

Ministère de l'Enseignement Supérieur et  
de la Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

\*\*\*\*\*



**U.S.T.T-B**

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

(FMOS)



Année universitaire 2014 - 2015

N° /...../

### THESE DE MEDECINE

## Qualité de la Prise en Charge des Enfants de moins de 5 ans pendant les Gardes dans le district de Bamako

Présentée et soutenue publiquement le /03/02/2015

Devant la faculté de médecine et d'odontostomatologie.

Par : M. Moussa Tonko SIDIBE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'état)

## JURY

Président : Pr Abdoulaye Ag RHALY

Membre : Dr El Hadji Drissa KONE

Co-directeur : Dr Amadou DIA

Directeur de thèse : Pr Hamadoun SANGHO

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 - 2014

**ADMINISTRATION**

DOYEN: **ANATOLE TOUNKARA †** - PROFESSEUR

VICE-DOYEN : **IBRAHIM I. MAIGA** - PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL : **MAHAMADOU DIAKITE-** MAITRE DE CONFERENCE

AGENT COMPTABLE : **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL** - CONTROLEUR DES FINANCES

**LES PROFESSEURS A LA RETRAITE**

Mr Alou BA †	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique

Gastr

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie

## **LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE**

### **D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

#### **1. PROFESSEURS**

Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP †	Chirurgie Générale, <b>Chef de D.E.R</b>
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie – Réanimation

## **2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie. Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Mohamed KEITA	ORL

---

Mr Mady MACALOU Orthopédie/Traumatologie

Mme TOGOLA Fanta KONIPO † ORL

Mr Ibrahim ALWATA Orthopédie - Traumatologie

Mr Sanoussi BAMANI Ophtalmologie

---

Mr Tiemoko D. COULIBALY Odontologie

Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
Mr Bouraïma MAIGA	Gynéco/Obstétrique
Mr Niani MOUNKORO Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie - Traumatologie

Mr Aly TEMBELY

Urologie

---

Mr Samba Karim TIMBO	ORL
----------------------	-----

Mr Souleymane TOGORA

Odontologie

---

Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-réanimation
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale

**3. MAITRES ASSISTANTS**

Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr Boubacary GUINDO	ORL
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie

Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mr Drissa KANIKOMO	Neuro Chirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	ORL
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
Mr Aladji Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mme Fadima Koréissy TALL	Anesthésie Réanimation
Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
Mr Tioukany THERA	Gynécologie
Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mr Boubacar BA	Odontostomatologie
Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
Mr Siaka SOUMAORO	ORL
Mr Honoré jean Gabriel BERTHE	Urologie
Mr Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale

Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale

#### **4. ASSISTANTS**

Mr. Drissa TRAORE	Anatomie
-------------------	----------

### **D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES**

---

#### **1. PROFESSEURS**

Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie – Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA †	Immunologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Sékou F.M. TRAORE <b>DER</b>	Entomologie Médicale <b>Chef de</b>
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie

#### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie -Mycologie

Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Bakarou KAMATE	Anatomie Pathologie

### **3. MAITRES ASSISTANTS**

Mr Bakary MAIGA	Immunologie
-----------------	-------------

### **4. ASSISTANTS**

Mr Mamadou BA Médicale	Biologie, Parasitologie Entomologie
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
Mr Issa KONATE	Chimie Organique
Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
Mr Mamoudou MAIGA	Bactériologie
Mr Harouna BAMBA	Anatomie Pathologie
Mr Sidi Boula SISSOKO	Hysto-Embryologie
Mr Bréhima DIAKITE	Génétique
Mr Yaya KASSOUGUE	Génétique
Mme Safiatou NIARE	Parasitologie
Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie
Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
M. Aboubacar Alassane Oumar	Pharmacologie

M. Seidina Aboubacar Samba DIAKITE Immunologie

M. Sanou Khô Coulibaly Toxicologie

## **D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

### **1. PROFESSEURS**

Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses <b>Chef de DER</b>
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie

### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE †	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie/Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépto Gastro-Entérologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr Anselme KONATE	Hépto Gastro-Entérologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Boubacar TOGO	
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie

### **3. MAITRES ASSISTANTS**

Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie
Mr Ilo Bella DIALL	Cardiologie
Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie
Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
Mr Salia COULIBALY	Radiologie
Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie
Mr Japhet Pobanou THERA	Médecine Légale/Ophthalmologie

#### **4. ASSISTANTS**

Mr Drissa TRAORE	Anatomie
------------------	----------

#### **D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE**

##### **1. PROFESSEUR**

Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie, <b>Chef de D.E.R.</b>
-------------------	--------------------------------------

## **2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Mamadou Soun calo TRAORE	Santé Publique
Mr Jean TESTA	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique

## **2. MAITRES ASSISTANTS**

Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Ousmane LY	Santé Publique
Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médecine

## **3. ASSISTANTS**

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale
Mr Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
Mr Abdrahamane COULIBALY	Anthropologie médicale

## **CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Cheick O. DIAWARA	Bibliographie
Mr Ousmane MAGASSY	Biostatistique

Mr Ahmed BAH Chirurgie dentaire

Mr Mody A CAMARA Radiologie

---

Mr Bougady	Prothèse scellée
Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies infectieuses
Mr Rouillah DIAKITE	Biophysique et Médecine Nucléaire
Mme Djénéba DIALLO	Néphrologie
Mr Alou DIARRA	Cardiologie
Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
Mme Assétou FOFANA	Maladies infectieuses
Mr Seydou GUEYE	Chirurgie buccale
Mr Abdoulaye KALLE	Gastroentérologie
Mr Amsalah NIANG	Odonto-Préventive et sociale
Mr Mamadou KAREMBE	Neurologie
Mme Fatouma Sirifi GUINDO	Médecine de Famille
Mr Alassane PEROU	Radiologie
Mme Kadidia TOURE	Médecine dentaire

Mr Oumar WANE

Chirurgie dentaire

**ENSEIGNANTS EN MISSION**

---

Pr. Lamine GAYE

Physiologie

## **Dédicaces et remerciements**

## **DEDICACES**

A **Allah** le Tout Puissant, le Clément, le Miséricordieux par Ta bonté et Ta grâce, Tu m'as permis de mener à terme ce travail et voir ce jour, que j'attendais tant.

Qu'ALLAH me pardonne pour toutes les imperfections que j'aurai fait depuis le début de ce travail.

Au Prophète **Mohamed** paix et salut sur lui (PSL) ainsi qu'à tous ceux qui lui sont chers. Que mon dernier mot sur ce bas monde soit la prononciation du <<CHAHADA >>

**A mon beau pays, le MALI** : dont la générosité m'a permis d'avoir une scolarité aussi poussée que j'ai souhaité. Que Dieu me donne la force, le courage et surtout le temps nécessaire pour pouvoir le servir avec loyauté et dévouement exemplaire.

**A mes défunts parents** (Tonko, Fanta SIDIBE et Naténin DIOMANTE)

Chers parents, ma joie serait plus grande si vous étiez présent parmi nous. Les mots m'ont toujours manqué pour exprimer toute l'affection que j'ai pour vous, votre valeur humaine, votre croyance, votre amour pour vos prochains m'ont inspiré et guidé, à apprendre un métier sacerdotal : La médecine.

Et grâce à vous, j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, la probité, le respect de soi et des autres, la rigueur et la loyauté. Vos innombrables sacrifices ont été une véritable preuve d'amour pour les enfants et il va de soit que vous en récoltiez les fruits ; ce travail en est un.

Une fois de plus j'aurai voulu que vous restez pendant très longtemps à nos côtés, mais rien ne peut vaincre la volonté de DIEU ; dormez en paix chères mamans et cher papa, que Dieu vous accepte dans son paradis ; amen.

**Au Lieutenant Amara SIDIBE et famille**

Vos conseils plein de vertus et votre aide précieuse durant ma formation initiale à ce jour, n'ont jamais fait défaut. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

**A mes tantes et à mes tontons**

Vos attachements pour une famille unie et prospère font de vous des parents très aimables. Vos bénédictions et vos encouragements ne m'ont jamais fait défaut, durant la réalisation de ce travail. Retrouvez à travers ce travail, l'expression de ma profonde reconnaissance.

**A mes frères, sœurs et à tous ce qui ont grandi la famille par le lien de mariage**

Merci beaucoup pour vos sacrifices, vos conseils et votre sympathie me réconfortent. Toujours reconnaissant, je prie que Dieu le Tout Puissant serre davantage nos liens fraternels et nous maintienne unis, sur la voie tracée par nos parents afin de pérenniser le succès.

Je vous prie d'accepter l'expression de mon fraternel attachement.

**A tous mes neveux et nièces**

Je ne citerais pas de nom au risque d'en oublier. Que l'esprit d'unité qui règne entre nous se maintienne pour toujours.

**A tous mes cousins et cousines**

Ce travail est aussi le fruit de vos critiques et votre confiance placée à ma personne.

**A ma fiancée, Aïcha TEME**

Ce travail est le votre, résultats de votre patience et de tes encouragements. En ce beau jour, je prie le bon Dieu, qui nous a guidé l'un vers l'autre, d'éclairer le chemin que nous avons choisi de parcourir ensemble ; pour l'amour du Prophète Mohamed (PSL).

**A mes amis (es)**

Votre union au tour de la vérité, du travail bien fait et du respect mutuel, forcent notre admiration et font de nous des frères. Puisse Dieu nous garder aussi longtemps ensemble.

**A la famille TRAORE à Baco Djikoroni Golf**

Le sens de partager, de pardonner et d'aimer, qui animent votre famille, m'ont toujours émerveillé. Qu'Allah dans sa miséricorde veille sur la famille.

## **REMERCIEMENTS**

Je remercie Allah le tout puissant et son prophète Mohamed (PSL) pour m'avoir donné la santé, la force et le courage de mener à bout ce travail.

Cette thèse n'aurait pas vu le jour sans le soutien et le concours de plusieurs personnes, dont les efforts ne sauraient être estimés à leur juste valeur. Il me tient à cœur de leur exprimer ici ma profonde gratitude et leur adresser mes sincères remerciements.

### **Au corps professoral de la FMOS ex FMPOS**

Pour l'encadrement et la qualité de l'enseignement reçus, permettez-moi de vous exprimer toute ma reconnaissance.

### **Aux personnels du CREDOS**

Votre simplicité et votre ouverture d'esprit incitent le travail d'équipe. Soyez-en féliciter et acceptez mes sincères remerciement.

### **Aux directeurs techniques des différentes structures enquêtées**

Pour votre soutien, vos encouragements et surtout la qualité de votre accueil, trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

### **Aux responsables de garde des différentes structures enquêtés**

Je n'oublierai jamais les beaux moments passés ensemble, toute ma gratitude.

### **Tous les personnels du CSCOM-ADASCO commune V**

Pour votre franche collaboration, profonds respects ne m'ont jamais fait défaut durant ma formation ; en particulier à l'équipe de garde du Samedi. Recevez ici toute mon affection et ma reconnaissance.

### **A Docteur Amadou DIA**

Cher maitre, vous avez été bien sur, pour moi un encadreur mais aussi un parent qui fait et veut tous pour la cohésion familiale. Je prie Dieux pour qu'il vous accorde son paradis et que je sois à la hauteur de vos ententes ; amen.

### **A Docteur : Ibrahim TOGOLA, Youssouf SIDIBE, Souleymane Dagnoko, Kolo DIAMOUTENE, Karoukan CAMARA, Kalba PELIABA, Mady KORENZO**

Vous m'avez appris à joindre l'utile à l'agréable. Que Dieu vous en récompense tous.

**Docteur Yaya TRAORE et famille**

Plus qu'un ami, tu es un frère ; merci pour tes encouragements, ton soutien infailible et tes conseils judicieux. Dieu vous apporte santé, paix et réussite dans toutes vos entreprises.

**Au secrétariat du Lycée Mamadou SARR**

Votre soutien logistique et vos conseils ont contribué à faciliter la réalisation de ce travail. Trouvez ici l'expression de ma profonde et sincère reconnaissance.

**A M. Kassoum COULIBALY et à la famille TRAORE à Kalaban Coura**

Merci pour votre humanisme et la confiance placée à ma modeste personne.

**A mes amis et camarades de la faculté**

Pour les durs moments passés ensemble et la qualité de la collaboration.

**A tous ceux qui se reconnaîtront à travers ce travail, merci, qu'Allah nous assiste pour l'amour du Prophète Mohamed (PSL).**

**Hommages aux membres  
du jury**

## **Hommages aux membres du jury**

### **A notre Maître et Président du jury, Pr Abdoulaye AG RHALY**

- ➔ **Professeur honoraire de Médecine interne à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)**
- ➔ **Ancien directeur général de l'Institut Nationale de Recherche en Santé Publique (INRSP)**
- ➔ **Ancien Secrétaire Général de l'Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes endémies (OCCGE)**
- ➔ **Membre du comité d'éthique de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)**
- ➔ **Chevalier international des palmes académiques du Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur (CAMES)**
- ➔ **Docteur HONORIS CAUSA de l'Université de LAVAL au Québec (Canada).**

Cher Maître, l'abnégation avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré votre retraite, nous a honorés.

Cela témoigne encore une fois de plus, l'importance que vous attachez à la formation médicale.

