



**CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION**

**CESAG SANTE**

**ANNEE ACADEMIQUE 2014-2015**

**Mémoire de fin d'études**

**MBA GESTION DES SERVICES DE SANTE option GESTION DES  
PROGRAMMES DE SANTE 25<sup>e</sup> PROMOTION**



**THEME :**

**CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE LA QUALITE DE L'ACCUEIL A L'UNITE  
D'ACCUEIL DES URGENCES ET DE TRI DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE  
KOUTIALA (REP. DU MALI).**

Présenté par :

**Dr Mohamed Modibo TALL**

Stagiaire CESAG-SANTE

Dirigé par :

**Dr Malick NIANG**

Enseignant associé au CESAG-  
Dakar

**10 Décembre 2018**

## **SOMMAIRE**

DEDICACE ET REMERCIEMENTS :.....	i
LISTES DE SIGLES ET DES ABREVIATIONS :.....	I
LISTE DES TABLEAUX :.....	II
LISTE DES GRAPHIQUES ET FIGURES :.....	III
LISTE DES ANNEXES :.....	IV
<b>INTRODUCTION :.....</b>	<b>1</b>
<b>PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE/IDENTIFICATION DU PROBLEME ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE</b>	
Chapitre I : L'ANALYSE SITUATIONNELLE ET IDENTIFICATION DU PROBLEME .....	3
Chapitre II : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE .....	35
<b>DEUXIME PARTIE : METHODOLOGIE ET RESULTATS DE L'ENQUETE</b>	
Chapitre III : METHODOLOGIE DE L'ENQUETE .....	40
Chapitre IV : LES RESULTATS DE L'ENQUETE .....	44
<b>TROISIEME PARTIE : DETERMINATION ET ANALYSE DES CAUSES ET LEURS PRIORISATIONS</b>	
Chapitre V : DETERMINATION DES CAUSES, IDENTIFICATION DES SOLUTIONS ET LEURS PRIORISATIONS .....	53
Chapitre VI : IDENTIFICATIONS DES SOLUTIONS POSSIBLES ET LEURS PRIORISATIONS .....	58
Chapitre VII : PLAN DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION RETENUE.....	61
<b>RECOMMANDATIONS :.....</b>	<b>74</b>
<b>CONCLUSION :.....</b>	<b>76</b>
REFERENCES :.....	78
TABLE DES MATIERES :.....	83
ANNEXES :.....	86

## **DEDICACES**

*Je dédie ce mémoire :*

À mon père **Dr TALL Amadou Mountaga** les mots me manquent pour t'exprimer ma profonde gratitude. Tu as consenti énormément de sacrifice pour nous, tes enfants. Nous sommes conscients. Tu es ce père que tout enfant aurait aimé avoir, surtout sur le plan éducatif. Tu nous as inculqué des valeurs et principes qui à la limite fait de nous des hommes modèles, le respect de la personne humaine, le travail bien fait, l'honnêteté et la bonté, font partie de tes règles de vie. Je peux te rassurer ce jour que chacun de tes enfants a su cultiver ses vertus.

Puisse le bon DIEU t'accorder une bonne santé et te garder très longtemps auprès de nous.  
Merci

## **REMERCIEMENTS**

À **ma mère TALL Lalaïssa DIARRA**, vos conseils, tes sacrifices et bénédictions qui m'ont permis de forger ce chemin. Qu'ALLAH t'accorde longue vie et en bonne santé !!!  
Amine !

À **mes tantes :**

**Tanti Michou** vous avez été une mère pour moi pendant tout le temps que j'ai passé avec vous. Recevez ma profonde gratitude.

**Mme DIALLO Mounéïssa Touré**, je sais que tu es fier de moi, une pensée spéciale.

À **mes oncles :** Aguïbou, Elhadji Oumar, Dr Mohamed Modibo Tall (Paris), Kalifa Sangaré.

À **mes sœurs :** Fadima, Mariam, Sana, Raky, Lalaïssa Tall;

À **mes frères :** Mohamed Lamine, Alpha Maky;

**A mes cousin (e) s :** Cheik, Mama, Dani, Barou Tall, Mohamed diallo,

À **Dr BARRO Karidia** une pensée spéciale ;

À **Dr COULIBALY Moustapha**, vous avez été plus qu'un maître pour moi, que DIEU me donne la force d'être toujours reconnaissant envers vous.

Nos remerciements s'adressent à l'endroit de :

Ministère de la santé et de l'hygiène publique ;

Ministère de l'emploi et de la formation professionnelle à travers son département Fond d'Appui pour la Formation Professionnelle et Apprentissage (FAFPA) pour son accompagnement financier, toute ma gratitude ;

Au **Dr Ousmane DEMBELE** Directeur National de la Santé pour son sens élevé de leadership ;

À **Mr MALLE Dramane** Chargé de Mission (Ministère des affaires étrangères) un grand merci pour votre soutien, votre degré d'engagement m'a beaucoup marqué. Ce travail est le vôtre.

À **Mr BAH Cheik et Epouse Fanta DIALLO** promoteur de l'auto-école **TIGANA** vos soutiens indéfectibles. Ce travail vous revient.

À **notre maître et Directeur de mémoire Dr Malick NIANG** (Enseignant associé au **CESAG**).

Vous n'avez ménagé aucun effort pour mener à bien ce travail, Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger, vous nous avez signifié par la même occasion votre confiance.

Homme de science réputé et admiré par tous, très calme, sans problème. Nous avons été très impressionnés par votre humilité, votre sens d'écoute, votre grande disponibilité, et votre amour du travail bien fait, vos qualités humaines, votre marque de respect pour vos collaborateurs et vos étudiants font de vous un maître au grand cœur.

Veuillez trouver ici cher maître, l'expression de notre profonde reconnaissance et nos sincères remerciements.

Au **Médecin Chef** du Centre de Santé de Référence de Koutiala **Dr Youssouf Diam SIDIBE** et à tout son personnel, en particulier **M. Hassana TAPILY** chargé SIS ;

Au **chef de service et personnels de SAU et de TRI** du Csref de Koutiala pour leur disponibilité et leurs contributions ;

À **la Direction du CESAG**, à mes enseignants pour le cadre d'étude et la transmission de leurs connaissances ;

À **toute l'équipe de CESAG-SANTE** avec son chef de département pour leur encadrement.

À **GUEYE Soukeyna, Mme DIOP** et assistantes des programmes (MBA-GSS, ES) ;

À **SOW Marième dite Oda** pour son assistance durant mon séjour à Dakar ;

À **tous mes condisciples** de la 25<sup>e</sup> et 26<sup>e</sup> promotion du CESAG-Gestion des Services de Santé, pour les moments partagés en frères et sœurs singulièrement à Dr Ahmadou GAYE, Dr SAMOURA Mamadou, Dr DIARRA Kassim, Dr DIAKITE Safouna, Dr TRAORE Awa, ABOZO Christian, Mme SOW Mariama ;

À **tous les membres de l'AMEPHASE** (Amicale des Médecins et Pharmaciens Maliens en Spécialisation au Sénégal)

**Aux Docteurs :** Dr DIARRA Souleymane, Dr BERTHE Honoré, Dr BEYE S Aliou, Dr TALL Fadima koreissi, Dr DICKO Hammadoun, Dr SANGARE Chaka, Dr DOUMBIA Modibo, Dr BOMOU Yamadou, Dr DIABY Souleymane, Dr CAMARA Boubacar, Dr COULIBALY Bernard, Dr Koné Salif alias Rasbina, Dr BOCOUM Belco, Dr DEMBELE Ladji (officine Jilè Gnogo), Dr DEMBELE Sadio, Dr DIALLO Moussa Salifou, Dr DIAKITE Adama, Dr SOUTHERA Mamoutou, Dr SANOGO Boubacar, Dr DEMBELE Youssouf, Dr DIAWARA Cheik O, Dr KAMISSOKO Cheik O, Dr BAGAYOKO Mamadou, Dr GUINDO, Dr KEITA Djuigui, Dr KOUYATE Nènè, Dr DIARRA Fargas, merci à chacun d'entre vous pour son aide.

**Mes amis de tous les jours :** KANTAKO Bakary, BAH Salif, Mr KEITA Bréhima, DIALLO Yoro, Mr KEITA Lassana, COULIBALY Bako, TRAORE Elhadji Nourou, Fatoumata Tandja, DIALLO Harouna, DIALLO Yacoumba, KONE Adama.

Tous ceux qui de près ou de loin, de par leurs bonnes intentions, ont contribué à la réalisation de ce travail.

## **ABREVIATIONS**

**AMO** : Assurance maladie obligatoire

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CSCOM** : Centre Santé Communautaire

**CSREF** : Centre de Santé de Référence

**DNSI** : Direction National du système d'information Sanitaire

**DRH** : Direction des Ressources Humaines

**IB** : Initiative de Bamako

**INPS** : Institut National de Prévoyance Sociale

**OMS** : Organisation Mondial de la Santé

**ONG** : Organisation non gouvernementale

**ORL** : Oto-rhino Laryngologie

**PRODESS** : Programme de Développement Sanitaire et Social

**PU** : Pavillon des urgences

**RGPH** : Recensement Général de la Population et de l'habitat

**SAU** : Service d'Accueil des Urgences

**SIS** : Système d'Information Sanitaire

**SSP** : Soins de Santé Primaires

**TRI** : Triage

## **LISTE DES TABLEAUX**

<b>Tableau I</b> : Situation des structures privées et confessionnelles .....	21
<b>Tableau II</b> : Accessibilité géographique aux services de santé.....	22
<b>Tableau III</b> : Personnel par habitant au 31 décembre 2015.....	22
<b>Tableau IV</b> : Situation des Officines et dépôts privés.....	22
<b>Tableau V</b> : Partenaires du District Sanitaire en 2015.....	23
<b>Tableau VI</b> : Ressources humaine du district sanitaire au 31 décembre 2015 .....	24
<b>Tableau VII</b> : Infrastructures – logistiques.....	24
<b>Tableau VIII</b> : Financement des acteurs en 2014.....	25
<b>Tableau IX</b> : Hiérarchisation des problèmes.....	34
<b>Tableau X</b> : Chronogramme des activités.....	42
<b>Tableau XI</b> : Répartition des usagers selon l'accessibilité géographique du CSRéf .....	46
<b>Tableau XII</b> : Répartition des usagers selon l'appréciation du temps d'attente.....	46
<b>Tableau XIII</b> : Répartition du personnel selon le temps de la prise en charge .....	47
<b>Tableau XIV</b> : Hiérarchisation des causes selon leur importance.....	57
<b>Tableau XV</b> : Matrice multicritère de choix prioritaires.....	60
<b>Tableau XVI</b> : Plan de contribution .....	66
<b>Tableau XVII</b> : Calendrier prévisionnel de l'exécution du Projet.....	68
<b>Tableau XVIII</b> : Budgétisation .....	70
<b>Tableau XIX</b> : Cadre pour le suivi et évaluation.....	71

## **LISTE DES FIGURES**

<b>Figure 1:</b> Carte administrative du Mali.....	5
<b>Figure 2:</b> Région de Sikasso .....	6
<b>Figure 3:</b> Carte Sanitaire du district de Koutiala .....	12
<b>Figure 4:</b> Pyramide sanitaire .....	14
<b>Figure 5:</b> Circuit des consultations externes.....	28
<b>Figure 6:</b> Circuit des urgences.....	29
<b>Figure 7:</b> Répartition des usagers selon l'appréciation de l'organisation du service .....	45
<b>Figure 8 :</b> Visualisation des causes du problème à l'aide du diagramme d'Ishikawa.....	56

## **LISTE DES GRAPHIQUES**

<b>Graphique I:</b> Répartition des usagers selon l'appréciation de l'accueil à l'arrivée du Csref.....	44
<b>Graphique II:</b> Répartition des usagers selon l'appréciation des conditions du lieu d'attente des usagers à la consultation.....	45
<b>Graphique III :</b> Répartition du personnel soignant selon la charge du Travail du SAU et TRI .....	48
<b>Graphique IV:</b> Répartition du personnel soignant selon l'appréciation des conditions d'hospitalisation au SAU et de TRI du CSRéf.....	48

## **LISTE DES ANNEXES**

Organigramme de structure du CSREF DE KLA .....	87
Organigramme de fonction du CSREF DE KLA .....	88
Fiche d'enquête patients et ou accompagnants .....	89
Guide d'observation aux personnels de santé.....	93

CESAG - BIBLIOTHEQUE

# INTRODUCTION

L'accueil en milieu hospitalier se définit comme un acte organisationnel qui se fait de l'entrée à la sortie du client, comme une manière de recevoir un malade et de leurs accompagnateurs et visiteurs par le personnel formé.

Le bon accueil est un gage de qualité dans les hôpitaux et centre de santé celui-ci constitue une valeur ajoutée aux soins de santé puisqu'il évoque le savoir-faire et le savoir être du prestataire.

L'entrée du malade à l'hôpital est une épreuve que ressent profondément celui qui y est entré, son inquiétude et ses appréhensions ont pour objet l'issue de son séjour. Trouverai-je la guérison? Comment me traitera-t-on ?, d'autre part il abandonne son milieu, sa famille ses amis et pénètre dans un milieu inconnu tout ceci explique le désarroi moral que le bon accueil peut dissiper.

En effet, le bon accueil dans nos hôpitaux est devenu une pratique en voie de disparition ou prend d'autres formes. Depuis plusieurs années au Mali, les Services des Urgences connaissent de façon chronique une activité qui déborde leurs capacités d'accueil. Être bien accueilli reste incertain par faute, soit de l'insuffisance du plateau technique ou soit des comportements inappropriés du personnel; une situation qui a un impact fort sur la qualité des soins (services) de santé.

Après une large réflexion nationale, le signal d'alarme a été déclenché par l'ex-ministre de la santé, M. Oumar Ibrahima Touré qui a rappelé que la politique nationale de santé telle que définie par la loi [Loi n°02-049 du 22 juillet 2002] portant loi d'orientation sur la santé repose sur les principes fondamentaux d'accueil, d'équité, de justice, de participation de la population et de la société civile.

C'est dans cette optique que s'inscrit la présente étude dont le thème est intitulé :

**« Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil à l'Unité d'Accueil des Urgences et de Tri du Centre de Santé de Référence de Koutiala »**

Dans son contenu, elle se construit autour de trois grandes (03) parties :

Une première partie est consacrée sur l'analyse situationnelle et cadre théorique d'étude ; ensuite une deuxième partie est basée sur la méthodologie adoptée et les résultats de l'enquête ; enfin la Troisième partie est consacrée à déterminer et analyser les causes du problème prioritaire ; et propose les solutions possibles.

Pour ce faire, nous avons procédé par des enquêtes sur la satisfaction des patients au niveau de l'Unité d'Accueil des Urgences et de Tri auprès du personnel concernant leurs conceptions sur l'accueil ; et les suggestions pour l'amélioration de la qualité de l'accueil.

**PREMIERE PARTIE :**  
**ANALYSE SITUATIONNELLE/IDENTIFICATION DU**  
**PROBLEME ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE**

## **CHAPITRE I : ANALYSE SITUATIONNELLE ET IDENTIFICATION**

### **DU PROBLEME**

L'analyse de la situation est le cadre de la présentation et la description de l'environnement (interne et externe) dans lequel évolue le Centre Santé de Référence de Koutiala.

#### **1 Généralités :**

Cette partie vise à rappeler les caractéristiques socioéconomiques, démographiques, l'organisation du système de santé du Mali, son offre de soins etc.

#### **1.1 Contexte Géographique et Démographique**

La république du mali est un pays continental situé au cœur du sahel. Il est limité au Nord par l'Algérie, à l'Est par le Niger et Burkina Faso, au Sud par la cote d'Ivoire et la Guinée Conakry et à l'Ouest par le Sénégal et la Mauritanie. Il se distingue par sa grande superficie (1 241 238 km<sup>2</sup>) et la diversité de ses aires agro-climatiques et socio culturelles. La population du Mali était estimée en 2009 à 14 528 662 habitants dont 49,59% d'hommes et 50,41% de femme (INSTAT, RGPH 2009). La pression démographique pose un défi énorme pour la fourniture des services sociaux au Mali, la population en majorité rurale est relativement jeune avec 46,56% entre 15 et 49 ans. Elle est concentrée dans la partie sud du pays et le long du fleuve Niger. Au plan administratif, le Mali est divisé en huit régions administratives (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao Et Kidal) lesquelles viennent s'ajouter de nouvelles régions Taoudeni, Ménaka et le District de Bamako qui a rang de Région. Il comporte 49 cercles, 289 arrondissements, 703 communes dont 19 urbaines et 684 rurales.

#### **1.2 Situation Socio-économique**

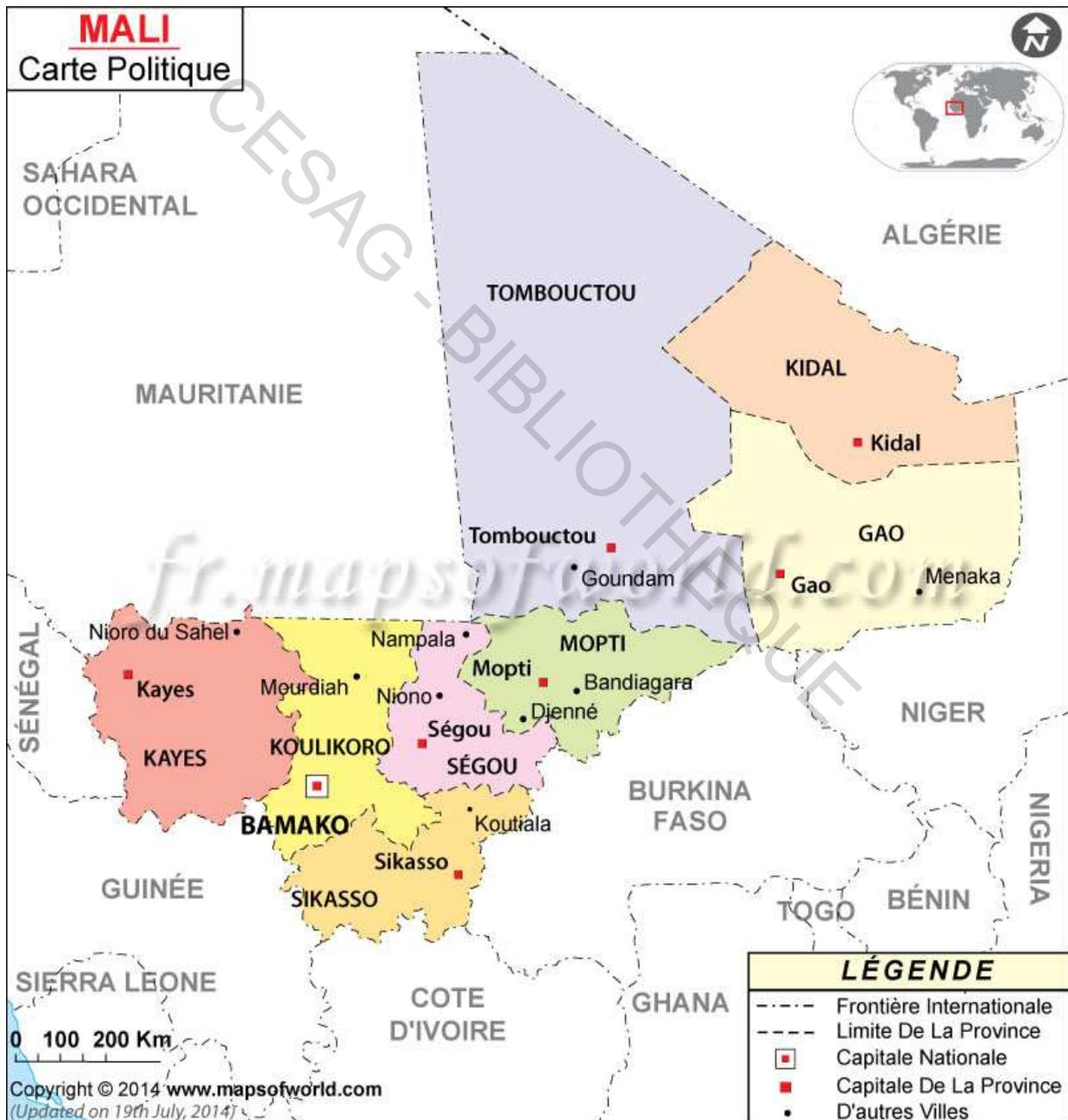
L'économie du Mali est basée sur l'agriculture, l'élevage et la pêche. Elle est caractérisée par sa vulnérabilité aux aléas climatiques. En dépit des performances macroéconomiques enregistrées depuis 1994, le mali reste un pays pauvre. La croissance réelle du PIB a été maintenue à un niveau relativement élevé (4,3% en 2007, 5% en 2008 et 4,5% en 2009), malgré le contexte financier mondial. Cette croissance de l'économie a été essentiellement tirée par les secteurs primaire et tertiaire qui ont respectivement augmenté de 11,5% et 4,5% contre 5,6% et 3,5% en 2009. Le PIB par habitant en 2008 était de 1200 USD PPA, faisant figurer le Mali parmi les pays les moins avancés et 64% de sa population vit au-dessous du seuil de pauvreté.

Le Mali est considérée comme pays à faible indice de développement humain selon les critères du PNUD. Selon les résultats préliminaires d'ELIM 2010, la proportion de la

population malienne définie comme pauvre est passé de 55,6% en 2006 à 47,4% en 2006 et 43,6% en 2010.

La pauvreté au Mali s'urbaine et se féminise mais demeure encore et surtout un phénomène essentiellement rural, milieu où les femmes sont encore plus exposées à la pauvreté du fait de leur faible accès aux facteurs de production.

### CARTE ADMINISTRATIVE DU MALI



**Figure 1 :** carte administrative du Mali [51].

### 1.3 Région de Sikasso.

La région de Sikasso est la troisième région administrative du Mali. Elle s'étend sur 71 790 km<sup>2</sup> (5,8% du territoire national) en 2009. Sa capitale est la ville de Sikasso.

Située dans l'extrême sud du Mali, la région de Sikasso est limitée au nord-ouest par la région de Koulikoro, au nord-est par la région de Ségou, à l'est par le Burkina Faso, au sud par la Côte d'Ivoire et à l'ouest par la Guinée.

La région compte 1 782 157 habitants en 2009 lors du recensement général de la population et de l'habitat du Mali (RGPH). Différentes ethnies vivent dans cette région principalement les Sénoufos, les Minianka, les Peulhs, les Bambaras et les Bobos.

Le relief est constitué de collines et de montagnes au sud ; du centre au nord des vallées et des plaines. Le massif du Kéné Dougou culmine à 800 m.

La clémence du climat et la fertilité des sols font de la région « le grenier » du Mali. Les productions agricoles sont en effet importantes : céréales et fruits (notamment les mangues).

La région de Sikasso est divisée en sept cercles : (Bougouni, Kadiolo, Kolondièba, Koutiala, Sikasso, Yanfolila et Yorosso) regroupant 147 communes dont 3 communes urbaines (Sikasso, Koutiala, Bougouni) et 144 communes rurales [19].



**Figure 2:** Région de Sikasso. [19].

## **1.4 Cercle de Koutiala**

Créé en 1903, le cercle de Koutiala est situé dans la partie Nord de la région de Sikasso, il est limité au Nord-Ouest par les cercles de Bla et San (Région de Ségou), au Sud par le cercle de Sikasso et la République du Burkina Faso, à l'Est par le cercle de Yorosso et à l'Ouest par le cercle de Dioila (Région de Koulikoro).

