

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

Université des Sciences, des Techniques
et des Technologies de Bamako



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie



DER de Santé Publique et Spécialités

N° DERSP/FMOS/USTTB

Mémoire

Master en Santé Publique
Option Nutrition

Année Universitaire 2014 - 2015

**Evaluation de la performance des agents de santé formés
à la Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition aigüe
chez les enfants de 0 à 5 ans dans le District de Bamako**

P

Présenté et soutenu le

Par :

Dr DIALLO FATOUMATA

Président :

Membre :

Directeur : Pr AKORY AG IKNANE

REMERCIEMENTS

La Direction du DERSP/FMOS pour l'organisation du Master en Santé Publique ;

Au Programme Alimentaire Mondiale au Mali pour m'avoir donné l'opportunité de faire cette formation ;

Tout le personnel d'encadrement des apprenants en Master Santé Publique ;

Mes remerciements s'adressent aussi :

Au Pr Akory Ag Iknane, pour sa confiance et ses conseils qui m'ont permis de progresser sans cesse dans l'élaboration de ce document ;

Au Dr Fatou Diawara pour l'appui technique

A la 3^{ème} promotion du Master en Santé Publique en reconnaissance des moments que nous avons passés ensemble et tout ce que j'ai appris de vous.

A tout le personnel de la Division Nutrition/Direction Nationale de la Santé pour leur encouragement ;

A tout le personnel de la Direction Régionale de la Santé du District de Bamako, des Centres de Santé de références des Communes IV et V du District de Bamako et des centres de santé communautaires de l'ASACOSEKASI, ASACODJIP, ASACOYIR et ANIASCO pour leur hospitalité et leur bonne coopération ;

A ma famille, pour le soutien et la patience qu'elle m'a témoignée.

SOMMAIRE

	Pages
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLEMATIQUE.....	2
2.1. Enoncé du problème.....	2
2.2. Cadre conceptuel	5
2.3. Hypothèse	6
2.4. Objectifs de l'étude.....	6
3. GENERALITES.....	7
3.1. Définitions opératoires des concepts.....	7
3.2. Revue de la littérature.....	8
4. METHODOLOGIE	11
5. RESULTATS.....	15
6. DISCUSSION	26
7. CONCLUSION	30
8. SUGGESTIONS.....	31
9. REFERENCES.....	32
ANNEXES	

LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ASACODJIP : Association de santé communautaire de Djicoroni Para

ANIASCO : Association de santé communautaire de Niamacoro

ASACOSEKASI : Association de santé communautaire de Sébénicoro et Sibiribougou

ASACOYIR : Association de santé communautaire de Yirimadjo

CSCOM: Centre de Santé Communautaire

CSREF: Centre de Santé de Référence

EDS M: Enquête Démographique et de Santé du Mali

= : Egale

FAO: Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture

FMPOS: Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

F75: Lait thérapeutique utilisé pour la phase initiale de traitement de la malnutrition sévère

F100: Lait thérapeutique utilisé pour la seconde phase de traitement de la malnutrition sévère

< : Inférieur

Km²: Kilomètre carré

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PB : Périmètre Brachial

PCIMA: Prise en charge intégrée de la malnutrition aigue

RESOMAL : Solution de Réhydratation pour les malnutris Sévères

≥ : Supérieur ou égale

SRO : Sel de Réhydratation Oral

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

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

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

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau I : Répartition des prestataires en fonction du niveau de compétence technique à l'observation de la prise en charge d'un enfant et de la catégorie.....	16
Tableau II : Appréciation des tâches et gestes des agents de santé à l'observation lors de la prise en charge d'un enfant.....	17
Tableau III : Répartition des prestataires en fonction de la durée de la prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe de l'enfant (à l'observation).....	19
Tableau IV : Répartition des prestataires en fonction du niveau de compétence technique au dépouillement des fiches de prise en charge et de la catégorie.....	20
Tableau V : Appréciation de la compréhension des mères d'enfant par rapport aux Conseils.....	21
Tableau VI : Répartition des prestataires en fonction de l'efficacité du counseling et de la catégorie.	22
Tableau VII : Répartition des prestataires en fonction de la compétence technique globale et de la catégorie.....	23
Tableau VIII : Appréciation de la disponibilité des matériels et intrants dans les formations sanitaires dans le district de Bamako.....	23
Tableau IX : Appréciation de la disponibilité des médicaments et vaccins indispensables pour la PCIMA dans les formations sanitaires dans le district de Bamako.....	24
Tableau X : Répartition des prestataires en fonction du nombre de supervisions	

reçues lors des douze derniers mois.	25
Tableau XI : Répartition des prestataires en fonction de la motivation.....	25
Tableau XII : Répartition des prestataires en fonction du niveau de performance et de la catégorie.....	26