Votre parcours professionnel remarquable, force votre assistance ; ce travail en est un.

Veillez accepter, Cher Maître, toute notre profonde reconnaissance.

Qu'ALLAH vous garde longtemps auprès de nous dans la santé.

**A notre Maître et juge, Dr El Hadji Drissa KONE**

- ➔ **Médecin Pédiatre, Spécialise en Soins Intensif**
- ➔ **Chargé de Cours de Pédiatrie à l'Institut National de Formation en Science de la Santé**
- ➔ **Ancien Médecin chef de l'Unité de Pédiatrie au Centre de Santé de Référence de la Commune V**
- ➔ **Médecin Chef du Centre de Santé de Référence de la Commune IV**

Cher maître, nous sommes très émerveillés, de vous compter parmi ce jury.

Votre qualité humaine, votre enthousiasme, votre modestie et votre rigueur scientifique font de vous un maître exemplaire.

Vos critiques et vos suggestions, apporteront une amélioration de qualité à ce travail.

Permettez nous, cher maître, de vous exprimer notre reconnaissance et notre respect.

**A notre maître et co-directeur de thèse, Dr Amadou DIA**

➔ **Médecin Santé Publique**

➔ **Attaché de la Recherche au Département de la Recherche, au Centre de Recherche, d'étude et de Documentation pour la Suivie de l'enfant (CREDOS)**

Cher maître, les mots nous manquent, pour exprimer avec exactitude, notre profonde admiration et notre profond respect.

Vous nous avez inspiré, assisté et guidé dans l'élaboration de ce travail qui est aussi le votre.

Nous sommes aujourd'hui remplis d'une immense satisfaction d'avoir compté parmi vos cadets et élèves.

Puisse Dieu vous couvre encore de beaucoup de succès.

**A notre maître et directeur de thèse, Pr Hamadoun SANGHO**

- ➔ **Maître de conférences Agrégé en Santé publique ;**
- ➔ **Directeur Général du Centre de Recherche, d'étude et de Documentation pour la Suivre de l'enfant (CREDOS) ;**
- ➔ **Professeur Titulaire de Santé Publique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) ;**
- ➔ **Chef de DER de Santé Publique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS).**

Cher maître, nous ne cesserons de remercier le seigneur pour avoir mis sur notre chemin, un homme aux qualités académiques et professionnelles rarissimes.

Votre dynamisme, votre grande culture scientifique et surtout votre croyance religieux ont forcés notre admiration.

Nous sommes flattés et honorés d'avoir compté parmi vos élèves.

Nous espérons avoir fait honneur à votre qualité incontestable de maître.

Puisse Dieu, vous assistez encore très longtemps.

## TABLE DES MATIERES

### Sigles et Abréviations

### Liste des tableaux

I.	Introduction.....	1
II.	Objectifs .....	4
III.	Généralités .....	6
IV.	Méthodologie.....	17
	Cadre d'étude.....	18
	Type d'étude.....	18
	Période de l'étude.....	18
	Population d'étude.....	18
	Echantillonnage.....	19
	Critères d'inclusion.....	19
	Critères de non inclusion.....	20
	Variables à collecter.....	20
	Techniques de collecte des données.....	20
	Traitement et analyse des données.....	21
	Définitions opératoires.....	21
	Considérations éthiques.....	21
V.	Résultats.....	22
VI.	Commentaires et discussions.....	39
VII.	Conclusion.....	45
VIII.	Recommandations.....	47
IX.	Référence bibliographique .....	49
X.	Annexes.....	53

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau I</b>	Répartition des structures selon l'existence des normes et procédures pour la consultation pédiatrique pendant les gardes	<b>23</b>
<b>Tableau II</b>	Répartition des structures selon la durée de la garde pendant les jours ouvrés et les jours fériés	<b>23</b>
<b>Tableau III</b>	Répartition des structures selon les horaires de la garde	<b>24</b>
<b>Tableau IV</b>	Répartition des structures selon l'organisation des équipes de garde	<b>24</b>
<b>Tableau V</b>	Répartition des structures selon la disponibilité d'équipement pendant les gardes	<b>25</b>
	Répartition des structures selon la disponibilité des 12 médicaments essentiels du paquet minimum d'activité (12 ME PMA) au complet pendant la garde	<b>25</b>
<b>Tableau VII</b>	Répartition des structures selon la disponibilité d'examen complémentaire pendant la garde	<b>26</b>
<b>Tableau VIII</b>	Répartition des structures selon le tri des malades pendant les gardes	<b>26</b>
<b>Tableau IX</b>	Répartition des prescripteurs selon les qualifications	<b>27</b>
<b>Tableau X</b>	Répartition des prescripteurs selon la durée de stage en pédiatrie	<b>27</b>
<b>Tableau XI</b>	Connaissances des prescripteurs selon la prise en charge des enfants de moins de 5 ans	<b>28</b>
<b>Tableau XII</b>	Connaissance de la PCIME nationale par rapport à la qualification des prescripteurs	<b>28</b>
<b>Tableau XIII</b>	Répartition des prescripteurs selon les étapes de démarche diagnostic et les actes	<b>29</b>
<b>Tableau XIV</b>	Répartition des prescripteurs selon les paramètres de prescription chez les enfants	<b>30</b>
<b>Tableau XV</b>	Paramètres de prescription par rapport au profil des prescripteurs	<b>30</b>

<b>Tableau XVI</b>	Répartition des prescripteurs selon l'utilisation de supports thérapeutiques en matière de prescription pédiatrique	<b>31</b>
<b>Tableau XVII</b>	Répartition des prescripteurs selon l'ordre de la consultation pendant la garde	<b>32</b>
<b>Tableau XVIII</b>	profil des prescripteurs par rapport aux facteurs de difficulté diagnostic pendant la garde	<b>33</b>
<b>Tableau XIX</b>	Profil des prescripteurs par rapport aux facteurs de difficulté thérapeutique pendant la garde	<b>33</b>
<b>Tableau XX</b>	Profil des prescripteurs par rapport aux autres facteurs de difficulté pendant la garde	<b>34</b>
<b>Tableau XXI</b>	Opinion des Parents d'enfant selon l'accès géographique à la structure pendant la garde	<b>35</b>
<b>Tableau XXII</b>	Opinion des parents d'enfant selon l'orientation dans la structure pendant la garde	<b>35</b>
<b>Tableau XXIII</b>	Opinion des parents d'enfant selon le coût de la consultation et l'ordonnance médicale pendant la garde	<b>36</b>
<b>Tableau XXIV</b>	Opinion des parents d'enfant selon le temps d'attente et la salutation pendant la garde	<b>36</b>
<b>Tableau XXV</b>	Opinion des parents d'enfant selon la qualité de l'interrogatoire	<b>36</b>
<b>Tableau XXVI</b>	Opinion des parents d'enfant selon l'explication des gestes appliqués par le prescripteur	<b>37</b>
<b>Tableau XXVII</b>	Opinion des parents d'enfant selon les examens complémentaires demandés	<b>37</b>
<b>Tableau XXVIII</b>	Opinion des parents d'enfant selon l'information donnée par le prescripteur	<b>37</b>
<b>Tableau XXIX</b>	Répartition des parents d'enfant selon l'obtention le rendez-vous	<b>38</b>
<b>Tableau XXX</b>	Opinion des parents d'enfant selon l'organisation de la garde	<b>38</b>

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

<b>ASACO</b>	Association de Santé Communautaire
<b>ADASCO</b>	Association de Santé Communautaire de Daoudabougou
<b>ASACODJIP</b>	Association de Santé Communautaire de Djikoroni Para
<b>ASACONIA</b>	Association de Santé Communautaire de Niamakoro
<b>ASACOSABI</b>	Association de Santé Communautaire de Sabalibougou I
<b>ASACOSEK</b>	Association de Santé Communautaire de Sébénikoro
<b>ASACOYIR</b>	Association de Santé Communautaire de Yirimadjo
<b>AMO</b>	Assurance Maladie Obligatoire
<b>CI</b>	Commune I
<b>CII</b>	Commune II
<b>CIII</b>	Commune III
<b>CIV</b>	Commune IV
<b>CV</b>	Commune V
<b>CVI</b>	Commune VI
<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>CSCOM</b>	Centre de Santé Communautaire
<b>CSRéf.</b>	Centre de Santé de Référence
<b>CREDOS</b>	Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant.
<b>FMOS</b>	Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie
<b>FFI</b>	Faisant Fonction d'Interne
<b>GE</b>	Goutte épaisse
<b>IRDES</b>	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
<b>IDE</b>	Infirmier D'Etat
<b>Km<sup>2</sup></b>	Kilomètre carré
<b>LCR</b>	Liquide Céphalo-rachidien
<b>MDSSPA</b>	Ministère du Développement Social, Solidarité et des Personnes Agées
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé

<b>PC</b>	Périmètre Crânien
<b>PB</b>	Périmètre Brachial
<b>PCIME</b>	Prise en charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
<b>TSS</b>	Technicien Supérieur de Santé
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

# Introduction

## **I. INTRODUCTION**

Chaque année 10,6 millions d'enfants meurent avant leur cinquième anniversaire, essentiellement dans les pays en voie développement. Plus de 60% de ces décès sont dus à des maladies transmissibles qui auraient pu être facilement évitées ou prises en charge [1].

En matière de la qualité de la prise en charge, en santé, les pratiques varient d'un pays et d'une culture à l'autre surtout pendant la garde[2].

Une étude récente réalisée auprès des établissements hospitaliers montre que la plupart des professionnels de santé n'ont pas d'idée précise sur la signification de la « qualité ». Par ailleurs, d'après le Baromètre santé 2006, malgré une confiance très forte des Français en leur système de soins (86 % ont le sentiment qu'il est meilleur en France que dans d'autres pays), deux tiers d'entre eux pensent que la qualité des soins en France se détériore. Où la garde constitue 35% des consultations contre 22 % entre 8 et 12 heures en service de pédiatrie [3 ; 4].

Au Congo Brazzaville, les hôpitaux de base sont ouverts 24 heures sur 24 mais ils présentent de nombreux dysfonctionnements surtout pendant les heures de garde : absence de personnel, absence de service de réanimation pédiatrique, rupture fréquente en produits médicaux et paramédicaux. Ainsi, ces hôpitaux de base ne jouent pas correctement leur rôle de filtre, en particulier la nuit. Les consultations de nuit représentent 45,7% des passages aux urgences pédiatriques seulement du CHU de Brazzaville. Comparée au taux d'admission des heures ouvrables 38,1%, la demande de soins se révèle plus importante la nuit [5].

En Centrafrique, la qualité des soins donnés aux enfants est jugée insuffisante pendant la garde, surtout la nuit. Les facteurs limitant la qualité de la prise en charge sont l'insuffisance en nombre du staff, l'équipe infirmière est réduite à une personne et un médecin qui assurent la garde en pédiatrie et en médecine interne ; et la motivation insuffisante du personnel. En hospitalisation, le monitoring de base et les soins infirmiers sont insuffisants, surtout la nuit [6].

Au CHU de Donka en Guinée Conakry, la garde enregistre 53% des décès infantiles entre 20heures à 08heures du matin ; période pendant laquelle la garde n'est assurée que par les internes et les infirmiers anesthésistes seulement [7]

Au Mali, la permanence des soins s'avère importante, avec un taux de consultation à 48,2% des urgences médicales pédiatriques contre 51,8% le

jour. Dans un pays où les principales difficultés liées à la prise en charge des enfants malades dans les formations sanitaires sont l'insuffisance de personnel qualifié, l'absence de médicaments et de matériels d'urgence, les insuffisances dans l'application des recommandations nationales et des directives de l'OMS en rapport avec des conditions de travail difficiles. Y compris les handicaps économiques, un système de tri inadéquat, l'absence de dossiers médicaux et de fiches de suivi **[8 ; 9]**.

Des difficultés de la prise en charge des enfants qui demeurent plus préoccupante dans les structures sanitaires de premier niveau où la grande majorité des prescripteurs étaient des médecins généralistes, les TSS et les IDE surtout pendant la garde **[10]**.

Au constat d'une insuffisance de personnel et de la forte sollicitation des services pendant la garde, identifier et déterminer les attitudes pratiques des prescripteurs pendant les gardes et connaître le plateau technique disponible, seraient un apport important pour la survie des enfants.

# Objectifs

## **II. OBJECTIS**

### **2-1 Objectif général :**

Evaluer la qualité de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans pendant les gardes dans le district de Bamako.

### **2-2 Objectifs spécifiques :**

- Décrire l'organisation des gardes par structure.
- Déterminer les connaissances, attitudes et pratiques des prescripteurs pendant la garde.
- Identifier les facteurs de difficultés diagnostiques et thérapeutiques pendant la garde.
- Mesurer le niveau de satisfaction des parents par rapport à la prestation de la garde.

# Généralités

### III. GENERALITE

#### 3-1 Historique de la prise en charge des enfants :

En 1638 à Paris(France) a été créé le premier hôpital des enfants. Le premier traité de pédiatrie chinois a été rédigé au XII<sup>ème</sup> siècle. En Europe au XVIII<sup>ème</sup> siècle apparaissent les premiers ouvrages de pédiatrie. Le premier hôpital spécifique pédiatrique a été ouvert à Londres en 1769 par George ARMSTRONG ; en 1834 le deuxième hôpital à Saint Petersburg. En Français, le terme de pédiatrie apparaît en 1872 ; celui de pédiatre en 1907. Il faudra attendre 1953 pour que la spécialisation soit reconnue en France par le conseil de l'ordre des médecins [11].