Elle couvre une superficie de 12 270 km<sup>2</sup>, la population actuelle du cercle s'élève à 710 216 habitants (2015), soit une densité de 58 habitants/km<sup>2</sup> repartis entre 268 villages, 35 communes rurales et une commune urbaine.

Sur le plan économique, le cercle de Koutiala fait figure des zones pilotes avec la culture cotonnière et la présence de cinq importantes unités industrielles.

### **1.4.1 Etude du milieu**

#### **A. Les caractéristiques physiques du milieu**

**a. Le relief :** Physiquement la ville est une pénéplaine soudanaise typique avec des sols sablonneux, argileux et ou latéritiques reposant sur une épaisse couche de grès au sud. Ces grès appelés grès de Koutiala remontant brusquement en surface rompant la monotonie du paysage et forment une arrête rocheuse alignée d'Ouest en Est aux environs de N'Tosso, Zangasso, Tière, Sao, Ouirikila (Yorosso).

Vers le Nord la pénéplaine s'incline brusquement pour disparaître sous les allusions du banifing.

**b. Hydrographie :** Elle est peu fournie et se caractérise en quelques cours d'eaux négligeables alimentant les affluents du fleuve Niger. Les traces des rivières temporaires sont parsemées de plaines à vocation rizicole (kouniana, Sorobasso, Fonfona, Niabougou, Zangasso, konséguela).

Néanmoins on peut citer les rivières de koni et de Pimpedogo qui s'écoulent du sud vers le nord.

**c. Climat :** Il est de type soudanais avec des précipitations importantes atteignant 900 à 1000 mm par an.

**d. La flore :** La couverture végétale souffre aujourd'hui des coupes abusives de bois de chauffe, des défrichements pour l'extension des superficies de cultures et des feux de brousse.

La savane constitue l'essentiel de la végétation. Le couvert végétal est aéré au fur et à mesure que l'on va vers le Nord-Ouest où il prend une coloration sahéenne marquée.

Les essences dominantes sont entre autres le Karité, le Néré, la Lingue, le caïcédrat, le Tamarinier, le Balanzan, le Kapokier, le Fromager, le Baobab.

Il existe trois forêts classés :

- Les forêts classés de Koba (arrondissements de Zangasso)
- La forêt classée de Zangasso
- La forêt classée de M'Pèssoba.

**e. La faune :** Jadis très riche a presque disparu sous les effets conjugués du braconnage et de sécheresse.

**f. L'agriculture :** Elle était encadrée depuis la période coloniale par la compagnie française pour le développement des textiles (CFDT) devenue en 1974 la compagnie Malienne pour le développement des textiles (CMDT).

Les actions de la CMDT portent sur les domaines suivants : la vulgarisation, la formation, les crédits agricoles, la commercialisation et l'organisation du monde rural en vue d'améliorer la connaissance des producteurs à gérer leurs propres affaires avec la création d'association villageoise depuis la campagne 1974-1975.

Les principales cultures céréalières sont : le mil, le sorgho, le maïs, le riz Le coton.

La production des mangues demeurent importantes et constituent un appoint aux cultures principales.

**g. L'élevage :** le cercle de Koutiala recèle d'immenses potentialités en matière d'élevage.

L'action de la CMDT aide le secteur de l'élevage à la réalisation des actions menées en faveur de l'élevage telles que la protection sanitaire, les actions de vulgarisation de l'aliment bétail.

**h. L'apiculture :** est pratiquée surtout à Kouniana, Zangasso, la production de miel est estimée à plus 100.000 litres par an.

**i. La chasse :** est une activité regroupant des hommes sous forme de société mais elle devenue aujourd'hui insignifiante en raison de la disparation totale du gibier et sa réglementation stricte.

**j. La pêche :** elle est pratiquée à petite échelle dans les marigots pour la consommation locale.

**k. La cueillette :** les produits de cueillettes qu'on rencontre sont : le karité, le néré, le rônier, le tamarin, le jujubier les quels génèrent des revenus appréciables.

Les bois de chauffe et le charbon demeurent les sources d'énergie.

## **B. Les caractéristiques de la population**

### **a. Organisation administrative**

#### **1. Historique du cercle de Koutiala**

La fondation de Koutiala remonte probablement vers le 16<sup>ème</sup> ou le 17<sup>ème</sup> siècle. Koutiala serait fondé par les Sanogo venus du village de Sanga à 5 km de la ville. Les Sanogo, installés dans les hameaux de culture exploitaient les terres fertiles et regagnaient leur village en saison sèche.

Des Coulés venus d'Ouolosso (arrondissement central) vinrent s'installer auprès des Sanogo. Ils abattaient les grands arbres et travaillaient surtout le bois. C'est ce qui explique l'armoire de la ville (baobab tombant sous hache du bucheron).

Venus pour la plupart de Niamanasso (ex arrondissement de Zangasso), les Coulibaly s'installèrent auprès des deux premiers clans.

Une importante fraction de Ouattara en provenance de Kong (RCI) vint grossir le village qui s'appelait alors « Coulé dia-Kan » ce qui signifie village des fils de Coulé.

La déformation de Coulé dia-kan devrait donner par la suite le nom de Koutiala.

Le village vécu longtemps replié sur lui-même avant de dépendre du royaume Sénoufo au 19<sup>ème</sup> siècle.

Après la pénétration française, un poste administratif fut créé en 1903 à Koutiala qui devint un centre essentiellement agricole.

La ville était administrée par des chefs de canton de 1903 à 1958. Devenue commune de moyenne exercice en 1958 (arrêté N° DI du 10 avril 1958, Koutiala fut administrée de septembre 1958 à mars 1966 par des administrateurs maires.

Elle fut érigée en commune de plein exercice en mars 1966.

L'ethnie dominante est le Minianka autochtone du pays. Après les Miniankas viennent les Dionka qui sont des Bambara fortement apparentés à ceux de Ségou.

On les rencontre surtout dans les arrondissements de Molobala, Konséguéla et Zangasso. Aussi il y a une forte minorité de Dioulas dans les ex -arrondissements de Molobala et Zangasso notamment à Tièrè, Sao, Sinan, Gouan et Sissoumana.

Des campements de peuhls venus du Bondougou (San), du Seno (Mopti) ou du Boni (Burkina Faso) se rencontrent un peu partout dans le cercle. A cette population s'ajoutent des migrants Dogons venant des cercles de Bandiagara et Koro.

Le dialecte de la majorité est le Minianka tandis que le Bambara demeure de fait la langue de liaison la plus répartie. Les miniankas et les dionka sont traditionnellement des animistes. La

société Minianka ne connaît pas les barrières infranchissables entre les nobles et ceux qu'il est convenu d'appeler les gens de caste exceptés les cas des Markas-bani et celui des Coulés.

La désagrégation spirituelle due aux religions importées (Islam – Christianisme) et à l'économie de marché, a contribué à l'éclatement des grands clans.

Dans son ensemble la population est stable. On note cependant quelques vagues de migrations temporaires en direction de Ségou, Bamako et Sikasso mais surtout de la Côte d'Ivoire où les immigrants forment des colonies de peuplement dotées de chef dans tous les centres urbains.

## **b. Organisation politique et administrative**

### **b.1 Les attributions des représentants de l'Etat sont les suivants**

Les services décentralisés présents à Koutiala sont :

- ✓ Les services publics placés sous l'autorité du Préfet à part
- ✓ Le Tribunal de Première Instance.

#### **- Services des collectivités**

**La Mairie :** Koutiala est le chef-lieu de la commune urbaine à laquelle sont rattachés 8 villages. Elle est chargée de planifier, programmer et exécuter les programmes de développement de la commune ;

**Le conseil de cercle :** qui joue le rôle de consultation et de coordination des actions des communes.

## **c. Organisation structurelle et fonctionnelle**

L'organisation structurelle est un jeu d'influence entre, d'une part les aînés des communautés familiales d'autre part les chefs de société initiatique.

Quant à l'organisation fonctionnelle, elle est le privilège des aînés (pouvoir gérontocratique), ils ne prennent aucune décision sans le consentement de tous les chefs de familles réunis en conseil de village et éventuellement en jeune cultivateurs rassemblés en « ton » (pouvoir démocratique en collégial).

## **d. Organisation traditionnelle**

Les Miankas, qui constituent la population souche du cercle de Koutiala n'ont connu aucun passé du royaume prestigieux. Cependant, sans être de conquérants notaires, ils étaient prompts à toutes invasions externes.

## **e. Organisation politique**

Elle se caractérise par un syncrétisme entre traditionalisme et modernisme, même si de plus en plus la liberté d'expression d'opinion politique conduit vers une pluralité de partis politiques.

Ainsi à l'image du paysage politique national, Koutiala possède un répertoire bien fourni en partis politiques.

Le cercle de Koutiala dispose de nombreux partis politiques à savoir :

- **ADEMA/PASJ** : Alliance pour la Démocratie
- **US RDA** : Union Soudanaise pour le Rassemblement Démocratique Africain,
- **MPR** : Mouvement Patriotique pour le Renouveau ;
- **URD** : Union pour la République et la Démocratie ;
- **RPM** : Rassemblement Pour le Mali ;
- **CNID** : Congrès National d'Initiative Démocratique ;
- **CODEM** : Convergence pour la Démocratie au Mali.

Outre ces partis politiques ; on note l'existence du Mouvement Citoyen.

**Vie associative** : Koutiala compte de nombreuses associations et organisations non gouvernementales qui œuvrent toutes en parfaite symbiose dans le cadre du développement de la ville ;

**ONG et partenaires au développement** : les ONG et partenaires au développement du cercle sont : MSFF ,ASDAP,ADAP,GARDEM,PSI Mali, MSI, Save the Children, AMEDD le Corps de la paix, le Jumelage Koutiala – Alençon (France), le comite Raoul Follereau, la croix rouge internationale et la croix rouge malienne, le collectif de lutte contre le VIH/SIDA, le royaume des pays bas, World-Vision, l'USAID, les associations villageoises, les organisations féminines, jeune chambre internationale (J C I)

Dans ce cadre des relations inter communales, Koutiala est jumelé à la ville Alençon (France).**Commerce et industrie** : de par sa situation géographique « carrefour », la commune de Koutiala constitue un centre important d'échanges. Les échanges s'effectuent entre la commune urbaine et les autres communes rurales, mais aussi avec le Burkina Faso, et la Côte d'Ivoire.

Le secteur privé connaît un certain essor, il se trouve présentement dominé par le commerce informel. La commune dispose d'importants équipements marchands (foires hebdomadaires, des marchés à bétail, des aires de vente de bois, une boucherie, un marché moderne à volaille et des marchés de quartiers etc.)

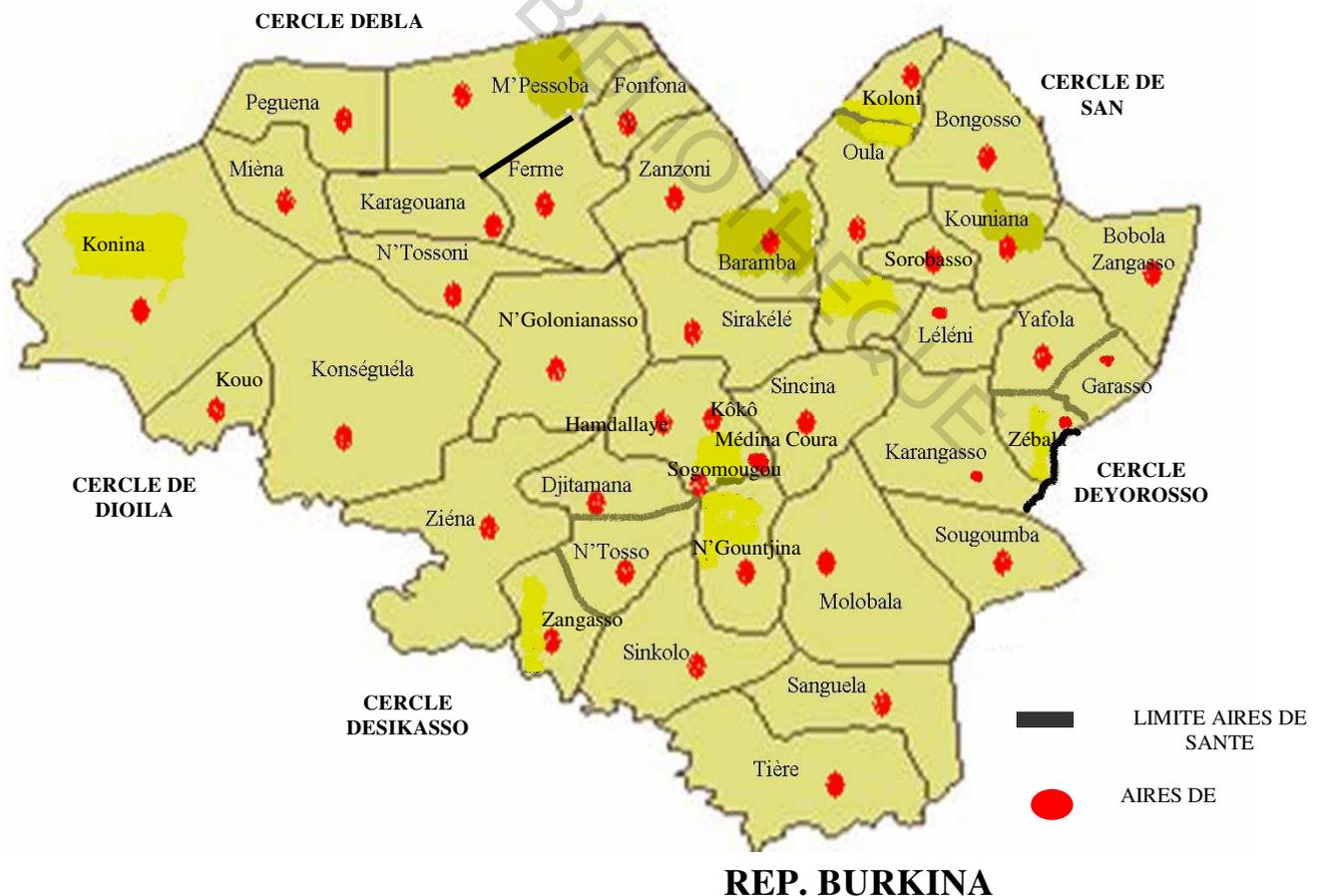
La chambre de commerce est représentée à Koutiala et il existe une association des commerçants détaillants du marché central de Koutiala (ASCODEMACK).

En industrie, la commune urbaine de Koutiala dispose de quatre usines d'égrainage de coton, l'Huilerie cotonnière du Mali (HUICOMA) pour la production d'huile et d'aliment bétail,

l'usine FAMAB qui produit l'huile et l'aliment bétail, en plus il y a plusieurs petites unités privées qui produisent l'huile et l'aliment bétail.

Les activités industrielles et leurs effets induits de la politique d'incitation à la politique de culture du coton principale culture industrielle sont les bases de l'économie à Koutiala. Ces industries donnent de l'emploi à une bonne partie des jeunes ruraux de la zone en saison sèche. Il existe aussi d'autres usines six boulangeries modernes et une laiterie Danaya-nono.

**Artisanat :** De plus en plus, les artisans en nombre important sont organisés en associations qui sont au nombre de 24 (10 associations féminines, 9 associations masculines, et 5 associations mixtes). Ces différentes associations sont regroupées en unions des artisans de Koutiala (UAAK) qui représente la fédération nationale des artisans du Mali (FNAM). Au total il existe plus de 300 associations détentrices de récépissé. Les partenaires extérieurs comme (coopération Allemande GTZ, SWISS contact, FAFPA, la ville jumelle Alençon) soutiennent les actions des différentes associations. Les artisans que l'on rencontre dans la commune sont les garagistes, cordonniers, forgerons, tisserands, teinturières, menuisiers, boulangers manuels, maçons, ferrailleurs etc. [37].



**Figure 3:** Carte Sanitaire du district de Koutiala : (Source : Monographie de Koutiala) [37]

## **1.5. La politique nationale de santé et l'organisation du système de santé**

### **1.5.1 La politique sanitaire**

L'adoption par le Gouvernement du Mali de la Politique Sectorielle de santé et de population le 15 Décembre 1990 a constitué une étape majeure dans le développement sanitaire et ce, avant la décentralisation administrative.

L'objectif majeur de cette politique est la réalisation de la santé pour tous sur un horizon aussi rapproché que possible.

Basée sur le concept de soins de santé primaires (SSP) adopté par la conférence mondiale d'Alma Ata en 1978, l'initiative de Bamako (IB) en 1987.

La concrétisation de cet objectif passe par la réalisation des objectifs spécifiques suivants :

#### **Améliorer l'état de santé des populations en :**

- ✓ Réduisant la mortalité infanto-juvénile et maternelle ;
- ✓ Réduisant la morbidité et la mortalité dues aux maladies prioritaires ;
- ✓ Développant les services de planification familiale ;
- ✓ Veillant à la promotion des attitudes et comportements favorables à la santé et au bien-être de la famille

#### **Etendre la couverture sanitaire du pays en :**

- ✓ Assurer l'extension de la couverture afin de rendre les services de santé accessibles aux populations y compris celles appartenant aux catégories les plus durement frappées par la pauvreté ;
- ✓ Mettre en place un dispositif de soins adaptés aux réalités du pays ;
- ✓ Assurant les prestations de qualité produite au meilleur coût, géographiquement et économiquement accessible ; y compris la disponibilité des médicaments essentiels ;
- ✓ Améliorant l'utilisation des services de santé notamment par des actions d'information, d'éducation et de communication ;

#### **Rendre le système de santé fiable et performant en :**

- ✓ Assurant l'intégration de la politique de santé dans celles du développement économique, social et culturel du pays
- ✓ Améliorant l'organisation et le fonctionnement des services de santé par une gestion rationnelle des ressources humaines, matérielles et financières ;
- ✓ Organisant la participation de l'Etat, des collectivités locales, des populations bénéficiaires et des partenaires au développement à la prise en charge des dépenses de santé ;

- ✓ Développant une approche multidisciplinaire et multisectorielle de l'action sanitaire (loi N°02-049 / du 22 juillet 2002 portant Loi d'orientation sur la santé).  
Pour atteindre ces objectifs, les stratégies suivantes ont été énoncées :
- ✓ Faire évoluer la notion de pyramide sanitaire d'une conception hiérarchique et administrative vers une conception plus fonctionnelle qui différencie les niveaux, opérationnel, d'appui et d'orientation ;
- ✓ Assurer en performance la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels ;
- ✓ Renforcer la participation communautaire à la gestion du système, les individus les ménages et les communautés assurant leur propre santé
- ✓ Mobiliser les ressources nécessaires au financement du système de santé, y compris les ressources liées au recouvrement des couts dans les formations sanitaires et rationaliser l'utilisation des ressources à tous les niveaux.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de décentralisation, le gouvernement a transféré certaines compétences et ressources aux collectivités territoriales aux niveaux communes et préfectures suivant le décret 02-314/P-RM du 04 Juin 2002 [4]

La politique nationale de santé s'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 du genre (2010)

### 1.5.2 L'organisation du système de santé

Au Mali l'organisation du système de santé est pyramidale. De la base au sommet nous avons :



**Figure 4:** Pyramide sanitaire

- le **niveau opérationnel** avec ses 2 échelons :

- Le premier échelon composé de 826 CSCom en 2007 offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) de même que les structures de santé parapubliques (INPS), confessionnelles, services de santé des armées, dispensaires et autres établissements de santé privés. Les données de certaines ONG sont agrégées avec celles des CSCom. Le PMA comprend : les soins curatifs, préventifs (santé de la reproduction, survie de l'enfant, vaccination) et promotionnels, la lutte contre les IST, le VIH et le Sida, etc.

- le **niveau intermédiaire** constitué de 8 EPH (Kayes, Kati, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou et le Luxembourg mère enfant) assure la 2ème référence ;

- Le deuxième échelon ou première référence est constitué de 59 centres de santé de référence/ districts sanitaires.

- le **niveau central** avec ses 4 Etablissements Publics Hospitaliers (Gabriel TOURE, Point G, IOTA et CHUOS) constitue la 3ème référence.

Il faut noter aussi la présence du secteur privé qui fait partie aussi du système.

### **1.5.3. L'organisation générale du Centre Sante de Référence au Mali**

Les Centres de Santé de Référence sont des structures de santé des chefs lieu de district sanitaire assurant les fonctions de première référence technique (au niveau de l'hôpital de district) et de santé publique (coordination locale déconcentrée telle que définies dans la politique sectorielle de santé. Il comprend au minimum des unités suivantes :

- ✓ Un service de chirurgie (avec pavillon hospitalisation)
- ✓ Un service de médecine (avec pavillon hospitalisation)
- ✓ Une maternité (avec pavillon d'hospitalisation)
- ✓ Un laboratoire
- ✓ Un dépôt de médicament (DRC, DV)
- ✓ Un service d'hygiène et de salubrité
- ✓ Des services spécialisés :
  - d'Ophtalmologie
  - d'ORL,
  - de Cabinet dentaire,
  - de Radiologie/imagerie médicale.

Toutes ces unités sont sous l'autorité du médecin chef de District.

### **1.5.4 Mission du Centre de Sante de Référence au Mali**

Le centre de santé de référence a pour Missions essentielles :

- ✓ la prise en charge des malades référés/évacués ;
- ✓ la formation continue du personnel ;
- ✓ la gestion des programmes de santé ;
- ✓ la gestion des épidémies et endémies ;
- ✓ l'appui conseil à la collectivité cercle ;
- ✓ la gestion de l'information sanitaire ;
- ✓ la planification et la mise en œuvre des activités de santé.

En tant que structure transférées aux collectivités locales du cercle, les Csréf sont administrés gérés par un conseil de gestion dont la composition, l'organisation et les missions sont définies par le décret n°115 PM-RM du 27 février 2001 portant création des organes d'orientation, de coordination et d'évaluation. Le PRODESS est l'organe de coordination et de suivi de la mise en œuvre. Il est au niveau du cercle ou dans les communes du district de Bamako.[3]

### **1.5.5 Cadre législatif et réglementaire**

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

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

Ainsi, le conseil communal et le conseil de cercle assument la responsabilité de la création et la gestion de centre de santé et l'Assemblée Régionale en ce qui concerne les hôpitaux Régionaux.

Par ailleurs, le décret 02-314 du 04 juin 2002 fixant le détail des compétences transférées de l'Etat aux collectivités territoriales des niveaux communes et cercle en matière de prise davantage les responsabilités de la commune et du cercle en matière de santé.[22]

## **1.6 Présentation du district sanitaire de Koutiala**

- ✓ Superficie: 12 270 Km<sup>2</sup>
- ✓ Population 2015: 710 216 Hts avec une densité de 58 hts au Km<sup>2</sup> (RGPH 2009 actualisée en 2015)
- ✓ Taux d'accroissement: 3,6%
- ✓ Nombre de communes = 36 dont 1 urbaine
- ✓ Nombre d'aire de santé (PDSC) = 45 dont 42 fonctionnelles
- ✓ Sites ASC = 97
- ✓ Maternités rurales = 73

### **Infrastructures sanitaires :**

- ✓ Le Centre de Santé de Référence
- ✓ 42 aires de santé fonctionnelles
- ✓ L'ONG française MSF appui 5 CSComs du district dans la prise en charge des maladies de l'enfance et une URENI au CSRéf.

