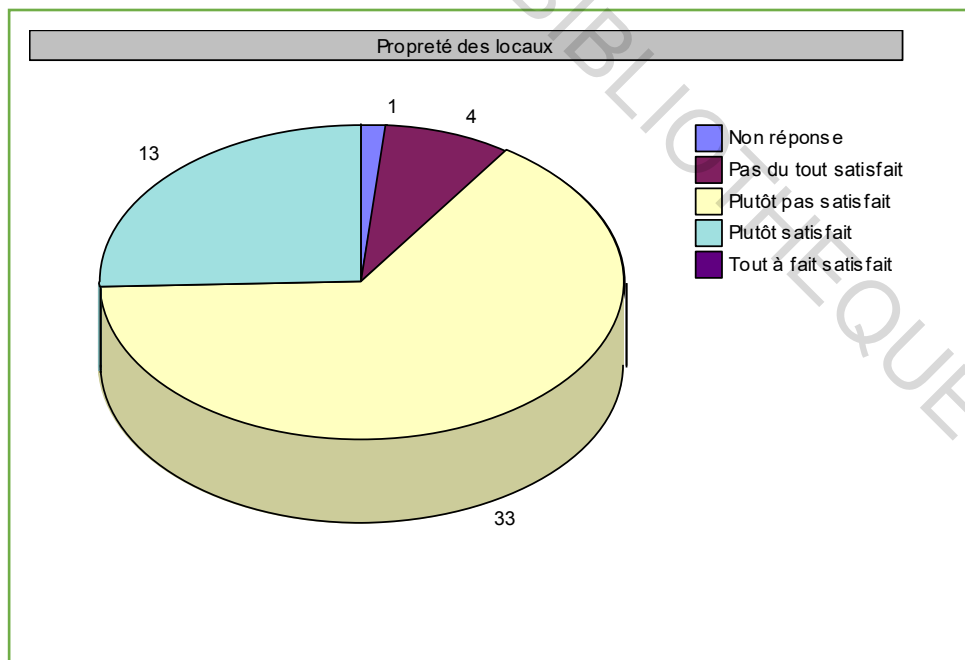


Figure 13: Avis des accompagnateurs sur la propreté des locaux

Plus de la moitié (33) des accompagnateurs n'était plutôt pas satisfait de la propreté des locaux

Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil des enfants de 6-59 mois atteint de paludisme grave :
Cas du service de la pédiatrie de l'hôpital préfectoral de Kérouané(Guinée).

Tableau 19: Répartition des enfants selon le l'âge

Âge de l'enfant	Nb. cit.	Fréq.
[6-15]	8	15,7%
[16-25]	11	21,6%
[26-35]	12	23,5%
[36-45]	8	15,7%
[46-55]	5	9,8%
[56-59]	7	13,7%
TOTAL OBS.	51	100%

La tranche d'âge la plus représentée était de 26 à 35 mois suis de 16 à 25 mois

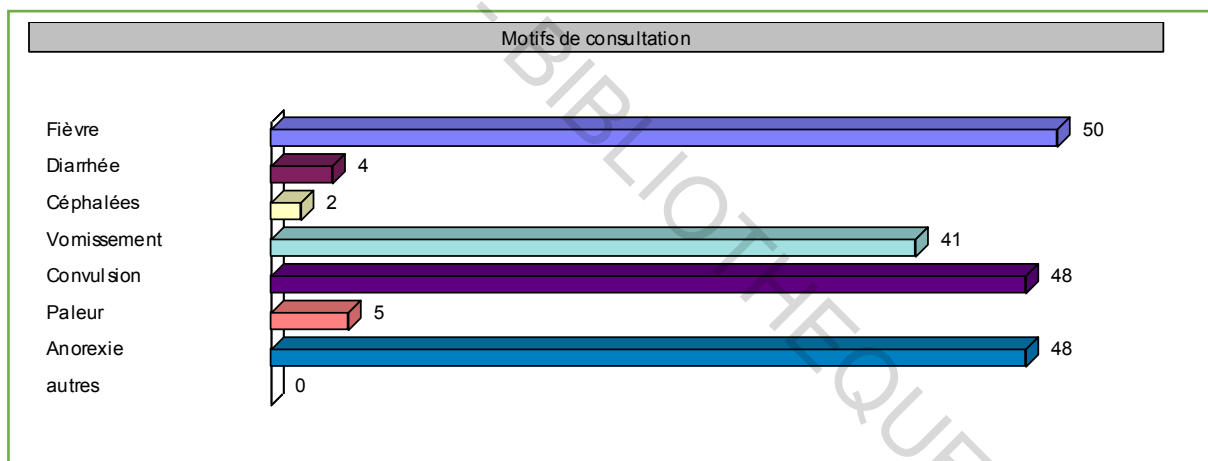


Figure 14: Répartition des enfants selon les motifs de consultation

Le premier motif de consultation des enfants était la fièvre suivis de la convulsion et l'anorexie

Tableau 20: Répartition des enfants selon l'utilisation de MIILDA

Dormir sous le moustiquaire	Nb. cit.	Fréq.
Oui	10	19,6%
Non	41	80,4%
TOTAL OBS.	51	100%

Plus de 80% des enfants ne dormait pas sous le MIILDA

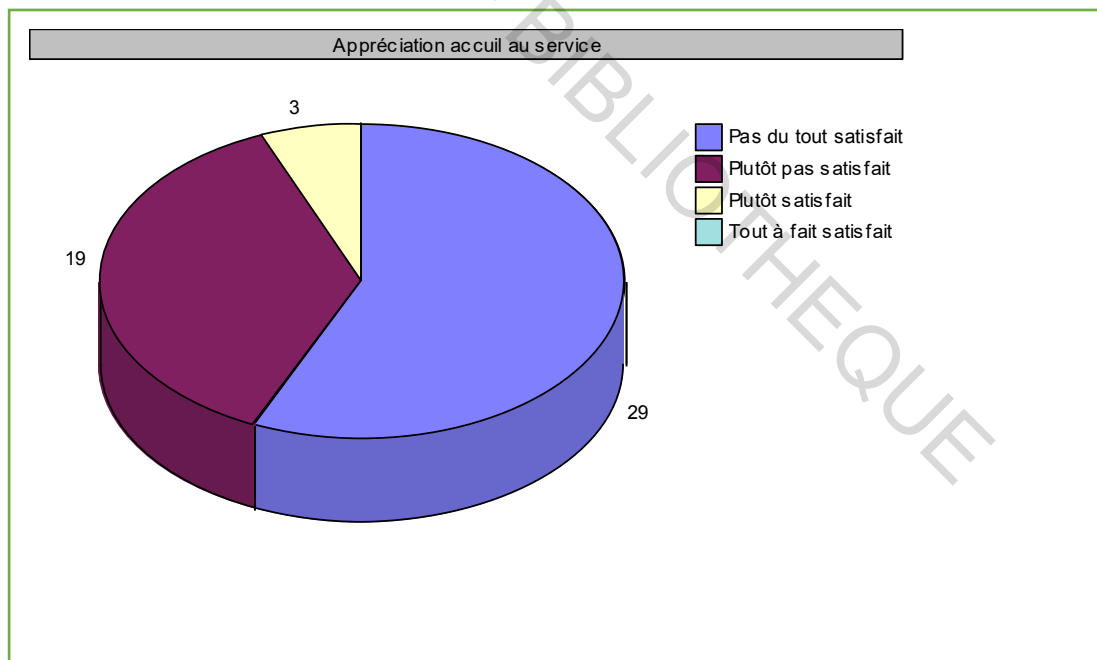


Figure 15:Appréciation de la qualité d'accueil au service par les accompagnateurs

La majorité des accompagnateurs n'était pas du tout satisfait de la qualité de l'accueil dans le service

IMPRESSIONS ET SUGGESTIONS DES USAGERS :

Ce que les accompagnateurs ont le plus apprécié dans le service

- Disponibilité du personnel médical
- Respect des heures du traitement
- Satisfaction du niveau de prise en charge des soins au service

Ce que les accompagnateurs 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
- Gratuité des examens complémentaires non effectives

Principales causes selon les accompagnateurs

- Non engagement des autorités
- Mauvaise organisation du travail.