#### 3-2 Définitions des concepts :

a. "**La santé** d'après l'OMS est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité". Elle est un droit fondamental de tout être humain, qu'elle que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et social sa social.

#### b. **Qualité des soins ou qualité de la prise en charge :**

La qualité des soins administrés par le personnel tant médical que paramédical dans les structures sanitaires a un impact sur la santé et la vie de millions d'enfants dans le monde [12]. Le terme « qualité » a plusieurs conceptions différentes dans le contexte des soins de santé.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la qualité des soins, c'est délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.

Selon AVEDIS DONABEDIAN, « la qualité des soins techniques consiste à appliquer des sciences et technologies médicales de manière à arriver au maximum de bénéfice pour la santé sans augmenter pour autant les risques. Le niveau de qualité est par conséquent la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable entre risques et bénéfices » [13].

Cet auteur distingue trois aspects des soins : les structures, les processus, et les résultats.

**Les structures** correspondent aux ressources mises à disposition pour les soins: dotation en personnel, ses qualifications, équipements, appareils, locaux;

**Les processus** désignent les soins fournis au patient; on s'intéressera en particulier à leur conformité aux bonnes pratiques professionnelles;

**Les résultats des soins** comprennent l'état de santé du patient, sa survie, sa qualité de vie, la survenue des complications. Généralement, la satisfaction des patients est également incluse dans cette catégorie [14].

Pour ROEMER MI et Montoya-Aguilar C, la qualité est «l'exécution correcte (conforme aux normes) d'interventions dont l'innocuité est connue, qui sont d'un coût abordable dans la société en question et qui sont capables d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité, l'invalidité et la malnutrition.» [15]

« La qualité consiste à faire ce qu'il faut, à le faire correctement, la première fois, et à le faire mieux la fois suivante, avec des ressources limitées et à la satisfaction de la communauté » (Ministère de la Santé et de la Population du Malawi 1997) [16].

Pour le Project d'assurance qualité, la qualité a neuf dimensions qui sont importantes pour les diverses parties concernées, internes et externes, d'un système de prestation de soins de santé :

**La performance technique**, l'une des dimensions les plus couramment reconnues de la qualité, désigne la mesure dans laquelle les tâches effectuées par les agents de santé et les établissements sont conformes aux normes ou répondent aux attentes techniques.

**L'accès aux services** reflète l'absence d'obstacles géographiques, économiques, sociaux, organisationnels ou linguistiques aux services.

**L'efficacité des soins** est la mesure dans laquelle les résultats ou l'aboutissement souhaité sont atteints.

**L'efficience de la prestation de services** a trait à l'utilisation des ressources pour produire ces services.

**Les relations interpersonnelles** désignent l'écoute et la communication efficaces entre le prestataire et le client ; elles s'appuient sur le développement de la confiance, du respect, de la confidentialité et de la sensibilité aux préoccupations du client.

**La continuité des services** désigne la fourniture de soins par le même prestataire pendant toute la durée des soins (lorsque cela est faisable et approprié), ainsi qu'une référence et une communication en temps voulu entre les prestataires lorsque plusieurs d'entre eux doivent intervenir.

**L'innocuité**, la mesure dans laquelle les risques de blessure, d'infection et d'autres effets secondaires dangereux est minimisée, est une dimension cruciale des soins de qualité à laquelle on accorde de plus en plus d'attention en raison de l'épidémie de VIH/SIDA.

**La dimension infrastructure matérielle et confort** est parfois désignée par le terme d'« agrément » ; elle comprend l'apparence matérielle et la propreté de l'établissement, et le confort ainsi que l'intimité qu'elle offre aux patients.

**Le choix** désigne la liberté qu'ont les patients de choisir leur prestataire, leur traitement ou leur plan d'assurance, suivant ce qui est approprié et faisable. Inhérent à cette dimension est l'accès du client à l'information qui permet à celui-ci de faire des choix en pleine connaissance de cause. La qualité des soins désigne la mesure dans laquelle ces neuf dimensions de la qualité sont présentes dans les soins de santé qui sont fournis à un client [16].

### **c. Assurance de la qualité :**

L'assurance de la qualité est « l'ensemble des actions préétablies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée qu'un produit ou service satisfera aux exigences relatives à la qualité » (ISO : International Organisation for Standardisation). C'est avoir la performance d'interventions que l'on sait sans danger, que la société peut se permettre, et qui ont la capacité de produire un impact.

L'assurance de la qualité vise à garantir un niveau constant de qualité grâce à une organisation spécifique, par la mise en place d'un système de qualité pérenne. La structure peut assurer notamment qu'elle détecte, mesure, corrige les dysfonctionnements potentiels et met en place des actions préventives appropriées de façon continue. L'amélioration continue de la qualité vise à :

- Accroître la qualité ;
- Elever les normes par le biais de la résolution constante des problèmes et l'amélioration continue des processus à travers la mise sur pied des équipes de qualité incluant le personnel et les bénéficiaires [16].

La qualité de la prise en charge est fonction d'un système de tri, qui est le processus par lequel on évalue rapidement les enfants malades dès leur arrivée au centre de santé, de façon à identifier :

- Ceux qui présentent des signes d'urgence, et qui ont besoin d'un traitement immédiat ;
- Ceux qui présentent des signes de priorité, et à qui il faut accorder la priorité s'ils font la queue pour qu'ils soient évalués et traités sans retard ;
- Les cas non urgents, qui ne présentent ni signes d'urgence ni signes de priorité.

### **Les signes d'urgence sont les suivants :**

- l'obstruction des voies aériennes
- la détresse respiratoire
- la cyanose centrale
- les signes de choc (mains froides ; temps de recoloration cutanée >3 secondes ; pouls faible et rapide)

- les signes de déshydratation sévère chez un enfant atteint de diarrhée (léthargie, yeux enfoncés, pli cutané qui s'efface très lentement – présence de deux de ces trois signes)

Les enfants présentant des signes d'urgence nécessitent un traitement immédiat si l'on veut éviter leurs décès.

**Les signes de priorité caractérisent les enfants qui présentent un risque de décès, qui sont :**

- Très petits nourrissons : tout enfant malade âgé de moins de 2 mois
- Température : l'enfant est très chaud
- Traumatisme ou autre problème chirurgical urgent
- Pâleur (sévère)
- Intoxication
- Douleur (sévère)
- Détresse respiratoire
- Enfant agité, continuellement irritable, ou léthargique
- Transfert (urgent)
- Malnutrition : amaigrissement visible et sévère
- Œdème des deux pieds
- Brûlures étendues.

Ces enfants doivent être évalués rapidement (pas d'attente dans la queue) afin de déterminer quel est le traitement complémentaire nécessaire. Faire passer en premier tout l'enfant présentant un signe de priorité pour qu'il soit évalué rapidement. Si un enfant présente un traumatisme ou tout autre problème chirurgical, demander un avis chirurgical [17].

**d. La garde ou la permanence des soins (PDS)**

Elle se définit par la prise en charge des actes médicaux : urgents ou non urgents, mais justifiant un avis diagnostique ou une thérapeutique dans les douze heures, non programmés, en dehors des heures d'ouverture normales des structures sanitaires, et à la demande des patients [18].

**3-3 Organisation du système de santé au Mali**

Le système de santé de District sanitaire est composé de structures de soins de santé et de structures d'administration de la santé intégrées. Les structures de soins sont représentées à l'échelon communautaire par des CSCom, desservant une population dans un rayon de 15 km à la ronde dénommé aire de santé. Les organes de gestion des CSCom sont les ASACO. La libéralisation des professions sanitaires a permis l'installation dans les aires de santé, de médecins privés dits médecins de campagne, qui exercent soit dans des cabinets privés à titre lucratif, soit dans des CSCom à la charge des ASACO. Le système local de santé intègre aussi la médecine traditionnelle, surtout dans sa composante maternité, exercée par des accoucheuses traditionnelles, qui sont formées et encadrées par le système public de santé du district. Des structures de santé de type confessionnel ;

le réseau de centres médicaux interentreprises, de l'institut nationale de prévoyance sociale ; les infirmeries et maternités de garnison du service de santé des armées ; les officines et dépôts privés de pharmacie existent dans certains districts et participent à la réalisation de la couverture Sanitaire des populations. Les structures de prestation de services de santé au deuxième niveau de la pyramide sanitaire sont représentées par les hôpitaux régionaux (qui ont été érigés par la Loi hospitalière en établissements publics hospitaliers (EPH), personnes morales, dotées de l'autonomie administrative et financière).

Leur objectif principal est la réalisation du service public et leur développement est soumis au respect de la carte nationale hospitalière. Leurs missions sont centrées sur les soins, la formation et les actions de santé publique. Dans le cadre de l'organisation pyramidale du système de santé au Mali, les établissements publics hospitaliers régionaux sont réputés recevoir les malades référés ou en urgence. Elles sont constituées par les EPH de 3ème référence et les établissements spécialisés [19].

Au Mali, les structures de la pyramide sanitaire sont organisées en équipe de la journée et en équipe de la nuit (ou équipe de garde), afin de répondre au plus grand besoin des patients aux heures non ouvrables (l'après midi, le week-end et les jours fériés). Cette dernière est en générale composée des internes ou thésards, de médecin en cours de spécialisation, des techniciens des santés, et des externes provenant de la faculté de médecine et des instituts de formation socio-sanitaire. Ils sont encadrés par un médecin spécialiste qui est appelé au besoin, dans les structures de troisième niveau surtout.

Au deuxième échelon, premier niveau de la pyramide, la prise en charge des enfants est assurée par le service de médecine, c'est les internes ou thésards qui sont responsables de garde, avec une insuffisance d'infirmier qualifié en soins pédiatrique.

De même qu'aux services d'examen complémentaires et à la pharmacie, c'est les même personnels qui assurent la garde ; avec un minimum de bilan réalisable à savoir : Taux d'hémoglobine, taux d'hématocrite, groupe sanguin rhésus, créatininémie d'urgence, glycémie d'urgence, goutte épaisse ; et moins de produit médicaux et paramédicaux disponible. Le service d'imagerie ne fonctionne pas dans bon nombre de structure de deuxième niveau, même parfois au troisième niveau.

Contrairement aux structures de premier échelon, premier niveau, où un thésard, un technicien de santé voire un externe est responsable de garde sans aucun examen complémentaire disponible.

Et la durée optimale de la garde est de 15 heures pendant les jours ouvrés et 24 heures pendant les jours fériés.

La situation sanitaire de la population du Mali, reflet du niveau actuel de développement socio-économique, est loin d'être satisfaisante. Au Mali, la morbidité et la mortalité liées aux états pathologiques sont très élevées et

cela s'explique surtout par : une faible couverture sanitaire, une insuffisance notoire des ressources allouées au secteur, un environnement naturel propice à la transmission des maladies infectieuses et parasitaires, un accès difficile à l'eau potable pour la majorité des populations, une hygiène défectueuse et des comportements très souvent inadéquats, des apports nutritionnels déficients tant en quantité qu'en qualité (fer, iode, vitamine A), la persistance des coutumes et traditions peu recommandées pour la santé, le faible niveau d'instruction , d'alphabétisation et d'information de la population, la faible participation et responsabilisation des communautés de base à l'action sanitaire, l'insuffisance en nombre du personnel sanitaire [20].

Ainsi, les principales causes de mortalité au Mali en 2006 par tranches d'âge étaient de [21] :

■ 0 à 11 mois :

- paludisme : 62%
- diarrhées présumées infectieuses : 14%
- toux inférieures à 15 jours, IRA basses : 10%
- malnutrition protéino-calorique : 8%
- rougeole : 2%
- tétanos : 2%

■ 12 mois à 48 mois :

- paludisme : 70%
- malnutrition protéino-calorique : 9%
- diarrhées présumées infectieuses : 9%
- toux inférieures à 15 jours, IRA basses : 6%
- choléra : 2%
- rougeole : 1%

■ 5 à 14 ans :

- paludisme : 46%
- diarrhées présumées infectieuses : 10%
- choléra : 9%
- ulcérations génitales : 8%
- méningites cérébrospinales : 7%
- plaies, traumatismes, brûlures : 6%

Pour faire face à cette situation récurrente, le système de santé du Mali a connu ces quarante dernières années, une évolution constante, afin de répondre aux besoins de santé toujours croissants des populations. Les premières années de l'indépendance furent surtout marquées par la mise en place d'un réseau minimum d'infrastructures de santé. Le premier Plan Décennal de Développement des Services de Santé pour la période 1966 – 1976 s'était assigné comme mission, l'assurance de la gratuité des soins à tous les Maliens et sur l'ensemble du territoire. Le deuxième Plan Décennal

de Développement Sanitaire (1981 – 1990) intégrait la stratégie des soins de santé primaires à travers le développement des structures de santé rurales (maternités et dispensaires ruraux), la formation et la mise en place des agents de santé villageois (hygiénistes, secouristes, accoucheuses traditionnelles), les caisses de santé et les caisses de pharmacies villageoises. La fin des années 80 et le début des années 90 ont été marqués par l'adoption de l'initiative de Bamako lors de la 37ème session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Le Mali a adopté le 15 décembre 1990, une nouvelle politique de santé fondée sur les principes des soins de santé primaires, l'Initiative de Bamako et le système de santé de district. Ceci a constitué, sans aucun doute, un tournant décisif dans l'évolution du système [22].