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure 1 : Cadre conceptuel de la performance des agents de santé formés à la prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe chez les enfants de 0 à 5 ans et des femmes.....	5
Figure 2 : Répartition des agents de santé selon l'ethnie dans le District de Bamako en 2015.....	15

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Méthode de prise en charge des enfants de 0 à 59 mois.....	
Annexe 2 : Cadre d'étude.....	
Annexe 3 : Aspect opérationnel des variables.....	
Annexe 4 : Outils de collecte des données.....	

RESUME

La présente étude a pour but d'évaluer la performance des agents de santé formés à la Prise en Charge Intégrée de la malnutrition aigüe chez les enfants de 0 à 5 ans (PCIMA) dans le District de Bamako/Communes IV et VI.

Il s'agit d'une étude transversale évaluative. Trois techniques de collecte ont été utilisées :

- Un entretien individuel avec 32 agents de santé et 116 mères d'enfants ;
- L'observation de 32 agents de santé lors de la prise en charge d'un enfant de 0 à 59 mois malade et des matériels médico-techniques et intrants PCIMA de 06 formations sanitaires de Bamako.
- L'exploitation de supports PCIMA remplis en 2015(fiches individuelles, registres, fiches de stock des intrants et médicaments des formations sanitaires).

Des résultats il ressort par rapport aux normes de l'étude que :

- ✓ La compétence technique globale est bonne ;
- ✓ La compréhension des conseils donnés aux mères d'enfant est mauvaise ;
- ✓ Les conditions de travail sont bonnes;
- ✓ La motivation des agents est bonne ;
- ✓ La supervision régulière ;
- ✓ La satisfaction des mères d'enfants est bonne.

Le système de notation appliqué aux composantes des variables retenues a permis de comparer les résultats aux normes.

Ainsi, la performance des agents de santé formés à la Prise en Charge Intégrée de la malnutrition aigüe chez les enfants de 0 à 5 ans (PCIMA) est jugée bonne.

Cependant des efforts restent à fournir pour améliorer le counseling.

Mots-clés : Evaluation, performance, agents de santé, PCIMA.

ABSTRACT

This study aims to evaluate the performance of health workers trained in the Integrated Management of acute malnutrition among children aged 0-5 years (PCIMA) in the District of Bamako / Public IV and VI.

This is an evaluative study cross. Three collection techniques were used:

- An individual interview with 32 health workers and 116 mothers of children;
- Observation of 32 health workers when a child supports sick of 0-59 months and medical-technical equipment and inputs PCIMA of 06 health facilities in Bamako.
- The operating PCIMA media filled in 2015 (individual records, registers, inputs stock cards and health facilities drugs).

Results can be seen from the standards of the study:

- ✓ The overall technical competence is good;
- ✓ Understanding the advice given to mothers of children is bad;
- ✓ The working conditions are good;
- ✓ The staff motivation is good;
- ✓ Regular supervision;
- ✓ The satisfaction of mothers with children is good.

The scoring system applied to the components of the variables was used to compare the results with standards.

Thus, the performance of health workers trained in Integrated Management of acute malnutrition among children aged 0-5 years (PCIMA) is considered good.

However, efforts are still needed to improve counseling.

Keywords: Assessment, performance, health workers, PCIMA.

1. INTRODUCTION

Le taux de mortalité infanto-juvénile est l'un des indicateurs permettant d'apprécier le niveau de développement d'un pays. Il exprime le nombre de décès d'enfants de 0 à 59 mois survenus dans une localité sur 1000 naissances vivantes pendant une année [1].

Les principales affections qui tuent les enfants sont : le paludisme, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, la rougeole. Elles évoluent soit de façon isolée, soit en association, et souvent sur un fond de malnutrition et constituent 70% des causes de décès d'enfant [2,3].