Suggestions des accompagnatrices pour améliorer la qualité des soins

- Faire la prise en charge avant tout paiement ;
- Diminuer le temps d'attente des usagers ;
- Augmenter le nombre de médecins consultants ;
- 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

*Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil des enfants de 6-59 mois atteint de paludisme grave :
Cas du service de la pédiatrie de l'hôpital préfectoral de Kérouané(Guinée).*

- Rendre effective la gratuité de la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans.

4.2 Resultats de l'observation de l'enqueteur :

L'organisation du service de pédiatrie est assez satisfaisante mais il n'existe pas d'organigramme affiché.

- Il n'existe pas de salle exclusivement réservée à l'accueil, donc la veranda sert de salle d'accueil et de hall d'attente de la consultation équipé de chaise et de bans
- Le service est propre de façon satisfaisante.
- Les matériels anthropométriques sont suffisamment disponibles.
- Les heures de traitement nutritionnel des enfants sont respectées
- Répartition des enfants selon la disponibilité des lits à l'admission 12% des enfants étaient 2 sur un même les 3ers jours de leur hospitalisation.

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 une insuffisance de personnel réservé à la pédiatrie, qu'il y avait une insuffisance de motivation dans l'accueil à la pédiatrie, 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 formé 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 la veranda sert, de hall d'attente 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 médicament pour la prise en charge de paludisme grave, ce qui pourrait selon eux augmenter le cout de la prise en charge motivant également l'automédication et la traditheurapie. La perception est bonne sur le nombre d'agent formé à la PEC du paludisme grave (plus de la moitié) et estime que la totalité du personnel doit être former pour optimiser la performance du service.

4.4.2 Pour les usagers

Nous avons relevé que la tranche d'âge de 26-35 mois était la plus représentée avec 23,5% chez les enfants. Dans la population étudiée, le sexe féminin représentait 27 contre 24 de sexe masculin. Le sexe ratio homme/femme est de 0,88 en faveur du sexe masculin. Les accompagnateurs interrogés estimaient le temps d'attente long, ce qui serait attribuable à la mauvaise organisation des activités ; la faible priorisation des urgences ce qui serait attribuable au manque de protocole d'accueil.

4.4.3 Pour l'observation de l'enquêteur

A l'observation nous avons pu constater l'absence de salle exclusivement réservée à l'accueil, donc la veranda sert de salle d'accueil et d'attente 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 étaient à 2 sur les lits les premiers jours de leur hospitalisation. Cela s'expliquerait par l'insuffisance de lit d'hospitalisation, la période hivernale qui correspond à la période du pic du paludisme dans la préfecture.

Nous avons bien observé l'existence d'une veranda insuffisamment équipée qui sert de salle d'accueil et de salle d'attente.

Nous avons constatés une absence d'organigramme dans le service et aussi de protocole d'accueil.

4.5 Difficultés et limites de l'étude :

- 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 a 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...,

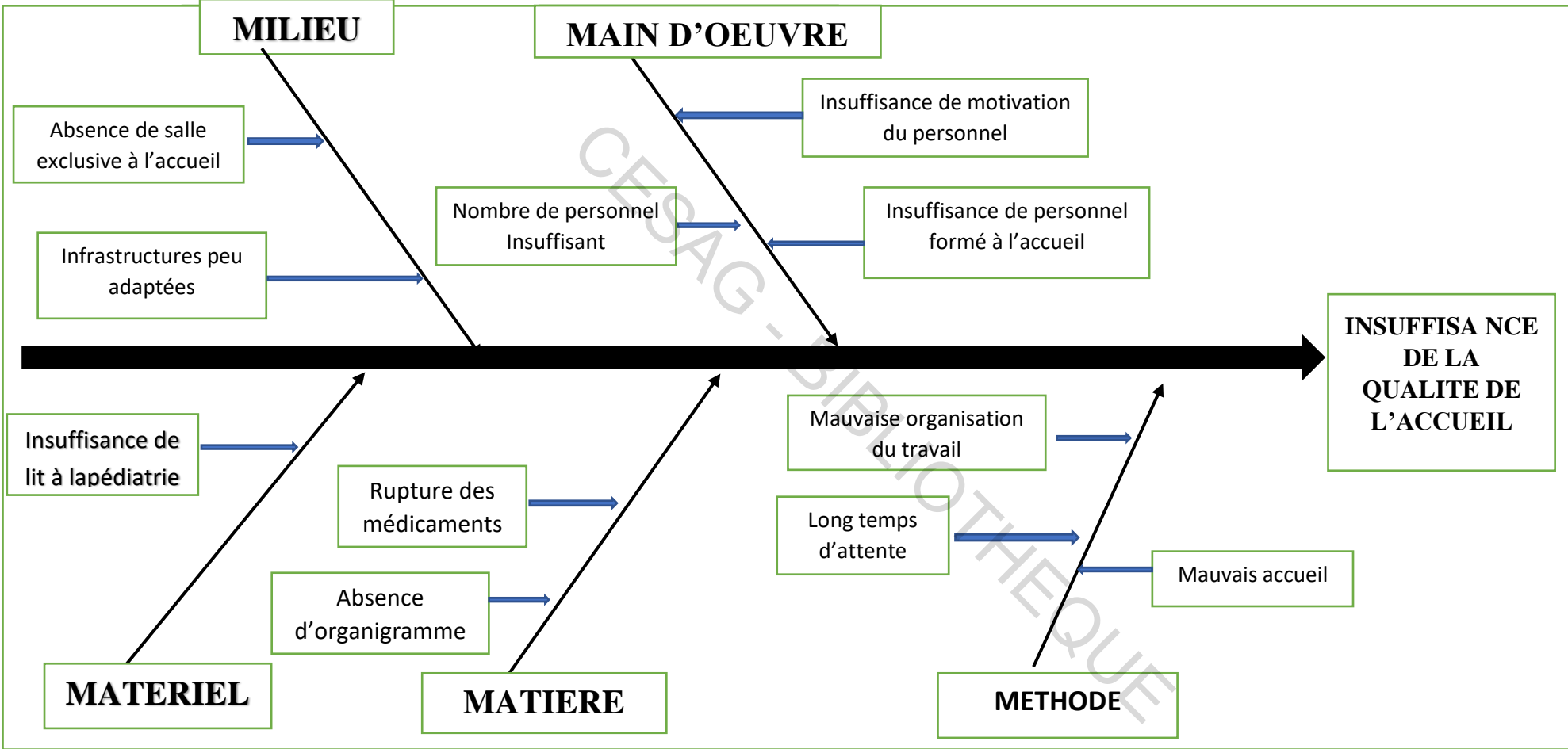
✓ **Main d'œuvre** : tout ce qui est relatif à l'action humaine : les professionnels de toute catégorie, en y incluant la hiérarchie,

*Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil des enfants de 6-59 mois atteint de paludisme grave :
Cas du service de la pédiatrie de l'hôpital préfectoral de Kérouané(Guinée).*

✓ **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 :

✓ **Matière** : Absence d'organigramme pour l'orientation des patients, rupture des médicaments de gratuité