La politique nationale de santé vise quatre objectifs majeurs :

- la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile juvénile,
- l'amélioration de l'accès à des services de santé de qualité ;
- la lutte contre l'exclusion ;
- la responsabilisation de la communauté dans la promotion de la santé et la gestion des problèmes de santé.

Les stratégies retenues portent sur :

- l'extension de la couverture sanitaire ;
- l'assurance de la disponibilité et l'accessibilité du médicament essentiel à moindre coût, privilégiant la rationalisation de la distribution et de la prescription ;
- le développement de la participation communautaire à la gestion du système et à la mobilisation des financements, y compris le recouvrement des coûts ;
- la promotion d'un secteur privé dynamique et complémentaire du système public ;
- la garantie de la viabilité du système de santé et la qualité des prestations.

Malgré ces efforts, les progrès restent timides ; la mortalité infantile reste élevée, les maladies infectieuses et parasitaires, la malnutrition, continuent de faire un ravage dans nos villes et campagnes. Les accouchements à domicile ne sont toujours pas rares. Les urgences pédiatriques se font de plus en plus ressentir dans nos consultations de toutes les heures ouvrables ou non, on assiste à un accroissement des soins en urgence au détriment des soins programmés.

A tous ces niveaux de la pyramide sanitaire, la prise en charge de l'enfant doit obéir à une démarche clinique cohérente à toutes heures. Elle regroupe les étapes suivantes [23] :

**a. Le recueil des informations (interrogatoire) :** Ce recueil concernant l'enfant et sa famille se situe dans le contexte de la relation triangulaire (enfant-parents-médecin). Il consiste à :

- Identifier l'enfant malade,
- Déterminer les antécédents familiaux : âge, profession, niveau d'étude des deux parents, antécédents obstétricaux de la mère, notion de consanguinité ;
- Rechercher les antécédents personnels, les informations sur la grossesse actuelle, l'état à la naissance sur le régime alimentaire (surtout, si c'est le nouveau-né), le développement psychomoteur, le statut vaccinal, les antécédents pathologiques (médicaux et chirurgicaux),
- Retracer l'histoire de la maladie.

**b. L'examen physique :** Il constitue une étape importante. De ce geste, sont obtenues des informations objectives de la maladie, particulièrement chez les enfants dont l'expression verbale des signes est difficile, sinon absente. L'examen physique comprend :

- L'observation de l'enfant,
- Les mesures de poids, de tailles, comparées aux normes,
- La palpation, l'auscultation ; au besoin, la percussion.

Tous les appareils seront examinés un à un (appareil cardiovasculaire, pleuropulmonaire, digestif, urogénital, lymphoganglionnaire, le système nerveux, ORL, peau et phanères).

**c. Synthèse et conclusion :** La synthèse est faite sur la base d'informations reçues à travers l'anamnèse et l'examen physique. Elle conduit, soit à un diagnostic précis, soit à des hypothèses diagnostiques qu'il faut étayer par des examens complémentaires.

**d. Traitement :** Cette dernière étape invite l'agent de santé à une prescription thérapeutique, dont les objectifs apparaissent clairement établis et fondés sur les données cliniques et para cliniques. Le suivi du traitement est fonction de la pathologie diagnostiquée. Cette méthodologie de prise en charge, connue des médecins (cursus de formation), permet sans doute de prendre en charge efficacement les enfants ; encore faut-il qu'elle soit complétée par une formation pratique dans un service de pédiatrie. Cependant, sa réalisation est difficile dans nos structures de premier niveau où l'équipement fait défaut surtout pour les examens complémentaires. Il devient donc difficile pour l'agent de santé, de poser un diagnostic précis ; sachant que la plupart des enfants se présentent avec des signes et symptômes pouvant évoquer plusieurs maladies.

### **Et le temps d'examen :**

Selon l'OMS, il est considéré comme suit :

- Inférieur à 15 minutes : insuffisant
- Supérieur ou égal à 15 minutes : Suffisant

## **Celui du délai d'attente**

Selon l'OMS, il est considéré comme suit :

- Inférieur à 1 heure : Court
- Entre 1 heure et 2 heures : Long
- Supérieur à 2 heures : Très long

Cette situation a conduit l'OMS et l'UNICEF à proposer en 1992 une stratégie sous le nom de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). [24] La PCIME a pour but principal de fournir des soins curatifs nécessaires quelque quand soit l'horaire du service, de faire la prévention des maladies et promouvoir la santé.

## **La stratégie de prise en charge des cas selon la PCIME :**

La stratégie combine la prise en charge de la maladie, la vaccination, l'administration de la vitamine A et les soins maternels (y compris l'allaitement maternel exclusif).

La PCIME insiste sur la nécessité d'une participation active de la famille et de la communauté. Ainsi, la mère doit être capable de reconnaître les premiers signes d'IRA, de présenter son enfant à temps à l'agent de santé et d'administrer correctement le traitement prescrit.

La PCIME invite l'agent de santé à procéder par étapes, quelque quand soit l'heure de service :

- Evaluer l'état de santé de l'enfant en demandant le motif de consultation par rapport aux quatre principaux symptômes, en cherchant les signes généraux de danger ou les signes d'infection bactérienne, en faisant un examen (basé sur l'écoute et l'observation) et évaluer les autres problèmes ;
- Classer la maladie de l'enfant en utilisant les cadres correspondants aux symptômes et problèmes de l'enfant se rapportant aux couleurs. Selon que son état nécessite :
  - Un traitement pré-transfert et un transfert immédiat (signes généraux de danger),
  - Un traitement médical spécifique au centre de santé et les conseils,
  - Ou la simple prise en charge à domicile,
- Identifier le traitement : là, il s'agit :
  - soit de prodiguer à l'enfant les soins d'urgence avant son transfert, si son état nécessite une hospitalisation,
  - soit de donner les premières doses de médicament au dispensaire, si l'enfant a besoin d'un traitement à domicile,
  - soit de donner les instructions à la mère concernant le traitement (montrer comment administrer le médicament par voie orale à domicile, comment traiter les infections locales à domicile).

Pour les enfants de moins de deux ans et les enfants atteints de malnutrition, il doit porter une attention particulière à l'alimentation et conseiller au mieux la mère.

Dans tous les cas, l'agent vérifie l'état vaccinal et la supplémentation en vitamine A.

- L'agent de santé doit insister sur le suivi des soins en demandant à la mère de ramener l'enfant après 2, 5, 14 ou 30 jours de traitement ; ou dès qu'elle constate une aggravation de la maladie.

Cette stratégie de PCIME vise à réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans, provoqués par ces cinq affections en majorité : des infections respiratoires aiguës (surtout la pneumonie), la diarrhée, la rougeole, le paludisme ou la malnutrition ou, souvent, par une combinaison de ces affections ; ainsi que la fréquence et la gravité des maladies et des invalidités ; et à contribuer à améliorer la croissance et le développement de l'enfant.

# Méthodologie

## **IV. METHODOLOGIE**

### **4.1 Cadre d'étude :**

Notre étude s'est déroulée dans le district de Bamako. Le district de Bamako, à cheval sur le fleuve Niger qui le divise en deux parties : la rive droite et la rive gauche. Dans le sud-ouest du pays, il est situé administrativement au même niveau qu'une région ; couvre une superficie de 267 km<sup>2</sup> contre une population de 2 094 000 habitants en 2013 et les enfants de moins de 5 ans, représentent 18% de cette population (DNP Mali). Il est divisé en six(6) communes dont deux sur la rive droite (CV, CVI) et quatre sur la rive gauche (CI, CII, CIII, C.IV).

Bamako bénéficie d'un climat tropical et humide, avec deux saisons bien marquées : la saison sèche et la saison des pluies (début Juin-fin Septembre). En Mars-Avril, il peut faire très chaud à Bamako (43°). Les précipitations annuelles atteignent les 878 millimètres.

Selon la dernière carte sanitaire du Mali, de Juin2012, Bamako comptait :

- Comme structures publiques :
  - 07 hôpitaux dont trois disposent d'un service de pédiatrie,
  - 06 Centres de Santé de Référence(CSRéf) qui constituent une référence pour les CSCOM des différents quartiers de la commune,
  - 59 CSCOM,
- Comme structures privées : 75 Cliniques dont sept Polycliniques.

### **4.2 Type d'étude :**

Cette étude est descriptive, transversale, visant à évaluer la qualité de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans pendant les gardes, selon l'approche de Donabedian Avedis sur la qualité des soins.

### **4.3 Période de l'étude :**

Notre étude s'est déroulée sur une période de 49 jours, allant du 10 Février au 30 Mars 2014, soit 7gardes par structure.

### **4.4 Population d'étude :**

Elle a concerné principalement les structures de santé, à caractère publique qui assure la garde, les prestataires en charge de la consultation pédiatrique pendant la garde et les parents d'enfant de moins de 5 ans vus en consultation médicale pendant la garde

#### **4.5 Echantillonnage :**

Notre échantillon a porté sur un dixième des structures à caractères publiques de la pyramide sanitaire du district de Bamako à différent échelon (premier et deuxième), par tirage aléatoire simple sans remise sur la liste nominative des structures par échelon au premier niveau.

Nous avons subdivisé les structures de la base (premier niveau) de la pyramide en deux groupes. Les structures publiques, qui sont les CSRéf au deuxième échelon et les CSCOM au premier échelon ; et les structures privés. Et nous avons attribué un numéro unique à chaque structure de santé, à caractère publique par échelon, porté sur des bouts de papier, qui ont été tiré au sort à différent échelon. A l'issue de ce tirage, sept structures ont été retenues dans trois communes du district de Bamako.

➤ **CSRéf :**

Le service de médecine du CSRéf de la commune VI à Sogoniko

➤ **Les CSCOM :**

ADASCO (Daoudabougou)

ASACOSAB I (Sabalibougou)

ASACONIA (Niamakoro)

ASACROYIR (Yirimadjo)

ASACODJIP (Djikoroni Para)

ASACOSEK (Sébénikoro)

La technique d'échantillonnage par commodité, a été utilisée pour les prestataires en charge de la consultation pendant la garde.

Un prestataire a été évalué à une garde sur deux.

Et avec la technique d'échantillonnage par quotas, nous avons mesuré le niveau de satisfaction de cinq parents d'enfants de moins de 5 ans, vus en consultation médicale ; sur le prestataire et la structure.

**a) Critères d'inclusion :** Ont été inclus dans notre étude,

- L'accord des structures de santé, à caractères publiques, au premier niveau de la pyramide qui assurent la garde,
- L'accord des prestataires en charge de la consultation pédiatrique pendant les gardes,

- L'accord des parents d'enfants de moins 5ans vus en consultation médicale pendant la garde.

**b) Critères de non inclusion :** N'ont pas inclus à l'étude,

- Les cas de refus à l'étude,
- Les parents d'enfants de plus 5ans vus en consultation pendant la garde,
- Les enfants de moins de 5ans et les prestataires qui sont venus pour les rendez vous.

**4.6 Variables à collecter :**

- Les structures correspondent aux ressources mises à disposition pour les soins: dotation en personnel, ses qualifications, équipements, locaux.
- Les processus désignent les soins fournis au patient; on s'intéressera en particulier à leur conformité aux bonnes pratiques professionnelles.
- Les résultats qui correspondent au niveau de satisfaction des parents par rapport aux soins.

**4.7 Techniques et instrument de collecte des données :**

- L'interview a été faite à l'aide de guide d'entretien individuel, préalablement testé dans une structure de niveau au premier échelon de la pyramide sanitaire ; adressé aux prestataires en charge de la consultation pédiatrique, aux parents d'enfants de moins 5 ans vu en consultation médicale et aux responsables de la structure.
- L'attitude pratique du prestataire a été déterminée sur l'observation ouverte, du prestataire à l'acte, après cinq consultations d'enfant de moins de 5 ans.
- Et les connaissances du prescripteur ont été déterminées selon les réponses apportées aux questions, classifiées comme suite :
  - Le faible niveau de connaissance = Moins de trois signes d'urgence ou de priorité ou de trois maladies fréquentes, cités chez l'enfant de moins 5 ans.
  - Le bon niveau de connaissance =Citer au plus trois signes d'urgence ou de priorité, ou de principales maladies, chez l'enfant de moins de 5 ans.

#### **4.8 Traitement et analyse des données :**

Elle a été faite de façon manuelle et à l'informatique :

- Le dépouillement manuel : il nous a permis de classer les données selon les cibles, de corriger les insuffisances de remplissage.
- L'informatique : les données collectées ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS version 20, avec l'application du test de Khi-deux de Pearson.