Ces affections demeureront les principales causes de mortalité infantile jusqu'en 2020 à moins d'une intensification considérable des efforts déployés pour les éliminer. [2,4].

Malgré les efforts fournis depuis plusieurs années par les pays en développement à travers différents programmes en faveur de la survie de l'enfant, la mortalité infantile demeure élevée en Afrique subsaharienne et en particulier au Mali.

Beaucoup de ces décès pourraient être évités par des interventions efficaces menées à grande échelle en matière de nutrition (prise en charge et prévention), diminuant ainsi la charge de travail des personnels de santé une fois ces interventions mises en place. Dans les pays en voie de développement, la malnutrition maternelle et infantile est la cause sous-jacente de plus d'un tiers (3,5 millions) à la moitié (5,8 millions) de tous les décès chez les enfants de moins de 5 ans [5].

Selon les estimations de la FAO, 925 millions de personnes étaient sous-alimentées en 2010 (*SOFI, 2010*), contre 1,02 milliard en 2009. Ce chiffre reste supérieur aux niveaux observés avant les crises alimentaires et économiques de 2008-2009 et lors du Sommet mondial de l'alimentation de 1996, lorsque les dirigeants du monde se sont engagés à diminuer de moitié le nombre de personnes souffrant de la faim d'ici 2015[6].

Les carences en micronutriments, ce que l'on appelle la faim « cachée », touchent quelque 2 milliards de personnes, soit plus de 30 % de la population mondiale, avec de graves conséquences sur la santé publique. Ces déficits en vitamines et en matières minérales concernent en particulier le fer, l'iode, le zinc et la vitamine A. Ils nuisent à la croissance physique et au développement, réduisent les capacités mentales et la productivité, affaiblissent le système immunitaire et provoquent la cécité et la mort – autant de conséquences qui

pourraient être évitées [7]. Face à une telle situation il s'avère nécessaire d'identifier des stratégies novatrices en vue de réduire de façon significative la morbidité et la mortalité infantile. C'est ainsi que le Mali, à l'instar d'autres pays de l'Afrique, a opté pour la Prise en Charge Intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA) en 2007 et a élaboré le protocole de PCIMA qui est une approche décentralisée qui intègre le traitement hospitalier de la malnutrition aiguë (URENI) et les traitements en ambulatoire et communautaire de ce même type de malnutrition (URENAS et URENAM). Ce protocole vise la réduction du risque de mortalité infanto juvénile due à la malnutrition par un dépistage actif et passif et précoce ainsi qu'une prise en charge adéquate des formes de malnutrition aiguë modérée et sévère.

2. PROBLEMATIQUE

2.1. ENONCE DU PROBLEME

De nos jours, la morbidité et la mortalité des enfants de moins de 5 ans demeurent préoccupantes dans le monde et particulièrement en Afrique subsaharienne où leurs taux restent encore élevés. Près de 10 millions d'enfants meurent chaque année dans le monde avant leur cinquième anniversaire et plus d'un tiers de ces décès sont liés à la sous-alimentation. Dans les pays en développement, un enfant de moins de cinq ans sur trois, soit 178 millions d'enfants, présente un retard de croissance imputable à la sous-alimentation chronique et 148 millions d'enfants souffrent d'insuffisance pondérale [5].

La malnutrition, quelle qu'en soit la forme, représente un fardeau intolérable qui pèse sur les systèmes de santé nationaux, mais aussi sur l'ensemble du tissu culturel, social et économique des nations. Elle constitue le principal obstacle au développement et à la réalisation du potentiel humain. Si lutter contre les effets de la malnutrition induit des coûts élevés du point de vue budgétaire, économique et humain, ceux de la prévention sont bien moindres. Investir dans la nutrition n'est donc pas seulement un impératif moral, mais également une nécessité économique: cela stimule la productivité et la croissance tout en réduisant les coûts de santé, améliorant l'éducation, renforçant les moyens intellectuels et stimulant le développement social.

La malnutrition aiguë sévère (MAS) menace la survie des enfants tant en situation d'urgence qu'en temps normal. D'après des estimations récentes, la MAS affecte entre 19 et 26 millions d'enfants de moins de cinq ans dans le monde et contribue à près d'un million de décès d'enfants chaque année ; la plupart des cas de MAS ne se trouvent pas dans des pays en

situation d'urgence [8]. Le traitement de la MAS est devenu en plusieurs décennies une intervention de premier plan mais avait une portée limitée.