CESAG - BIBLIOTHEQUE



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 dizaine 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	Resultat	Total	Rang
Absence de salle exclusive à l'accueil	8+9+8	25	2 ^{ème}
Insuffisance de personnel formé à l'accueil	7+8+6	21	3 ^{ème} ex
Absence d'organigramme pour l'orientation des patient	5+6+5	16	6 ^{ème}
Nombre de personnel insuffisant	6+7+6	19	4 ^{ème} ex
Insuffisance de lits à la pédiatrie	7+6+8	21	3 ^{ème} ex
Infrastructures peu adaptées	6+6+6	18	5 ^{ème}
Mauvaise organisation du travail	9+10+8	27	1 ^{er}
Long temps d'attente	7+6+6	19	4 ^{ème} ex
Faible fréquence de nettoyage des locaux	4+6+4	14	7 ^{ème} ex
Mauvais accueil	3+5+6	14	7 ^{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

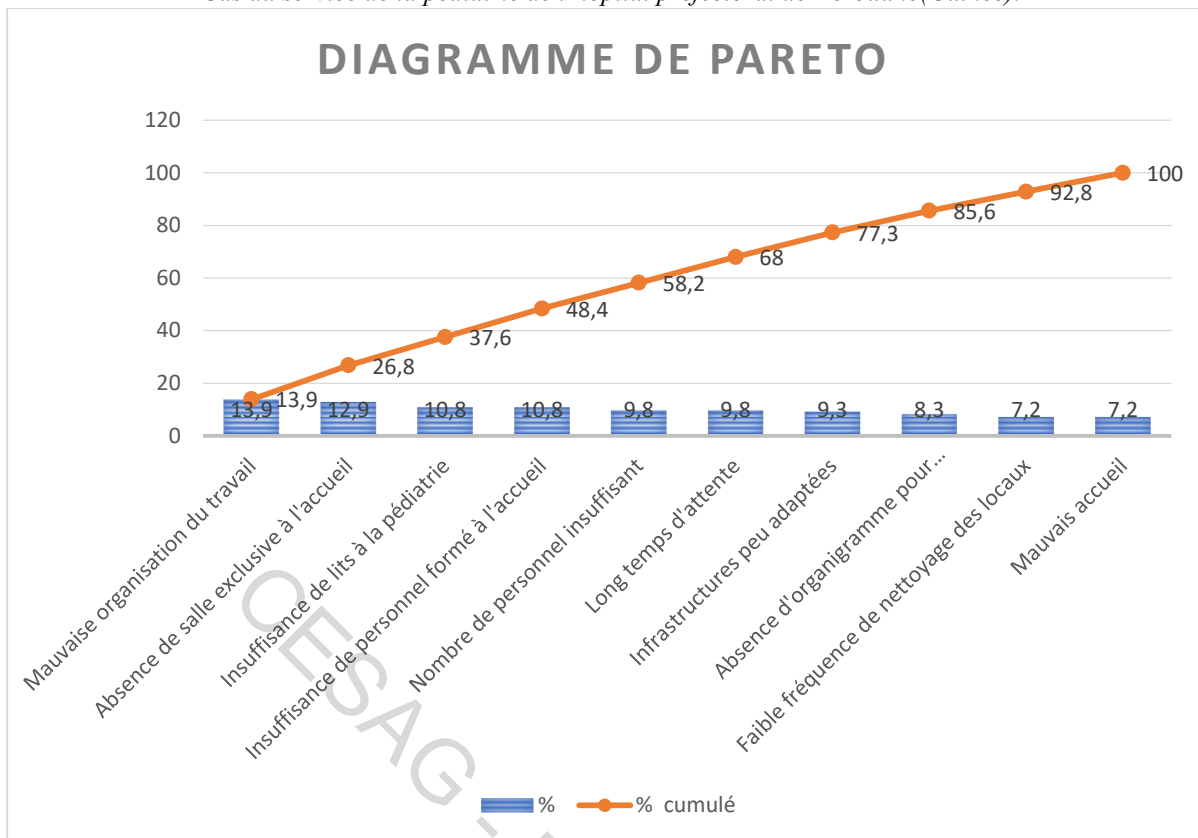
CAUSES	Résultats vote	%	% cumulé
Mauvaise organisation du travail	27	13,9	13,9
Absence de salle exclusive à l'accueil	25	12,9	26,8
Insuffisance de lits à la pédiatrie	21	10,8	37,6
Insuffisance de personnel formé à l'accueil	21	10,8	48,4
Nombre de personnel insuffisant	19	9,8	58,2
Long temps d'attente	19	9,8	68
Infrastructures peu adaptées	18	9,3	77,3
Absence d'organigramme pour l'orientation des patient	16	8,3	85,6
Faible fréquence de nettoyage des locaux	14	7,2	92,8
Mauvais accueil	14	7,2	100
TOTAL	194	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 lits à la pédiatrie
- Insuffisance de formation du personnel à l'accueil.

Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil des enfants de 6-59 mois atteint de paludisme grave :
Cas du service de la pédiatrie de l'hôpital préfectoral de Kérouané(Guinée).



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 [33].

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 [34].

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 [35].

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 [36].

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 [37].

Ouleymatou Khadija DIAGNE, trouve comme solution à la mauvaise qualité de l'accueil à la maternité de l'HPD [38] :

- 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

*Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil des enfants de 6-59 mois atteint de paludisme grave :
Cas du service de la pédiatrie de l'hôpital préfectoral de Kérouané(Guinée).*

recrutement, de formation et de recyclage du personnel pour améliorer la qualité de l'accueil au SAU de l'HPD [39].

SANOOGO 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 [40].

❖ 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 :

- ✓ Réorganisation du travail du service ;
- ✓ Formation du personnel à l'accueil et à l'orientation ;
- ✓ Aménagement et équipement d'une salle pour l'accueil
- ✓ Réduction du temps d'attente des usagers ;
- ✓ Motivation du personnel.
- ✓ Doté d'un protocole d'accueil
- ✓ 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 service de la pédiatrie de l'hôpital préfectoral de Kérouané.

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

Coût de réalisation de la solution : Pas coûteux = 5, Coûteux = 3, Très coûteux = 1

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

Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil des enfants de 6-59 mois atteint de paludisme grave :
Cas du service de la pédiatrie de l'hôpital préfectoral de Kérouané(Guinée).

Tableau VII : Priorisation des solutions

SOLUTIONS	CRITERES			Score	Rang
	Efficaci	Coût réalisation	Facilité réalisation		
Réorganisation du travail du service	5 + 5 + 5	5 + 5 + 5	5 + 3 + 5	43	1 ^{er}
Formation du personnel à l'accueil l'orientation	5 + 3 + 5	5 + 3 + 3	5 + 3 + 1	33	3 ^{ème}
Aménagement et équipement d'une salle d'accueil	5 + 3 + 5	5 + 5 + 3	3+3+5	37	2 ^{ème}
Réduction du temps d'attente	3 + 5 + 3	3 + 3 + 3	3 + 5 + 1	29	4 ^{ème}
Augmentation de la fréquence de netto des locaux	5+3+3	3+1+3	3+3+3	27	5 ^{ème} ex
Augmentation de l'effectif du personne service	3 + 3 + 3	1+1+1	3+1+3	19	6 ^{ème} ex
Motivation du personnel	3 + 3 + 3	1+1+1	3 + 1 + 3	19	6 ^{ème} ex
Affichage d'un organigramme orientation	5+3+3	3+1+3	3+3+3	27	5 ^{ème} ex

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'une salle 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 de l'hôpital préfectoral de Kérouané de janvier à décembre 2019.