#### **4.9 Définitions opératoires :**

**Garde ou la permanence des soins :** Elle se définit par la prise en charge des actes médicaux : urgents ou non urgents dans un service minimum, mais justifiant un avis diagnostique ou une thérapie en dehors des heures d'ouverture normales des structures sanitaires et à la demande des parents et /ou du patient.

**Qualité de la prise en charge :** Suppose la disponibilité en médicament, équipements et matériels médicaux, la conformité du diagnostic au traitement par prestataire, le niveau de compétence des agents et la satisfaction des parents d'enfants de moins de 5 ans.

**Parents d'enfants de moins de 5 ans :** Toute personne accompagnant l'enfant de 0 à 59 mois, apte à répondre aux questions du prestataire et prête à assumer les frais de la prise en charge.

**Prestataire :** Tout personnel de santé qui est en charge de la consultation pédiatrique.

#### **4.10 Considérations éthiques :**

Au préalable des lettres d'information ont été envoyées aux différents responsables administratifs, politiques, sanitaires et communautaires des sites choisis. Des prises de contact ont été effectuées avec ces responsables et leur autorisation nous a permis de mener l'enquête.

Le consentement libre et éclairé de chaque participant inclus à l'étude, est obtenu verbalement, après une explication claire et précise des objectifs visés. Et nous avons expliqué clairement que le refus de toute personne de participer à l'enquête n'entraînera aucune conséquence fâcheuse. La confidentialité a été assurée en ce qui concerne les renseignements obtenus en respectant l'anonymat. Les résultats seront transmis aux autorités sanitaires et pourront faire l'objet d'une publication scientifique.

# Résultats

## V. RESULTATS :

Sur les sept (7) structures enquêtées, nous avons enregistré un effectif total de 43 prescripteurs et de 215 parents d'enfants de moins de 5 ans, qui ont participé à l'étude avec un consentement éclairé. Les réponses et observations retenues, ont abouti aux résultats suivants.

### 5-1 L'organisation de la garde par structure.

**Tableau I :** Répartition des structures selon l'existence des normes et procédures pour la consultation pédiatrique pendant les gardes

<b>Normes et procédure</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	1	14,3
Non	<b>6</b>	<b>85,7</b>
<b>Total</b>	7	100,0

Les structures ne disposant pas pendant la garde, les normes et procédures pour la consultation pédiatrique représentaient 6/7 des structures.

**Tableau II :** Répartition des structures selon la durée de la garde pendant les jours ouvrés et les jours fériés

<b>Jours ouvrables</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Moins 15 H	2	28,6
15H et Plus	5	71,4
<b>Jours fériés</b>		
Moins de 24 H	1	14,3
24 H	6	85,7

Pendant les jours ouvrés, 5/7 des structures avaient une durée de garde supérieure ou égale 15 H ; elle était de 24 H pendant les jours fériés dans 6/7 des structures.

**Tableau III** : Répartition des structures selon les horaires de la garde

Jours	Horaires	Effectifs	Pourcentage
<b>ouvrables</b>	<b>Début de la garde</b>		
	Avant 16 H 30	3	42,9
	A 16 H 30	<b>4</b>	<b>57,1</b>
	<b>Fin de la garde</b>		
	A 07 H 30	2	28,6
	Après 07 H 30	<b>5</b>	<b>71,4</b>
<b>fériés</b>	<b>Début de la garde</b>		
	Avant 08 H 00	1	14,3
	A 08 H 00	<b>6</b>	<b>85,7</b>
	<b>Fin de la garde</b>		
	Avant 08 H 00	2	28,6
	A 08 H 00	<b>5</b>	<b>71,4</b>

Pendant les jours ouvrés, 4/7 des structures débutaient la garde à 16 H 30, les jours fériés 6/7 des structures commençait à 08 H 00.

**Tableau IV** : Répartition des structures selon l'organisation des équipes de garde

Constitution équipe de garde	Effectifs (n=7)	Pourcentage
Médecin Généraliste	4	57,1
Faisant Fonction d'Interne (FFI)	<b>7</b>	<b>100,0</b>
Technicien de Santé	6	85,7
Sage femme	6	85,7
Infirmière obstétricienne	6	85,7
Stagiaires	<b>7</b>	<b>100,0</b>
<b>Nombre de garde par équipe</b>		
Une fois	2	28,6
Plus d'une fois	<b>5</b>	<b>71,4</b>

L'effectif total (100%) des structures avaient des FFI et des stagiaires dans l'équipe de garde et une équipe gardait plus d'une fois par semaine dans 5/7 des structures.

**Tableau V :** Répartition des structures selon la disponibilité d'équipement pendant les gardes

<b>Matériels</b>	<b>Effectif (n= 7)</b>	<b>Pourcentage</b>
Pèse bébé	6	85,7
Pèse-personne	5	71,4
Thermomètre	4	57,1
Aspirateur	4	57,1
Autoscope	2	28,6
Mètre ruban	3	42,9
Lampe chauffante	3	42,9
Source lumineuse	2	28,6
Abaisse langue	2	28,6
Négatoscope	1	14,3
Source d'oxygène	1	14,3

Le pèse bébé était disponible dans 6/7 des structures pendant les gardes ; le négatoscope et la source d'oxygène étaient disponibles seulement dans 1/7 des structures.

**Tableau VI :** Répartition des structures selon la disponibilité des 12 médicaments essentiels du paquet minimum d'activité (12 ME PMA) au complet pendant la garde

<b>12 ME PMA</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	<b>6</b>	<b>85,7</b>
Non	1	14,3
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>

Un dépôt de médicament de garde était disponible dans 6/7 des structures.

**Tableau VII :** Répartition des structures selon la disponibilité d'examen complémentaire pendant la garde

<b>Laboratoire</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	1	14,3
Non	<b>6</b>	<b>85,7</b>
<b>Imagerie</b>		
Oui	2	28,6
Non	<b>5</b>	<b>71,4</b>

Les structures ne disposant pas d'un laboratoire de garde, représentaient 6/7, un effectif de 5 des structures ne disposaient pas d'unité d'imagerie pendant la garde, soit 2/7.

**Tableau VIII :** Répartition des structures selon le tri des malades pendant les gardes

<b>Tri des malades</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	<b>6</b>	<b>85,7</b>
Non	1	14,3
<b>Total</b>	7	100,0

Les malades sont triés dans 6/7 des structures, contre 1/7 ne faisant pas le tri.

## 5-2 Les connaissances, attitudes et pratiques des prescripteurs pendant la garde

### 1. Les connaissances des prescripteurs :

**Tableau IX** : Répartition des prescripteurs selon les qualifications

Qualifications	Effectifs	Pourcentage
Médecin Généraliste	<b>20</b>	<b>47,6</b>
FFI	19	42,9
Assistant Médical	1	2,4
IDE	3	7,1
<b>Total</b>	43	100,0

Les médecins généralistes étaient le profil majoritaire des prescripteurs, soit 47,6%.

**Tableau X** : Répartition des prescripteurs selon la durée de stage en pédiatrie

Durée de stage en pédiatrie	Effectifs	Pourcentage
0 Mois	9	20,9
1 à 3 mois	<b>12</b>	<b>27,9</b>
4 à 6 mois	11	25,6
7 à 9 mois	4	9,3
10 mois et plus	7	16,3
<b>Total</b>	43	100,0

Un effectif de 12 prescripteurs ont fait 1 à 3 mois de stage en pédiatrie, soit 27,9.

**Tableau XI :** Connaissances des prescripteurs selon la prise en charge des enfants de moins de 5 ans

<b>Connaissance de la PCIME nationale</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	<b>26</b>	<b>60,5</b>
Non	17	39,5
<b>Connaissance des 5 principales maladies</b>		
Bon niveau	<b>38</b>	<b>88,4</b>
Faible niveau	5	11,6
<b>Connaissance des signes d'urgence</b>		
Bon niveau	<b>34</b>	<b>79,1</b>
Faible niveau	9	20,9
<b>Connaissance des signes de priorité</b>		
Bon niveau	<b>33</b>	<b>76,7</b>
Faible niveau	10	23,3

Un pourcentage de 60,5% des prescripteurs, a une connaissance de la PCIME nationale, le bon niveau de connaissance sur les 5 principales maladies de l'enfant de moins de 5 ans représentait 88,4% des prescripteurs. Un effectif de 34 et 33 des prescripteurs ont respectivement un bon niveau de connaissance des signes d'urgence et des signes de priorité chez les enfants de moins 5 ans, soit 79,1% et 76,7%.

**Tableau XII :** Connaissance de la PCIME nationale par rapport à la qualification des prescripteurs

<b>Qualification des prescripteurs</b>	<b>Connaissance de la PCIME nationale</b>		<b>Total</b>
	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	
Médecin Généraliste	14 (70,0%)	6 (30,0%)	20 (100,0%)
FFI	11 (57,9%)	8 (42,1%)	19 (100,0%)
Assistant Médical	1 (100,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)
IDE	0 (0,0%)	3 (100,0%)	3 (100,0%)
<b>Total</b>	<b>26 (60,5%)</b>	<b>17 (39,5%)</b>	<b>43 (100,0%)</b>

$$X^2 = 6,055$$

$$p = 0,109$$

Pour la connaissance de la PCIME nationale, les médecins généralistes représentaient 70% contre 100% des assistants médicaux.

## 2. Attitudes et pratiques des prescripteurs pendant les gardes :

**Tableau XIII** : Répartition des prescripteurs selon les étapes de démarche de diagnostic et des actes

<b>Examens ou actes</b>	<b>Effectifs (n= 43)</b>	<b>Pourcentage</b>
Salutation	26	60,5
Interrogatoire	43	100,0
Examen général	<b>37</b>	<b>86,0</b>
Examen physique	<b>37</b>	<b>86,0</b>
Examen du carnet	15	34,9
Examen complémentaire	11	25,6
Gestes d'urgence	36	83,9
Rendez-vous	20	46,5

Un bon examen général et physique a été pratiqué par 86,0% des prescripteurs, 65,1% n'ont pas demandé le carnet de l'enfant.

**Tableau XIV** : Répartition des prescripteurs selon les paramètres chez les enfants

<b>Paramètre de prescription</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Age	20	46,5
Poids	<b>23</b>	<b>53,5</b>
<b>Total</b>	43	100,0

Le poids a été le paramètre de prescription dominant, utilisé par 53,5% des prescripteurs.

**Tableau XV :** Paramètres de prescripteur par rapport au profil des prescripteurs

Profil des Prescripteurs	Paramètres de Prescription		Total
	Age	Poids	
Médecin Généraliste	9 (45,0%)	11 (55,0%)	20 (100,0%)
FFI	9 (47,4%)	10 (52,6%)	19 (100,0%)
Assistant Médical	0 (0,0%)	<b>1 (100,0%)</b>	1 (100,0%)
IDE	2 (66,7%)	1 (33,3%)	3 (100,0%)
<b>Total</b>	20 (46,5%)	<b>23 (53,5%)</b>	43 (100,0%)

$X^2 = 1,383$

$p = 0,709$

Le poids a été utilisé par 55 % des médecins généralistes, contre 52,6% par des FFI.

**Tableau XVI :** Répartition des prescripteurs selon l'utilisation de supports thérapeutiques en matière de prescription pédiatrique

Supports thérapeutiques	Effectifs	Pourcentages
Vidal	<b>22</b>	<b>51,2</b>
Dictionnaire thérapeutique	13	30,2
EPU	3	7,0
Internet	5	11,6
<b>Total</b>	43	100,0

Le Vidal était utilisé comme supports thérapeutiques en matière de prescription pédiatrique par 51,2% des prescripteurs.

**Tableau XVII** : Répartition des prescripteurs selon l'ordre de la consultation pendant la garde

<b>Ordre de la consultation</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Etat clinique	<b>25</b>	<b>58,1</b>
Age	18	41,9
<b>Total</b>	43	100,0

Nous avons trouvé que, 58,1% des prescripteurs faisaient la consultation selon l'état clinique du malade, soit un effectif de 25.

### 5-3 Facteurs de difficultés diagnostiques et thérapeutiques pendant les gardes

**Tableau XVIII** : Profil des prescripteurs par rapport aux facteurs de difficultés diagnostiques pendant la garde.

Difficultés diagnostiques	Profil des prescripteurs				Total
	MG	FFI	AM	IDE	
Aucun	3	0	0	0	3
Non disponibilité des ressources humaines	1	4	1	1	7
Non disponibilité de matériel	6	7	0	0	13
Non disponibilité des examens complémentaires	10	8	0	2	<b>20</b>
<b>Total</b>	20	19	1	3	43

$X^2 = 12,464$        $p = 0,188$

MG = Médecins Généralistes, AM = Assistant Médical, FFI = Faisant Fonction d'Interne, IDE = Infirmier d'Etat

La non disponibilité des examens complémentaires a été le facteur de difficulté diagnostique prédominant, évoquée par un effectif de 20 prescripteurs, soit 46,5% ; 30,2% déploraient la non disponibilité de matériel.