Compte tenu de la gratuité de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans par MSF ,le district est devenu une référence des districts sanitaires de Bla ,San, Ségou (région de Ségou), Yorosso Sikasso, Kignan (région de Sikasso), Dioila (région de Koulikoro) et la République du Burkina Faso du à la proximité.[37]

### **1.6.1 Centre de sante de Référence de Koutiala**

#### **1.6.1.1 Historique**

Aucune documentation existante n'a été retrouvée dans nos archives à partir de laquelle nous pouvons nous baser pour retracer un film réel et précis sur les différentes mutations que le centre a connues à travers son évolution.

Nous nous sommes simplement basé sur les témoignages de quelques octogénaires dont la plupart présentent une fuite de mémoire.

Quelques regroupements enrichis du vécu et l'expérience sur le terrain nous ont permis néanmoins de recueillir une moisson assez acceptable pour donner un petit aperçu sur l'évolution graduelle du district sanitaire qui pourrait éventuellement servir de base pour les chercheurs qui sont appelés à s'impliquer positivement pour reconstituer l'histoire du centre de santé de Koutiala.

Nous vous présentons d'avance toutes nos excuses à propos de quelques lacunes ou zones d'ombres qui pourraient être en inadéquation avec le calendrier Grégorien.

A l'image de tous les cercles, le dispensaire de Koutiala si l'on pouvait l'appeler ainsi, a passé par plusieurs dénominations :

- ✓ Assistance médicale (A.M.)
- ✓ Centre de Santé (C.S)
- ✓ Centre de Référence (Cs ref), placé sous l'autorité d'un Médecin Chef.

Il disposait de neuf(9) postes médicaux dirigés chacun par un Infirmier du premier cycle chargé prodiguer des soins de santé de santé primaires.

Avec le découpage administratif intervenu, l'arrondissement de Bla a été annexé à la région de Ségou qui a vu le départ des postes médicaux de Falo, Diaramana et Touna.

Le grand tournant dans la prise en main des unités de santé date de 1972 où les premiers effets de l'alphabétisation avec l'implication des néo-analphabètes, produit des premières campagnes d'alphabétisation instruit par l'UNESCO.

Après l'évolution de la culture cotonnière et l'évolution des organisations, la santé en collaboration avec les structures d'encadrement agricole et de la coopération ont donné une autre dimension à l'évolution positive dans la prise en charge de l'activité santé dans la zone cotonnière du cercle. Koutiala un modèle d'application de ces innovations concrétisées par la réalisation des infrastructures de santé initiées par un ensemble de villages : Zone d'animation et d'expansion rurale (Z.E.R) sous l'égide de la CMDT (maternités, cases d'accouchement, caisse de pharmacie, formation des matrones alphabétisées).

Les crises malheureusement nées au sein des organisations de village sont venues perturber cette dynamique.

C'est bien à partir de là que les autorités sanitaires à l'époque avec l'assistance de la CMDT ont pris en main par la sensibilisation et la formation la maintenance des acquis.

Toutes les activités qui ont été répertoriées sont dans un support audiovisuel par la DENAFLA intitulé « Nankorola une vie nouvelle » (1976-1978), ces structures existent à présent à Kanico village.

Le second tournant dans la prise en main de nos unités de santé précède l'année 1972 qui a vu l'arrivée en 1971 d'une équipe médico chirurgicale chinoise en appui au centre avec tout un arsenal de matériel et qui a eu faire un travail remarquable à travers des interventions obstétricales jamais effectuées à Koutiala, et celle-ci, s'il vous plait à la lueur des torches électriques, des lampes pétromax voire des pétroles lampants : le jour, le soleil devenant une source de lumière naturelle. La climatisation et la ventilation étaient assurées par deux manœuvres habillés chacun tenant en main un ou deux éventails qui nous ventilait.

Ensuite à travers le jumelage des villes Koutiala-Alençon une timide relation au départ et qui était basée sur les valeurs de solidarité et d'amitié par l'échange des caravaniers et par l'envoi de quelques colis d'échantillonnages, de produit pharmaceutiques, tout rythmé par la visite de quelques Infirmiers et Infirmières dans le cadre d'un tourisme à proprement parler qui ne dit pas son nom.

L'impact positif de ce jumelage est venu bien après avec l'implication des partenaires Alençonnais à travers la réalisation des grands chantier : restauration de la maternité, clôture du Cscm de Médinacoura et l'envoi de médecins qualifiés et des Infirmières au cours de ces dernières années pour renforcer nos jeunes médecins pour la prise en charge et suivi dans la technique des interventions chirurgicales : telles que les Adénectomie qui nécessitaient les évacuations de nos malades dans les hôpitaux de Sikasso – Ségou – Bamako.

Au courant des deux dernières décennies, des changements importants sont intervenus au niveaux du district sanitaire de Koutiala à travers l'application de la stratégie nationale de développement de santé basée sur l'amélioration de l'état de santé de la population en particulier des femmes, des enfants et des personnes âgées.

Ainsi des nouvelles cartes sanitaires ont été étudiées et la mise en place par la création des centres de santé communautaires (Cscm). A la date d'aujourd'hui (36) trente-six sont fonctionnels.

Les ONG et les partenaires au développement interviennent dans les communes dans le cadre d'un processus d'auto promotion et d'auto responsabilisation des communautés, ceci en faveur des effets bénéfiques d'une décentralisation. la commune rurale de sincina en est une illustration évidente.

Nous gardons en mémoire les effets bénéfiques et l'impact profond qu'ont laissé dans le cadre d'un partenariat fécond certaines ONG telles que Ciwara-Care Mali (soins de santé), Worl-vision (soins de santé), Médecin sans Frontières (nutrition-activité pédiatrique), l'Asdap-Prado (programme des adolescents) qui est à sa seizième année de présence et qui fait un travail profondément remarquable avec l'assistance de son partenaire privilégié l'USAID m'oblige de reconnaître les efforts louages exprimés en termes de résultats concrets du programme des adolescents en matière en termes de reproduction Prado. En vulgarisant adroitement l'éducation sexuelle, elle a contribué à faire reculer les IST de manière responsable.

Le centre de référence du service socio sanitaire, véritable joyau sorti des cendres de l'ancien centre de référence, se dresse majestueusement en plein centre administratif de la ville et non loin de la résidence du préfet est créer en 1941 et couvre une superficie d'environ deux (2)

hectares il est limité au sud par le camp de garde Nationale, au sud-ouest par le rond-point central, au nord-ouest par la résidence du préfet, et le commissariat de police, à l'est par la mission Catholique, et fait figure aujourd'hui d'un mini hôpital grâce à la volonté inébranlable des plus hautes Autorités de l'Etat dont l'inauguration a été faite le 23 décembre 2009 par son excellence Mr le ministre Oumar Ibrahima Touré dans une atmosphère de faveur populaire.[26]

En 2016, il partage comme **VISION**:

**« FAIRE DU CENTRE SANTE DE REFERENCE DE KOUTIALA UN ETABLISSEMENT  
OU LES CLIENTS SONT SATISFAITS DE LA QUALITE DES SERVICES OFFERTS »**

Toutes les unités des soins y sont présentes :

- ✓ Le pavillon de chirurgie homme
- ✓ Le pavillon de chirurgie dame
- ✓ L'unité d'accueil des urgences et de Trie
- ✓ Le bloc opératoire et la réanimation
- ✓ L'unité ORL
- ✓ La dentisterie
- ✓ Le laboratoire de biologie
- ✓ Le pavillon de la maternité
- ✓ L'unité Nutrition-pédiatrie de l'ONG Médecin sans frontières de France
- ✓ La PMI et le centre de planning familial
- ✓ Le pavillon de Médecine
- ✓ La section enfant
- ✓ Le bureau du service d'hygiène
- ✓ Les unités de soins de pneumo-physiologie et de Léproserie
- ✓ Le dépôt de médicament
- ✓ Les pharmacies de vente des produits (jour et nuit)
- ✓ Les bureaux de consultations des médecins
- ✓ Antenne mentale
- ✓ L'unité d'Ophtalmologie
- ✓ La morgue
- ✓ Le bureau du médecin chef assurant la coordination (en fait l'administration).

## 1.6.2. L'organisation du système sanitaire du cercle :

Dans le cercle de Koutiala comme ailleurs, les soins sont organisés selon l'application de la politique sectorielle de santé. Ainsi nous avons 42 aires de santé dont 4 aires urbaine ces structures sont dirigés par les chefs de postes médicaux. Toutes ces structures sont coordonnées par un médecin chef du cercle qui est aussi le premier responsable du centre santé de référence de Koutiala.

### 1.6.2.1 Etat de sante de la population et accessibilité géographique aux services de sante, Structure de premier échelon, confessionnelle, privées et parapubliques.

L'exercice privé des professions médicales et paramédicales a permis l'amélioration en faveur des zones rurales et de résoudre le problème d'emploi crée par le système actuel de recrutement dans les écoles des sciences de la santé.

Deux grandes écoles de formation en sciences de la santé ont vu le jour à Koutiala et produisent depuis bientôt huit (8) années des techniciens de santé dans de diverses disciplines. Il s'agit de l'école de santé ESPOIR (E.S.K) de Koutiala dont le promoteur est le Dr Siriman Sissogo et non moins le Directeur de la Clinique Maison Médical à Kôkô et le complexe médico-scolaire ETS-TALL du Dr Sékou Coulibaly et non moins le Directeur de la clinique Lafia sise à Lafiala.

A toutes ces réalisations viennent s'ajouter le cabinet Médical Kénèyasso du Doyen Dr Amadou Mountaga Tall à Kouloukoro, le cabinet médical Sogomougou, le cabinet médical Zié SANOGO, le cabinet médical Espoir, le cabinet de soins BATHILY, le cabinet de soins N'Togonasso, le cabinet médical Espoir, le Centre Médical Inter Entreprise, le CMI/INPS, le dispensaire de la mission catholique, le dispensaire Karembé, le dispensaire des Anciens combattants, de l'Hôpital Mère Enfant sur le site Sanga et les quatre deux (42) aires de santé confessionnelles.

La médecine traditionnelle qui est une sécrétion de notre milieu socio culturelle est le seul recours de toute une catégorie de la population, mais son intégration sinon sa collaboration semble timide sinon inexistante avec les structures médicales étatiques et privées de la place.

#### **TABLEAU I: situation des structures privées et confessionnelles**

STRUCTURES	NOMBRE
Cliniques médicaux	2
Cabinets médicaux	4
Centre de santé confessionnelle	5
CMIE (INPS)	1

**Sources :** rapport d'activités 2016

**TABLEAU II: accessibilité géographique aux services de santé**

INDICATEURS	NOMBRE	PROPORTION
Population couverte 0 -5 Km	453 338	64%
Population couverte 5 - 15 Km	236 938	33%
Population couverte rayon de 15 – 30 Km	19 941	3%

**Sources : rapport d'activités 2016**

**TABLEAU III: personnel par habitant au 31 décembre 2016**

INDICATEURS	SITUATION	OBSERVATIONS
Ratio Médecin/habitants	1/16 043	inférieur à la norme <b>1/10 000</b>
Ratio Infirmier, Assistant médicaux/habitants	1/4 232	Norme <b>1/5 000</b>

**Source : Rapport d'activités 2016**

**Tableau IV: situation des Officines et dépôts de vente**

N°	NOM DE LA PHARMACIE	DEPOT DE VENTE
01	KENEYA	PHARMACIE POPULAIRE DU MALI
02	FURADUMA	DEPOT DE VENTE LASSINA SOUMAORO
03	KOULE PHARM	
04	COMBA DIALLO	
05	OUSSOUGA	
06	VISION 2000	
07	22 SEPTEMBRE	
08	SOULEYMANE DIABATE	
09	BINTA BA	
10	ROKIA TOUNKARA	
11	COMPLEXE SANTE JILE GNOGO	
12	MARIAME RAPHAN SIDIBE	
13	KENEYA MALI	
14	PHARMA – VIE	
15	DALA SADJO	
16	ESPOIR	
17	AMADOU TAMANKALE	

**Source : ordre des pharmaciens**

Nous avons notés avec satisfaction la présence de plusieurs officines pharmaceutiques quinze (15) au total et deux (2) dépôt privé de vente de médicament et un (1) officine publique (PPM) qui contribuent à la distribution des produits pharmaceutiques pour le plus grand bonheur de la population.

**Tableau V: partenaires du District Sanitaire en 2016**

N°	PARTENAIRES	DOMAINES D'INTERVENTION	ZONES D'INTERVENTION
1	WORLD VISION	VIH, nutrition, promotion de la santé	(6) six aires
2	MEDECINS SANS FRONTIERES	Nutrition, hygiène, paludisme; IRA	(5) aires de santé
3	ASDAP	PF, VIH, Promotion de la santé, paludisme, Hygiène et Nutrition	Tout le district
4	MSI	Planification familiale	(24) aires de santé.
5	PSI	Planification familiale	(17) aires.
6	ADAP	PF, VIH, paludisme	Les (4) aires de la ville
7	GARDEM	PF, VIH, paludisme	Les (4) aires de la ville
8	AMEDD	Nutrition	Toutes les aires
9	CERKES	VIH	Ville de Koutiala
10	GARDEM	PF, VIH, Promotion de la santé, paludisme	Ville de Koutiala
11	ADAP	PF, VIH, Promotion de la santé, paludisme	Ville de Koutiala
12	PSI	PF, VIH	Tout le district
13	CERKES	VIH	Ville de Koutiala
14	AKAS	VIH	Ville de Koutiala
15	DANAYASSO	VIH	Ville de Koutiala
16	DANAYATON	VIH	Ville de Koutiala
17	APDF	VIH	Ville de Koutiala
18	SAVE THE CHILDREN	SEC	(38) aires de santé
19	HKI	Nutrition	Tout le district

**Source : Rapport d'activités 2016**

## 1.6.3 Les ressources humaines, matérielles et financières

### 1.6.3.1 Les ressources humaines

**TABLEAU VI : ressources humaine du district sanitaire au 31 décembre 2016**

PROFILS	CSCOM	CSREF
Médecins Généralistes	8	5
Médecin Ophtalmo	-	1
Médecin Pédiatre	-	1
Médecin Gynécologue	-	1
Médecin urologue	-	1
Médecin santé publique	-	01
Technicien supérieur de santé (SP)	09	07
Technicien supérieur de santé (sage-femme)	09	11
Assistants médicaux	-	12
Techniciens supérieurs de santé (Labo)	-	3
Technicien supérieur hygiène	-	01
Gérants	42	04
Matrones	79	0
Aides-soignants	50	04
Chauffeurs	05	05
Secrétaires	-	03
Gardiens manœuvres	24	11

**Source : Rapport d'activités 2016**

### 1.6.3.2 Ressources matérielles du Csref

**TABLEAU VII : infrastructures – logistiques**

DESIGNATION	BON	PASSABLE	MAUVAIS	TOTAL
Bâtiment	7	3	7	17
Source énergie	1	0	0	1
Réfrigérateur	2	3	3	08
RAC	0	0	1	1
Motos	0	4	3	07
Véhicule	3	1	5	09
Incinérateur	2	0	1	03
Ordinateur	6	5	6	17

**Source : Rapport d'activités 2016**

### 1.6.3.3 Les ressources financières

**TABLEAU VIII : financement des acteurs en 2016 :**

Acteurs	Budg et prévu	Monta nt reçu	Dépens es Réalisé es	Dépens es justifié s	Reliqu at	Taux de mobilisati on	Taux d'exécuti on	Taux de justificati on	Fonctionnem ent	Investissem ent
	(1)	(2)	(3)	(4)	(2-3)	(2/1)X100	(3/2)X100	(4/2)X100		
Etat	145 224	8 862	5 965	5 965	2 897	6,10	67	67,31	5 965	0
ABS	102 700	0	0	0	0	0,00			0	0
Recouvrements	43 000	102 773	102 773	102 773	0	239,01	100	100,00	102 773	0
Communautés	25 106	1 000	1 000	1 000	0	3,98	100	100,00	1 000	0
Collectivités	256 000	1 568	1 568	1 568	0	0,61	100	100,00	1 568	0
Partenaires	279 500	242 976	240 244	240 244	2 732	86,93	99	98,88	240 244	0
<b>TOTAL</b>	<b>851 530</b>	<b>357 179</b>	<b>351 550</b>	<b>351 550</b>	<b>5 629</b>	<b>41,95</b>	<b>98,42</b>	<b>98,42</b>	<b>351 550</b>	<b>0</b>

**Source : rapport d'activités 2016**

## **1.6.4 Fonctionnement du service**

### **1.6.4.1 L'organisation du service**

L'organisation du travail diffère selon l'unité en fonction de la variabilité des activités

Les horaires sont fixes comme suit :

Du lundi au jeudi : de 7 h 30 à 16 h 30mn avec une pause d'une heure entre 13h à 14h

Le vendredi : de 7 h 30 à 17 heures avec une pause d'1h30mn entre 12h30mn à 14h

La garde du lundi au vendredi débute à 16h et prend fin le lendemain à 7h30mn

Les gardes du weekend et jours fériés sont fixées de 8h au lendemain à 8h

La garde est tenue au niveau à l'Unité d'accueil des Urgences et de Tri et à la maternité, l'équipe de garde est tenu à l'exécution correcte des consignes données par les majors de chaque unité de soins (pavillon d'hospitalisation) sauf au niveau de la maternité qui prend leur propre garde.

### **1.6.4.2 L'accès au Centre de Sante de Référence**

Cependant, il existe 3 façons d'entrée au centre santé de référence de Koutiala :

- ✓ L'urgence,
- ✓ La référence,
- ✓ La demande personnalisée

En dehors des situations d'urgences, toute personne qui sollicite être admise au centre santé de référence de Koutiala doit présenter un document de référence établi par un établissement de soins agréé et s'acquitter du tarif exigé en fonction de l'offres de soins dont la liste et le montant correspondant sont au niveau du bureau des entrées, et ensuite le malade est orienté chez un médecin généraliste ou spécialiste, ou encore il peut directement être dirigé à l'Unité d'Accueil des Urgences et de Tri où le malade sera prise en charge ou orienté vers une des box de consultation selon la tendance du médecin ou vers un médecin spécialiste.

### **1.6.4.3 L'accès aux soins**

#### **1.6.4.3.1 La consultation externe**

Elle comprend (4) quatre box de consultations avec trois (3) médecins généralistes, un (1) box de consultation avec un médecin pédiatre, un (1) box de consultation avec un médecin urologue, un (1) Assistant Médical ORL, trois (3) unités de consultation spécialisée avec un (1) médecin gynécologue, ophtalmologue et psychiatre , pour la consultation de 07h30 à 16h.

### **1.6.4.3.2 L'unité d'Accueil des Urgences et de Tri**

#### **Fonctionnement**

Le service comporte habituellement une partie administrative pour la prise en charge financière par l'assurance maladie (AMO), une partie consultation pour l'examen, les soins urgents et l'orientation, pour les interventions au sein de l'établissement ou en dehors de l'établissement (ambulances d'interventions).

#### **Mission**

La mission de l'Unité d'Accueil des Urgences et de Tri est d'accueillir vingt-quatre heures sur vingt-quatre 24/24h, sept jours sur sept (7J/7) prendre en charge le plus rapidement les patients ou de les orientés vers d'autres services ou unités spécialisées du centre en fonction de leur diagnostic médical retenu dans les meilleurs conditions pour qu'ils reçoivent des soins de qualité.

#### **1.6.4.3.2.1 Localisation**

Situé au centre dans le centre de santé de référence et présente une grande accessibilité pour les usagers. Il a une double vocation les soins et la formation.

Le bâtiment comporte :

- Un (01) bureau de consultation,
- Une (01) salle d'injection/pansement,
- Une (01) salle de garde pour le personnel,
- Une (01) salle pour les hygiénistes.