7.2.2 Objectifs Spécifiques

- ✓ Aménager et équiper une salle 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 service d'attente en chaises, en organigramme, et boîte à suggestion, Télévision
- ✓ Affecter quatres (4) 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](#)

*Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil des enfants de 6-59 mois atteint de paludisme grave :
Cas du service de la pédiatrie de l'hôpital préfectoral de Kérouané(Guinée).*

- 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 Hypothèses
Objectif général : Améliorer la qualité de l'accueil des patients à la pédiatrie de janvier à décembre 2019.	-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 une salle d'accueil	La salle de l'accueil est aménagée et équipée	-Bordereau de réception - Inspection physique	-Disponibilité des ressources financières ; -Implication des autorités et prestataires
OS2 : former le personnel à l'accueil et à l'orientation	-Nombre de agents formés	-Rapport de formation ; -Liste participants	-Disponibilité du personnel ; -Ressources financières
OS3 : Doter la veranda d'attente en chaises	-Nombre de chaises à la veranda de l'accueil.	-Facture d'achat des chaises - observation	-Disponibilité des ressources financières
OS4 : Doté d'un protocole d'accueil	-Le protocole est fait et affiché	- Patients mieux accueilli ; -Observation	-Implication des autorités
OS5 : Afficher l'organigramme	- L'organigramme	- Patients mieux	-Implication des

*Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil des enfants de 6-59 mois atteint de paludisme grave :
Cas du service de la pédiatrie de l'hôpital préfectoral de Kérouané(Guinée).*

au service	schématisé et affiché	orienté ; -Observation	autorités
OS6 : installer une boîte suggestions aux urgences	-Une boîte suggestions installée	-Facture ; -Observation	-Disponibilité ressources financières
OS7 : affecter du personnel pédiatrie	- Le personnel est en quantité suffisante à la pédiatrie	-Notes de service	-Implication des autorités
OS8 : installer un téléviseur à la Veranda pour des films d'éducatifs le paludisme	-Un téléviseur installé pour patients	-Facture d'achat -Enquête satisfaction	-Disponibilité ressources financières
Résultats (R) : R1 : la salle est d'accueil aménagée et équipée	Tout patients accueilli et orienté	Enquête satisfaction auprès accompagnants	
R2 : le personnel est formé l'accueil et l'orientation 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 satisfaction auprès des usagers	
R4 : Le protocole d'accueil Oriente le personnel et les patients	Taux de satisfaction des usagers par rapport au respect du protocole d'accueil	Enquête satisfaction auprès des usagers	
R5 : l'organigramme oriente accompagnants	Taux de satisfaction	Enquête satisfaction	

*Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil des enfants de 6-59 mois atteint de paludisme grave :
Cas du service de la pédiatrie de l'hôpital préfectoral de Kérouané(Guinée).*

	des usagers par rapport à orientation	auprès des usagers	
R6 : une boîte à suggestion est visible à la pédiatrie	Taux de satisfaction des usagers par rapport au confort	Enquête satisfaction auprès des usagers	
R7 : le personnel de la pédiatrie est renforcé	4 agents affectés à la pédiatrie	Notes de service d'affectation à pédiatrie	
R8 : un téléviseur est installé pour les patients	Taux de satisfaction usagers par rapport au confort et éducation	Enquête satisfaction auprès des usagers	
Activités (A) : A1 : Aménagement et équipement une salle d'accueil	La salle est disponible et équipée	-Facture ; -Observation	
A2 : formation des agents à l'accueil et à l'orientation des accompagnants	-deux sessions formation des agents	-rapport de formation ; -Liste participants	- Disponibilités ressources humaines et financières
A3 : achat de chaises	-Nombre de chaises	-Facture ; -Observation	- Disponibilités ressources financières
A4 : conception et affichage d'un protocol d'accueil au service	-Un protocol d'accueil est disponible et affiché	-Facture -Observation	- Disponibilités ressources financières
A5 : conception et affichage	-Un organigrama	-Facture	- Disponibilités

*Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil des enfants de 6-59 mois atteint de paludisme grave :
Cas du service de la pédiatrie de l'hôpital préfectoral de Kérouané(Guinée).*

d'un organigramme au service	disponible et affiché	-Observation	ressources financières
A6 : confection d'une boîte suggestions	-Une boîte à suggestion disponible	-Facture ; -Observation	- Disponibilités ressources financières
A7 : affectation de 4 agents pédiatrie	-4nouveaux agents affecté à la pédiatrie	-Notes de prise de service	-Implication des autorités -Disponibilité ressources humaines
A8 : achat de téléviseur et de film	-Nombre de téléviseur	-Facture ; -Observation	- Disponibilités ressources financières

7.4 Plan d'Action Opérationnel

Tableau IX : Cadre opérationnel

OBJECTIF	Activités	Début	Fin	Budget	Responsable	Source Financement
Améliorer la qualité de l'accueil au service de pédiatrie de l'hôpital préfectoral de Kérouané	Aménagement et équipement une salle d'accueil	01/01/19	31/01/19	2000000 FCFA	-Comptable -Surveillant	-DPS -Hôpital
	formation des agents à l'accueil et à l'orientation des accompagnants	15/2/19	15/3/19	1500000 FCFA	-DPS -DH	-Ministrère -Institutions
	achat de chaises (40)	15/1/19	30/1/19	400 000 FCFA	-DH -Comptable	Hôpital
	conception et affichage d'un protocole d'accueil au service	1/1/19	15/1/19	20 000 FCFA	-Charger du SIS -Comptable	-Hôpital -DPS
	conception et affichage d'un organigramme au service	16/1/19	31/1/1	20 000 FCFA	-DH -DPS	Hôpital
	confection d'une boîte à suggestions	1/2/19	15/2/19	8000 FCFA	-Comptable -Surveillant	Hôpital
	Installation de Téléviseur à la veranda d'attente	22/2/19	28/2/19	200000 FCFA	Comptable matière	Hôpital
	affectation de 4 agents à la pédiatrie (2 medecins pédiatre et 2 medecins generaliste)	20/1/19	15/2/19	Neant	MCD	-Ministère de la Santé -DPS
	Nettoyage des	1/1/19	Continue	450000	Filles de salle	Hôpital

Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil des enfants de 6-59 mois atteint de paludisme grave :
Cas du service de la pédiatrie de l'hôpital préfectoral de Kérouané(Guinée).

	locaux 2 fois par jour			FCFA/an		
	Priorisation des urgences	1/1/19	Continue	Neant	Agent d'accueil	Neant
TOTAL		-----	-----	4958 000 FCFA	-----	-----

7.5 La Budgétisation

Tableau X : Le budget

N°	RUBRIQUES	COût
1	Réorganisation de l'accueil	
	Aménagement et équipement une salle d'accueil	2000000 FCFA
	Formation sur l'accueil et l'orientation de tous les agents du service	1 500 000 FCFA
	SOUS TOTAL	3 500 000 FCFA
2	Amélioration des conditions d'attente des usagers	
	Installation d'une boîte à suggestions à la pédiatrie (1)	8000 FCFA
	Achat de chaises (40)	400 000 FCFA
	Installation d'un téléviseur (1)	200 000 FCFA
	SOUS TOTAL	608 000 FCFA
3	Amélioration des conditions de travail	
	Affectation d'agents au service (4)	MSHP
	Nettoyage des locaux deux fois par jour	450 000 FCFA
	Conception d'organigramme pour l'orientation et la circulation des usagers	20 000 FCFA
	Conception et affichage d'un protocole d'accueil au service	20 000 FCFA
	SOUS TOTAL	850 000 FCFA
	TOTAL	4 958 000 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 periodique 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'une salle d'accueil équipé
- ✓ La veranda d'attente équipé de chaises, organigramme, de protocole d'accueil, de boite à suggestion.
- ✓ La fréquence de nettoyage des locaux à 2 fois par jour.
- ✓ Le respect de l'ordre d'arrivée des patients
- ✓ Taux d'effectivité des agents au service.