L'introduction des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE) et d'une approche à base communautaire, la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCIMA), a permis de traiter la majorité des enfants à domicile.

Au Mali, l'analyse des informations existantes montre que la malnutrition aiguë ou émaciation affecte au Mali 12,4 % des enfants de moins de 5 ans en 2001 [9] contre 15,2% en 2006 [10] et 13,3% en 2013 [11], pour un niveau d'alerte international fixé à 10%.

La malnutrition chronique ou retard de croissance, se manifestant par une taille trop petite pour l'âge, touche 49% des enfants de moins de cinq ans en 1996 contre 38% en 2001, 34% en 2006 et en 38 % 2013(EDSM V).

L'insuffisance pondérale exprimée au moyen de l'indice poids-pour-âge (un faible poids pour l'âge) se situe à 38% en 1996 [12] contre 31%, 27% et 26% respectivement en 2001 (EDSM III), 2006 (EDSM IV) et 2013 (EDSM V). Cet indicateur est utilisé dans le cadre de l'OMD 1, plus précisément pour mesurer la pauvreté non-monnaire. Depuis 1996, on note une tendance marquée à la baisse mais pas suffisante pour atteindre l'objectif fixé à 14%.

En termes relatifs ou absolus, l'aggravation de la situation nutritionnelle des enfants maliens pourrait entraîner une hausse significative de la mortalité infanto-juvénile malgré la mise en œuvre d'autres interventions de santé publique (vaccination).

L'OMS et l'UNICEF ont été donc responsabilisés pour proposer une approche novatrice en vue de réduire de façon significative la morbidité et la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. C'est ainsi que la PCIMA : prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë a été initiée. C'est une approche à base communautaire pour la prise en charge de la malnutrition aiguë avec les composantes:

- L'extension communautaire favorise l'engagement de la communauté et le dépistage actif et précoce des enfants malnutris qui ensuite sont référés à la PCIMA ;
- La prise en charge pour les enfants avec une malnutrition aiguë modérée : URENAM ;
- La prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë sévère pour les enfants de 6-59 mois avec MAS sans complications médicales dans des sites accessibles et décentralisés : URENAS ;

– La prise en charge hospitalière de la malnutrition aiguë sévère pour les enfants avec MAS et complications médicales dans des sites centralisés et spécialisés : URENI.

Le Mali a adopté la stratégie PCIMA en 2006, et a démarré la phase de mise en œuvre en 2007 à travers tout le pays après la formation des prestataires grâce à l'appui de ses partenaires. Cinq ans après, ce protocole a été révisé et mis en œuvre.

Après une période de mise en œuvre de la PCIMA révisé, il s'avère nécessaire d'apprécier les résultats obtenus. Le présent travail vise à évaluer la performance des agents de santé formés à la PCIMA dans les districts de Bamako. Par ailleurs les visites de suivi faites dans certaines localités du pays où les agents de santé ont été formés sur la PCIMA, ont révélé que les professionnels de santé formés en PCIMA n'ont pas toujours respecté ses directives [13].

Comme dans tout processus d'exécution d'une intervention, il est important de procéder à une évaluation, à mi-parcours, deux ans après le démarrage de la mise en œuvre du protocole PCIMA révisé dans le District de Bamako, il est nécessaire de se poser la question suivante :

Est-ce que la formation des agents de santé de cette zone a permis d'améliorer leur capacité à prendre en charge les enfants de 0 à 59 mois malnutris?

Pour répondre à cette question et éviter la contre-performance des agents de santé après leur formation, nous nous proposons d'évaluer la performance des agents de santé formés à la Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition aiguë chez les enfants de 0 à 5 ans dans le District de Bamako.

Cette étude permettra de juger de la pertinence de la formation des agents de santé, et de prendre des dispositions conséquentes pour renforcer ou maintenir le niveau de performance souhaité.