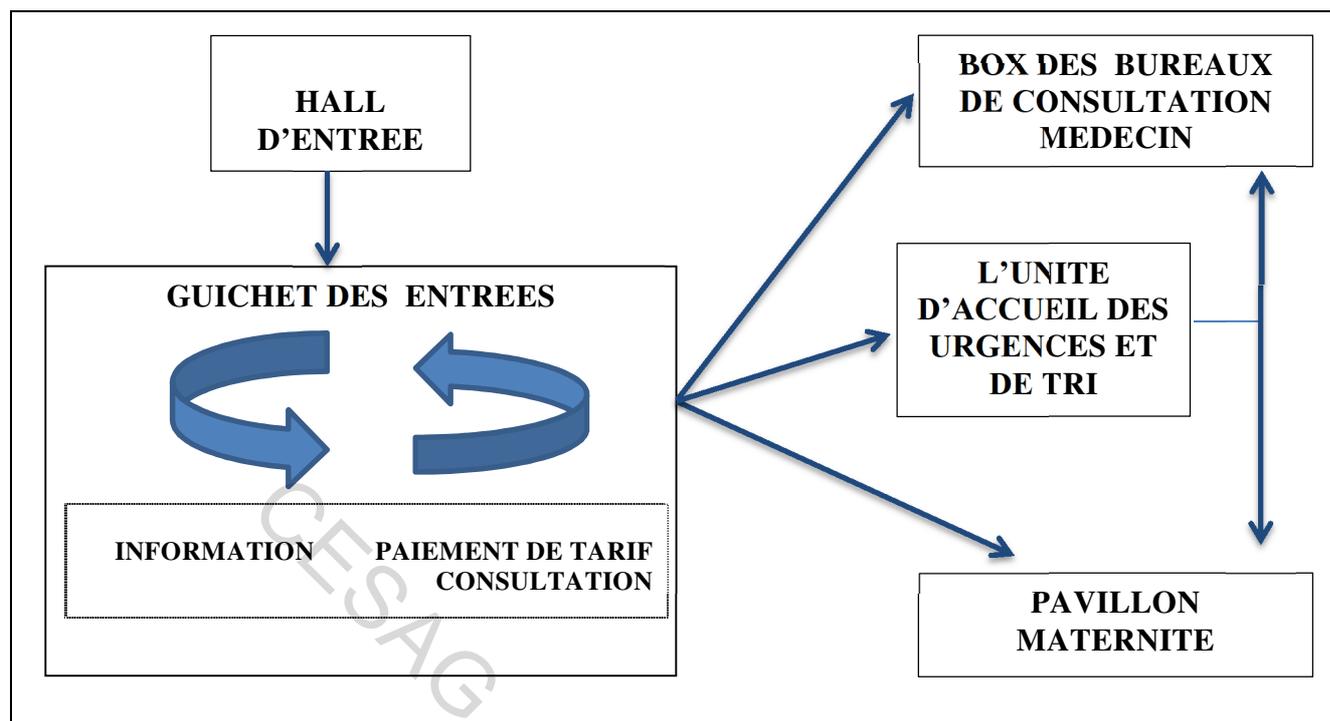
#### **1.6.4.3.2.1.2 Ressources humaines**

Le personnel compte entre autre :

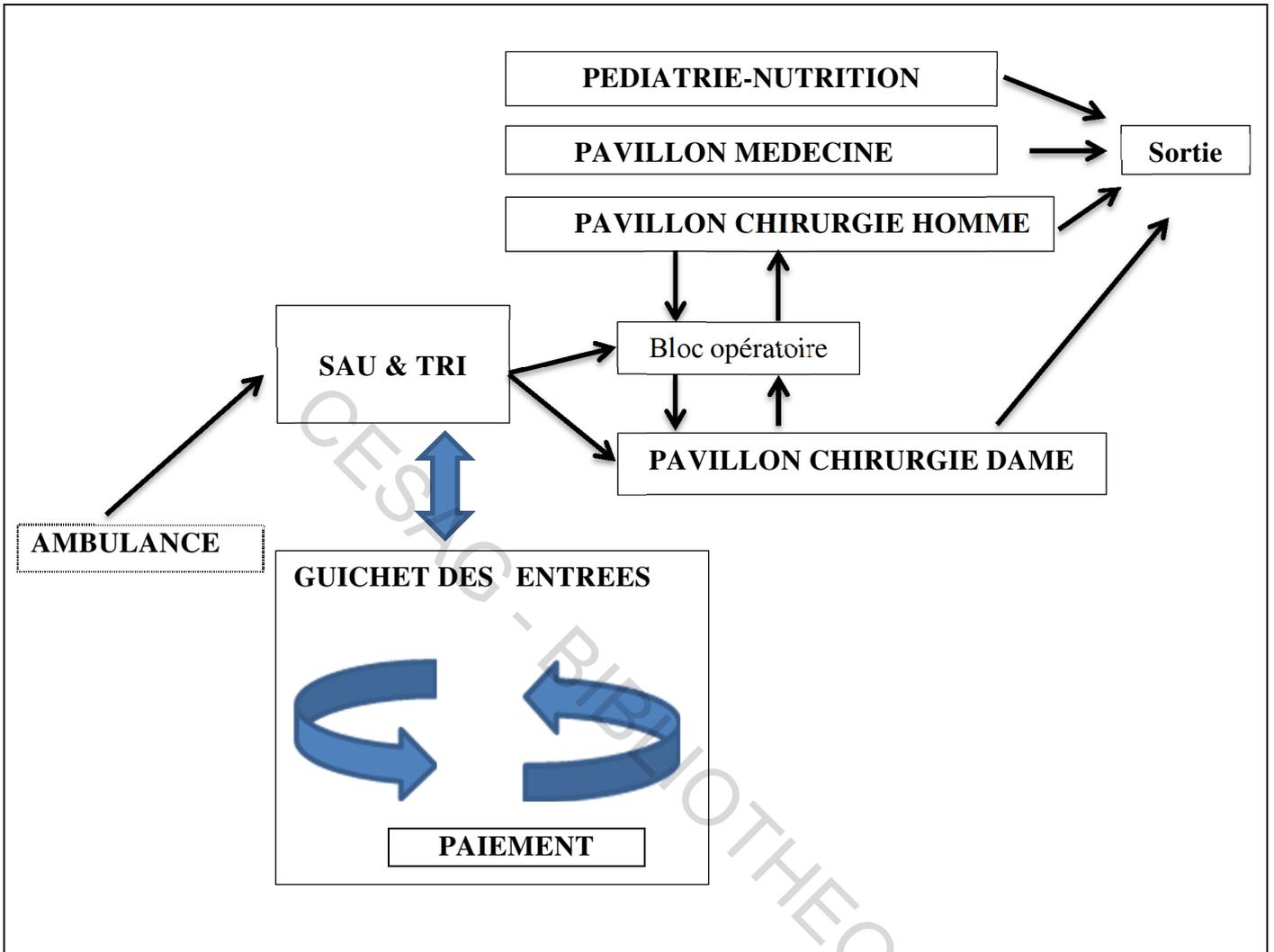
- Trente (30) infirmiers qui assurent la garde à tour de rôle selon un calendrier établi chaque mois par le Major.
- Deux (02) hygiénistes qui assurent le nettoyage et le transport des patients au sein de l'unité vers les autres pavillons.
- Un (01) Major, il s'occupe de l'administration, la coordination des activités, le transfère et tri des malades vers les médecins ou unités spécialisés.

### **1.6.5 Circuit des patients**

Le patient qui vient au service d'Accueil des Urgences et de tri est reçu par un infirmier d'état pour consultation médicale, selon sa décision le patient rentre chez lui, ou être mis en observation ou encore être hospitalisé après avoir passé au niveau de la caisse payé un ticket de consultation.



**Figure 5:** Circuit des consultations externes.



**Figure 6 :** Circuit des urgences

## 1.7 Synthèse de l'analyse situationnelle (description de l'existant)

### Points forts

- ✓ L'existence d'une politique sanitaire fondée sur la loi de la constitution
- ✓ Effort d'investissement soutenu de la part de l'autorité nationale
- ✓ Une bonne organisation du système de santé à trois (3) niveaux
- ✓ Existence d'un système local d'information sanitaire
- ✓ Soutient de l'état et des partenaires
- ✓ Existence d'une carte sanitaire à jour
- ✓ Diversité des services offerts
- ✓ Existence de partenaires qui œuvrent dans la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale (World Vision, MSF, ASDAP, PSI Mali, Marie Stopes International, Save the Children...)
- ✓ Existence de Médecins spécialistes
- ✓ La disponibilité d'un nouveau plan de développement socio sanitaire 2014- 2018
- ✓ Mise en œuvre de l'assurance maladie le RAMED et AMO
- ✓ Existence du projet *Jiri sèmè Jiri* qui œuvre dans la lutte contre la pauvreté
- ✓ Existence d'un plan d'action pour la vision : démarche qualité

### Points à améliorer

- ✓ Absence de garde des médecins
- ✓ Taux de mortalité et de morbidité élevé
- ✓ Insuffisance du nombre de médecin spécialiste
- ✓ Population pauvre
- ✓ Prévalence élevée des affections parasitaires et infectieuses notamment : le paludisme, les parasitoses, les infections respiratoires aiguës, la malnutrition, les maladies cardio-vasculaires, les MST.

#### Concernant la gestion administrative :

- ✓ Absence de description des tâches du personnel
- ✓ Absence d'outils de supervision interne des unités
- ✓ Absence de protocoles thérapeutiques
- ✓ Mauvais archivage des dossiers médicaux
- ✓ Dossiers infirmiers inexistant

#### Concernant la gestion financière :

- ✓ Non tenue de la comptabilité analytique ;
- ✓ Capacité d'autofinancement faible ;

- ✓ L'insuffisance des ressources financières.

### **Concernant l'Accueil**

- ✓ Mauvaise organisation de l'accueil des malades et accompagnateurs à l'intérieur des services : personnel mal formé et souvent mal intentionné ;
- ✓ Non-respect par les usagers les heures de visite ;
- ✓ L'utilisation du personnel non qualifié (aides-soignants, bénévoles) ;
- ✓ Non-respect des règles de l'hygiène et de l'asepsie ;
- ✓ Manque d'hygiène
- ✓ La mauvaise gestion des lits d'hospitalisation ;
- ✓ Manque de kit d'urgences
- ✓ L'insuffisance de toilettes réservées au personnel
- ✓ La vétusté du bâtiment de l'unité d'accueil des urgences et de Tri

### **Concernant la gestion des ressources humaines**

- ✓ Absence de plan de carrière du personnel ;
- ✓ Absence de politique de motivation ;
- ✓ Déficit en personnel qualifié paramédical, en administration, en logistique (maintenance, restauration, linge,...) ;
- ✓ Monotonie des tâches pouvant entraîner une inefficacité du personnel ;
- ✓ Non-respect des heures de travail, retard et l'absentéisme etc. ;
- ✓ La mauvaise relation soignant soignés ;
- ✓ La mauvaise répartition des tâches ;
- ✓ La mauvaise exécution des tâches ;
- ✓ Inadéquation entre les postes de travail et certains agents ;
- ✓ Effectif pléthorique d'agents par rapport aux activités et aux besoins du centre

### **Concernant la communication :**

- ✓ Manque de communication interne et externe ;
- ✓ L'insuffisance d'implication des chefs d'unité dans la collecte des données statistique ;
- ✓ Absence de panneaux d'orientation à l'intérieur de la structure.

### **Concernant le système d'information sanitaire :**

Les données ne sont pas fiables puisque les supports sont mal remplis, d'où une sous-évaluation des activités, des données non exploitables ; certains médecin sont peu intéressés par les statistiques et cette activité est laissée aux majors (infirmiers).

## **2 Identification et analyse des problèmes de la structure**

### **2.1 Identification des problèmes**

Il existe plusieurs méthodes et approches, nous avons adopté la technique du groupe nominal qui consiste à constituer un ou plusieurs groupes de personnes pour une analyse collective et un vote pondérée.

Elle se déroule en six(6) principales phases dont les trois(3) premières concernent l'identification et les trois(3) dernières la priorisation des problèmes.

En effectuant divers entretiens individuels avec 12 personnes (deux médecins, deux pharmaciens, deux infirmiers, deux sages-femmes, deux techniciens de surface, un aide-soignant, une secrétaire) et en éclaircissant les problèmes émis des problèmes ont été identifiés :

- ✓ Absence de la comptabilité analytique
- ✓ Mauvais accueil
- ✓ Mauvaise organisation du service
- ✓ Mauvais tri des patients
- ✓ Insuffisance du système d'information sanitaire
- ✓ Les infrastructures de l'unité d'accueil des urgences et de Tri est vétuste
- ✓ Absence du personnel qualifié pendant les gardes
- ✓ Absence de fiche descriptive des postes et des tâches
- ✓ Problème de prime / motivation
- ✓ Inexistante de la restauration au centre

#### **2.1.1 Priorisation des problèmes**

Avec les trois dernières phases de la technique du groupe nominal, nous avons priorisé les problèmes identifiés.

**Phase 4** : vote sur l'importance des problèmes

Chacun des membres du groupe a voté librement pour chacun des problèmes identifiés

**Phase 5** : discussion sur les résultats du vote

Nous avons tenu une discussion sur les résultats du vote et avant de passer au vote final pour isoler le problème prioritaire.

**Phase 6** : vote final en plénière

Il nous a permis de retenir le problème prioritaire suivant « **le mauvais accueil** »

Ce problème prioritaire est dégagé en fonction d'une hiérarchisation faite par le personnel.

Nous avons fondé le vote final sur (4) quatre critères par la méthode de consensus dénommée méthode de HANLON.

Les critères sont utilisés pour la hiérarchisation à savoir :

**A. Ampleur du problème** : c'est l'étendue du problème avec son importance dans la structure ou au sein de la population. Elle prend en compte les différents domaines touchés par le problème et son impact sur les performances du Centre de Santé de Référence de Koutiala

**B. Importance** qui est en rapport avec les différentes conséquences de son non résolution

**C. Efficacité de la solution (solvabilité du problème)** : C'est la possibilité d'apporter une solution au problème avec les moyens dont dispose le Centre de Santé

**D. Faisabilité (intervention)**

Ensuite, chaque critère est coté à travers une échelle à (3) trois niveaux pondérée associée avec des variables d'appréciation avec une note de 1 à 3.

Cote 1 : Faible

Cote 2 : Moyen

Cote 3 : Très élevé

Les différents critères nous a permis de dresser un tableau

**Tableau IX:** Hiérarchisation des problèmes

PROBLEME	CRITERES					
	Ampleur	Importance	Efficacité	Faisabilité	Score	Rang
1. Absence de la comptabilité analytique	1	1	1	1	4	9 <sup>e</sup>
2. insuffisance du système d'information sanitaire	2	1	2	2	7	6 <sup>e</sup>
3. Les infrastructures de l'Unité d'accueil des urgences et tri est vétuste	2	2	2	2	8	5 <sup>e</sup>
4. Absence de la restauration	1	1	1	1	4	10 <sup>e</sup>
<b>5. Mauvais accueil</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>1<sup>er</sup></b>
6. Mauvaise Organisation du service	3	3	2	2	10	3 <sup>e</sup>
7. Mauvais Triage des patients	2	1	1	1	5	8 <sup>e</sup>
8. Absence du personnel qualifié pendant les services de garde (médecin)	3	2	2	2	9	4 <sup>e</sup>
9. Absence de fiche descriptive des postes et des taches	1	2	1	2	6	7 <sup>e</sup>
10 .Problème de prime (motivation)	3	3	3	2	11	2 <sup>e</sup>

**Source :** nous même

En se référant aux résultats contenus dans le tableau ci-dessus, cette hiérarchisation met en évidence le mauvais l'accueil des patients est le problème prioritaire retenu avec un score de **12** points.

## **CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE**

### **2.1 Analyse du problème**

#### **2.1.1 Enoncé du problème**

L'accès aux soins de qualité est l'un des défis majeurs de tout système de santé, et le besoin devient plus patent et pressant en situation d'urgence lorsque le pronostic vital est en jeu. [7]. Généralement dans certains pays d'Afrique, le Mali en particulier n'a toujours pas un système sanitaire digne de ce nom. Les soins de santé aux malades restent un fait complexe, les plus fortunés ou les plus privilégiés préfèrent aller se soigner soit au Maroc, en Tunisie ou en Europe. Pour le citoyen lambda en situation de détresse vitale n'a pas le choix : se laisser à la fatalité mourir chez soi ou aller vers une structure sanitaire où le bon accueil reste incertain.

Compte tenu de ce constat, la structure sanitaire dont dispose le patient est pour la circonstance celle du Centre de Santé de Référence de Koutiala. Cependant, la qualité de l'Accueil des Urgences et de Tri du Centre de Santé de Référence de Koutiala nous invite à plus de réflexion.

Nous donnons une définition de l'accueil en tant que l'ensemble des activités mises en œuvre au sein d'une structure de santé pour obtenir la mise en confort de ses malades et de leurs accompagnateurs et visiteurs. Elle repose sur une organisation et des attitudes individuelles. L'accueil ainsi défini est déterminé principalement par la qualité humaine, l'environnement organisationnel et les normes [23].

L'organisation de l'accueil est définie comme une entité à trois (3) composantes aux dimensions internes que sont : la structure, la culture et les individus. [11].

Notre stage nous a permis, grâce à l'observation, témoignage recueillis auprès des usagers et l'expérience du vécu, le constat de certains problèmes aux niveaux des prestataires et de la chaîne de distribution des soins par rapport à la qualité des soins.

S'il est vrai que l'hôpital est un lieu de soulagement pour le malade en raison de la présence effective du personnel soignant, il n'en demeure pas moins vrai de faire le constat amer de certaines pratiques dégradantes qui sont condamnables et nous invite à plus de vigilance.

En effet, les usagers se plaignent des conditions d'accueil qui frisent, un manque de respect envers sa personne avant même sa prise en charge. Souvent les conduites diagnostiques thérapeutiques sont laissées à l'initiative du personnel soignant non qualifié en l'absence de normes ou de protocoles dû à la valeur accordée des soins.

Dans un environnement social et culturel marqué par l'analphabétisme et l'illettrisme, ou l'identification des prestataires restent encore flou, il n'est pas rare de rencontrer des

stagiaires, voire même certaines personnes en blouse tels que des techniciens de surface entraînent d'administrer des soins aux patients acte qui nous semble quasiment inacceptable.

C'est dans cette catégorie du personnel si l'on ne prend garde que l'on assiste à l'émergence d'une certaine classe d'affairistes dégradant ainsi tout le corps du personnel médical.

Si l'institution de la couverture maladie obligatoire (AMO) a suscité beaucoup d'enthousiasme, d'engouement et d'espoir auprès de ses abonnés, nous constatons hélas l'absence des plaques de signalisation pour l'accessibilité rapide au guichet ou le patient doit obtenir le "sésame" pour se rendre dans les pharmacies pour l'achat des produits. Il s'agit là d'un véritable parcours de combattant : manque de communication, longue file d'attente lenteur dans les formalités administratives, d'où irritation et mécontentement des usagers aboutissant parfois même à des agressions verbales pour le meilleurs des cas.

En dehors de l'absence de panneaux de signalisation concernant le guichet "AMO" évoqué plus haut, doivent s'ajouter ceux de l'Unité d'Accueil des Urgences et de Tri, des bâtiments d'hospitalisations chirurgie hommes et femmes, Laboratoire, Dentisterie, ORL, maternité, ophtalmologie. Notre attention fut attirée surtout sur la vétusté des bâtiments abritant l'Unité d'Accueil des Urgences et de TRI des patients et d'hospitalisation qui sont vieillissant, mal entretenus et dégageant des odeurs nauséabondes.

Il est également à noter l'inexistence de parking, de salle d'attente, de hangar de protection contre le soleil et des eaux de pluie pour les accompagnateurs.

La salle de consultation est très exiguë et son équipement très insuffisant. L'absence d'un cadre de travail agréable pourrait être à l'origine de la démotivation du personnel soignant et, par la suite affecter éventuellement le moral des patients.

Aujourd'hui, face à la concurrence et à l'exigence de résultat dans la prestation de soins, ils s'avèrent urgent pour le Centre de Santé de Référence de savoir mieux accueillir selon **Dr TALL Madani. [14]**

La résolution de ces problèmes étant d'une importance capitale, il est nécessaire d'aborder le problème en faisant le diagnostic de l'existant afin de mettre en œuvre des solutions susceptibles d'améliorer la qualité de l'accueil. La prise en compte de ces problèmes par le Médecin chef d'engager des actions visant à humaniser l'accueil des patients, accompagnateurs permettra améliorer leur prise en charge adéquate dans l'Unité d'Accueil des Urgences et de Tri et constitue une circonstance favorable à sa résolution.

### **2.1.2 Problème spécifique**

Une analyse judicieuse du problème impose que nous adoptions une procédure rigoureuse : la méthode de résolution des problèmes qui situe la problématique.

## « Qu'est ce qui engendre la mauvaise qualité de l'accueil à l'Unité d'Accueil des Urgences et de Tri ? »

Pour répondre à cette question nous avons effectué des d'entretiens, observations, et des questionnaires adressés auprès des usagers et prestataires avant de passer à la collecte et à l'analyse des données.

### 2.1.3 Ampleur du problème

#### Dans le monde

Ainsi à travers le monde, en **France**, la progression forte fréquentation des services d'accueil des urgences est passée de 14 millions en 2001 à 18,4 millions de passages en 2012 avec une progression de 30 % [24].

**En Belgique**, de 1996 à 2000 une étude menée par le collège des médecins spécialistes en soins d'urgence montre une augmentation de 36% sur la période avec 2 millions de passages [31]. **Aux Etats Unis** une augmentation de 23% entre 1992 à 2002 [30].

**Afrique**, d'autres chercheurs et organisations se sont intéressés à ce thème :

**En Guinée Conakry**, **Salématou DIALLO** [40] dans son article **ENQUETE SANTE** mentionne le mauvais accueil dans les hôpitaux guinéen mais attire une attention particulière sur le cas de l'hôpital **DONKA et IGNACE DEEN**.

**Au Burkina Faso**, plus spécifiquement le rapport 2003 du **Programme national d'assurance qualité en santé** [44] constate le mauvais accueil, la mauvaise organisation des soins, entraînant entre autres, une mauvaise perception des populations vis à vis de ces services.

**Au Cameroun**, **Dr Habiba Garga** [25] Chercheure, Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé(**CDBPS**) à Hôpital Central de Yaoundé, dans son rapport d'étude **NOTE D'INFORMATION STRATEGIQUE** en février 2013 se penche sur le thème **Améliorer l'Accueil et la Prise en Charge dans les Services d'Accueil des Urgences (SAU) des Hôpitaux Nationaux et Régionaux au Cameroun**.

**Au Mali**, **Bréhima S KEITA** [7] en 2015 a fait une étude « Contribution à l'amélioration de l'accueil des patients et accompagnateurs dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel TOURE au Mali »

**Dr Dramane SANOGO** [8] en fait en 2014 une étude « contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil dans le service des urgences médicales du Centre de Santé de Référence de Sikasso au Mali »

## **2.1.4 Conséquences du problème**

La résultante du problème peut avoir un impact négatif sur le patient et sur la structure de soin. Le mauvais accueil entrave l'accès aux soins d'urgence adéquat entraînant un allongement du temps d'attente, délai de prise en charge, et les durées d'hospitalisations qui à leur tour accroissent les coûts financiers. Le manque d'hygiène des locaux hospitalisations entraînant d'autres infections microbiques. Tout ceci peut avoir comme conséquence une répercussion négative sur la mortalité au sein des populations ; une rupture de confiance entre les patients et les agents de santé qui pouvant être à l'origine d'une réduction de l'espace favorable à des échanges socio culturels de la centre et délitement des valeurs culturelles.

### **Quelques enquêtes et revue de littérature:**

**Aux États-Unis**, en 2001 le temps d'attente moyen pour être vu par un médecin était de 49 minutes. Un sondage effectué à New York en février 2007 montre que la plupart des accueils d'urgence sont souvent très pris et les décès sont causés par une trop longue attente [41].

**Au Royaume-Uni 96%** en moins attendent au moins 4 heures pour être vu par un médecin [41].

**Au Canada, 48%** attendent 2 heures pour être vu par un médecin [43].

**En Afrique, au Cameroun, Dr Habiba Garga [25]**, dans son étude en 2011, montre que les récriminations portent sur : la lenteur dans les soins ou la négligence (36%), le comportement désagréable et insolent (28%), l'indisponibilité (10%), le coût élevé des soins et la conditionnalité du paiement préalable à la prise en charge (12%), l'insalubrité des locaux (8%) et, le manque d'information (7%). **Au Sénégal Emile NIBIZERE [17]**, dans son mémoire de fin de cycle en 2013, une étude menée au service d'accueil des urgences du CHNU FANN fait son analyse sur la « **réduction du temps d'attente des patients** » ; **Amadou KANOUTE [39]** Directeur exécutif de l'Institut panafricain pour la citoyenneté, les consommateurs et le développement (**Cicodev-Afrique**) une enquête menée en Décembre 2015, atteste la « **mauvaise qualité de l'accueil en milieu hospitalier** » constate d'insalubrité dans les structures de santé et que dans 29 % des structures, les enquêteurs affirment avoir été accueillis par les mauvaises odeurs et que 32,5% des patients/accompagnants enquêtés avouent leur crainte par rapport aux conséquences.

## **2.1.5 Contexte justificatif et intérêt de l'étude**

Les structures de santé disposant de services d'accueil de faible qualité entrave l'accès aux soins par les populations. L'accueil est important dans la mesure où il constitue « **le premier maillon de la chaîne de soins** » [39]. Réservé un bon accueil aux patients reste difficile dans nos centres de santé sans que des actions vigoureuses ne soient entreprises.

En outre l'absence d'étude sur un sujet aussi sensible au sein de la structure. Nous restons persuadés au terme de l'étude, résoudre le problème, et d'apporter des solutions susceptibles, dont l'impact produira des effets positifs en terme d'amélioration de la qualité des soins.

Sur le plan professionnel, ce travail constituera une référence documentaire pour les autres chercheurs.

### **2.1.6 But de l'étude**

Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil à l'Unité d'Accueil des d'Urgences et de Tri au Centre de Santé de référence de Koutiala

## **2.2 Objectifs de l'étude**

### **2.2.1 Objectif Général**

Améliorer la qualité de l'accueil à l'Unité d'Accueil des d'Urgences et de Tri au Centre de Santé de référence de Koutiala

Elaborer un plan d'action

### **2.2.2 Objectifs Spécifiques**

- ✓ Mesurer la qualité de l'accueil auprès des patients et accompagnants et des personnels du service
- ✓ Identifier les principales causes de non satisfaction des patients et accompagnants au centre santé de référence de Koutiala
- ✓ Faire des propositions au Médecin chef des solutions pouvant améliorer la qualité de l'accueil.