RECOMMANDATIONS

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

AU PERSONNEL DE LA PEDIATRIE DE L'ÔPITAL

- Utiliser la TV avec des films de sensibilisation sur le paludisme en général et grave en particulier
- Réorganiser les activités de la pédiatrie ;
- Pérenniser l'effort d'amélioration de la qualité de l'accueil à la pédiatrie ;
- Prioriser les urgences ;
- Réserver un accueil courtois et chaleureux aux usagers de la pédiatrie ;
- Respecter l'ordre d'arrivée des autres patients.

A L'EQUIPE CADRE DU DISTRICT

- Soutenir les accompagnateurs des enfants souffrant de paludisme grave (partenaires techniques et financiers) ;
- Aménager et équiper une salle d'accueil des usagers ;
- Améliorer les conditions d'attente pour le confort des usagers (, 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 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 DE L'hÔPITAL

- Soutenir les accompagnateurs des enfants souffrant de paludisme grave ;
- Financer les plans d'amélioration de la qualité de la prise de l'accueil des enfants souffrant de paludisme grave au service de pédiatrie de l'hôpital préfectoral ;
- Perpétuer la dotation de l'hôpital en intrant ;
- Cofinancer l'extension de la pédiatrie.

A LA POPULATION

- S'approprier l'hôpital et de son service de pédiatrie ;
- Fréquenter massivement et régulièrement le service de pédiatrie de pédiatrie ;
- Envoyer les enfants malades à l'hôpital dès l'apparition du premier signe de la maladie.
- Eviter l'automédication
- Faire dormir les enfants sous une moustiquaire

CONCLUSION

La préfecture de Kérouané enregistre paradoxalement un taux élevé de paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans, malgré la forte implication du gouvernement et des autorités sanitaires dans la lutte contre le paludisme. Toutes les aires de santé du district réfèrent les cas de paludisme grave à l'hôpital préfectoral de Kérouané. Ainsi, durant notre stage nous avons opté pour une étude pour améliorer la qualité de l'accueil des enfants atteint de paludisme grave au service 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. Des causes ont été identifiées et priorisées et nous avons pu proposer des solutions allant de la réorganisation du service, l'aménagement et l'équipement d'une salle 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 Ministère de la santé et de l'hygiène publique qui devra mobiliser les moyens idoines pour atteindre ces objectifs.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

I Ouvrages généraux :

- 1- Measure DHS, ICF International Calverton, Maryland, _2013/report/en/ consulté le 03/11/ 2015.Google Scholar [4]
- 2- Enquête 1996 auprès des patients du CHUV in bloc note, des hospices numéro 15, mars 1997, Ed. Service des Hospices Cantonaux, p. 1-3 [10].
- 3- Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce (DNSI/MEIC) et Macro International Inc. 2007. Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006. Calverton, Maryland, USA : CPS/DNSI et Macro International Inc. p 143- 153 [12]
- 4- Ministère de la santé
- 5- Journal officiel de la République de Guinée 22 Juillet 2001 [14]
- 6- Journal officiel de la République de Guinée 22 Juillet 2002 [15]
- 7- Institut Nationale de la Statistique, Ministère du Plan Conakry, ministere de la sante et de l'hygiene publique ; Programme National de Lutte Contre le Paludisme ; Plan Stratégique National de Lutte Contre le Paludisme 2015 – 202024 [17].
- 8- Ministère de l'Administration Nation du Territoire et de la Décentralisation ; Pragramme National de Developpement Administrative, Avril 2015 [18].
- 9- Ministère de l'interieure et de la Décentralisation ; Code des collectivités territoriales, 03 janvier 1990 [19].
- 10- Ministère de l'interieure et de la Décentralisation ; forum du Conseil Communal du 26 décembre 2008 [20]
- 11- GARGIN José, L'accueil, miroir de l'entreprise, Edition France Presse 1991 [26].
- 12- Leteurtre H, Patrelle I, Quaranta J F, Ronzière N. la qualité hospitalière, 2ème édition ; Berger. Levrault, Janvier 1999 [27].
- 13- Direction Préfectorale de la santé de kérouané ; atributions ; paquet minimum d'activité [21].
- 14- World Health Organization. World Malaria Report
- 15- Institut Nationale de la Statistique, Ministère du Plan Conakry,
- 16- ROGERS Carl : « Le développement de la personne », Éd. Paris Dunod 1967 [8]
- 17- STAINES Anthony : « Accueil et communication : encore des progrès » in revue, Hôpital Suisse numéro 3, 1997, pp. 19-21 [9]
- 18- ANAES : Principe de mise en Œuvre d'une démarche de qualité en Etablissement de Santé Paris Avril 2002 [6]
- 19- CHAUCHARD P., L'accueil : psychophysiologie et éducation cérébrale de la réceptivité.Ed. Universitaire Paris 1976 [7].
- 20- Institut Nationale de la Statistique, Ministère du Plan Conakry, (Guinée), Measure DHS, ICF International Calverton, Maryland, U.S.A. Enquête Démographique et de Santé, Guinée 201 <http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR280/FR280.pdf> [5]
- 21- OMS Définition du paludisme Disponible sur : <<http://www.who.int/topics/malaria/fr.>> [1]
- 22- Extrait sélectionné par Green Facts sur le paludisme dans le monde : <http://rbm.who.int/wmr2005/> [23]<http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR280/FR280.pdf> <http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR280/FR280.pdf> [16]
- 23- Organisation Mondiale de la santé Le paludisme : Aide-mémoire ; rapport. (OMS) ; 2007. N°94 [2]

Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil des enfants de 6-59 mois atteint de paludisme grave : Cas du service de la pédiatrie de l'hôpital préfectoral de Kérouané(Guinée).

24- Politique Nationale de lutte contre le Paludisme en Guinée ; Rapport. Guinée ; 2016[13].

25- Rapport. (OMS) ; 2010 U.S.A. Enquête Démographique et de Santé, Guinée 2017 <http://whqlibdoc.who.int/publication/2010>[3]

II Les Mémoires

- 1- ABBE Victorien Germain, Code de l'accueil à l'hôpital, Conférence de Québec du Conseil des Hôpitaux Catholiques du Canada (CHCC), Cahier n°12, Québec 1952. [31]
- 2- 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 [24]
- 3- 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 [35].
- 4- CHAUCHARD P., L'accueil : psychophysiologie et éducation cérébrale de la réceptivité. Ed. Universitaire Paris 1976 [29].
- 5- Conseil des Hôpitaux Catholiques du Canada (CHCC), Cahier n°12, Québec 1952 [30].
- 6- Danso M. (2013-2014) Evaluation de la participation communautaire dans le PRN au Sénégal. Mémoire de fin d'étude CESAG [25]
- 7- 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 [38].
- 8- 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 [39]
- 9- 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 [35].
- 10- 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

Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil des enfants de 6-59 mois atteint de paludisme grave : Cas du service de la pédiatrie de l'hôpital préfectoral de Kérouané(Guinée).

l'obtention du diplôme de 3ème cycle du DESS de Gestion Hospitalière, CESAG 2004 [37].

- 11- 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 [11].
- 12- 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 [28]
- 13- 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 [40]
- 14- Sossa Pascal ATCHADE ; Utilisation de biomarqueurs de plasmodium dans le cadre de la prévention du paludisme transfusinnel au Sud-Benin[33].
- 15- 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 [34].
- 16- Togola M. contribution à l'amélioration de la gestion de l'accueil à l'Hôpital régional Mémoire de gestion hospitalière. CESAG 2004 [22]
- 17- 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 3ème cycle du DESS de GSS, CESAG 2007 [36]

ANNEXES

FICHE D'ENTRETIEN DE L'ACCOMPAGNATEUR

Adama Diakite CESAG-GSS 28 ème promotion

Bonjour Mme/Mlle/Mr. Prière de renseigner ces questionnaires portant sur <<La contribution de l'amélioration de la qualité de l'accueil des enfants de 6 à 59 mois atteint de paludisme grave: cas du service de la pédiatrie de l'hôpital préfectoral de Kérouané>>

I-RENSEIGNEMENTS GENERAUX

1. Quel est votre âge?

La réponse est obligatoire.