**Tableau XIX:** Profil des prescripteurs par rapport aux facteurs de difficultés thérapeutiques pendant la garde

Difficultés Thérapeutiques	Profils des prescripteurs				Total
	MG	FFI	AM	IDE	
Aucun	3	0	0	0	3
Recours tardif aux soins	4	4	1	1	10
Non disponibilité des médicaments	7	4	0	1	<b>12</b>
Ordonnances non honorées	3	6	0	1	10
Personnel soignant non qualifié	3	5	0	0	8
<b>Total</b>	20	19	1	3	43

$$X^2 = 10,242$$

$$p = 0,595$$

MG = Médecins Généralistes, AM = Assistant Médical, FFI = Faisant Fonction d'Interne, IDE = Infirmier d'Etat

La non disponibilité des médicaments a été le facteur de difficulté thérapeutique majoritaire, évoqué par un effectif de 12 prescripteurs, soit 28% ; 23,2% liaient aux ordonnances non honorées et aux recours tardif aux soins.

**Tableau XX** : Profil des prescripteurs par rapport aux autres facteurs de difficultés pendant la garde

Autres de Difficultés	Profils des prescripteurs				Total
	MG	FFI	AM	IDE	
Aucun	0	1	1	0	2
Délestage électrique	7	9	0	2	<b>18</b>
Condition de travail difficile	6	7	0	0	13
Manque de motivation des personnels	4	1	0	1	6
Manque de Communication interpersonnel	3	1	0	0	4
<b>Total</b>	20	19	1	3	43

$$X^2 = 27,24$$

$$p = 0,007$$

MG = Médecins Généralistes, AM = Assistant Médical, FFI = Faisant Fonction d'Interne, IDE = Infirmier d'Etat

Le délestage électrique a été évoqué comme autres facteurs de difficulté pendant les gardes, par un effectif de 18 prescripteurs, soit 46,5% ; suivi de condition de travail difficile 30,2%.

#### 5-4 Niveau de satisfaction des parents d'enfant

**Tableau XXI** : Opinion des Parents d'enfant selon l'accès géographique à la structure pendant la garde

<b>Accès Géographique à la structure</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Facile	<b>120</b>	<b>55,8</b>
Difficile	95	44,2
<b>Total</b>	215	100,0

L'accès géographique à la structure est jugé facile par 55,8 % des parents d'enfant.

**Tableau XXII** : Opinion des parents d'enfant selon l'orientation dans la structure pendant la garde

<b>Orientation dans la structure</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Bonne	<b>180</b>	<b>83,7</b>
Passable	31	14,4
Ne sais pas	4	1,9
<b>Total</b>	215	100,0

La qualité de l'orientation dans la structure est jugée bonne par 83,7% des parents d'enfant.

**Tableau XXIII :** Opinion des parents d'enfant selon le coût de la consultation et de l'ordonnance médicale pendant la garde

<b>Coût de la consultation</b>	<b>Effectifs (n=215)</b>	<b>Pourcentage</b>
Acceptable	<b>106</b>	<b>49,3</b>
Un peu élevé	65	31,2
Très élevé	28	13,0
Ne sais pas	14	6,5
<b>Coût de l'ordonnance</b>		
Acceptable	21	9,8
Un peu élevé	76	35,3
Très élevé	<b>106</b>	<b>49,3</b>
Ne sais pas	12	5,6

Un effectif de 106 des parents d'enfant, soit 49,3%, ont jugé le coût de la consultation pendant la garde acceptable et celui de l'ordonnance médicale très élevé.

**Tableau XXIV :** Opinion des parents d'enfant selon le temps d'attente et la salutation pendant la garde

<b>Temps d'attente</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Court	<b>134</b>	<b>62,3</b>
Long	77	37,7
<b>Salutation</b>		
Oui	<b>130</b>	<b>60,5</b>
Non	85	39,5

Le temps d'attente a été jugé court par 62,3% des parents d'enfant et 39,5% n'ont pas été salué par les prescripteurs.

**Tableau XXV :** Opinion des parents d'enfant selon la qualité de l'interrogatoire

<b>Qualité de l'interrogatoire</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Bonne	<b>186</b>	<b>86,5</b>
Passable	10	4,7
Ne sais pas	19	8,8
<b>Total</b>	<b>215</b>	<b>100,0</b>

L'interrogatoire est jugée bon par 86,5% des parents d'enfant.

**Tableau XXVI :** Opinion des parents d'enfant selon l'explication des gestes appliqués par le prescripteur

<b>Appréciation des gestes</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Aucun	30	14,0
Bon	<b>102</b>	<b>47,4</b>
Passable	44	20,5
Ne sais pas	39	18,1
<b>Total</b>	<b>215</b>	<b>100,0</b>

Un pourcentage de 47,4% des parents d'enfant ont une bonne appréciation des gestes appliqués par le prescripteur.

**Tableau XXVII :** Opinion des parents d'enfant selon les examens complémentaires demandés

<b>Appréciation des examens complémentaires</b>	<b>Effectifs (n= 215)</b>	<b>Pourcentage</b>
Très satisfait	<b>43</b>	<b>78,2</b>
Peu satisfait	12	21,8
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100,0</b>

Les examens complémentaires demandés ont été qualifié très satisfait par 78,2% des parents d'enfant, un effectif de 160 n'a pas reçu d'examen complémentaire.

**Tableau XXVIII :** Opinion des parents d'enfant selon l'information donnée par le prescripteur

<b>Informé sur le diagnostic</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	<b>190</b>	<b>88,4</b>
Non	25	11,6
<b>Explication de l'ordonnance</b>		
Aucune	30	14,0
Bonne	<b>168</b>	<b>78,1</b>
Passable	11	5,1
Ne sais pas	6	2,8

Près de 88,4% des parents d'enfant ont été informé du diagnostic de leur enfant et 78,1% trouvaient l'explication de l'ordonnance bonne pendant la garde.

**Tableau XXIX :** Répartition des parents d'enfant selon l'obtention de rendez-vous

<b>Rendez-vous</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	100	46,5
Non	<b>115</b>	<b>53,5</b>
<b>Total</b>	215	100,0

Un pourcentage de 53,5% des parents d'enfant n'ont pas reçu de rendez-vous.

**Tableau XXX :** Opinion des parents d'enfant selon l'organisation de la garde

<b>Organisation de la garde</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Bonne	<b>149</b>	<b>69,3</b>
Passable	53	24,7
Ne sais pas	13	6,0
<b>Total</b>	215	100,0

L'organisation de la garde est qualifiée bonne par 69,3% des parents d'enfant.

# **Commentaires et discussion**

## **VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS**

Cette étude transversale, descriptive que nous avons menée sur la qualité de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans dans le district de Bamako du 10 février au 30 Mars 2014, a concerné sept structures du premier niveau de la pyramide sanitaire au premier et deuxième échelon à l'exception des structures privés avec la participation consentantes de 43 prescripteurs pour 215 parents d'enfant de moins de 5 ans. L'une des contraintes de notre étude, est la petitesse de l'échantillon.

### **6.1 Organisation de la garde**

Les structures enquêtées ne disposaient pas des documents de normes et procédures pour la consultation pédiatrique pendant la garde, représentaient 85,7% ; ce qui expliquerait, les insuffisances dans l'application des recommandations nationales et des directives de l'OMS pour la prise en charge des enfants de moins 5 ans dans nos structures évoquées par MBAÏTOLOUM D M [9].

La durée de la garde est de norme dans 71,4% des structures pendant les jours ouvrés, soit 15 heures; elle était de 24 H pendant les jours fériés dans 85,7% des structures.

Chaque équipe de garde avait au moins un FFI et un stagiaire, soit 100% des structures, le nombre de garde par équipe était plus d'une fois par semaine dans 71,4% des structures.

La présence de stagiaire et de FFI dans chaque équipe s'explique du fait que les étudiants en médecine sont vite responsabilisés comme chef d'équipe dans ces structures de premier niveau de la pyramide sanitaire et la prolifération des écoles de formations socio sanitaires. Celui de plus d'une garde par semaine, par équipe confirme l'insuffisance de personnel, constatée par Richard B, Michèle D, Philippe H [6].

Concernant le niveau d'équipement des structures pendant les gardes, nous remarquons au terme de cette étude, que nos différentes structures avaient un potentiel de mise en œuvre incomplet. 85,7% des structures disposaient d'un pèse bébé pendant les gardes, le négatoscope et la source d'oxygène étaient disponible seulement dans 14,3% des structures. DIARRA B, dans son étude, avait également remarqué un faible niveau d'équipement des centres pour la prise en charge pédiatrique.

Cependant, bien que certains matériels (thermomètre, otoscope, abaisse langue, pèse-bébé, mètre-ruban, pèse personne), indispensables pour une bonne qualité de consultation pédiatrique soient souvent présents, ils n'ont pas été beaucoup utilisés ; ce qui pourrait considérablement affecter la qualité de la prise en charge, pour plusieurs raisons, entre autres :

La fréquence des affections ORL et des accès fébrile chez les enfants, les différentes variations de dosage des médicaments selon le poids de l'enfant, l'importance du poids et du mètre-ruban (taille, PB, PC) dans le diagnostic et la surveillance des malnutritions, etc.

La disponibilité d'un dépôt de médicament avec les 12 ME PMA dans 85,7% de nos structures facilite instauration d'une thérapie et la prévention des complications surtout à des heures tardives.

Les examens de laboratoire sont ciblés en fonction de l'anamnèse et de l'examen clinique et permettent de réduire le diagnostic différentiel. Les examens de base (taux d'hémoglobine et hématicrite, frottis sanguin pour la mise en évidence des plasmodies, détermination de la glycémie, examen microscopique du LCR et de l'urine, groupe sanguin et tests de compatibilité croisée, dépistage du VIH), quelque qu'en horaire du service, doivent être disponibles dans toutes les structures de prise en charge pédiatrique. D'autres examens, tels que l'oxymétrie de pouls, la radiographie thoracique, les hémocultures et l'examen microscopique des selles, peuvent être utiles dans les cas compliqués.

Alors que 85,7% de nos structures ne disposaient pas d'un laboratoire de garde, un effectif de 2 des structures disposaient d'une unité d'imagerie pendant la garde, soit 28,6%.

Et les malades sont triés dans 85,7% des structures, processus par lequel on évalue rapidement les enfants malades dès leur arrivée à la structure de santé, de façon à identifier :

Ceux qui présentent des signes d'urgence,

Ceux qui présentent des signes de priorité,

Les cas non urgents, qui ne présentent ni signes d'urgence ni signes de priorité.

Ce trié répond à une bonne prise en charge.

## **6.2 Les connaissances, attitudes et pratiques des prescripteurs pendant la garde**

La grande majorité des prescripteurs étaient des médecins généralistes (47,6%), suivi des FFI qui représentaient 42,6% contre 7,1% pour les assistants médicaux. Contrairement à l'étude de Bitwe R, Dramaix M, Hennart P, qui déploieraient absence de médecins dans l'après-midi et la nuit [6] et celui de Mabilia-Babela JR, Senga P au Congo Brazzaville, c'est les étudiants en dernière année de cycle de médecine générale qui assuraient les consultations en pédiatrie [5].

Sur l'ensemble de nos prescripteurs, 20,9% n'ont pas fait de stage en pédiatrie et la durée de stage dominante en pédiatrie était de 1 à 3 mois, soit 27,9%. Ce manque de formation pratique peut, considérablement altérer la qualité des consultations.

Au cours de notre étude, nous avons trouvé que 60,5% des prescripteurs ont une connaissance du PCIME nationale, le bon niveau de connaissance sur les 5 principales maladies de l'enfant de moins de 5 ans représentait 88,4% des prescripteurs. Un effectif de 34 et 33 des prescripteurs ont respectivement un bon niveau de connaissance des signes d'urgence et des signes de priorité chez les enfants de moins 5 ans, soit 79,1% et 76,7%.

Ce phénomène peut s'expliquer par la multiplication des ateliers de formation adressés aux responsables des centres de premier niveau en matière de pédiatrie.

La salutation, au préambule de l'interrogatoire a été faite seulement 60,5% des prescripteurs. Le second (interrogatoire), bien conduit, il aidera le prescripteur à diriger et à interpréter son examen clinique et lui permettra de choisir les éventuelles investigations utiles au diagnostic [25]. Ce qui a été toujours le cas dans notre étude car, l'anamnèse a été effectuée à 100% par nos prescripteurs.

Ceci témoigne que les prescripteurs prenaient du temps avec les patients. Par ailleurs, nous avons trouvé 65,1% n'ont pas demandé le carnet de santé et seulement 46,7% donnaient le rendez vous aux parents d'enfant, soit un effectif de 20 des prescripteurs.

La qualité de l'examen physique : L'examen physique est une étape décisive de la consultation. Il fournit à l'examineur les renseignements objectifs des symptômes fonctionnels. Examiner est un art qui obéit à des règles. L'examineur doit s'efforcer de suivre les grandes lignes de la méthodologie d'examen de l'enfant quelque soit l'heure de service, même dans le cas d'une visite de suivi ou même en cas de renouvellement d'ordonnance [25]. Dans notre étude, il ressort que 86,0% des prescripteurs ont pratiqué un examen physique et général. Ces chiffres peuvent s'expliquer par le fait que les prescripteurs ne s'intéressent souvent qu'aux motifs de consultation, qu'ils considèrent à priori comme banaux.

Les examens complémentaires ont été moins demandés par 25,6% de nos prescripteurs. Cet état de fait, résulte de la non disponibilité lors des gardes, des simples examens complémentaires (GE, Taux d'hémoglobine et hématicrite, Groupe sanguin-Rhésus) au premier niveau de la pyramide sanitaire surtout au premier échelon.