**DEUXIEME PARTIE :  
METHODOLOGIE DE L'ENQUETE ET  
PRESENTATION DES RESULTATS**

## **CHAPITRE III : METHODOLOGIE DE L'ENQUETE**

Dans cette partie du document, nous allons adopter les techniques de collecte des données et leurs traitements.

### **3.1 Description de la méthodologie**

En premier lieu elle était basée sur observation, faire une analyse situationnelle c'est-à-dire l'état des lieux pour identifier les forces et faiblesses. En second lieu, menée une enquête auprès des patients, accompagnateurs et personnel soignant.

### **3.2 Type d'étude, méthode d'enquête et outils de présentation des données :**

#### **3.2.1 Type d'étude**

Elle est descriptive, basée sur des observations qualitatives et quantitatives faites au service. Les entretiens ont permis d'étudier et de décrire les différents aspects qui sont l'objet de nos préoccupations.

#### **3.2.2 Méthode d'enquête**

L'objectif : est de collecter les données nécessaires.

Il s'agissait d'une étude de type descriptive, qualitatif et quantitatif basée.

La technique non probabiliste pour déterminer la taille de l'échantillon.

Notre étude s'est portée sur 100 patients admis dans le service pour prise en charge et 12 prestataires de soins ont constitué notre population d'étude.

#### **3.2.3 Outils de présentation des données**

Concernant les outils de technique de collecte et de présentation des données, les informations recueillies à l'aide du guide d'entretien et la saisie ont été faites par le logiciel Word et Excel, sont restituées sous forme de graphiques et tableau après analyse par le logiciel Epi Info.

### **3.3 Critères de décision**

Il est basé sur les résultats des données obtenu après analyse, retenu par chacune d'elle de la majorité relative c'est-à-dire le plus élevé des pourcentages.

### **3.4 Stratégie de recherche**

Après entretien avec le nouveau Médecin chef pour une mise au point et situé les différents axes en ce qui concerne l'étude et la méthodologie adoptée.

Une note de service a été envoyée aux différents services, un comité de pilotage a été mis en place pour mener le travail.

### 3.5 Revue documentaire

Quelques travaux de fin de cycle, revues, les sites Internet et autres documents en rapport avec notre sujet.

### 3.6 Déroulement de l'étude

Notre étude s'est déroulée en deux phases : la 1ere phase a duré 4 mois allant du 1<sup>er</sup> juillet au 30 Octobre 2016, énumérer ci-dessous dans le tableau. La deuxième phase a été longue allant du mois de novembre 2016 au fin Mars 2017. Elle était plus centrée sur la mobilisation des ressources auprès des partenaires pour la réalisation des travaux de rénovation et la mise en œuvre des activités planifiées.

**Tableau X** : Chronogramme des activités

ANNEE 2016																						
Juillet		Aout				Septembre				Octobre				Novembre				Décembre				
3 <sup>e</sup> Se	4 <sup>e</sup> Se	1 <sup>e</sup> Se	2 <sup>e</sup> Se	3 <sup>e</sup> Se	4 <sup>e</sup> Se	1 <sup>e</sup> Se	2 <sup>e</sup> Se	3 <sup>e</sup> Se	4 <sup>e</sup> Se	1 <sup>e</sup> Se	2 <sup>e</sup> Se	3 <sup>e</sup> Se	4 <sup>e</sup> Se	1 <sup>e</sup> Se	2 <sup>e</sup> Se	3 <sup>e</sup> Se	4 <sup>e</sup> Se	1 <sup>e</sup> Se	2 <sup>e</sup> Se	3 <sup>e</sup> Se	4 <sup>e</sup> Se	
<b>15 Jours</b>		<b>Analyse de l'environnement</b>																				
		<b>51 jours</b>				<b>Revues documentaires</b>																
		<b>15 jours</b>		<b>Elaboration de la fiche d'enquête</b>																		
						<b>51 Jours</b>				<b>Recueil des données</b>												
										<b>30 Jours</b>			<b>Analyse et interprétation des données</b>									

**Source** : Nous même

### **3.7 Dépouillement et Traitement des données**

Les données collectées ont été saisies sur Word et Excel et analysées sur Epi Info. Les résultats obtenus ont été représentés sous forme de tableaux, figures et textes.

### **3.8 Considération éthique**

Au cours de notre étude, nous avons respecté les principes suivants :

- ✓ **La confidentialité** : les résultats de cette étude ne sont communiqués qu'aux personnes intéressées par l'étude ;
- ✓ **Consentement libre et éclairé** : les sujets enquêtés sont libres de répondre aux questions d'une manière facultative ;
- ✓ **La justice** : les résultats de l'étude ont été traités en toute impartialité.

### **3.9 Difficultés et contraintes de l'enquête**

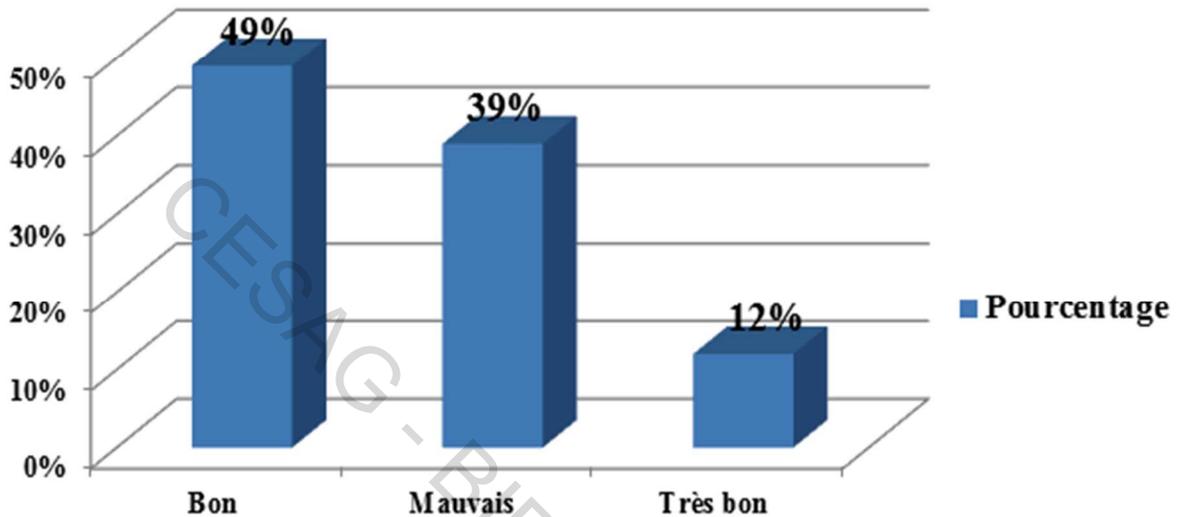
Les difficultés auxquelles nous avons été confrontés sont les suivantes :

- ✓ Rétention des données de la part du personnel comptable et gestionnaire ;
- ✓ Incomplétude des données auprès des décideurs à tous les niveaux de gestion ;
- ✓ Absence d'unité d'archivage hospitalière.

## CHAPITRE IV : LES RESULTATS DE L'ENQUETE

### 4.1 Niveau de satisfaction des usagers sur la qualité de l'accueil à l'Unité d'Accueil des Urgences et de Tri

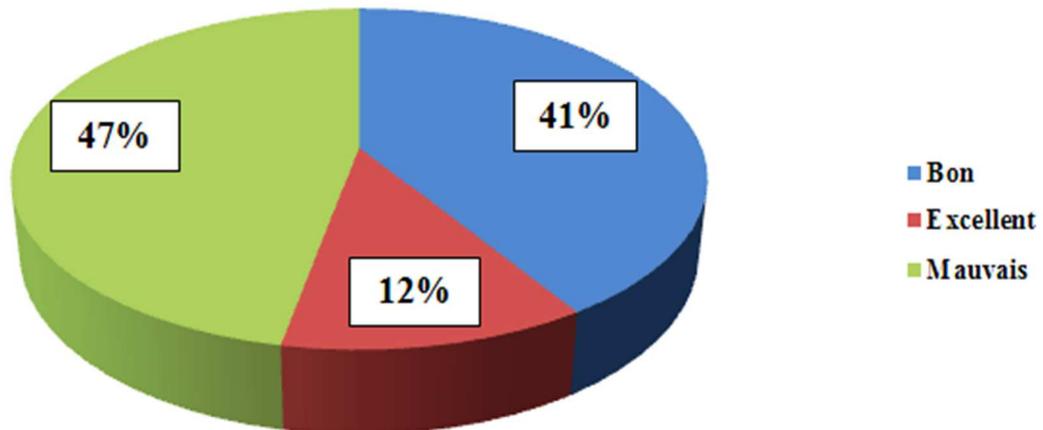
Appréciation du niveau de satisfaction des usagers à accueil à l'arrivée



***Graphique I: répartition des usagers selon l'appréciation de l'accueil à l'arrivée du Csréf***

Ce graphique témoigne que **49%** des usagers interrogés avaient eu une bonne appréciation de l'accueil à l'arrivée, **39%** disaient le contraire, moins **12 %** trouvaient qu'elle est très bonne.

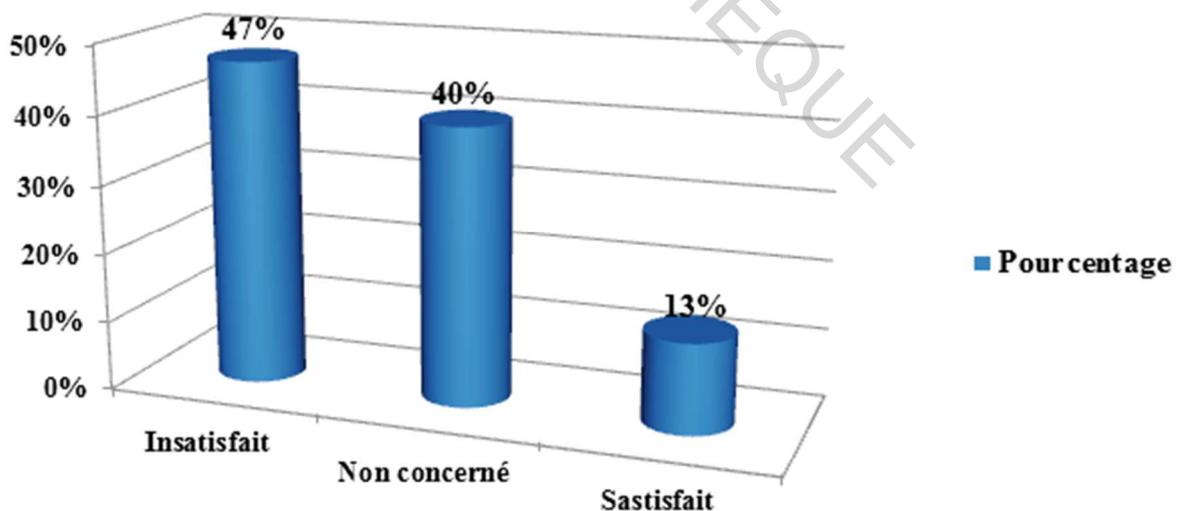
### Appréciation de l'organisation du service



**Figure7:** répartition des usagers selon l'appréciation de l'organisation du service

En demandant aux usagers 47% avaient affirmé une mauvaise organisation du service, contre 41% pensent qu'elle a été bonne ; et 12% pensent qu'elle a été excellente.

### Appréciation lieu d'attente des usagers



**Graphique II:** répartition des usagers selon l'appréciation des conditions du lieu d'attente des usagers à la consultation

Le graphique ci-dessus montre que selon les usagers interrogés, **47%** avaient affirmé insatisfait des contions de confort du lieu d'accueil, contre **13%** disaient être satisfait et **40%** n'étaient pas concerné.

**Tableau XI : répartition des usagers selon l'accessibilité géographique du CSRéf**

<b>Accessibilité géographique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Facile</b>	<b>61</b>	<b>61</b>
Très facile	25	25
Difficile	11	11
Très difficile	3	3
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Ce tableau prouve qu'une bonne partie **61%** des usagers interrogés avaient trouvé l'accès facile pour se rendre au CSRéf; **25%** avaient affirmé très facile ; **11%** avaient trouvé l'accessibilité difficile. Les cas restant **3%** avaient répondu très difficile.

**Texte I : répartition des usagers selon l'orientation du SAU et TRI du CSRéf**

L'échantillon enquêté moins **76%** des usagers ne connaissaient pas l'orientation de l'Unité d'Accueil des Urgences et TRI à l'intérieur du centre ; seul **24%** avaient attesté avoir une connaissance claire.

**Tableau XII : répartition des usagers selon l'appréciation du temps d'attente**

<b>Temps d'attente/mn</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>5-10</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>10-15</b>	<b>73</b>	<b>73</b>
<b>15-30</b>	<b>20</b>	<b>20</b>
<b>30 et plus</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Ce tableau fait ressortir une analyse du temps d'attente au moins **73, %** des patients interrogés ont répondu d'être évalué par un agent de santé après une durée comprise entre **10 à 15 mn** ; **5%** entre une durée qui est entre **5 à 10 mn** ; **20 %** une durée comprise entre **15 à 30 mn** et les cas restant soit **2%** la durée d'attente étaient élevés à plus de **30 mn**.

***Texte II : répartition des usagers selon l'appréciation de l'hygiène des locaux de l'Unité d'Accueil des Urgences et de TRI***

En ce qui concerne l'hygiène des locaux au moins **70%** des usagers interrogés ont été insatisfait par l'état d'insalubrité par contre **20%** ont été satisfait.

**4.2 Niveau de satisfaction du personnel sur la qualité de l'accueil des patients par le personnel**

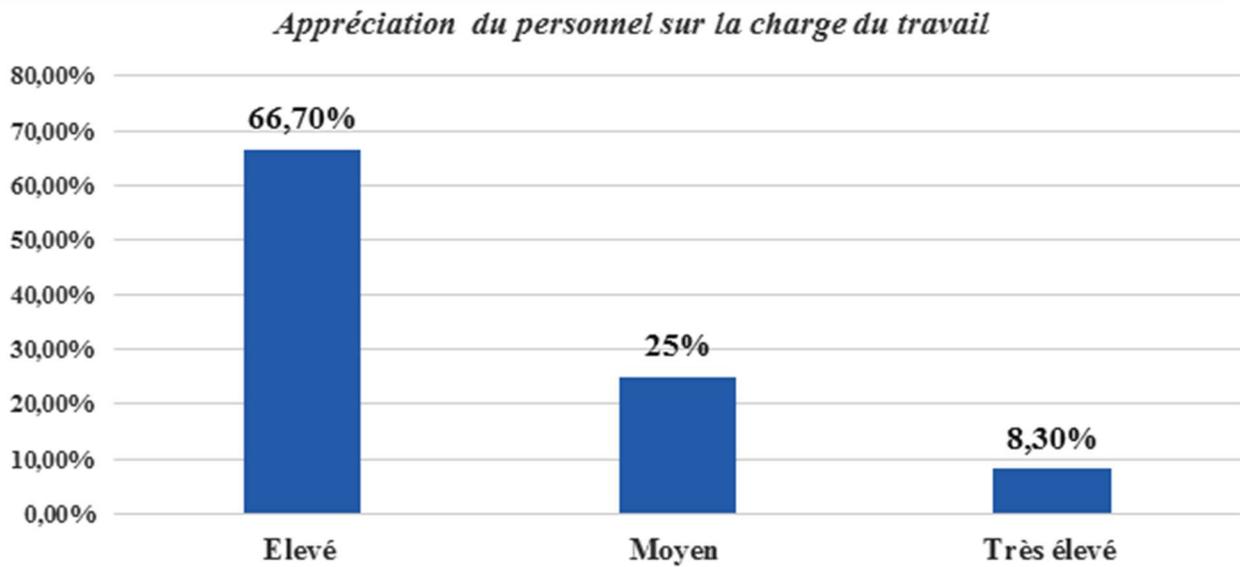
**Tableau XIII : répartition du personnel selon le temps de la prise en charge**

<b>Temps de la prise en charge/mn</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>5-10</b>	1	8,3
<b>10-15</b>	8	66,7
<b>15-20</b>	1	8,3
<b>20-30</b>	1	8,3
<b>30 et Plus</b>	1	8,3
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Ce tableau fait ressortir une analyse du temps de la prise en charge au moins **66,7 %** des personnels soignants avaient confirmé une durée comprise entre **10 à 15 mn**; **8,3 %** entre une durée qui était entre **5 à 10 mn**; **8,3 %** une durée de **20 à 30 mn** et les cas restant soit **8,3 %** avaient témoigné une durée de la prise en charge élevés à plus de **30 mn**.

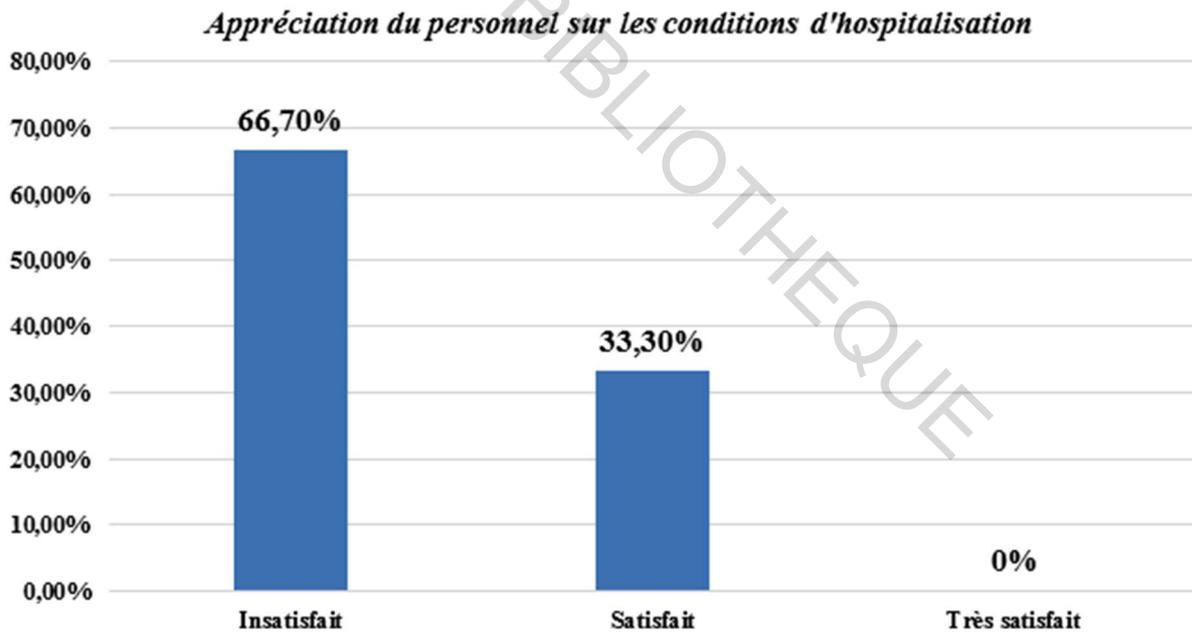
***Texte III : répartition du personnel soignant selon l'existence de Kit d'urgence du SAU et TRI***

Parmi les soignants enquêtés soit **83,30 %** avaient reconnu qu'il n'existait pas de kit d'urgence au l'Unité d'Accueil des Urgences ; seule **16,70 %** ont dit le contraire.



**Graphique III : répartition du personnel soignant selon la charge du Travail du SAU et TRI**

La majorité du personnel soignant **66,70 %** avaient jugé la charge du travail est élevé.



**Graphique IV: répartition du personnel soignant selon l'appréciation des conditions d'hospitalisation au SAU et de TRI du CSRéf**

Ce graphique montre que la majorité des personnes interrogées **66,70%** ont été insatisfaites des conditions hospitalisation des patients contre **33,30%**.

***Texte IV : répartition du personnel soignant selon les agressions avec les usagers à l'Unité Accueil des Urgences et TRI***

Au moins 75% de notre échantillon affirment s'être disputé avec les usagers.

### **4.3 ANALYSE DES RESULTATS**

#### **4.3.1 Les usagers**

##### **Par rapport à l'accessibilité géographique du Csréf**

Une bonne partie des usagers (86%) ont trouvé l'accès au Centre de Santé facile pour s'y être rendu au moins une ou plusieurs fois contrairement à ceux qui habitent dans les campagnes (milieux ruraux). Ces derniers se plaignent surtout de l'enclavement de leurs zones d'habitat et d'un mauvais état des routes pendant l'hivernage hypothéquant ainsi leur vie à l'accessibilité facile au Centre de Santé.

##### **Par rapport à l'accueil**

- **à l'arrivée**

Cette majorité soit 49% des usagers satisfaits en général sont recrutés dans la classe des néo analphabètes, lesquels déçus de leur prise en charge par des marabouts, des charlatans, ou des guérisseurs trouvent leur consolation à travers des circuits informels où un semblant de bon accueil leurs sont réservé. En réalité, ces derniers ignorent le circuit normal qu'ils doivent suivre pour trouver une solution idoine à leur problème.

Les usagers soit 39% insatisfaits sont représentés pour la plupart dans la catégorie des personnes résidant dans les centres urbains, fonctionnaires relevant d'une classe moyenne ou d'un niveau d'instruction moyen connaissant parfaitement le circuit normal, intolérant et qui ne ratent aucune occasion pour manifester publiquement leur état d'âme à l'adresse du personnel en service de l'unité d'accueil.

- **conditions du lieu d'attente**

Les enquêtés soit 47% affirment d'être insatisfait des contions de confort du lieu d'attente au niveau de l'Unité d'Accueil des Urgences.

L'inexistence d'une salle d'attente, d'un hangar pour la protection des usagers contre les intempéries (soleil, vent, tornade, eaux de pluie) sont des dispositifs à étudier pour une mise en exécution rapide des conditions minimales pour les usagers.

- **Temps d'attente**

Un chrono du temps d'attente au moins 73,% des patients interrogés ont répondu à l'appel d'un agent de santé pour être évalué.

Ce temps est compris entre **10 à 15 mn** ; cela est en phase avec l'avis du personnel soignant **66,7 %**.

**5%** pour une durée de **5 à 10 mn**, affirment avoir une satisfaction entière au temps d'attente alloué. Ce constat s'explique par le fait qu'en cette période de l'année (la saison pluvieuse), les paysans étaient occupés par dans les travaux champêtres ; ce qui entraîne une baisse des activités au niveau des structures sanitaires.

### **Par rapport à l'organisation du service**

A l'interrogatoire, **47%** des usagers sont souvent restés perplexes. Ce qui dénote une certaine méfiance des usagers vis-à-vis du statut de l'agent d'en face porteur d'une blouse blanche. Aucun ordre d'arrivée des malades n'est respecté, tous sont regroupés devant le portillon de l'Unité d'Accueil des Urgences et de Tri; d'où le constat d'une mauvaise organisation.

### **Par rapport à la signalisation et facilité d'orientation**

L'échantillon enquêté au moins **76%** des usagers n'arrivent pas à retrouver l'Unité d'Accueil des Urgences et Tri. Les raisons évoquées sont entre autre l'absence de panneaux de fléchage, l'explication aux usagers lui permettant d'identifier le service intéressé.

### **Par rapport à l'hygiène des locaux**

Presque tous les usagers interrogés se plaignent de l'état de salubrité insatisfaisante et du mauvais entretien des locaux et manque d'hygiène des salles et des toilettes.