2.2. CADRE CONCEPTUEL

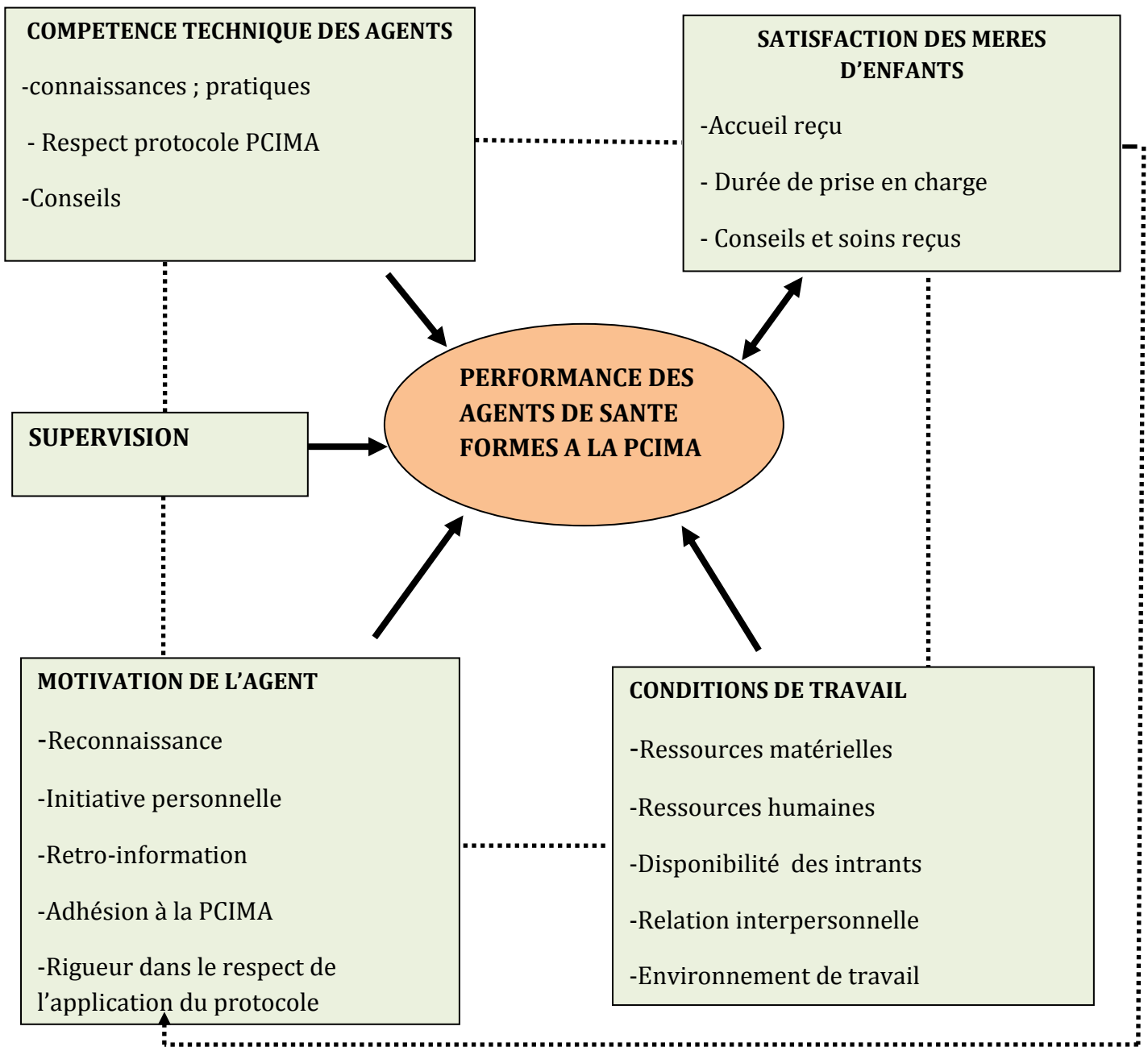
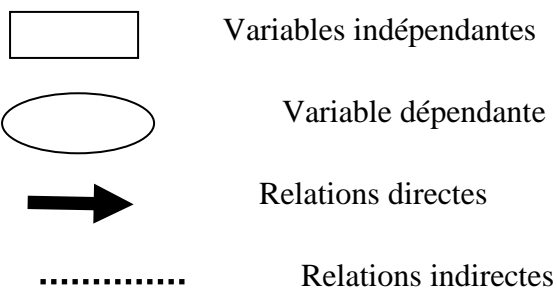


Figure 1 : Cadre conceptuel de la performance des agents de santé formés à la prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe chez les enfants de 0 à 5 ans.