2. Quel est votre genre?

1. Masculin 2. Féminin

La réponse est obligatoire.

3. Quelle est la profession du père?

1. Cultivateur 2. Commerçant 3. Fonctionnaire
 4. Etudiant 5. élève 6. Autres

4. Si 'Autres', précisez :

5. Quelle est profession de la mère?

1. Ménagère 2. Commerçante 3. Etudiante
 4. Elève 5. Fonctionnaire 6. Autres

6. Si 'Autres', précisez :

7. Quel est le lien parenté avec l'accompagnateur?

1. Père 2. Mère 3. Frère
 4. soeure 5. Oncle 6. Grand-mère
 7. Grand-père 8. Tente 9. Autres

8. Si 'Autres', précisez :

9. Quel est votre lieu de résidence?

1. Urbain 2. Rural

La réponse est obligatoire.

10. Quel est le niveau d'étude du père?

1. Primaire 2. Secondaire 3. Lycée
 4. Université 5. Aucun

La réponse est obligatoire.

11. Quel est le niveau d'étude de la mère?

1. Primaire 2. Secondaire 3. Lycée
 4. Université 5. Aucun

La réponse est obligatoire.

12. Quel est le statut matrimonial du père?

1. Marié 2. Célibataire 3. divorcé
 4. veuf 5. Vie en couple

La réponse est obligatoire.

13. Quel est le statut matrimonial de la mère?

1. Mariée 2. Célibataire 3. divorcée
 4. veuve 5. Vie en couple

La réponse est obligatoire.

14. Quel est l'âge de l'enfant? (âge en mois)

1. [6-15] 2. [16-25] 3. [26-35] 4. [36-45]
 5. [46-55] 6. [56-59]

La réponse est obligatoire.

15. Quel est le sexe de l'enfant?

1. M 2. F

La réponse est obligatoire.

16. Quelle est la durée de la maladie (en jours)

1. 1 2. 2
 3. 3 4. 4
 5. 5 6. 6
 7. 7 8. plus de 7 jours

La réponse est obligatoire.

17. L'enfant dort-il sous une moustiquaire imprégnée?

1. Oui 2. Non

La réponse est obligatoire.

18. Savez-vous de quel mal souffre l'enfant?

1. Oui 2. Non

19. Reconnaissiez-vous les signes de paludisme grave?

1. Oui 2. Non

20. Si oui précisez les signes

La question n'est pertinente que si Connaissance signes palu grave = "Oui"

21. Avez-vous entrepris des traitements?

1. Oui 2. Non

La réponse est obligatoire.

22. Si oui, Quel des traitement?

1. Automédication
 2. Médicaments traditionnels
 3. Dans un centre de santé
 4. Dans un cabinet médical
 5. Au domicile d'un agent de santé
 6. autres

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

La question n'est pertinente que si Traitement avant l'hôpital = "Oui"

23. Si 'autres', précisez :

Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil des enfants de 6-59 mois atteint de paludisme grave :
Cas du service de la pédiatrie de l'hôpital préfectoral de Kérouané(Guinée).

16. Quele est la durée de la maladie (en jours)

1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 5 6. 6 7. 7 8. plus de 7 jours

La réponse est obligatoire.

17. L'enfant dort t-il sous une moustiquaire imprégné?

1. Oui 2. Non

La réponse est obligatoire.

18. Savez de quel mal soufre l'enfant?

1. Oui 2. Non

19. Reconnaissez-vous les signes de paludisme grave?

1. Oui 2. Non

20. Si oui précisez les signes

La question n'est pertinente que si Connaissance signes palu grave = "Oui"

21. Avez-vous entrepris des traitements?

1. Oui 2. Non

La réponse est obligatoire.

22. Si oui, Quel des traitement?

1. Automédication 2. Médicaments traditionnels 3. Dans un centre de santé
 4. Dans un cabinet médical 5. Au domicile d'un agent de santé 6. autres

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

La question n'est pertinente que si Traitement avant l'hôpital = "Oui"

23. Si 'autres', précisez :

24. Si oui, durant combien de jours?

1. 1 jour 2. 2 jours 3. 3 jours 4. 4 jours 5. 5 jours 6. 6 jours 7. 7 jours 8. Plus de 7 jours

La question n'est pertinente que si Traitement avant l'hôpital = "Oui"

25. Quels sont les principaux motifs de consultation/référence en pédiatrie

1. Fièvre 2. Diarrhée 3. Céphalées 4. Vomissement 5. Convulsion 6. Paleur
 7. Anorexie 8. autres

Vous pouvez cocher plusieurs cases (7 au maximum).

26. Si 'autres', précisez :

II-CONDITIONS D'ACCUEIL

27. Avez été accueilli et orientés à votre arrivés dans l'hôpital

1. Oui 2. Non

La réponse est obligatoire.

28. Avez-vous été directement reçus aux urgences du service?

1. Oui 2. Non

La réponse est obligatoire.

29. Êtes vous passés payer des frais de soins à la caisse avant d'être reçus aux urgences du service?

1. Oui 2. Non

La réponse est obligatoire.

30. Le personnel de l'accueil s'est-il occupé de l'enfant avant le paiement des frais des sions?

1. Oui 2. Non

La réponse est obligatoire.

Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil des enfants de 6-59 mois atteint de paludisme grave :
Cas du service de la pédiatrie de l'hôpital préfectoral de Kérouané(Guinée).

31. Où avez-vous été accueilli?

1. Dans une salle 2. une veranda 3. Autre

La réponse est obligatoire.

32. Si 'une veranda, Autre', précisez :

33. Ya t-il suffisamment de place pour les malade?

1. Oui 2. Non

La réponse est obligatoire.

34. Quel appréciation faite vous de la propreté des locaux?

1. Pas du tout satisfait 2. Plutôt pas satisfait 3. Plutôt satisfait 4. Tout à fait satisfait

35. Quel est appréciation faite vous du comportement des prestataires à l'accueil?

1. Pas du tout satisfait 2. Plutôt pas satisfait 3. Plutôt satisfait 4. Tout à fait satisfait

36. Quelle est votre appréciation de l'accueil au service?

1. Pas du tout satisfait 2. Plutôt pas satisfait 3. Plutôt satisfait 4. Tout à fait satisfait

CESAG - BIBLIOTHEQUE

GRILLE D'ENTRETIEN AUPRES DU PERSONNEL DU SERVICE

Adama Diakite CESAG/GSS 28ème promotion

Bonjour Mme/Mlle/Mr. Prière de renseigner ces questionnaires portant sur <<La contribution de l'amélioration de la qualité de l'accueil des enfants de 6 à 59 mois atteint de paludisme grave: cas du service de la pédiatrie de l'hôpital préfectoral de Kérouané>>

I-RENSEIGNEMENTS GENERAUX

1. Quel est votre âge? (en année)

La réponse est obligatoire.

2. Quel est votre sexe?

1. Masculin 2. Féminin

La réponse est obligatoire.

3. Quel est votre Catégorie professionnelle?

1. Medecin 2. Infirmier(ère) 3. ATS
 4. Garçon(fille)de salle 5. Brancardier 6. Autres

La réponse est obligatoire.