Il serait nécessaire que des mesures urgentes soient envisagées pour éviter les infections liées à cette cause.

## **4.3.2 Le personnel**

### **Par rapport au temps de la prise en charge**

Le temps de la prise en charge par le personnel soignant au moins **66,7 %** de l'échantillon interrogé ont confirmé une durée comprise entre **10 à 15 mn**.

### **Par rapport au Kit d'urgence**

Les personnels soignants enquêtés soit **83,30 %** confirment l'inexistence de kit au service de l'Unité d'Accueil des Urgences et les raisons évoquées par le personnel est l'insuffisance des ressources financières pour assurer les premiers soins de secours.

**Par rapport à la charge du Travail**

Le manque d'imagination dans la prise de décision par les organes habilités à le faire en veillant scrupuleusement à l'exploitation rationnelle des faibles ressources humaines disponibles.

**Par rapport aux conditions d'hospitalisation**

La majorité du personnel soignant **66,70%** n'approuvent pas les conditions d'hospitalisation des patients, et les raisons évoquées en plus de notre observation montrent la vétusté du bâtiment, le déficit d'éclairage et aération dans un contexte environnemental insalubre dégageant une mauvaise odeur. Les malades vivent dans un cercle vicieux infesté de mouches, de moustiques et de cafards. Les lits et matelas sont vieillissant et le constat amer d'un manque de draps et de couvertures pour les malades.

**Par rapport aux agressions avec les usagers**

Au moins **75%** du personnel affirment avoir eu à échanger des écarts et des abus de langage avec les usagers. Raisons évoquées : manque d'agent ayant pour mission de maintien d'ordre en invitant les malades et leurs accompagnants à plus de citoyenneté en usant d'une pédagogie porteuse (communication).

**TROISIEME PARTIE :**  
**DETERMINATION DES CAUSES - IDENTIFICATION**  
**DES SOLUTIONS ET LEURS PRIORISATIONS**

## **CHAPITRE V : DETERMINATION ET ANALYSE DES CAUSES ET LEURS PRIORISATIONS**

Dans cette partie du document, pour mener un bon travail scientifique, nous avons eu recours à un certain nombre d'outils autour de trois grandes phases : rechercher les causes **Remue-méninges** ; visualiser (**Diagramme d'ISHIKAWA**) ; hiérarchiser (**le vote pondéré**)

### **5.1 Présentation de l'outil**

**Remue-méninges** (français) ou **Brainstorming** (anglais), est la technique de créativité à produire des idées originales dans un groupe par la libre expression sur le problème donné. Il permet de rechercher des causes à l'origine d'un dysfonctionnement et rechercher des solutions qui permettent aussi de favoriser l'expression de chaque participant.

Le **Diagramme d'ISHIKAWA**, ou diagramme de cause à effet, est une représentation structurée de toutes les causes qui conduisent à une situation, de les classer selon les 5M (Matière, Matériel, Milieu, Main d'œuvre et Méthode). Son intérêt est de permettre les membres d'avoir une vision partagée et précise des causes possibles d'une situation donnée.

#### **Le vote pondéré**

Le principe du vote pondéré est de donner aux votants un nombre de points défini que chacun devra répartir sur les différentes idées retenues en amont par le groupe. Ensuite, on collectera l'ensemble des votes afin de classer dans l'ordre décroissant les idées ainsi évaluées. Cette technique est rapide mais très subjective.

#### **Diagramme multicritère**

Il est appelé aussi matrice, et ou choix multicritère ou encore diagramme matriciel et permet de faire le choix d'un problème ou dysfonctionnement et sélectionner des solutions.

### **5.2 Identification et analyse des causes liées au problème :**

#### **5.2.1 Revue de la littérature**

La revue littérature nous a permis de savoir les causes pouvant être liées à la problématique de la qualité de l'accueil.

**En Europe, au Belgique**, une étude confirme que dans **24,4%** les causes sont liées au service des Urgences. La qualité de la communication et l'attitude des professionnels sont critiqués dans **39%** et **33,5%** des cas. L'écart des motifs restants concerne des problèmes d'organisation [41]. **En France au CHU de Nancy**, des critères ont également attiré l'attention des chercheurs à « l'accueil et l'orientation des patients dans les services d'urgence estiment la véritable cause du problème de l'accueil des patients réside à l'inadaptation des procédures du service d'accueil et les services cliniques » [6].

**En Afrique, au Sénégal, A DIALLO [5]** ressort dans son mémoire de fin de cycle de formation le thème intitulé « **contribution à la gestion des malades hospitalisés dans le service d'Accueil des Urgences de HPD**», que le véritable cause du mauvais accueil réside à l'insuffisance de formation du personnel dans la prise en charge des d'urgences et l'insuffisance du personnel.

**CICODEV** dans son enquête affirme que les causes du mauvais accueil sont liées à l'aspect humain, un « **mauvais comportement** » du personnel de santé [39].

**Au Mali**, des études menées au CHU Gabriel Touré sur les causes du mauvais l'accueil, par les auteurs « **déjà cité** » [7]; mais ce qui attire leurs attentions c'est le manque de formation du personnel ; l'inconfort des locaux et la durée d'attente.

**Maiga Naya COULIBALY [13]** au CHU Gabriel Touré dans son mémoire de fin d'étude, enquête réalisée au service de pédiatrie estime que l'une des causes du mauvais accueil est la mauvaise organisation du service, et le mauvais comportement du personnel. Par suite il attire l'attention rapporte les faits d'un scénario de « **recherche de la blouse blanche** » par des mères désespérées avec leurs enfants dans les bras debout à dans une salle d'attente pleine et exiguë attendant impatiemment leur Sauveur consécutif à son retard dans son cabinet de consultation.

#### **REMUE MENINGES :**

Après restitution des résultats de nos entretiens avec les usagers et le personnel, un remue-méninge nous on permit d'utiliser la synergie du comité de pilotage afin de produire le plus grand nombre d'idées concernant les nombreux facteurs qui entraînent le mauvais accueil à l'Unité d'Accueil des Urgences et de Tri, puisque sa résolution permettra d'appréhender le problème. Sans oublier les causes socioculturelles, plusieurs autres causes importantes ont été mises en évidence qui incriminent d'abord l'état par rapport à l'insuffisance des ressources allouées, ensuite la structure en terme d'inorganisation et enfin le comportement irresponsable du personnel vis-à-vis des patients.

### **5.2.2 Les Causes liées au problème**

Les causes évoquées sont entre autres :

Sur le plan économique lié d'une part à l'état (Ministère de la santé et de l'hygiène publique) par manque de financement sont celles issues de l'insuffisance du plateau technique et pécuniaire des agents de santé et d'autre part ce sont entre autres les mauvaises conditions de travail dues à la vétusté et le manque d'hygiène des infrastructures et un faible effectif du personnel hygiéniste, l'indisponibilité des médicaments et consommables, bas salaire et

l'absence de la supervision et d'évaluation. Par ailleurs lié à la structure due à la faiblesse des ristournes et l'absence de primes de garde qui concourent à la démotivation du personnel.

Les causes de dysfonctionnement des services se traduisant d'abord par l'inorganisation. Elles sont entre autres le guichet des entrées non identifiable, flou dans l'identification du personnel ; une mauvaise répartition des tâches entraîne la surcharge du travail, l'absence de normes ou de protocoles. L'insuffisance de l'information et de communication intra et extra par l'absence de service d'accueil et de renseignement, l'absence de panneaux d'orientation à l'intérieur de la structure, l'ignorance et l'analphabétisme des malades et accompagnateurs.

Enfin l'aspect humain dû au manque de professionnalisme des agents se traduit par des comportements inappropriés vis-à-vis des usagers. Pour eux l'absence de formation du personnel et le manque de personnel qualifié en sont les principales causes.

### **Diagramme D'ISHIKAWA et les 5M ou en arêtes de poisson**

Ce diagramme, sous l'aspect d'une arête de poisson, est composé d'un tronc principal au bout duquel est indiqué l'effet étudié et de 5 branches correspondant à 5 familles de causes :

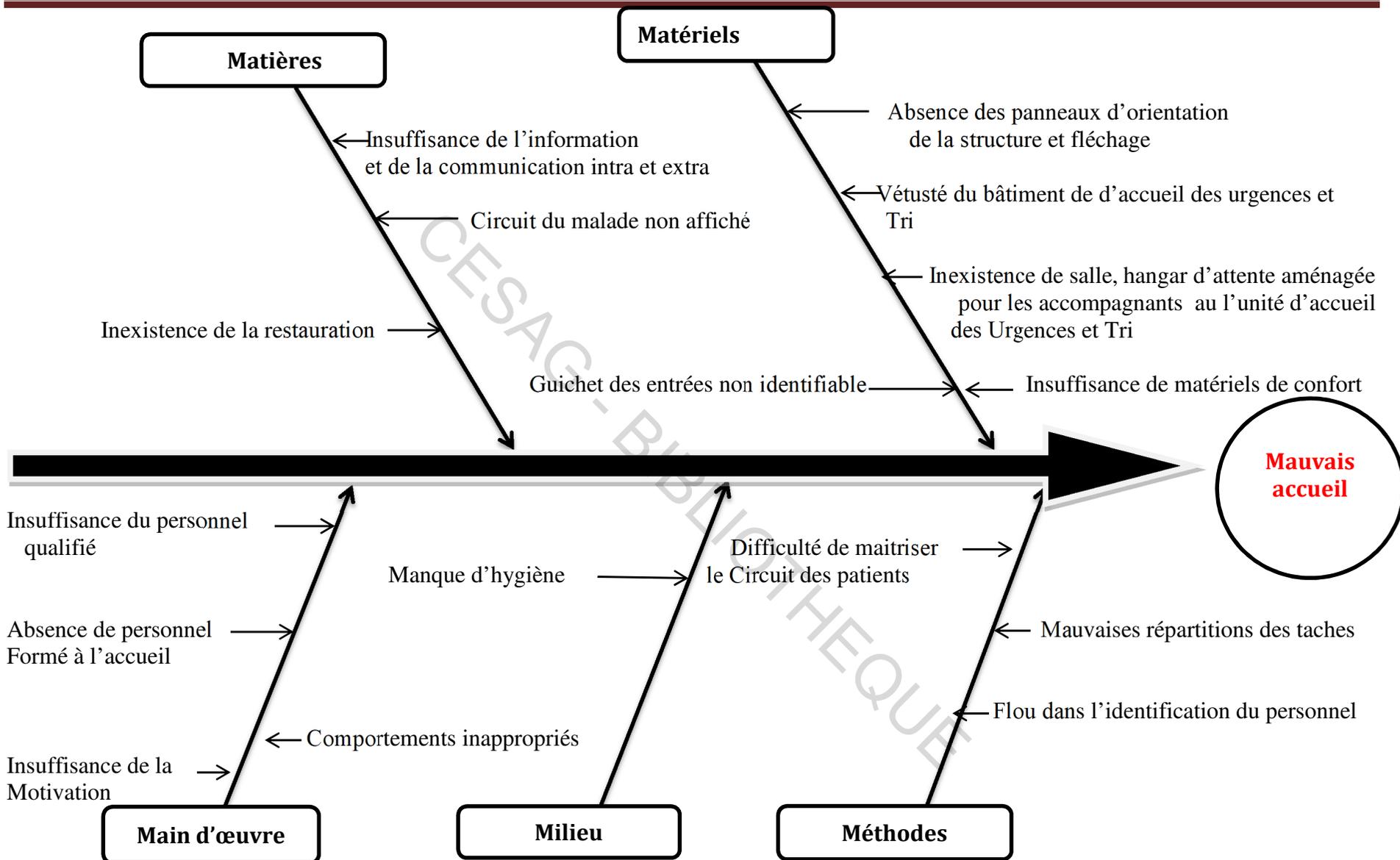
**Main d'œuvre** : Connaissances, compétences, comportement, organisation de l'équipe de travail.

**Milieu** : environnement de réalisation de la tâche, aspect relationnel, condition de travail...

**Matières** : Matière première ou matière utilisée, tout ce qui est consommable ou élément qui est à transformer par le processus.

**Méthodes** : Méthode de réalisation de la tâche : Systématique de travail, Marche à suivre, Document de description de la tâche (écrite ou oral).

**Matériels** : Outils utilisés pour la réalisation de la tâche (Machines, outils, locaux...).



**Figure 8:** Visualisation des causes du problème à l'aide du diagramme d'Ishikawa

**VOTE PONDERE :**

Après visualisation des causes par le diagramme **d'Ishikawa**, elles ont été triées par ordre d'importance par le comité de pilotage qui a adopté la méthode de l'approche du consensus. Le comité a procédé au vote pondéré pour hiérarchiser les causes du problème. Chaque membre disposait de 10 points au maximum à attribuer sur chaque cause.

Une lettre a été affectée à chaque cause :

**A** : l'inorganisation des services,

**B** : Insuffisance des ressources financières

**C** : l'insuffisance de l'information et de la communication

**D** : l'Aspect humain du personnel soignant

**Tableau XIV** : Hiérarchisation des causes selon leur importance

7 membres, 10 points par membre à répartir sur les causes

Membres \ Causes	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	TOTAUX
<b>A. l'inorganisation des services</b> (Mauvaises répartitions des tâches ; Flou dans l'identification du personnel; guichet des entrées non identifiable)	1	4	3	2	3	2	2	17
<b>B. Insuffisance des ressources financières</b> (vétusté du bâtiment, matériels inconfort; manque de motivation ; manque d'hygiène)	5	5	5	4	5	4	2	30
<b>C. L'insuffisance de l'information et de la communication</b> (Absence de service d'accueil et de renseignement; Absence de panneaux d'orientation)	1	1	3	2	1	1	2	11
<b>D. Aspect humain</b> (personnel non formé; comportement inapproprié)	5	3	5	5	4	5	5	32
<b>TOTAL</b>	10	10	10	10	10	10	10	70

**Source :** nous même

Après le vote pondéré, il ressort que les causes liées à l'aspect humain en général, mais plus précisément l'absence de formation du personnel en particulier a été retenue comme cause majeure du mauvais l'accueil.

## CHAPITRE VI : IDENTIFICATIONS DES SOLUTIONS POSSIBLES ET LEURS PRIORISATIONS

### 6.1 Identifications des solutions

Avant de retenir la solution au problème du centre de santé de référence de Koutiala, nous avons passé en revue quelques propositions des auteurs suivants.

**En France**, en 2001 au **CHU de Nancy** **Eric FELTEN** [20] dans sa thèse propose comme solution d'améliorer avec des moyens simples comme la réfection de la salle d'attente, la mise en place d'une sandwicherie et l'apposition sur la blouse d'un badge identifiant l'acteur et la fonction.

En 2012, au **Maroc**, **Dr SAID DRISSI Driss** [18] à l'hôpital **Mohamed V de Casablanca** dans son étude propose comme solution d'amélioration la mise en place d'une stratégie préétablie et une organisation des moyens humains et matériels ; la formation continue des médecins et des infirmiers ; évaluées et réglementées les services hospitaliers.

**Au Sénégal**, à **Hôpital Principal de Dakar** **Mariama DIEDHIOU** [15] trouve comme solution la mise en place d'un système d'organisation efficace susceptible d'améliorer les conditions de travail, recruté, formé et le recyclage du personnel en vue d'améliorer la qualité de l'accueil au Service d'Accueil des Urgences.

Au mali, de nombreuses études récentes menées sur la qualité de l'accueil dans les structures sanitaires nous ont permis d'identifier plusieurs causes du mauvais accueil et de proposer des solutions susceptibles d'améliorer. **Bréhima KEITA** [7] au **CHU Gabriel Touré** selon lui, il faudra évaluer les besoins en recrutement et en formation, recruter le personnel qualifié, assurer la formation sur la démarche qualité de l'accueil, évaluer le personnel formé. **Dramane Daba SANOGO** [8] au **Centre de Santé de Référence de Sikasso** nous propose comme solution dans son étude : la formation du personnel ; l'amélioration des conditions de travail ; la réorganisation du service ; l'acquisition du matériel, augmentation de places assises et de l'effectif du personnel du SAU ; augmentation du temps d'attente.

A la suite de cette revue, le comité de pilotage a proposé les solutions prioritaires suivantes.

### 6.2 Priorisation des solutions retenues

Le brainstorming et revues de la littérature nous avons énuméré un certain nombre de suggestions d'hypothèses solutions qui sont énumérés cités ci-après :

La formation du personnel

- ✓ La formation du personnel de l'Unité d'Accueil des Urgences et de Tri
- ✓ Réorganisation du service
- ✓ La mobilisation des ressources financières auprès des partenaires pour :

- Rénovation du bâtiment de l'Unité d'Accueil des Urgences
- Construction d'hangar d'attente pour les usagers
- L'acquisition de matériel pour le confort dans le SAU et Tri
- Fabrication et mise en place des panneaux d'orientation à l'intérieur de la structure
- La motivation du personnel

### 6.3 Analyse des solutions retenues

Une analyse de ces solutions suggérées pourrait nous permettre de choisir celles qui auraient une incidence certaine à court et moyen terme et long terme sur l'amélioration de la qualité de l'accueil [8] au centre de santé de Référence de Koutiala.

Le comité de pilotage a adopté la méthode de recherche du consensus pour hiérarchisation des solutions retenues en fonction d'un certain nombre de critères.

Ces critères de choix sont :

- **Le coût de réalisation**
- **Délais d'exécution**
- **L'acceptation**
- **La faisabilité de la mise en œuvre de la réalisation**
- **Efficacité.**

La moyenne pondérée est établi dans le tableau ci-après :

#### **Coût de réalisation**

Faible = 3                      Moyen = 2                      Elevé = 1

#### **Délais d'exécution**

Court = 3                      Moyen = 2                      Long = 1

#### **Acceptabilité**

Grande = 3                      Moyen = 2                      Minime = 1

#### **Faisabilité de la Mise en œuvre de réalisation**

Mimime = 1                      Moyen = 2                      Grande = 3

#### **Efficacité**

Faible = 3                      Moyen = 2                      Elevé = 1

**Choix des solutions :**

**Tableau XV:** matrice multicritère de choix prioritaires

SOLUTIONS	CRITERES					TOTAL
	Cout de réalisation	Délais d'exécution	Acceptation	Faisabilité de la mise en œuvre de réalisation	Efficacité	
<b>Formation du personnel</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>15</b>
Rénovation du local	1	2	3	2	3	<b>11</b>
Matériel pour le confort dans la salle	1	2	3	1	2	<b>8</b>
Construction d'hangar d'attente	2	2	3	2	3	<b>12</b>
Organisation du service	2	3	3	3	3	14
Motivation du personnel	1	2	2	2	3	<b>10</b>

**Source :** nous même

La solution prioritaire retenue a été la formation du personnel du service d'Accueil des Urgences de Triage suivi de l'organisation du service.

---

## CHAPITRE VII : PLAN DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION

### RETENUE

#### 7.1 Justification

En plus du plateau technique, les patients ont besoin de consolation du médecin avant même la prise en charge médicale. Le médecin chef, ouvert à toute initiative visant à améliorer la qualité des services en général, et de l'accueil des patients en particulier, est engagé résolument à apporter son soutien dans le cadre de sa contribution positive.

Notre étude a démontré le manque de professionnalisme, les insuffisances dans les conditions de travail d'une part, et d'autre part, l'accueil des patients. Selon **Albadia DICKO [38]** « C'est vrai qu'il y a des bons médecins qui donnent la joie de vivre aux malades et qui apaisent leurs douleurs avec seulement un accueil qui démontre le sens élevé de leur professionnalisme ». Nous estimons que la formation du professionnel est une des solutions susceptibles de résoudre le problème.

#### 7.2 Objectif du projet

##### 7.2.1 Objectif général

Contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des patients et accompagnateurs de l'Unité d'Accueil des Urgences et de Triage.

##### 7.2.2 Objectifs spécifiques

- ✓ Former 100% du personnel de l'Unité d'Accueil des Urgences et de Tri ;
- ✓ Rénover le bâtiment du service d'accueil des urgences et de tri
- ✓ Réorganiser le service d'accueil des urgences et de tri
- ✓ Equiper le service d'accueil des urgences de matériels de confort pour le personnel et les usagers
- ✓ Evaluer le projet sur l'amélioration de la qualité.

### 7.3 Cadre logique axé sur les résultats

<b>But :</b> contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil à l'Unité d'Accueil des Urgences et de Tri			
<b>Résumé Narratif</b>	<b>Indicateurs objectivement observables</b>	<b>Moyen de vérification</b>	<b>Condition critique ou hypothèses</b>
<b>OBJECTIF GENERAL</b>			
Contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des patients et accompagnateurs l'Unité d'accueil des Urgences et Tri.	Augmenter le taux de satisfaction des usagers	-Enquête auprès des malades - Rapport d'activité de fin d'année	-Risque : risque politique et sécuritaire lié à la reconquête du nord -Disponibilité des ressources financières -Collaboration du personnel et les usagers
<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>			
<b>OS1</b> former le personnel à d'accueil	Nombre de professionnel formés	-Liste des participants -Rapport	-Disponibilité des ressources financières et humaines
<b>OS2</b> Rénover le bâtiment du service d'accueil des urgences et de tri	Nombre de désignation des fournitures	-Facture des fournisseurs -Enquête auprès des usagers	Disponibilité des ressources financières
<b>OS3</b> Equiper l'Unité d'Accueil des Urgences de matériels, mobiliers de confort	-Nombre de climatiseurs installés -Nombre de chaises	-Facture des fournisseurs -Enquête de satisfaction auprès	

	bureautique mise en place	des usagers	
<b>OS3.1</b> Mise en place d'un hangar pour les usagers	-Nombre d'hangar construits	-Facture des fournisseurs -Facture main d'œuvre -Enquête de satisfaction auprès des usagers	-Disponibilité des ressources financières
<b>OS4</b> confectionner des badges pour le personnel -Installer des panneaux d'orientations  -Instaurer la garde des Médecins	-Nombre de badges confectionnés  -Nombre de panneaux installés  -Garde débuté	-Facture des fournisseurs -Facture main d'œuvre -Enquête de satisfaction auprès des usagers  -Liste de garde affichée	- Disponibilité des ressources financières  -Prime de garde
<b>OS5</b> : Evaluer le personnel formé	Degré de satisfaction des usagers	- Enquête auprès des malades - Rapport d'activité de fin d'année	Disponibilité des ressources financières
<b>RESULTATS ATTENDUS</b>			
<b>OS1.R1</b> : tout personnel de l'unité d'accueil des urgences est formé sur l'accueil	100% du personnel attendu est formé	-Liste des participants -rapport de formation	Engagement du personnel

<b>OS2.R2</b> : bâtiment de l'Unité d'Accueil des Urgences est rénové	- Degré de satisfaction des usagers	Enquête de satisfaction auprès des malades	
<b>OS3 R3.</b> climatiseur est installé <b>R3.1</b> Des chaises sont mise en place dans le bureau et à l'attente <b>R3.2</b> le hangar est construit pour les patients et accompagnateurs	Degré de satisfaction des usagers	Enquête de satisfaction auprès des usagers	
<b>OS4R4</b> : les Badges sont confectionnés pour tout le personnel <b>R4.1</b> Des panneaux d'orientations sont en place <b>R4.2</b> la garde des Médecins est effective	-100% du personnel a un badge  -Degré de satisfaction des usagers  -Continuité des soins	-Enquête de satisfaction auprès des usagers   -Liste des gardes -Supervision	
<b>OS5R5</b> : le personnel formé est évalué	100% du personnel formé est évalué	Liste des participants -rapport de supervision	
<b>ACTIVITES</b>			
<b>A1</b> Formation du personnel sur l'accueil	-2 sessions de formation	-Liste de présence des participants -rapport de formation	-Disponibilité des ressources financières -insuffisance des capacités
<b>A.1</b> Identification des formateurs et des participants	-Nombre de formateur et participant	Liste de présence des participants -rapport de formation	humaines qualifiées

A.1.1.Elaboration du calendrier	-Nombre de session	-Observation	
A.1.2.Elaboration du manuel	-Nombre de manuel	-Facture des fournisseurs	
A2 Acquisitions des équipements, matériels, fournitures, mobiliers, pour la rénovation, construction d'hangar et le confort pour le bâtiment	-Nombres de désignation -Nombres de climatiseur -Nombres de chaises -Nombre d'hangar	-Facture des fournisseurs -Bon de livraison -Observation	
A3 Mise en place des panneaux d'orientations sont en place	-Nombre de panneaux signalétiques	-Facture -Observation	
A4 Confection des badges	Nombre de badges	-Facture -Observation	
A5 Continuité des soins à l'Unité d'Accueil des urgences et Tri	-les médecins ont commencé les gardes	-Liste des gardes -Observation	

**Source : nous-même**

### 7.3.1 Le plan de contribution

Le plan de contribution est un outil qui s'adresse à tous les acteurs d'un projet. Il permet de définir la nature de participation des intervenants à la réalisation d'un projet. C'est aussi un outil de gestion pour le chef projet qui, après identification des acteurs, pourra anticiper les besoins en ressources humaines. Présenté sous la forme d'un tableau dans lequel on distingue deux catégories d'informations : les éléments indispensables et les éléments optionnels.