Quant aux paramètres de prescription, le plus utilisé a été le poids, soit 53,5 % des cas. Ceci peut s'expliquer par la disponibilité du dispositif de pesée, dans 71,4% de nos structures. La faible utilisation du poids dans les prescriptions, explique des erreurs de dosage qu'il peut entraîner, donc des traitements mal adaptés. Nos résultats diffèrent de ceux de TRAORE P O qui a trouvé seulement 35% pour le poids [10].

Au terme de cette étude, nous avons pu identifier les différentes sources d'information de nos prescripteurs concernant la prescription pédiatrique ; la plus citée a été celle du Vidal 51,2%, suivi du dictionnaire thérapeutique 30,2%. Ceci témoigne de la disponibilité du Vidal, même si ce n'est pas actualisé; et aussi, de la non disponibilité des normes et procédures nationales pour la consultation pédiatrique au niveau de nos structures. Contrairement à notre étude, TRAORE P O a trouvé 60% pour les délégués médicaux, et 25% seulement pour le Vidal [10].

### **6.3 Facteurs de difficultés diagnostiques et thérapeutiques pendant les gardes**

A l'issue de notre étude, nous avons pu identifier les différents facteurs de difficultés, sur la qualité de la prise en charge lors de la garde. Les observations livrées par le personnel peuvent être subjectives et différentes de celles d'autres personnes. Cependant, cette étude apporte les informations pouvant orienter les efforts pour une amélioration de la qualité des soins et du pronostic des enfants de moins de 5 ans.

La non disponibilité des examens complémentaires a été le facteur de difficulté diagnostic prédominant, évoquée par un effectif de 20 prescripteurs, soit 46,5% ; 30,2% déploraient la non disponibilité de matériel.

Quant aux difficultés thérapeutiques, la non disponibilité des médicaments a été le facteur majoritaire, évoqué par un effectif de 12 prescripteurs, soit 28% ; 23,2% liaient aux ordonnances non honorées et aux recours tardif aux soins.

Les deux derniers facteurs évoqués, peuvent s'expliquer par les habitudes d'automédication, de traitement traditionnel ou la pauvreté des populations des parents d'enfants.

Comme autres facteurs de difficulté pendant les gardes, 41,9% des prescripteurs ont déploré le délestage électrique ; suivi de condition de travail difficile 30,2%

### **6.4 Niveau de satisfaction des parents d'enfant**

En considérant les accompagnants des enfants de moins de 5 ans comme un maillon essentiel de la relation triangulaire médecin-parent-enfant en matière de consultation pédiatrique, nous nous devons de mesurer leur degré de satisfaction sur les services de garde, aux structures de premier niveau, puisque c'est là qu'elles sont sensées se rendre en première intention, en cas de maladie de leur enfant. Il ressort de cet objectif, les résultats suivants :

L'un des objectifs de la politique sectorielle de santé est l'extension de la couverture sanitaire, afin de rendre les services de santé accessibles aux populations. La grande majorité des parents d'enfant, ont trouvé facile l'accès au structure, soit 55,8%.

L'accueil est capital pour la prise en charge du malade, car il permet d'instaurer une bonne relation de confiance entre le personnel soignant et le malade, particulièrement en pédiatrie où la consultation fait intervenir la relation triangulaire. La qualité de l'orientation dans la structure est jugée bonne par 83,7% des parents d'enfant.

Le temps d'attente a été jugé court (inférieur à 1 heure) selon 62,3% des parents d'enfant et 86,5% ont qualifié l'interrogatoire de bon.

Un effectif de 43 des parents d'enfant est très satisfait des examens complémentaires demandés.

Au cours de l'étude, si 11,6% des parents d'enfant n'ont pas été informé de la maladie de leur enfant, 78,1% sont satisfaits de l'explication de l'ordonnance pendant la garde. Et parmi les 215 parents d'enfant, seulement, 46,5% ont reçu le rendez-vous contre 31% dans l'étude TRAORE P O [10].

Ces situations peuvent s'expliquer par la mauvaise qualité de la communication, qui existe dans la relation médecin-patient au niveau de ces centres ; résultant souvent de l'impatience des parents d'enfant à recevoir un soin et le débordement du prescripteur.

Un effectif de 106 des parents d'enfant, soit 49,3%, ont jugé le coût de la consultation acceptable et celui l'ordonnance très élevé. Ces données peuvent résulter, par le fait que l'AMO n'est pas opérationnel aux structures de premier échelon au premier niveau de la pyramide sanitaire pendant les heures de garde. Auquel 19,1% de nos parents d'enfant était affilié. Ceci témoigne, que la consultation est subordonnée à la prise du ticket dans nos structures.

Malgré ces chiffres, l'organisation de la garde est qualifiée de bonne par 69,3% des parents d'enfant. Car la garde, quelque qu'en soit les contraintes, répond leurs motifs de consultation (fort fièvre, diarrhée et/ou vomissement, toux, détresse respiratoire).

# Conclusion

## **VII. CONCLUSION**

En santé, la garde se définit par la prise en charge des actes médicaux : urgents ou non urgents dans un service minimum, mais justifiant un avis diagnostique ou une thérapie en dehors des heures d'ouverture normales des structures sanitaires et à la demande des parents et /ou du patient.

Afin d'améliorer la survie des enfants en ces heures de service, notre étude, a évalué la qualité de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans pendant les gardes. Cette étude transversale, descriptive, a porté sur un dixième des structures de la pyramide sanitaire de Bamako, au premier niveau, à différents échelons par la technique d'échantillonnage aléatoire simple sans remise ; selon l'approche de DONABEDIAN AVEDIS sur la qualité des soins.

Les résultats obtenus a permis d'identifier des aspects positifs qui doivent être pérennisés, mais aussi des opportunités d'amélioration.

La grande majorité des prescripteurs étaient des médecins généralistes, suivi des FFI avec un bon niveau de connaissance en matière de prise en charge pédiatrique, malgré un pourcentage de 20,9% n'ayant pas fait de stage en pédiatrie lors des formations initiales. Et le nombre de garde par équipe était plus d'une fois par semaine dans 71,4% des structures.

Concernant le niveau d'équipement des structures pendant les gardes, nous remarquons au terme de cette étude, que nos différentes structures avaient un potentiel de mise en œuvre incomplet. Cependant, bien que certains matériels (thermomètre, otoscope, abaisse langue, pèse-bébé, mètre-ruban, pèse personne), indispensables pour une bonne qualité de consultation pédiatrique soient souvent présents, ils n'ont pas été beaucoup utilisés.

Les examens complémentaires ont été moins demandés par 25,6% de nos prescripteurs. Cet état de fait, résulte de la non disponibilité lors des gardes, des simples examens complémentaires (GE, Taux d'hémoglobine et hématocrite, Groupe sanguin-Rhésus) au premier niveau de la pyramide sanitaire surtout au premier échelon. Et la non disponibilité des médicaments a été évoqué par 28% des prescripteurs comme l'une des difficultés thérapeutiques.

Malgré les contraintes évoquées et observées, lors de la garde, l'organisation est jugée satisfaisante par les parents d'enfant. Car la garde répond leurs motifs de consultation (forte fièvre, diarrhée et/ou vomissement, toux, détresse respiratoire...).

Il ressort de cette étude que la prise en charge des enfants de moins de 5 ans nécessite une amélioration dans la plupart des structures. Aussi, cette évaluation de la qualité doit être suivie de mesures permettant de résoudre les insuffisances remarquées.

# **Recommandations**

## **VIII. RECOMMADATIONS**

### **8-1. Aux autorités administratives et sanitaires :**

- Assurer la formation de tous les prescripteurs en chargés de la consultation pédiatrique aux directives de l’OMS sur la prise en charge de l’enfant afin de rendre cet outil plus utile.
- Tenir compte du matériel de consultation pédiatrique lors de la dotation initiale des structures de premier niveau, afin de mieux répondre aux attentes.
- Doter les structures, de source d’alimentation électrique secondaire, afin d’assurer la continuité des soins en cas délestage électrique ; et au renouvellement de ce matériel.
- Organiser régulièrement des formations en pédiatrie, à l’intention des prestataires des structures de premier niveau pour permettre de les informer mieux sur l’évolution de la science pédiatrique.
- Améliorer la disponibilité permanente des médicaments, notamment d’urgence.

### **8-2. Aux responsables des structures et aux prescripteurs en chargé de la consultation pédiatrique lors des gardes :**

- Mettre à la disponibilité des prescripteurs, les protocoles des recommandations nationales et les directives de l’OMS relatives à la prise en charge des pathologies courantes des enfants; en vue d’une meilleure implication de tous les prescripteurs.
- Rendre opérationnel les unités d’examen complément pendant la garde, afin de réduire les hypothèses posées.
- Veiller à l’utilisation régulière des matériels de consultation pédiatrique afin de rendre la prise en charge plus conforme à la norme
- Promouvoir la collaboration interpersonnelle.

### **8-3. A la population et aux parents d’enfant de moins de 5 ans en particulier :**

- La patience, car la garde priorise beaucoup plus les urgences, dans le service minimum.

## **Référence bibliographique**

## **IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :**

### **1. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.**

Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Rapport sur la Santé dans le Monde 2005.p.261

### **2. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.**

Cinquante-cinquième assemblées mondiales de la santé : Qualité des soins. Sécurité des patients. Rapport du Secrétariat. 23Mars 2002 ; p.5

### **3. ZEYNEP O, LAURE C R.**

La qualité des soins en France: comment la mesurer pour l'améliorer ? IRDES. Décembre 2008 ; p.3

### **4. BERTHIER M, MARTIN-ROBIN C.**

Les consultations aux urgences pédiatriques : étude des caractéristiques sociales, économiques et familiales de 746 enfants. *Archive Pédiatrie* 2003 ; 10 : S61-3 La qualité des soins en France: comment la mesurer pour l'améliorer ? IRDES. Décembre 2008 ; p.3

### **5. MABIALA-BABELA JR, SENG P.**

Consultations de nuit aux urgences pédiatriques du CHU Brazzaville, Congo. *Médecine Tropicale* 2009. 69. 3 ; p281, 283

### **6. RICHARD B, MICHELE D, PHILIPPE H.**

Qualité des soins donnés aux enfants gravement malades dans un hôpital provincial en Centrafrique. p.40, 410. <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-5-page-401.htm> le 23/04/2013 à 20H53

### **7. DOUMBOUYA N., KEITA M., MAGASSOUBA D et al.**

Mortalité dans le Service de Chirurgie Pédiatrique au CHU de Donko. *Médecine d'Afrique Noire* 1999 ; p591

### **8. COULIBALY B.**

Les Urgences Médicales Pédiatriques Dans Le Service de Pédiatrie Du CHU G Touré. Thèse Méd. FMPOS Bamako2006, N° 06M265 ; p.96

**9. MBAÏTOLOUM D M.**

Évaluation de la qualité de en prise en charge des enfants malades de 0 à 59 Mois dans les formations sanitaires de référence de Bamako. Thèse Méd. FMPOS Bamako2009 N° 09M165 ; p.253

**10. TRAORE P O.**

Caractéristique de la prise en charge pédiatrique dans 20 CSCOM du district de Bamako. Thèse Méd. FMPOS Bamako N° 09M172 ; p.57, 66

**11. ROUSSEY M, KREMP O.**

Pédiatrie Sociale ou l'Enfant dans son Environnement. Wolters Kluwer France 2004 ; P154

**12. DUKE T, TAMBURLINI G, SILIMPERI D.**

For the pediatric Quality Care Group. Improving the quality of pediatric care in peripheral hospitals in less-developed countries. Arch Dis Child 2003;88:563-5

**13. DONABEDIAN A.**

Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Volumes II, III, and I. Ann Arbor, MI: Health Administration Press 1980

**14. DONABEDIAN A.**

The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988;260:1743-8

**15. ROEMER M I. et MONTOYA-AGUILAR C.**

L'évaluation et l'assurance de la qualité des soins de santé primaires. OMS publication offset ; n°105, Genève.1996.p.102

**16. LYNNE MILLER F, DIANNA R. SILIPERI et al.**

Pérenniser la Qualité des Soins de Santé : L'Institutionnalisation de l'Assurance de Qualité. Projet d'Assurance de Qualité / USAID 2002 ; p.68

**17. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.**

Soins hospitaliers pédiatriques : Prise en Charge des Affections Courantes dans les Petits Hôpitaux. 2007 p.2-3

**18. WEBER A.**

La Maison Médicale de Garde de Sallanches : L'implantation au sein du Service des Urgences Hospitalières comme réponse possible à la Permanence de Soins en zone de montagne. Évaluation de son fonctionnement et devenir. Thèse Méd. Grenoble-France 2008 ; p.5

**19. MINISTERE DE LA SANTE DU MALI.**

Programme Elargie de Vaccination : Revue Externe Juillet 2006. Vol 116 ; P14

**20. KOUMARÉ A K, SANGARÉ K, LAPLANTE O et al.**

Profil de la vaccination au Mali. Analyse des iniquités de couverture vaccinale. Septembre 2005 ; p.24

**21. DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE DU MALI**

Système Local d'Information Sanitaire, 2006

**22. TRAORE F N.**

Communication-Symposium international santé et développement. Accès aux services de santé de base au Mali, enjeux et objectifs, défis et perspective. Ministre de la Santé du Mali 2001 ; p.25

**23. BOURRILLON A.**

Guide de l'examen clinique pour le praticien, pédiatrie. 32<sup>ème</sup> édition ; p.96

**24. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. .**

Manuel sur la PCIME. Avril 2001

**25. HAMLADJI R. M.**

Précis de sémiologie, Alger 1990

# Annexes

## Identification et Evaluation du centre

(Adressée au Chef de service ou Responsable de garde)

N° fiche.....Date...../...../2014

### A. Identification du centre

Nom du centre :.....