4. Si 'Autres', précisez :

5. Avez-vous dans votre formation initiale, un modul qui portait sur l'accueil du patient?

1. Oui 2. Non

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

1. Oui 2. Non

La réponse est obligatoire.

7. Avez-vous un rôle défini à la pédiatrie?

1. Oui 2. Non

La réponse est obligatoire.

II-ORGANISATION DU SERVICE ET DEROULEMENT DES ACTIVITES

8. Avez-vous une zone d'accueil à la pédiatrie?

1. Oui 2. Non

La réponse est obligatoire.

9. Si oui, précisez la nature?

1. Salle 2. Vearanda 3. Autres

La réponse est obligatoire.

La question n'est pertinente que si Zone d'accueil à la pédiatrie = "Oui"

10. Sa configuration de la zone d'accueil est-elle adéquate pour un bon accueil des patients?

1. Mauvaise 2. Passable 3. Moyenne
 4. Bonne 5. Excellente

La réponse est obligatoire.

La question n'est pertinente que si Zone d'accueil à la pédiatrie = "Oui"

11. Aménagement de la zone d'accueil?

1. Spatieuse 2. aérée
 3. éclairée 4. ventilée
 5. présence des chaises 6. présence des bancs

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

12. Pensez-vous que l'environnement du service vous permet de faire correctement votre travail?

1. Oui 2. Non

13. Si non, que ce qui vous empêche de travailler correctement?

La question n'est pertinente que si Environnement du service = "Non"

14. Quelles solutions proposées vous pour améliorer l'environnement de travail au service de la pédiatrie?

La question n'est pertinente que si Environnement du service = "Non"

15. Etes-vous impliqué dans l'organisation et le fonctionnement de la pédiatrie?

1. Oui 2. Non

16. Quelle appréciation faite vous de l'organisation et le fonctionnement de la pédiatrie?

1. Mauvais 2. Passable 3. Moyen
 4. Bon 5. Excellent

17. Existe-t-il un besoin de personnel pour la pédiatrie?

1. Oui 2. Non

18. Si oui, quel catégorie professionnelle

1. Medecin Pédiatre 2. Medecin généraliste
 3. Infirmier(ère) 4. ATS

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

La question n'est pertinente que si Besoin de personnel = "Oui"

19. Votre description de poste est-il bien fait?

1. Oui 2. Non

20. Comment trouvez vous l'organisation du service?

1. Mauvaise 2. Passable 3. Moyenne
 4. Bonne 5. Excellente

21. Quel est la durée du temps d'attente? (en minutes)

1. [0-30] 2. [31-60] 3. plus de 60

La réponse est obligatoire.

Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil des enfants de 6-59 mois atteint de paludisme grave :
Cas du service de la pédiatrie de l'hôpital préfectoral de Kérouané(Guinée).

14. Quelles solutions proposées vous pour améliorer l'environnement de travail au service de la pédiatrie?

La question n'est pertinente que si Environnement du service = "Non"

15. Êtes-vous impliqué dans l'organisation et le fonctionnement de la pédiatrie?

1. Oui 2. Non

16. Quelle appréciation faite vous de l'organisation et le fonctionnement de la pédiatrie?

1. Mauvais 2. Passable 3. Moyen 4. Bon 5. Excellent

17. Existe-t-il un besoin de personnel pour la pédiatrie?

1. Oui 2. Non

18. Si oui, quelle catégorie professionnelle

1. Médecin Pédiatre 2. Médecin généraliste 3. Infirmier(ère) 4. ATS

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

La question n'est pertinente que si Besoin de personnel = "Oui"

19. Votre description de poste est-elle bien faite?

1. Oui 2. Non

20. Comment trouvez-vous l'organisation du service?

1. Mauvaise 2. Passable 3. Moyenne 4. Bonne 5. Excellente

21. Quel est la durée du temps d'attente? (en minutes)

1. [0-30] 2. [31-60] 3. plus de 60

La réponse est obligatoire.

22. Quelle appréciation faites-vous de la fréquentation du service?

1. Mauvaise 2. Passable 3. Moyenne 4. Bonne 5. Excellente

23. Existe-t-il un protocole d'accueil affiché?

1. oui 2. non

La réponse est obligatoire.

24. Existe-t-il une pharmacie d'urgence au service?

1. oui 2. non

25. Existe-t-il un point d'eau potable pour la pédiatrie?

1. oui 2. non

26. Avez-vous le matériel nécessaire pour l'accueil?

1. chaise 2. table 3. stéthoscope 4. thermomètre 5. balance 6. stylo 7. registre
 8. carnet 9. autres

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

La réponse est obligatoire.

27. Si 'autres', précisez :

28. Des réunions périodiques sont-elles organisées?

1. oui 2. non

29. Si oui, participez-vous à ces réunions?

1. oui 2. non

La question n'est pertinente que si Réunions périodique = "oui"

30. Est-ce que les recommandations issues de ses réunions sont appliquées?

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

La question n'est pertinente que si Réunions périodique = "oui"

*Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil des enfants de 6-59 mois atteint de paludisme grave :
Cas du service de la pédiatrie de l'hôpital préfectoral de Kérouané(Guinée).*

31. Comment jugez-vous votre temps de travail?

1. Mauvais 2. Passable 3. Moyen 4. Bon 5. Excellent

32. Avez-vous besoin de formation continue?

1. oui 2. non

33. Les infrastructures de la pédiatrie favorisent-elles un bon accueil des patients ?

1. oui 2. non

34. Quelle suggestion faites-vous pour améliorer la qualité de l'accueil?

CESAG - BIBLIOTHEQUE

FICHE D'ENTRETIEN AUPRES DE L'ADMINISTRATION

Adama Diakite CESAG/GSS/GPS 28ème promotion

Bonjour Mme/Mlle/Mr. Prière de renseigner ces questionnaires portant sur <<La contribution de l'amélioration de la qualité de l'accueil des enfants de 6 à 59 mois atteint de paludisme grave: cas du service de la pédiatrie de l'hôpital préfectoral de Kérouané>>

I-RESPONSABILITE

1. Quelle est votre fonction?

II-COMPORTEMENT DU PERSONNEL DE L'ACCUEIL

2. Que pensez-vous de la qualité de l'accueil au service de la pédiatrie?

1. Mauvais 2. Passable 3. Moyen
 4. Bon 5. Excellent

3. Avez-vous reçus des plaintes pour la mauvaise qualité de l'accueil au service de la pédiatrie?

1. Oui 2. Non

4. Si oui, combien de fois?

- 1.1 2.2 3.3 4.4 5.5 6.6
 7.7 8.8

Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).

La réponse est obligatoire.

La question n'est pertinente que si Plainte sur l'accueil = "Oui"

5. Quelle était la nature de la plainte?

La question n'est pertinente que si Plainte sur l'accueil = "Oui"

6. Comment avez-vous résolu ces problèmes?

La question n'est pertinente que si Plainte sur l'accueil = "Oui"

III-ORGANISATION INTERNE DU SERVICE ET DU TRAVAIL

7. Comment trouvez-vous l'organisation interne du service de la pédiatrie?

1. Mauvais 2. Passable 3. Moyen
 4. Bon 5. Excellent

8. Le climat social du service est-il favorable à l'épanouissement du personnel?

1. Pas d'accord du tout 2. Plutôt pas d'accord
 3. Plutôt d'accord 4. Tout à fait d'accord

9. Les tâches sont-elles bien définies?

1. Pas d'accord du tout 2. Plutôt pas d'accord
 3. Plutôt d'accord 4. Tout à fait d'accord

10. Le personnel vient-il à l'heure?

1. Oui 2. Non

11. Existe-t-il des fiches de description de poste établissant le rôle de chaque membre du personnel?

1. Oui 2. Non

12. Existe-t-il un règlement interne du service?

1. Oui 2. Non

13. Disposez-vous de l'ensemble des moyens (humains, matériels, économique) nécessaires à la bonne marche du service?

1. Oui 2. Non

14. Les réunions périodiques sont-elles organisées?

1. Oui 2. Non

15. Quelles solutions préconisez-vous pour l'amélioration de la qualité de l'accueil au service de la pédiatrie?

1. Bien définir les étapes des activités
 2. Former le personnel
 3. Impliquer le personnel dans les prises de décisions
 4. Autres

16. Si 'Autres', précisez :

17. Selon vous est-ce que les usagers du service de la pédiatrie sont satisfaits de leur accueil?

1. Oui 2. Non

18. Avez-vous besoin d'un personnel supplémentaire pour le service de la pédiatrie?

1. Oui 2. Non

19. Si oui, quel catégorie?

1. Médecin pédiatre 2. Médecin généraliste
 3. Infirmier(ère) 4. ATS, Autres

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

La réponse est obligatoire.