### 7.3.2 Les éléments indispensables

De manière à donner un minimum d'intérêt à l'outil, quelques informations sont nécessaires. Il s'agit des points suivants.

**Action :** la description de la nature, elle précise pour que les acteurs puissent réaliser une estimation macroscopique des tâches à accomplir.

**Date :** elle précise la date du début de l'action.

**Ressources :** elles concernent le ou les acteurs concernés par la nature de l'action à réaliser.

### 7.3.3 Les éléments optionnels

D'autres éléments peuvent venir compléter en fonction du contexte d'utilisation ; on pourrait y trouver les informations suivantes.

**Date de fin demandée et fin réelle :** elles permettront de mesurer progressivement l'avancement ou les retards pris durant l'exécution du projet.

**Réalisé par... :** il s'agit de l'identification de la ressource ayant réellement apporté sa contribution à la tâche.

**Commentaire- infos complémentaires :** il s'agit de tous les faits marquants, problèmes rencontrés, solutions apportées [1].

**Tableau XVI :** plan de contribution

<b>Nature de la contribution</b>	<b>Date de fin demandée</b>	<b>Expertise-ressource</b>	<b>Date de fin réelle</b>	<b>Réalisé par</b>	<b>Commentaire – infos complémentaires</b>
Expression et qualification des besoins		Csref		Médecin Chef et comité de pilotage	<b>Grandes lignes de l'étude</b>
Mobilisation des ressources		Partenaire			
Acquisition équipements, matériels, mobiliers		Partenaire		La Comptable matière et Délégué du comité de pilotage	<b>Organisationnelles et techniques</b>
Acquisition des panneaux signalétiques		Csref			
Acquisition des badges d'identification		Csref		Médecin Chef comité de pilotage	
Identification des formateurs et des participants		Csref		Médecin Chef	
Elaboration du manuel de formation		Csref		Médecin Chef et chargé SIS	
Elaboration du calendrier		Csref		Médecin	
Choix du lieu de formation		Csref		Chef	
Formation du personnel		Csref		Chargé SIS	
Vérification		comité de		Médecin	

		pilotage		Chef	
Paielement		Comptabilité		Chef comptable	

## 7.4 Plan d'actions opérationnel

### 7.4.1 Diagramme de GANTT

Du nom de l'auteur Henry GANTT, C'est un graphique à deux dimensions qui représente chaque tâche d'un projet par un trait ou un rectangle horizontal. Les dates sont définies sur l'abscisse du graphique (axe horizontale) et les tâches sont organisées sur l'ordonnée (axe vertical). L'échelle de temps est adaptée à la durée du projet. La longueur des traits ou rectangles représente la durée affectée à la tâche. L'avantage de cette représentation est la lisibilité des tâches et leur état d'avancement [1].

**Tableau XVII:** Calendrier prévisionnel de l'exécution du Projet

N°	Activités préparatoires	2016		2017				
		N	D	J	F	M	A	M
	Réunion du comité de pilotage							
	Réunion avec les partenaires							
	<b>Formation</b>							
	Identification des formateurs et des participants							
	Elaboration du manuel de formation							
	Elaboration du calendrier							
	la Formation des participants							
	<b>Acquisitions d'équipement et de fournitures</b>							
	Matériels mobiliers de travaux de rénovation							
	Matériels de construction d'hangar							
	Equipement, matériels, mobilier de confort							
	<b>Lancement des travaux</b>							
	<b>Installation</b>							
	Mise en place équipements, matériels de confort							
	<b>Réorganisation du service</b>							
	Confection des badges							
	Mise en place des panneaux signalétiques							
	Instauration de garde des médecins							
	Dépenses de fonctionnement							
	<b>Suivi Evaluation</b>							
	Réunion du comité de pilotage							

## **7.5 La budgétisation**

Le budget peut être défini comme un plan annuel des activités futures établi sur la base d'hypothèses d'exploitation. Il est exprimé principalement en termes financiers (prévisions).

Un budget prévisionnel est un outil qui permet, au début de chaque exercice comptable, de chiffrer et de matérialiser ses objectifs. Il vous permet de voir sur un seul tableau toutes vos charges et vos produits sur l'année à venir. En définissant votre budget, vous disposez d'un outil auquel vous pouvez vous référer régulièrement.

Disposer d'un budget prévisionnel permet aussi d'ajuster vos objectifs tout au long de l'année afin de les mettre en adéquation avec les moyens actuels [45].

Les ressources sont limitées et les besoins sont énormes, par suite pour une meilleure gestion des ressources financières nous avons jugé nécessaire en un premier temps d'entamer les travaux de rénovation et d'équipement de confort de l'Unité, qui pris en charge par un partenaire étranger. En second lieu faire un plaidoyer pour les ressources nécessaires pour la formation du personnel. De ce fait afin d'optimiser, au niveau des ressources matérielles le CSREF dispose d'une salle de conférence équipée de matériels didactiques. Au niveau des ressources financières, nous allons l'inclure dans le budget du plan opérationnel sur sa ligne formation.

**Tableau XVIII** : budgétisation

ACTIVITES PREVUES /RUBRIQUE	NOMBRE D'UNITE/ PARTICI APANT	NBRE DE JOURS	PU/CF A	MONTA NT/ CFA	SOURCE DE FINANCEMENT
A.1 Identification des formateurs et des participants				0	NON REALISE
A.1.1.Elaboration du calendrier				0	
A.1.2.Elaboration du manuel				0	
Per diem des formateurs	2	7	25 000	350 000	
Per diem des participants	20	7	3 000	420 000	
Location salle				0	
Frais de Kit de formation	15	1	5 000	75 000	
Marqueur	06	7	2 500	15 000	
Papiers padex					
Restauration (petit déjeuner et déjeuner)	20	7	5 000	700 000	
<b>Carburant</b>	<b>Km</b>	<b>Consomm</b>			
Courses internes	50	0,2	582	5 820	
<b>SOUS TOTAL</b>				<b>720 820</b>	
A2 Equipement, fournitures, mobilier, Matériels de confort pour construction d'hangar et de rénovation du bâtiment	-	-	-	-	Financé et réalisé par le partenaire
A3 Fabrication panneaux signalétiques	10	-	40 000	400 000	Financé et réalisé par le Conseil de Cercle et CSREF
A4 Confection des badges	60	-	4 000	240 000	Financé et réalisé par CSREF
A5 Instauration de garde des médecins	1/11	365	5 000	1 925 000	Financé et réalisé par le Conseil de Cercle CSREF
<b>TOTAL</b>				<b>3 285 820</b>	

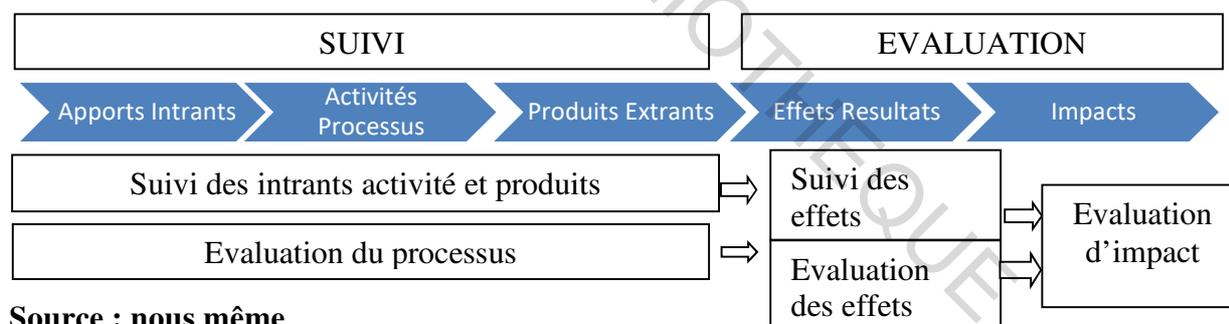
## 7.6 Suivi et évaluation

### Définitions [46]

**Le suivi** est le processus systématique du recueil, de l'analyse et de l'utilisation d'information visant à déterminer en continu les progrès d'un programme en vue de la réalisation de ses objectifs et à guider les décisions relatives à sa gestion. Il porte généralement sur les processus, notamment sur le moment et le lieu où se déroulent les activités, les auteurs des activités et le nombre de gens ou d'entités atteints par celles-ci. Il est entrepris une fois que le programme a démarré et se poursuit tout au long de la période d'exécution du programme. Il est parfois dénommé « *évaluation du processus* », *évaluation des performances* » ou « *évaluation formative* ».

**L'évaluation** est l'appréciation systématique d'une activité, d'un projet, d'un programme, d'une stratégie, d'une politique, d'un sujet, d'un thème, d'un secteur, d'un domaine opérationnel ou des performances d'une institution. Elle porte sur les accomplissements escomptés et réalisés et examine la chaîne des résultats (intrants, activités, extrants, effets et impacts), les processus, les facteurs contextuels et les rapports de cause à effet afin de comprendre les accomplissements ou le manque d'accomplissements. L'évaluation vise à déterminer la pertinence, l'impact, l'efficacité, l'efficience et la durabilité des interventions et les contributions de l'intervention aux résultats obtenus.

**Tableau XIX:** Cadre pour le suivi et évaluation



**Source :** nous même

INDICATEURS	DEFINITION	SOURCES	FREQUENCE
<b>INTRANTS</b> Nombre de personnels à former sur l'accueil	<b>Numérateur</b> : nombre de personnels, <b>Dénominateur</b> : nombre prévu	Au niveau du Csref	Mensuel
<b>PROCESSUS</b> Pourcentage de séances de formation.	<b>Numérateur</b> : nombre de séances effectuées <b>Dénominateur</b> : nombre de séances prévues	Au niveau du Csref	Mensuel
<b>EXTRANTS</b> -Pourcentage de personnel formé	<b>Numérateur</b> : Nombre de personnel à l'unité d'accueil des Urgences et de Tri <b>Dénominateur</b> : Nombre total de séance	Liste des participants  Rapport de formation	Trimestrielle
INDICATEURS	DEFINITION	SOURCES	FREQUENCE
<b>IMPACT</b> Degré de satisfaction des usagers	<b>Numérateur</b> : Nombre des usagers admis à l'Unité d'accueil des Urgences et de Tri par an <b>Dénominateur</b> : Nombre total des usagers.	Rapport d'activité annuel	Annuel
Supervision pour le suivi effectué	<b>Numérateur</b> : Nombre de supervision effectué <b>Dénominateur</b> : Nombre prévu	Rapports de supervision	Mensuel
Réunion d'évaluation tenue	<b>Numérateur</b> : Nombre d'évaluation effectué <b>Dénominateur</b> : Nombre prévu	Rapports de Formation	Semestriel

Source : nous-même

## **7.7 Mise en œuvre de la solution**

La mise en œuvre du projet avait été prévue sur une période de 07 mois, de Novembre 2016 à Mai 2017. Ce planning est jugé raisonnable, au regard des activités à mettre en œuvre et des délais d'exécution. Le comité de pilotage définira les mécanismes d'évaluation, puisque le suivi a été déjà fait grâce aux différents outils déjà été utilisés qui sont entre autre, le cadre logique, le plan de contribution et en fin le diagramme de GANTT. La plus part des solutions retenues ont puis être réalisée, à l'exception de la formation du personnel est dû à la rareté des ressources financières, mais des actions très prometteurs ont été entreprises auprès des partenaires et aux Autorités compétentes.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

# RECOMMANDATIONS

A la lumière de tout ce qui précède, nous recommandons :

**Au Ministère de la Santé :**

- ✓ Renforcer le plateau technique en termes d'équipements et en ressources humaines qualifiées (médecin urgentiste).

**A la Direction Nationale de la Santé :**

- ✓ Mettre en place une politique de motivation axée sur le résultat.

**A la Direction Régionale de la Santé à Sikasso :**

- ✓ Assurer le renforcement de capacité du personnel.
- ✓ Elaborer un référentiel pour l'accueil des urgences et le tri

**Au Médecin Chef :**

- ✓ assurer la formation du personnel médical sur l'accueil.
- ✓ assurer le suivi et évaluer les prestations de soins.
- ✓ informer les malades et leurs accompagnants pour tout changement de leur condition durant leurs séjours dans le service.
- ✓ motiver le personnel médical.
- ✓ Assurer une meilleure collaboration avec les partenaires.

**Au personnel médical :**

- ✓ accueillir et orienter les malades et leur famille avec empathie
- ✓ faire une répartition des tâches et responsabilisées en vue d'une meilleure organisation du service.
- ✓ remplir et tenir correctement les registres et dossiers médicaux des patients.
- ✓ Prodiguier les soins dans les normes scientifiques.

**Aux partenaires :**

- ✓ Assurer le financement du plan d'action proposé par le CSREF.
- ✓ Construire un bâtiment pour le SAU et TRI

**A la population :**

- ✓ s'informer sur le fonctionnement du service.
- ✓ respecter les consignes et règlements élaborés par l'administration.

# CONCLUSION

La qualité de l'accueil occupe une place très importante dans la prise en charge médicale des patients dans un établissement de santé. Sa mauvaise qualité à l'Unité d'accueil des Urgences et de TRI du Centre de Santé de Référence de Koutiala constitue un problème majeur pour l'administration.

Pour répondre à cette interrogation nous avons mené une enquête auprès des usagers et personnels techniques couplée avec la revue documentaire.

Il ressort de cette étude plusieurs facteurs éclairant le mauvais accueil. C'est ainsi que l'on note un taux de **47%** des usagers insatisfaits ; ce qui témoigne d'une mauvaise organisation du service et une méfiance vis-à-vis du personnel soignant. Il est à souligner le comportement négatif de ce personnel et l'inconfort des conditions du lieu d'attente. On note par ailleurs l'inexistence d'une salle d'attente, d'un hangar pour la protection contre les intempéries. Les **66,70 %** du personnel n'approuvent pas les conditions d'hospitalisations dues à l'exiguïté, la vétusté et l'hygiène des locaux.

Enfin, suite à cette analyse nous sommes arrivés à la réflexion que l'amélioration de l'accueil à l'Unité d'Accueil des Urgences et de Tri ne peut se faire sans l'implication du personnel, la formation du personnel en accueil et l'amélioration des conditions de travail. Dans cette logique nous avons élaboré un projet pour renforcer les capacités du personnel sur l'accueil et sa mise en œuvre a été pilotée par le Chef de l'unité d'accueil des Urgences et le chargé du SIS.

La mobilisation des ressources financières auprès des partenaires a été effectuée par le Médecin chef du Centre.

Mais quelques heures consacrées à cette problématique ne permettent pas de tout examiner, de tout recenser. D'autres études ultérieures devraient permettre d'approfondir les aspects non élucidés.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

## **A OUVRAGES**

- 1- Gestion de projet 50 outils pour agir, 3<sup>e</sup> édition 2014, p.146-152
- 2- Guide de gestion des centres de santé en mode décentralisé TOME I Centre de Santé Communautaire (CSCOM) 2<sup>ème</sup> édition 2012, p.
- 3- Guide de gestion des centres de santé en mode décentralisé TOME II Centre de Santé de Référence (CSREF ou Hôpital de District) 2<sup>ème</sup> édition 2012, p.10-13
- 4- Guide d'opérationnalisation des compétences transférées de l'Etat aux collectivités territoriales des niveaux commune et cercle en matière de santé 2<sup>ème</sup> édition 2012

## **B MEMOIRES ET THESES**

- 5- ABDOULAYE SALIOU DIALLO : « Contribution à l'amélioration à la gestion des malades hospitalisés dans le service d'accueil des Urgences cas de Hôpital Principal de Dakar » mémoire MBA GSS.
- 6- A.PAUL DEUPHIN- Gestion Hospitalière avril 1995 [13]
- 7- BREHIMA KEITA (2014) : « Contribution à l'amélioration de l'accueil des patients et accompagnateurs dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel TOURE au Mali » mémoire MBA GSS.
- 8- DRAMANE D SANOGO (2014): « Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil dans le service des urgences médicales du centre santé de référence de Sikasso » mémoire MBA GSS.
- 9- DRAMANE TRAORE : « Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil à Hôpital Principal de Dakar : cas de la radiologie et d'imagerie médicale » mémoire MBA GSS.
- 10- EL HADJI MALE : « Approche stratégique pour l'amélioration de la qualité de l'accueil des Urgences dans les Centres hospitaliers régionaux niveau II : cas de hôpital NDIOUM au Sénégal »
- 11- KHADESSA SY DIAO (2007): « l'amélioration de l'accueil, élément pour une prestation de service de qualité : exemple de hôpital militaire de OUAKAM » DESS GSS.
- 12- MADANI S TALL (2014): « Contribution à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes vivant avec VIH au centre de traitement ambulatoire de l'ONG WALE de Ségou » mémoire MBA GSS.
- 13- MAIGA NAYA COULIBALY. « Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil à l'hôpital Gabriel Touré de Bamako (Cas du service de pédiatrie), Mémoire de gestion hospitalière CESAG 2004 »

- 14- MARCELLE ATTOUMOH (2005): « Contribution à l'amélioration de l'accueil au niveau du service des urgences porte de hôpital principal de DAKAR » mémoire DESS GSS.
- 15- MARIAMA DIEDHOU (2007): « Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil par réduction du temps d'attente avant la consultation du service des urgences porte de hôpital principal de DAKAR » DESS GSS.
- 16- MULAMBA PATIENT ENINGA « Problématique de l'accueil du malade dans un milieu hospitalier et son impact sur la qualité de soins. Cas de l'hôpital général de référence d'Uvira en RDC » mémoire Institut Supérieur des Techniques Médicales d'Uvira.
- 17- NIBIZERE EMIL (2013): « Contribution à la réduction du temps d'attente des patients au service d'accueil des urgences du Centre Hospitalier National Universitaire de FANN Sénégal » mémoire DESS GSS.
- 18- SAID DRISSI DRISS. « Facteurs influençant le processus de prise en charge des patients au niveau d'un service des urgences : cas de l'hôpital Mohamed V de Casablanca » Mémoire Institut National d'Administration Sanitaire.
- 19- ISSA DIARRA « Evaluation de la prise en charge de la malnutrition aigue sévère des enfants de 06 à 59 mois à URENI du Centre de Santé de Référence de Koutiala au Mali » Thèse de médecine 2015.
- 20- ERIC FELTEN « Mise en Place d'une démarche qualité au Service d'Accueil des Urgences du CHU de Nancy » Thèse de Médecine 2001.
- 21- DEHON M, GOSSEE JP, MEIRESONNE A.

### **C. TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES**

- 22- Guide d'opérationnalisation du Décret n 02-314/ P-RM du 4 juin 2002 fixant les détails des compétences transférées de l'Etat aux collectivités territoriales des niveaux commune et cercle en matière de santé
- 23- Guide du bon accueil dans les services de santé, ministère de la santé et hygiène publique Février 2015 (Mali)
- 24- Loi no 02-049 du 22 juillet 2002 portant Loi d'orientation sur la santé et la consolidation des acquis.

### **D. AUTRES DOCUMENT**

- 25- Cour des comptes : Les urgences médicales, constats et évolution récente, rapport public annuel - 08 février 2007 – (france)

- 26-** HABIBA GARGA, PR PIERRE ONGOLO-ZOGO « Améliorer l'Accueil et la Prise en Charge dans les Services d'Accueil des Urgences (SAU) des Hôpitaux Nationaux et Régionaux au Cameroun » Année 2013.
- 27-** TALL AMADOU MOUNTAGA « Conférence sur cinquantenaire de l'accession du Mali à la souveraineté Nationale animée par l'Association des Ressortissants et Sympathisants du cercle de Koutiala ».
- 28-** DNSI Quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat du Mali : RGPH.2009 (Résultats provisoires) ; Juillet 2009 ; 30p.
- 29-** Documents préparatoires des États généraux de la DEP
- 30-** GILBERT BOSSA, Cours de contrôle de gestion et gestion financière, CESAG-GSS-2016
- 31-** GILBOY N, TANABE P, TRAVERS DA, ROSENAU AM, EITEL DR: Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook. AHRQ Publication No. 050046-2, May.2005.-.(<http://www.ahrq.gov/research/esi/index.html>)
- 32-** GILLET J.B : Les fausses urgences un vrai problème ? Revue hospitals. Belgique, N° 1, Volume 2, 2004 - (<http://www.abhbvz.be/français/revue/index.html>)
- 33-** JEAN MARTIN COLY, Méthode de résolution des problèmes, CESAG-GSS-2016
- 34-** Les plaintes de patients constituent-elles un indicateur utile pour l'amélioration de la qualité des soins? Gestions hospitalières, 1996 ; 5 : 389-92.
- 35-** MANFOUNI MOUSSAVOU JEAN CLAUDE « l'accueil en milieu Hospitalier » Assemblée Générale Annuelle du SIDIIEF Libreville (Gabon), 06-10 Mai 2013
- 36-** « Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser » Année 2014
- 37-** Rapport d'activité. Centre de Santé de Référence de Koutiala, Année 2014
- 38-** Système d'information sanitaire du Centre de Santé de Référence de Koutiala.