Commune :.....

Quartier :.....

Nom et Prénom de l'enquêteur :.....

**Qualification :**

1= Médecin spécialiste    2= Médecin généraliste    3= Infirmier d'état (IDE)

**Age :**

1= 35 – 40 ans    2= 40 – 50 ans    3= 50 ans et plus

**Durée au poste :**

1= 1 – 5 ans    2= 6 – 10 ans    3= 11 ans et plus

### B. Evaluation du centre

**NB : Mettez dans le carreau le chiffre correspondant à votre réponse.**

#### I. **Organisation de la garde**

##### 1. **Organigramme du centre existe-t-il ?**

1= Oui  2= Non

**-Si oui, est-il affiché ?** 1= Oui  2= Non

##### 2. **Disponibilité des Normes et procédure de la consultation pédiatrique ?**

1= Oui  2= Non

**3. Quelle est la durée de la garde par équipe ?**

<b>Jours</b>	<b>Durée(en heure)</b>	<b>Début</b>	<b>Fin</b>
Pendant les jours ouvrables			
pendant les jours fériés			

**4. Une équipe garde combien de fois par semaine ?**

1= Une fois  2= Plus d'une fois

**5. Comment est constituée l'équipe de garde ?**

<b>Personnels par équipe de garde</b>	<b>1=Oui 2=Non</b>	<b>Nombre</b>
Médecin spécialiste		
Médecin en DES		
Médecin généraliste		
Interne		
Faisant Fonction d'Interne(FFI)		
Technicien de Santé (TS)		
Sage femme		
Infirmière obstétricienne		
Stagiaires		

**II. Equipement et fonctionnement de la garde :**

**1. Le centre dispose-t-il des matériels suivants pendant la garde?**

<b>Matériels</b>	<b>1= Oui 2= Non</b>
Bancs ou chaises	
Table de consultation	
Thermomètre	
Pèse bébé	
Mètre ruban	
Pèse-personne	
Stéthoscope	
Abaisse langue	
Autoscope	
Source lumineuse	
Négatoscope	
Tensiomètre pédiatrique	
Lampe chauffante	
Aspirateur	
Source d'oxygène	

▪ Autre :.....

**2. Disposez-vous d'un dépôt de médicament (12 médicaments essentiels du paquet minimum d'activité) pour la garde ?**

1= Oui  2= Non

**3. Disposez-vous d'un service d'examen complémentaire pour la garde ?**

- Laboratoire d'analyse : 1= Oui  2= Non
- Imagerie médical : 1= Oui  2= Non

**4. Les parents prennent toujours un ticket d'entrée ?**

1= Oui  2= Non

**5. L'ordre d'arrivée est-il toujours respecté ?** 1= Oui  2= Non

**6. Les malades sont-ils triés ?** 1= Oui  2= Non

## Identification et évaluation du prescripteur

(Adressée aux Prestataires)

N° fiche.....Date...../...../2014

Jour ouvré : 1= Oui  2= Non    Structure : 1= CSCOM  2= CSRéf

### A. Identification du prescripteur

**Nom et Prénoms :** .....

**Age :**

1= 25 – 34 ans

2= 35 – 44 ans

3= 45 ans et plus

**Sexe :** 1= Masculin  2= Féminin

**Quel est votre profil ?**

0= Médecin spécialiste

1= Médecin généraliste

2= Interne

3= FFI

4= Assistant médical

5= IDE

6=TSS

### B. Évaluation du prescripteur

**NB : Mettez dans le carreau 1 pour Oui et 2 pour Non**

#### I. Connaissances du prescripteur :

**1. Depuis combien de temps gardez-vous dans cette structure ?**

1= Mois d'un an

2= 1 – 3 ans

3= 4 – 6 ans

4= 7 ans et plus

**2. Quelle est la durée de votre formation en pédiatrie ?**

0= Ne fait pas

1= 1- 3 Mois

2= 4 – 6 Mois

3= 7 – 9 Mois

4= 10 Mois et plus

**3. Avez-vous connaissance de la PCIME nationale ?** 1= Oui  2= Non

**4. Quelles sont les cinq maladies les plus fréquents chez les enfants de moins de 5 ans ?**

.....

**5. Citez au moins 3 signes d'urgence chez les enfants de moins de 5 ans :** .....

.....

**6. Citez au moins 3 signes de priorité chez les enfants de moins de 5 ans :**.....  
.....

**II. Attitudes et pratiques du prescripteur :**

1. **Salut-t-il l'accompagnant ?** 1= Oui  2= Non
2. **Fait-t-il l'interrogatoire sur la maladie ?** 1= Oui  2= Non
3. **Demande t-il le carnet de santé de l'enfant ?** 1= Oui  2= Non
4. **Fait-t-il l'examen général ?** 1= Oui  2= Non
5. **Fait-t-il l'examen physique ?** 1= Oui  2= Non
6. **Demande-t-il l'examen complémentaire ?** 1= Oui  2= Non
7. **Effectue-t-il des gestes d'urgence ?** 1= Oui  2= Non
8. **Quel est le paramètre de prescription utilisé ?**
- 1=L'âge                      2= Du poids                      3= La taille
9. **Donne-t-il de rendez-vous ?** 1-Oui  2-Non
10. **Fait-il la consultation selon ?**
- 1= Etat clinique                      2= Age                      3= Ordre d'arrivée
11. **Quels supports thérapeutiques utilise-t-il en matière de prescription pédiatrique ?**
- 1= Vidal                       2= Dictionnaire thérapeutique
- 3= EPU                      4= Internet                      5= Autre :.....
12. **Garde-t-il combien de fois par semaine dans cet établissement pour la garde ?**
- 1= Une fois  2= Plus d'une fois

## Identification des obstacles

### 1. Avez-vous souvent des difficultés de diagnostique ?

1= Oui  2= Non

- Si oui, quelles sont les raisons ?

1= Non disponibilité des ressources humaines

2= Non disponibilité de matériel

3= Non disponibilité des examens complémentaires

4= Autre : .....

### 2. Avez-vous souvent des difficultés thérapeutiques ? 1= Oui 2= Non

- Si oui, quelles sont les raisons ?

1= Recours tardif aux soins  2= Non disponibilité des médicaments

3= Ordonnances non honorées 4= Personnel soignant non qualifié

5= Autre : .....

## Niveau de satisfaction des parents d'enfants de moins de 5 ans

N° fiche..... Date..../...../2014

**NB : Mettez dans le carreau le chiffre correspondant à votre réponse**

Structure (lieu d'enquête) :..... Jour ouvré 1= Oui  2= Non

Profil du prescripteur

0= Médecin spécialiste 1= Médecin généraliste 2= Interne

3= FFI 4= Assistant médical 5= Infirmier d'état

### **I. Caractéristiques personnels au parent**

**Prénom et Nom du parent** :.....

**Age** :

1= 15 – 19 ans 2= 20 – 29 ans 3= 30 – 39 ans 4= 40 ans et plus

**Ethnie** :

1= Bambara 2= Peulh 3= Sarakolé 4= Senufo

5= Sonrhäï 6= Mianka 7= Autre

**Lieu de résidence** :.....

**Quelle est votre profession ?**

1= Fonctionnaire 2= Artisan 3= Agriculteur

4= Commerçant(e) 5= Ménagère 6= Autre

**Quel est votre niveau d'instruction ?**

1- Primaire 2-Secondaire 3-Supérieur 4-Non scolarisé

**Quel est votre lien avec l'enfant ?**

1= Père 2= Mère 3= Autre lien :.....

**Votre enfant a quel âge ?**

1= 0 – 6Mois 2= 7 – 11 Mois 3= 12 – 23 Mois

4= 24 – 36 Mois 5= 37 – 59 Mois

**Ethnie de votre enfant ?**

1= Bambara      2= Peulh      3= Sarakolé      4= Senufo

5= Sonrhäï      6= Mianka      7= Autre

**Adhésion à une facilité coût ?** 1= Oui  2= Non

**-Si oui, précisez laquelle**

1= AMO      2= Carte adhérent      3= AMO et Carte adhérent      4= Autre

**C'est votre structure de recours permanent ?** 1= Oui  2= Non

**-Si oui, pourquoi**

1= Proximité      2= Prestation du service

3= Proximité et prestation du service      4= Autre

## **II. Opinion des parents sur l'accessibilité et l'offre des soins pendant la garde**

**1. Comment est l'accès géographique au centre ?**

1= Facile

2= Difficile

3= Ne s'ais pas

**2. Comment était l'orientation dans le centre ?**

1= Bonne

2= Passable

3= Mauvais

4= Ne s'ais pas

**3. Quel est le coût modérateur de consultation ? .....Fcfa**

**4. Que pensez-vous de ce coût par rapport aux heures ouvrables ?**

1= Acceptable

2= Un peu élevé

3= Très élevé

4= Ne sais pas

**5. Le temps d'attente était-t-il ?**

1= Court (inf. à 1 h)  2= Long (entre 1 et 2 h) 3= Très long (sup. à 2 h)

**6. L'agent de santé vous a-t-il salué ?** 1= Oui  2= Non

**7. Avez-vous reçu une chaise pour vous asseoir dans la salle de consultation ?**

1= Oui  2= Non

**8. L'agent de santé a-t-il posé des questions sur la maladie de l'enfant ?**

1= Oui  2= Non

**-Si oui, l'interrogatoire était-t-elle ?**

1= Bonne 2= Passable 3= Mauvaise 4= Ne s'ais pas

**9. Vous a-t-il expliqué les gestes devant subir votre enfant ?**

1= Oui  2= Non

**-Si oui, ces gestes étaient-t-ils ?**

1= Bon 2= Passable 3= Mauvais 4= Ne s'ais pas

**10. Vous a-t-il demandé de faire des examens complémentaires ?**

1=Oui  2= Non

**-Si oui, êtes-vous satisfait de ces examens complémentaires ?**

1= Très satisfait 2= assez satisfait 3= Peu satisfait

4= Pas du tout 5= Ne sais pas

**11. Vous a-t-il informé du diagnostic ?** 1= Oui  2= Non

**12. Vous a-t-il expliqué l'ordonnance ?** 1= Oui  2= Non

**-Si oui, l'explication était-t-elle ?**

1= Bonne 2= Passable 3= Mauvaise 4= Ne s'ais pas

**13. Vous a-t-il donné un rendez-vous ?** 1= Oui  2= Non

**14. Le coût de votre ordonnance est-il ?**

1= Acceptable 2= Un peu élevé 3= Très élevé 4= Ne s'ais pas

**15. Que pensez-vous de la prestation du service ?**

1= Bonne 2= Passable 3= Mauvaise 4= Ne s'ais pas

## **FICHE SIGNALÉTIQUE**

Nom : SIDIBE

Prénoms : Moussa Tonko

E-mail : [sidibemoussatonko@yahoo.fr](mailto:sidibemoussatonko@yahoo.fr) // [mtsidibe@gmail.com](mailto:mtsidibe@gmail.com)

Thèse de médecine : Qualité de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans pendant les gardes dans le district de Bamako

Directeur de thèse : Professeur Hamadoun SANGHO

Secteur d'intérêt : Pédiatrie, santé publique

Ville de soutenance : Bamako-Mali

Année de soutenance : 201....

Lieu de dépôt : la Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS) de Bamako et le centre de recherche, d'études et de documentation pour la survie de l'enfant(CREDOS).

Résumé :

De nombreuses publications révèlent que la qualité de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans pourrait être rehaussée si les normes et les procédures de l'examen médical élaboré par l'OMS à ce titre étaient respectées.

Notre étude avait pour objectif général, d'évaluer la qualité de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans pendant les gardes dans de district de Bamako sur un dixième des structures au premier niveau de la pyramide sanitaire selon l'approche de DONABEDIAN AVEDIS sur la qualité des soins. Soit sept structures retenues par échantillonnage aléatoire simple sans remise, avec la participation consentante de 43 prescripteurs pour 215 parents d'enfant de moins de 5 ans.

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptives sur une période allant du 10 février au 30 Mars 2014. Celle-ci a permis :

Décrire l'organisation des gardes par structure.

Déterminer les connaissances, attitudes et pratiques des prescripteurs pendant la garde.

Identifier les facteurs de difficultés diagnostiques et thérapeutiques pendant la garde.

Mesurer le niveau de satisfaction des parents par rapport à la prestation de la garde.

**Mots clés : Qualité, enfants de moins de 5 ans (0 à 59 mois), garde**

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**JE LE JURE.**