Explication du cadre conceptuel

Plusieurs facteurs peuvent influencer la performance des agents formés à la prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe chez les enfants de 0 à 59 mois. Ainsi la connaissance, l'aptitude, l'application correcte du protocole PCIMA et le conseil qui déterminent la compétence technique de l'agent, peuvent influencer la performance de l'agent. En outre les conditions de travail qui sont en rapport avec la disponibilité des ressources humaines, matérielles, des intrants, la bonne ambiance de travail sont aussi des facteurs qui peuvent influencer la performance de l'agent de santé. Les ressources doivent être accompagnées par les connaissances et le comportement des professionnels de santé. La motivation, la supervision de l'agent de santé sont aussi des facteurs qui agissent sur la performance de ce dernier. L'absence de supervision de la structure peut constituer un frein à la performance du personnel. Enfin la satisfaction des mères d'enfants par rapport à l'accueil, à la durée, la qualité de la prise en charge et aux conseils reçus, contribue aussi à la performance et à la motivation de l'agent. En retour la performance permet de satisfaire les mères d'enfants.

2.3. HYPOTHESES

-La compétence technique, les conditions de travail, la motivation, la supervision ainsi que la satisfaction des mères d'enfants de 0 à 59 mois contribuent-ils à la performance des prestataires de la PCIMA ?

-La formation des agents de santé sur le protocole de la PCIMA leur conféré-elle une compétence technique acceptable en matière de la prise en charge des enfants de 0 à 59 mois ?

2.4. OBJECTIFS

2.4.1. Objectif général

Evaluer la performance des agents de santé formés à la prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe chez les enfants âgés de 0 à 59 mois dans le District de Bamako.

2.4.2. Objectifs spécifiques

1. Déterminer le niveau de compétence technique des prestataires de la PCIMA dans le District de Bamako ;
2. Décrire les conditions de travail des prestataires dans le District de Bamako ;
3. Apprécier la motivation des prestataires de la PCIMA du District de Bamako ;

4. Mesurer le niveau de satisfaction des mères d'enfants par rapport à la prestation des agents de santé du District de Bamako ;
5. Déterminer le niveau de performance des prestataires de la PCIMA du District de Bamako.

3. GENERALITES

Le protocole de la PCIMA est centré exclusivement sur la sous-nutrition, parce que c'est, de loin, le type de malnutrition le plus courant au Mali.

Le protocole vise la réduction du risque de mortalité infantile juvénile due à la malnutrition par un dépistage actif et passif et précoce ainsi qu'une prise en charge adéquate des formes de malnutrition aiguë modérée et sévère. Les directives décrites dans le protocole, qui se fondent sur les avis d'experts et les résultats de recherches, sont conçues pour la prise en charge d'enfants malnutris âgés de 0 à 59 mois. Elles encouragent les agents de santé à, examiner les syndromes et classer et appliquer le traitement adapté. Ces directives comprennent des méthodes servant à évaluer l'état nutritionnel, l'alimentation, l'état vaccinal de l'enfant et les signes qui révèlent une maladie grave ; à assurer la prise en charge des cas de malnutrition et à expliquer aux parents quand il faut revenir au centre de santé [14].

3.1. Définitions opératoires

Evaluation : C'est une démarche qui consiste à déterminer et à appliquer des critères et des normes dans le but de porter un jugement de valeur sur les différentes composantes d'un programme [15].

La performance : « C'est le résultat de l'exécution d'une tâche conformément aux normes et critères définis afin d'atteindre pleinement les objectifs fixés dans un environnement donné » (adapté de la définition de HAMELINE.D.) [16]. Dans notre contexte la performance est définie comme le quotient de la somme des scores réalisés par les prestataires de soins pour chaque variable indépendante et du score total possible.

Prise en charge : c'est l'ensemble des actions menées par le personnel de santé en vue de restaurer l'état de santé du malade. Elle va de la réception du malade, son suivi après sa mise sous traitement jusqu'à sa sortie du programme PCIMA.

La malnutrition : c'est un état pathologique (anormal) résultant de la carence ou de l'excès relatif ou absolu d'un ou plusieurs nutriments essentiels, que cet état se manifeste

cliniquement ou ne soit décelable que par des analyses biochimiques, anthropométriques ou physiologiques.