## **E. WEBOGRAPHIE**

### **Article de presse :**

- 39-** ALBADIA DICKO **article publié** 7 Sep 2012 « Mauvais accueil des patients dans les hôpitaux : Cas de l'hôpital du Quartier Mali » consulté le 18/08/16

<http://www.maliweb.net/sante/mauvais-accueil-des-patients-dans-les-hopitaux-cas-de-lhopital-du-quartier-mali-90266.html>

**40- OUESTAF News article publié** 13 Mai 2016 « Sénégal : mauvaise qualité de l'accueil en milieu hospitalier », consulté le 17/08/16

[http://www.ouestaf.com/Senegal-mauvaise-qualite-de-l-accueil-en-milieu-hospitalier\\_a6022.html](http://www.ouestaf.com/Senegal-mauvaise-qualite-de-l-accueil-en-milieu-hospitalier_a6022.html)

**41- SALEMATOU DIALLO article ENQUETE SANTE publié le** 07.05.2016 13:07 par [www.guineeconakry.info](http://www.guineeconakry.info) consulté le **08/09/16**

**Site internet :**

**42- ↑ (en)** « *ER Wait Time Problems Widespread* » [archive], sur *ABC News*, 28 juin 2007 (consulté le 17 Septembre 2016)

**43- ↑ (en)** « *Emergency Department Wait Times Vary By State, Study Finds, USA* » [archive], sur *Medical News Today*, 3 juin 2006 (consulté le 17 Septembre 2016)

**44- « Société Française de Médecine d'Urgence. L'organisation de l'aval des urgences : état des lieux et propositions »** Mai 2005.

[http://www.sfmou.org/documents/ressources/referentiels/Aval\\_SU\\_SFMU\\_mai\\_2005.pdf](http://www.sfmou.org/documents/ressources/referentiels/Aval_SU_SFMU_mai_2005.pdf)

**45- [http://planificationfamiliale-burkinafaso.net/docs/4\\_D%E2%80%99ASSURANCE%20QUALITE%20En%20Sante.pdf](http://planificationfamiliale-burkinafaso.net/docs/4_D%E2%80%99ASSURANCE%20QUALITE%20En%20Sante.pdf)**  
consulté le 17/08/2016 « Burkina Faso »

**46- <http://www.fiducial.fr/Comptabilite-gestion-et-obligations-juridiques/Qu-est-ce-qu-un-budget-previsionnel>** consulté le 15/10/16

**47- <http://www.endvawnow.org/fr/articles/330-quest-ce-que-le-suivi-et-evaluation-.html>**  
consulté le 15/10/16

**48- [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)**, consulté le 08/09/2016

**49- [www.statistiques-mondiales.com/mali](http://www.statistiques-mondiales.com/mali)** consulté le 08/09/2016

**50- [www.wikipedia.org/wiki/Sikasso](http://www.wikipedia.org/wiki/Sikasso)** consulté le 08/09/2016

**51- [www.google.com](http://www.google.com)**, dernière consultation en ligne le 08/09/2016

**52- [www.mapsofworld.com](http://www.mapsofworld.com)**

## **TABLE DES MATIERES**

DEDICACE ET REMERCIEMENTS :.....	i
LISTES DE SIGLES ET DES ABREVIATIONS :.....	I
LISTE DES TABLEAUX :.....	II
LISTE DES GRAPHIQUES ET FIGURES :.....	III
LISTE DES ANNEXES :.....	IV
INTRODUCTION :.....	1
PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE/ IDENTIFICATION DU PROBLEME ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	
CHAPITRE I : ANALYSE SITUATIONNELLE ET IDENTIFICATION DU PROBLEME.....	3
1. Généralités .....	4
1.1. Contexte géographique et démographique.....	4
1.2 Situation Socio-économique.....	4
1.3 Région de Sikasso.....	6
1.4 Cercle de Koutiala.....	7
1.5. Politique nationale de sante et l'organisation du système de sante .....	13
1.6 Présentation du district sanitaire de Koutiala .....	17
1.7. Synthèse de l'analyse situationnelle :.....	30
2. Identification et analyse des problèmes :.....	32
2.1. Identification des problèmes :.....	32
2.1.1. Choix et priorisation des problèmes :.....	32
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE .....	35
2.1 Analyse du problème.....	35
2.1.1 Enoncé du problème.....	35
2.1.2 Problème spécifique.....	36
2.1.3 Ampleur du problème.....	37
2.1.4 Conséquence du problème.....	38
2.1.5 Justification et intérêt de l'étude problème.....	38
2.1.6 But de l'étude .....	39
2.2 Objectifs de l'étude.....	39
2.2.1 Objectif général.....	39
2.2.2 Objectifs spécifiques.....	39

---

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

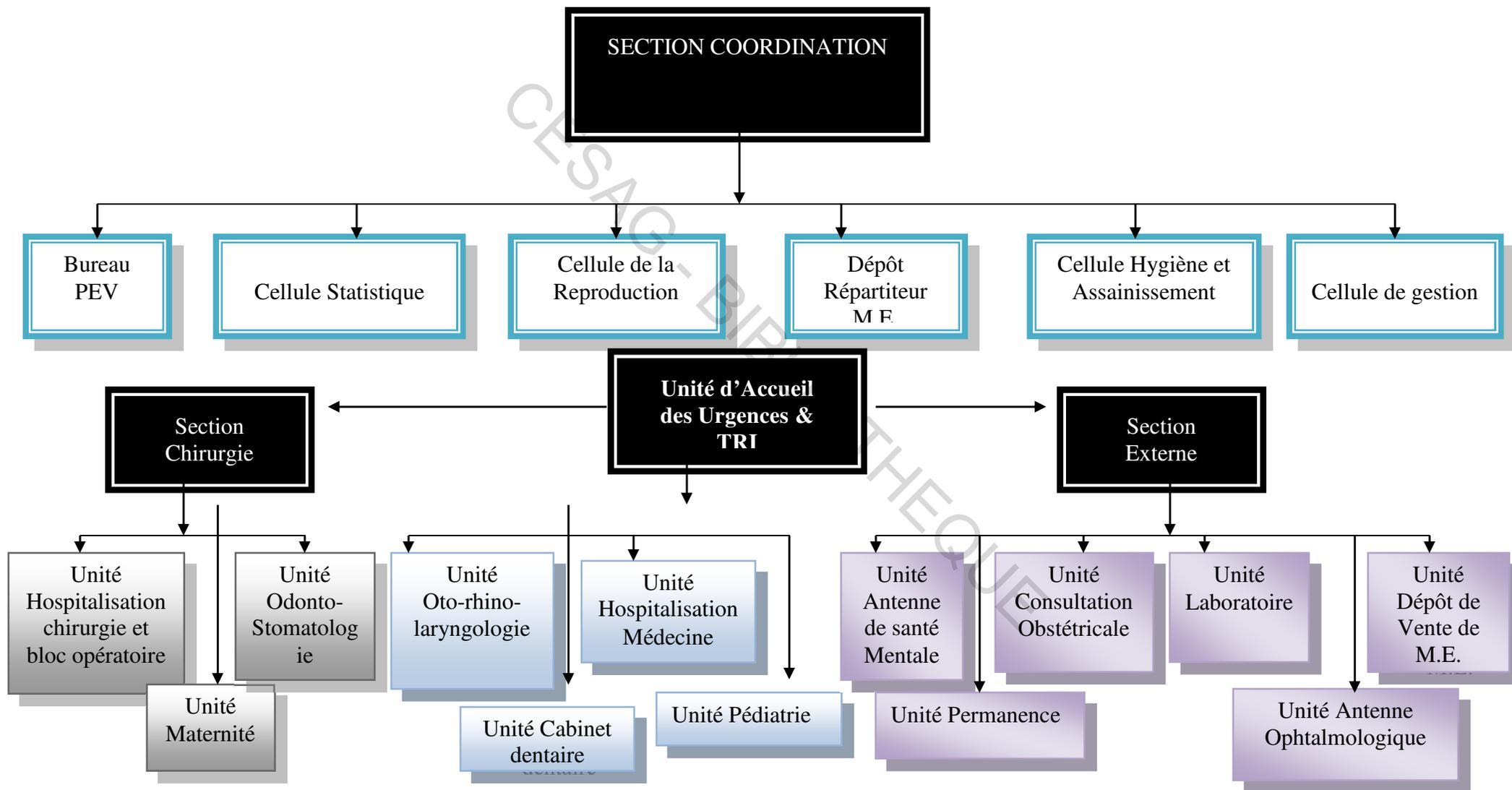
CHAPITRE III : METHODOLOGIE DE L'ENQUETE .....	41
3.1 Description de la méthodologie.....	41
3.2.1 Type d'étude .....	41
3.2.2 Méthode d'enquête .....	41
3.2.3 Outils de présentation des données .....	41
3.3 Critères de décision ... ..	41
3.4 Stratégie de recherche ... ..	41
3.5 Revue documentaire... ..	42
3.6 Déroulement de l'étude.....	42
3.7 Dépouillement et Traitement des données.....	43
3.8 Considération Ethique.....	43
3.9 Difficultés et contraintes de l'étude.....	43
CHAPITRE IV : LES RESULTATS DE L'ENQUETE : .....	44
4.1 Résultats de l'enquête auprès des usagers : .....	44
4.2 Résultats de l'enquête auprès du personnel : .....	47
4.3 Analyse des résultats.....	49
4.3.1 Analyse des résultats des usagers : .....	49
4.3.2 Analyse des résultats du personnel : .....	50
TROISIEME PARTIE : DETERMINATION DES CAUSES-IDENTIFICATION DES SOLUTIONS ET LEURS PRIORISATIONS	
CHAPITRE V : DETERMINATION ET ANALYSE DES CAUSES ET LEURS PRIORISATIONS : .....	53
5.1 Présentation de l'outil : .....	53
5.2 Identification et analyse des causes liées au problème : .....	53
5.2.1 Revue de la littérature : .....	53
5.2.2 Causes liées au problème : .....	54
CHAPITRE VI : IDENTIFICATIONS DES SOLUTIONS POSSIBLES ET LEUR PRIORISATION .....	58
6.1 Identification des solutions : .....	58
6.2 Priorisation des solutions retenues : .....	58
6.3 Analyse des solutions retenues : .....	59

---

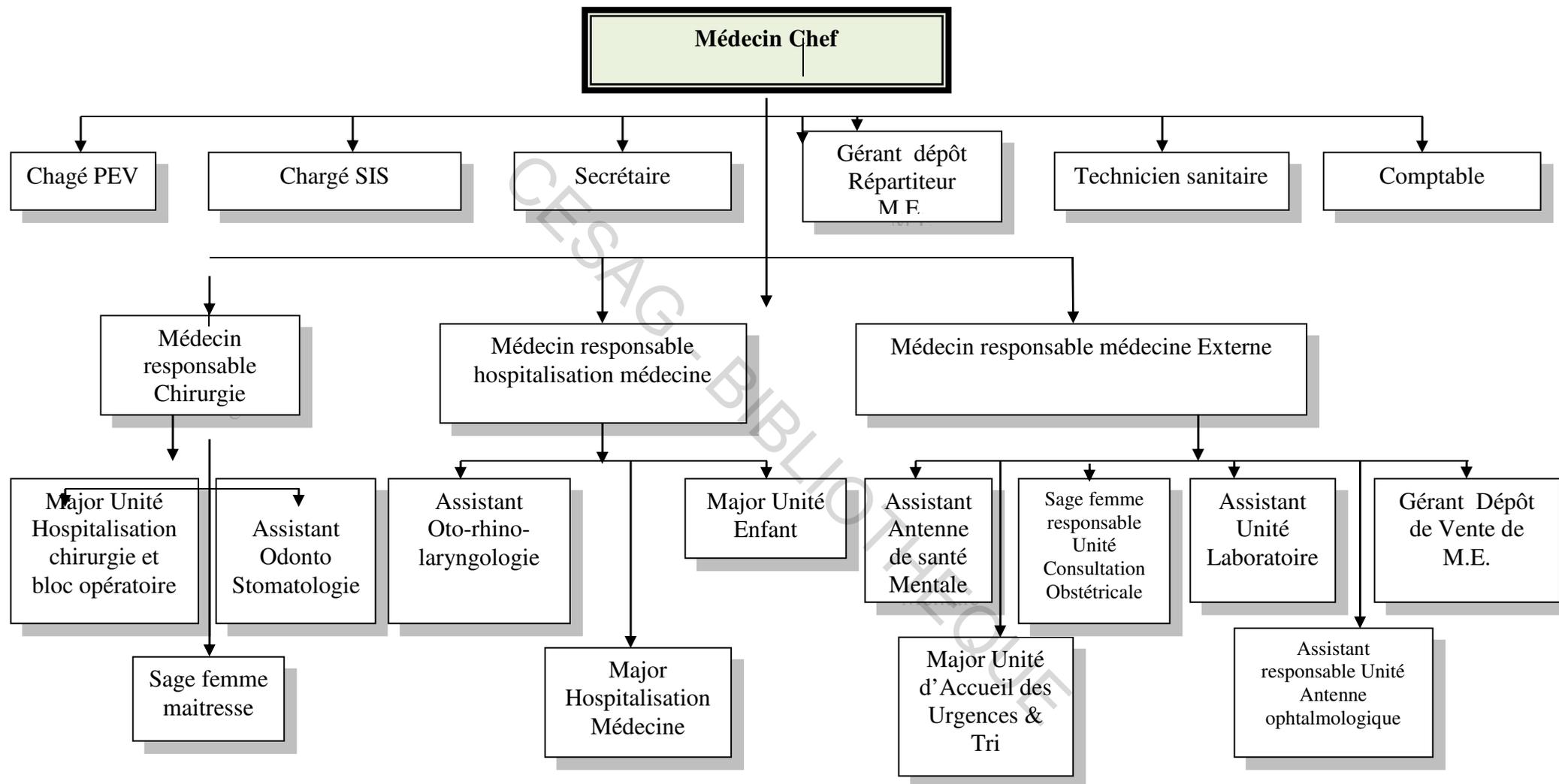
CHAPITRE VII : PLAN DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA	
SOLUTION :.....	61
7.1 Justification de la solution retenue :.....	61
7.2 Objectif du projet :.....	61
7.2.1 Objectif général :.....	61
7.2.2 Objectifs spécifiques :.....	61
7.3 Cadre logique :.....	62
7.3.1 Plan de contribution :.....	66
7.3.2 Eléments indispensables :.....	66
7.3.3 Eléments optionnels :.....	66
7.4 Plan d'actions opérationnel :.....	68
7.4.1 Diagramme de GANTT :.....	68
7.5 Budget :.....	69
7.6 Suivi et évaluation :.....	71
7.7 Mise en œuvre de la solution :.....	73
RECOMMANDATIONS :.....	74
CONCLUSION :.....	76
REFERENCES :.....	78
TABLE DES MATIERES :.....	83
ANNEXES :.....	86

# ANNEXES

## ORGANIGRAMME DE STRUCTURE CSREF DE KOUTIALA



**ORGANIGRAMME DE FONCTION CSREF DE KOUTIALA**



**FICHE D'ENQUETE PATIENTS ET ACCOMPAGNANTS**

Fiche d'enquête :

N° :

Service :

<b>1. Patients :</b>	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Age : Statut : marié <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/>
<b>2. Quel est votre niveau d'instruction ?</b>	Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Supérieur <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/>
<b>3. Comment jugez-vous l'accessibilité géographique du Service ?</b>	Très facile : <input type="checkbox"/> Facile : <input type="checkbox"/> Très difficile : <input type="checkbox"/> Difficile : <input type="checkbox"/>
<b>4. Par quel moyen avez-vous accédé au Csref ?</b>	Ambulance : <input type="checkbox"/> Véhicule personnel : <input type="checkbox"/> Sapeurs-Pompiers : <input type="checkbox"/> Moto : <input type="checkbox"/> Autres : <input type="checkbox"/>
<b>5. Comment jugez-vous l'accueil à votre arrivée ?</b>	Très agréable <input type="checkbox"/> Agréable <input type="checkbox"/> Peu agréable <input type="checkbox"/> Pas du tout agréable <input type="checkbox"/>
<b>6. Avez-vous été confronté à un problème de place ?</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>7. Comment trouvez-vous le délai d'attente des patients au niveau des box de consultation ?</b>	Trop long <input type="checkbox"/> Long <input type="checkbox"/> Raisonnable <input type="checkbox"/>
<b>8. Avez-vous été consulté par :</b>	Médecin <input type="checkbox"/> Infirmier <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>

9. Avez-vous reçu des informations sur le fonctionnement des urgences Heure de visite, condition d'accès dans les salles, hangar de sieste pour accompagnant ?	Oui	<input type="checkbox"/>
	Non	<input type="checkbox"/>
10. Avez-vous reçu des informations sur les conditions d'hébergement ?	Oui	<input type="checkbox"/>
	Non	<input type="checkbox"/>
11. Avez-vous été confronté à des difficultés pendant votre séjour d'hébergement ?	Oui	<input type="checkbox"/>
	Non	<input type="checkbox"/>
12. Comment jugez-vous la disponibilité du personnel ?	<b>Jour</b>	
	Très satisfaisante	<input type="checkbox"/>
	Satisfaisante	<input type="checkbox"/>
	Non satisfaisante	<input type="checkbox"/>
	<b>Nuit</b>	
	Très satisfaisante	<input type="checkbox"/>
Satisfaisante	<input type="checkbox"/>	
Non satisfaisante	<input type="checkbox"/>	
13. Comment jugez-vous l'accessibilité financière du service ?	Très satisfaisante	<input type="checkbox"/>
	Satisfaisante	<input type="checkbox"/>
	Non satisfaisante	<input type="checkbox"/>
14. Comment jugez-vous le mode de paiement au Csref/Kla ?	Très bon	<input type="checkbox"/>
	Bon	<input type="checkbox"/>
	Acceptable	<input type="checkbox"/>
	Mauvais	<input type="checkbox"/>
15. Comment trouvez-vous le circuit des patients ?	Très satisfaisant	<input type="checkbox"/>
	Satisfaisant	<input type="checkbox"/>
	Non satisfaisant	<input type="checkbox"/>
16. Comment trouvez-vous le délai d'attente des patients au Laboratoire ?	Trop long	<input type="checkbox"/>
	Long	<input type="checkbox"/>
	Raisonnable	<input type="checkbox"/>
17. Comment trouvez-vous le délai d'attente des patients à l'administration ?	Trop long	<input type="checkbox"/>
	Long	<input type="checkbox"/>
	Raisonnable	<input type="checkbox"/>
18. Comment trouvez-vous le délai d'attente des patients au niveau de la pharmacie ?	Trop long	<input type="checkbox"/>
	Long	<input type="checkbox"/>

	Raisonnable <input type="checkbox"/>
<b>19.</b> Quelle appréciation faites-vous du délai d'attente global au Cresf/Kla ?	Trop long <input type="checkbox"/>
	Long <input type="checkbox"/>
	Raisonnable <input type="checkbox"/>
<b>20.</b> Comment trouvez –vous le flux des patients à l'hospitalisation	Trop grand <input type="checkbox"/>
	Grand <input type="checkbox"/>
	Moyen <input type="checkbox"/>
	Faible <input type="checkbox"/>
<b>21.</b> Comment jugez-vous l'organisation du travail du Cresf/Kla ?	Excellente <input type="checkbox"/>
	Acceptable <input type="checkbox"/>
	Mauvaise <input type="checkbox"/>
<b>22.</b> Les agents sont –ils ponctuels au Cresf/Kla :	Ponctuel <input type="checkbox"/>
	Pas ponctuel <input type="checkbox"/>
<b>23.</b> Comment trouvez-vous le personnel du Cresf/Kla	Très bon <input type="checkbox"/>
	Bon <input type="checkbox"/>
	Passable <input type="checkbox"/>
	Mauvais <input type="checkbox"/>
<b>24.</b> Comment jugez –vous la qualité de soins offerts par les prestataires ?	Très bon <input type="checkbox"/>
	Assez bon <input type="checkbox"/>
	Bon <input type="checkbox"/>
	Pas du tout bon <input type="checkbox"/>
<b>25.</b> Comment trouvez le montant des forfaits du Cresf/Kla ?	Très Acceptables <input type="checkbox"/>
	Acceptable <input type="checkbox"/>
	Inacceptable <input type="checkbox"/>

**26.** Comment trouvez-vous position géographique Cresf/Kla ?

/...../

**27.** Qu'est-ce que vous avez le plus apprécié dans votre accueil ?

/...../

**28.** Qu'est-ce que vous avez le moins apprécié dans votre accueil ?

/...../

29. Quelles sont les principales causes de non qualité dans la prise en charge des patients au Cresf/Kla ?

/...../

30. Avez-vous des suggestions pour améliorer la qualité de prise en charge des patients?

/...../

Quelles appréciations faites –vous :

	Très Satisfaisant	Satisfaisant	Non Satisfaisant
a. De l'orientation à l'intérieur du Cresf/Kla :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. De l'attitude du personnel :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. De l'attitude du personnel à l'accueil :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. De l'attitude du personnel dans l'ensemble :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Lors des formalités administratives :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. De l'information donnée par le Médecin :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. De la propreté des locaux :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. De la propreté des toilettes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je vous remercie !

**GUIDE D'OBSERVATION ADRESSE AUX PERSONNELS  
AMELIORATION DE LA QUALITE DE L'ACCUEIL**

Fiche :

N° :

Fonction :

Service :

1. Existe-il un service d'accueil ?	Oui	<input type="checkbox"/>
	Non	<input type="checkbox"/>
2. Existe-il un protocole d'accueil ?	Oui	<input type="checkbox"/>
	Non	<input type="checkbox"/>
3. Le prestataire est-il sur présent à l'arrivée du patient ?	Oui	<input type="checkbox"/>
	Non	<input type="checkbox"/>
4. Le prestataire est-il disponible à la sollicitation du patient?	Oui	<input type="checkbox"/>
	Non	<input type="checkbox"/>
5. Un lit est systématiquement donné au malade ?	Oui	<input type="checkbox"/>
	Non	<input type="checkbox"/>
6. Le patient a-t-il été enregistré et porte-t-il un numéro d'ordre?	Oui	<input type="checkbox"/>
	Non	<input type="checkbox"/>
7. La prise en charge est-elle systématique ?	Oui	<input type="checkbox"/>
	Non	<input type="checkbox"/>
	Si non :	
	présentation de ticket	<input type="checkbox"/>
Avec une fiche d'évacuation	<input type="checkbox"/>	
Autres	<input type="checkbox"/>	
8. Combien de temps le patient a-t-il mis avant qu'on ne commence sa prise en charge en minutes ?	/.....mn /	
9. Le médecin cherche-t-il le caractère d'indigence du patient avant la prise en charge ?	Oui	<input type="checkbox"/>
	Non	<input type="checkbox"/>
10. Exist-il un kit d'urgence ?	Oui	<input type="checkbox"/>
	Non	<input type="checkbox"/>
11. L'hébergement des malades se passe-t-il dans les conditions souhaitées ?	Oui	<input type="checkbox"/>
	Non	<input type="checkbox"/>
12. Combien de malade recevez-vous en moyenne par	/...../	
13. Quelle est la charge de votre travail	Très élevé	<input type="checkbox"/>

	Elévé <input type="checkbox"/>
	Moyen <input type="checkbox"/>
	Faible <input type="checkbox"/>
<b>14. Avez-vous reçu des plaintes ?</b>	Oui <input type="checkbox"/>
	Non <input type="checkbox"/>
	Si oui par :
	Patients <input type="checkbox"/>
	Accompagnants <input type="checkbox"/>
<b>15. Le bénéficiaire éprouve-t-il une satisfaction ? fait-il preuve de courtoisie ?</b>	Oui <input type="checkbox"/>
	Non <input type="checkbox"/>

**16. Avez-vous des suggestions pour l'amélioration de la qualité de votre travail ?**

/.....  
 .....  
 ..... /

Je vous remercie !