La question n'est pertinente que si Besoin de personnel supplémentaire = "Oui"

20. Si 'Autres', précisez :

GRILLE D'OBSERVATION DE L'ENQUETEUR

Adama Diakité CESAG/ GSS 28ème promotion

Bonjour Mme/Mlle/Mr. Prière de renseigner ces questionnaires portant sur <<La contribution de l'amélioration de la qualité de l'accueil des enfants de 6 à 59 mois atteint de paludisme grave: cas du service de la pédiatrie de l'hôpital préfectoral de Kérouané>>

I - APPRECIATION DE L'ETAT DES LIEUX

1. Exist-t-ils des panneaux d'orientation dans l'enceinte de l'hôpital?

1. Oui 2. Non

2. Exit-il une zone d'accueil des patients à la pédiatrie?

1. oui 2. non

3. Si,oui est-elle:

1. spatieuse 2. bien aérée 3. électrifiée

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

4. Quelle appréciation faites-vous la capacité d'accueil de la zone?

1. Mauvais 2. Passable 3. Moyen 4. Bon 5. Excellent

5. Exist-il un endroit d'attente pour les parents des malades?

1. oui 2. non

6. Exist-il un point d'eau à l'accueil?

1. oui 2. non

7. Le service est-il propre?

1. oui 2. non

8. Les toilettes du service sont-elles propres?

1. oui 2. non

9. Exist-il un zone d'assainissement?

1. douche 2. latrine 3. aire de vaisselle 4. aire de sechage

Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).

10. Quelle est la fréquence de nettoyage du service? (par jour)

1. une fois 2. deux fois 3. autres

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

11. Si 'autres', précisez :

12. Exist-il un système d'évacuation des eaux usées et destruction des déchets ?

1. oui 2. non

II -DEROULEMENT DES ACTIVITES

13. Comment trouvez-vous le temps d'attente des patients? (en minutes)

1. [0-30] 2. [31-60] 3. plus de 60

14. Que pensez-vous du comportement du personnel à l'accueil?

1. Mauvais 2. Passable 3. Moyen 4. Bon 5. Excellent

III-DISPONIBILITE DES RESSOURCES

15. Il y a-t-il des ruptures de stocks des médicaments?

1. oui 2. non

16. Il y a-t-il des ruptures de stocks du matériel de consultation?

1. oui 2. non

*Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil des enfants de 6-59 mois atteint de paludisme grave :
Cas du service de la pédiatrie de l'hôpital préfectoral de Kérouané(Guinée).*

17. Y a-t-il une disponibilité permanente de personnel à l'accueil?

1. oui 2. non

18. Quelle est l'heure de départ du personnel? (en heures)

1. 14 2. 16 3. 17 4. 18

19. Quelle est le temps légal de travail par jour? (en heure)

1. 7 2. 8 3. 9
-

CESAG - BIBLIOTHEQUE

TABLE DES MATIERES

DEDICACES :	II
REMERCIEMENTS	III
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	V
LISTE DES TABLEAUX	VI
LISTE DES FIGURES	VIII
SOMMAIRE	IX
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : ANALYSE SITUATIONNELLE.....	6
1.1 Environnement externe.....	6
1.1.1 Généralité sur la Guinée	6
1.1.2 Situation géographique.....	6
1.1.3 Situation administrative.....	8
1.1.4 Situation démographique.....	9
1.1.5. Situation socio-économique	9
1.1.6. Situation socioculturelle	10
1.1.7. La politique nationale de la santé et l'organisation du système de Santé.....	11
1.1.8 La politique nationale de lutte contre le paludisme en république de Guinée.....	14
1.2 Environnement interne:	16
1.2.1 Généralité sur la Préfecture de Kérouané.....	16
1.2.2 Sitation géographiques et administratives de la préfecture de Kérouané.....	16
1.3 Identification des Problèmes et leur Priorisation.....	25
1.3.2 Priorisation des Problèmes	25
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	27
2.1 La problématique de l'Etude	27
2.1.1 Formulation du Problème :.....	27
2.1.2 Spécification du problème :	27
2.1.3 Ampleur du Problème :	28
2.1.4 Importance du problème:.....	28
2.1.5 Conséquences du problème :	29
2.1.6 Contexte et justification du problème :	31
2.2 Intérêt de l'étude :.....	31
2.3 But de l'étude :	32
2.4 Objectifs de l'étude	32
2.4.1 Objectif général	32

2.5 Définitions et concepts liés à l'étude Service.....	32
CHAPITRE III : METHODOLOGIE	36
3.1 Type d'étude.....	36
3.2 Lieu d'étude.....	36
3.3 La population de l'étude.....	36
3.4 Les méthodes et outils de collecte des données.....	36
3.5 La méthode d'analyse des données.....	37
3.6 Le Pré-test :	37
3.7 Taille de l'échantillon.....	37
3.8 Déroulement de l'étude	37
CHAPITRE IV : RESULTATS ET ANALYSE DE L'ETUDE.....	38
4.1 Resultats de l'enquete aupres des prestataires.....	38
4.2 Resultats de l'observation de l'enqueteur :	55
4.4 Analyse des resultats	55
4.4.1 Pour le personnel	55
4.4.2 Pour les usagers	56
4.4.3 Pour l'observation de l'enqueteur	56
4.5 Difficultes et limites de l'etude :	56
CHAPITRE V : DETERMINATION ET PRIORISATION DES CAUSES	58
5.1 Présentation des outils	58
5.2 Détermination, Analyse et Priorisation des causes.....	58
5.2.1 Diagramme d'ISHIKAWA ou en arêtes de poisson.....	58
5.2.2 Hiérarchisation des Causes :.....	61
CHAPITRES VI : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS.....	64
6.1 Identification des Solutions :	64
6.2 Priorisation des Solutions :	65
CHAPITRES VII : MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION.....	67
7.1 Justification :	67
7.2 Objectifs du Projet.....	67
7.2.1 Objectif général	67
7.2.2 Objectifs Spécifiques.....	67
7.3 Cadre Logique :	67
7.3.1 logique verticale :	67
7.3.2 logique horizontale	67
7.4 Plan d'Action Opérationnel.....	72
7.5 La Budgétisation.....	73

*Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil des enfants de 6-59 mois atteint de paludisme grave :
Cas du service de la pédiatrie de l'hôpital préfectoral de Kérouané(Guinée).*

7.6 Suivi et l'Evaluation de la mise en œuvre	74
7.6.1 Suivi de la mise en œuvre.....	74
7.6.2 l'évaluation de la mise en œuvre :.....	74
RECOMMANDATIONS.....	75
CONCLUSION	76
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	77
ANNEXES	80
TABLE DES MATIERES.....	89

CESAG - BIBLIOTHEQUE