La compétence technique: c'est la capacité de l'agent de santé formé à exécuter correctement les tâches. Elle est déterminée par la connaissance par l'agent du protocole PCIMA et les aptitudes de l'agent à évaluer, classer, identifier le traitement, et traiter le malade ; référer les cas graves et à conseiller la mère.

Les conditions de travail : c'est l'ensemble constitué par les ressources matérielles (matériels, médicaments, intrants et infrastructures), les ressources humaines et le confort.

La motivation : c'est l'engagement spontané des agents de santé à obtenir un résultat. Elle est mesurée par la volonté de l'agent à respecter le protocole, la capacité de l'agent à prendre des initiatives dans le cadre de son travail, la reconnaissance des efforts de l'agent par ses supérieurs hiérarchiques et sa rigueur dans l'application du protocole PCIMA.

La supervision : action qui permet à un chef hiérarchique de vérifier l'exécution du travail d'un agent, de le motiver, et de le soutenir en vue d'améliorer sa performance.

Satisfaction des mères d'enfants : c'est le jugement que les malades portent sur les prestations de soins et services au niveau de la formation sanitaire (sur l'accueil, l'efficacité des soins, la relation interpersonnelle, durée de la consultation).

Le jugement positif est la satisfaction ; le jugement négatif est l'insatisfaction

Le counseling : c'est une communication interpersonnelle entre un prestataire et un client dans le but de l'amener à bien comprendre les instructions de prise en charge à et les circonstances d'un nouveau recours aux soins par rapport à la même maladie.

3.2. Revue de littérature

La PCIMA est un investissement rentable et à fort impact qui a révolutionné la lutte contre la maladie et permet de réduire considérablement le nombre de décès d'enfants. Elle consiste à identifier et prendre en charge la sous-nutrition aiguë directement au sein de la communauté après une période de sensibilisation communautaire. Seuls les enfants présentant des complications médicales ont besoin d'être traités dans un centre de stabilisation. Les programmes existants en santé materno-infantile doivent être utilisés comme véhicule d'intégration de la PCIMA. Celle-ci peut être liée à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance, utilisée pour diagnostiquer, traiter et prévenir le paludisme, la pneumonie et les

diarrhées au niveau communautaire en évitant de créer des programmes parallèles, une telle harmonisation est aussi plus rentable et permet d'augmenter le nombre d'enfants diagnostiqués et traités pour l'ensemble de ces maladies[18].

L'efficacité de la PCIMA a été établie depuis 2007 par l'approbation de cette approche par les organismes des Nations Unies, ce qui a permis son adoption à plus grande échelle. La PCIMA est généralement un continuum préventif comprenant quatre composantes principales :

- 1) la mobilisation communautaire comme élément de base ;
- 2) la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée ;
- 3) le traitement ambulatoire d'enfants atteints de malnutrition aiguë sévère ayant un bon appétit et sans complications médicales et
- 4) le traitement hospitalier d'enfants atteints de malnutrition aiguë sévère avec complications médicales et/ou sans appétit.

L'un des objectifs principaux de la PCIMA, à la fois sur le plan mondial et national, est l'intégration dans le système national de santé et à terme, son appropriation complète par le gouvernement. A la fin de l'année 2012, les gouvernements de 63 pays avaient établi des partenariats avec l'UNICEF, le PAM, l'OMS, les donateurs et les ONG, pour la mise en œuvre de la PCIMA. Les Ministères de la santé assument un rôle de direction et de coordination, et fournissent les centres de santé. Les modalités de la mise en œuvre varient selon les situations ou les régions. La plupart des pays mettent également en œuvre des interventions apparentées comme l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), la santé maternelle et infantile (SMI), ainsi que la supplémentation en micronutriments [5].

Pour comprendre pourquoi la performance des agents de santé varie, il est bon d'étudier les facteurs connus pour influencer sur leur travail. On a longtemps cru qu'une mauvaise performance était principalement due à un manque de connaissances et de compétences, mais cette analyse a changé dernièrement et l'on distingue désormais trois grands groupes de facteurs que sont :

- Les caractéristiques de la population desservie : il est plus facile d'étendre la couverture vaccinale ou d'améliorer l'observance du traitement contre une maladie si la population en comprend l'utilité, si elle est motivée et a les moyens de consulter.
- Les caractéristiques des agents de santé eux-mêmes, y compris leurs origines socioculturelles, leurs connaissances, leur expérience et leur motivation.

- Les caractéristiques du système de santé et le contexte général qui déterminent les conditions de travail des soignants : apports dont ils disposent pour exercer leurs fonctions, organisation du système de santé, manière dont ils sont rémunérés, encadrés et administrés, et autres facteurs comme la sécurité individuelle.[17]

La performance est fonction à la fois des qualités personnelles qu'un agent apporte à son travail et du climat dans lequel il fonctionne. On entend par qualités personnelles les connaissances, les aptitudes, les moyens et les mobiles. Les facteurs ayant trait à l'environnement sont les résultats escomptés, le retour d'information concernant le travail accompli, l'espace et le matériel de travail, et les stimulants. [18]

Les résultats des visites de supervision effectuées à Bamako au cours l'année 2014 ont permis de constater des insuffisances dans l'application du protocole PCIMA par les prestataires : mesures anthropométriques, dépistage non systématique, non-respect du traitement systématique, non évaluation du statut vaccinal, insuffisance de personnel qualifié ...etc. La disponibilité des matériels, équipements et intrants des centres de santé a été insuffisante dans certains centres de santé. Une insuffisance dans la communication entre prestataire et mères d'enfants a été notée [19, 20,21].

Doussouba [22] a constaté dans son étude en commune VI en 2009 une disponibilité des médicaments à 76,5 % et à DJIRE [23], Doussouba et Crouma [24] en commune V 2008 ont noté dans leurs études une satisfaction des mères/accompagnants respectivement dans 94,4%, 94,3 % et à 98,1%. L'étude de DJIRE en commune V en 2013 a montré que 87,7 % des mères avaient reçu des conseils de la part de l'agent de santé [23].

L'évaluation intégrée des structures sanitaires est un outil permettant de planifier l'intégration des programmes de santé pour les nourrissons et les enfants dans les consultations externes. L'évaluation permet la collecte des informations sur la prise en charge des cas d'infections respiratoires aiguës, de diarrhée, de paludisme, de rougeole et de malnutrition ainsi que sur l'approvisionnement en médicaments, l'équipement, la supervision et la formation. Elle permet de cerner les lacunes en ce qui concerne la performance des agents de santé. En effet, une supervision régulière, la disponibilité de médicaments essentiels et d'équipement et de matériel ainsi qu'une clinique ou une organisation qui prévoit suffisamment de temps aux consultations des mères et enfants sont des éléments essentiels pour soutenir et maintenir une meilleure performance professionnelle chez l'agent de santé [25].

4. METHODOLOGIE

4.1. Type d'étude : il s'agit d'une étude transversale évaluative de la performance des agents de santé formés à la PCIMA dans les districts sanitaires des communes IV et VI du District de Bamako.

4.2. Période d'étude : l'étude s'est déroulée du 15 octobre au 15 décembre 2015.

4.3. Population d'étude : elle est constituée de deux cibles : primaire et secondaire

- **Cible primaire :** les agents de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes, aides-soignants, matrones) formés à la PCIMA dans les districts sanitaires des communes IV et VI du District de Bamako.

-**Cible secondaire :** sont les mères d'enfants de 0 à 59 mois des districts sanitaires des communes IV et VI du District de Bamako, les matériels médico-techniques et les intrants de la PCIMA des districts sanitaires des communes IV et VI du District de Bamako.

-**Sources d'informations :** les registres PCIMA, les cartes et fiches individuelles de suivi des malades, le cahier de supervision de la structure sanitaire et les supports de gestion des intrants de la PCIMA.

4.4 Critères d'inclusion

-**Pour les agents de santé :** être en service dans les districts sanitaires des communes IV et VI du District de Bamako et avoir été formé à la PCIMA ;

-**Pour les mères d'enfants :** avoir un enfant de 0 à 59 mois dans le programme PCIMA et être venue pour une visite initiale ou de suivi de l'enfant malnutri ou être hospitalisé.

4.5. Critères de non inclusion

-**Pour les agents de santé :** tous les agents de santé qui vérifient les critères d'inclusion qui sont absents du site durant la période de l'étude ou qui ont refusé de participer à l'étude.

-**Pour les mères d'enfants :** refus de participer

4.6. Echantillonnage

4.6.1. Méthode

La méthode par sondage aléatoire simple sera utilisée pour le choix au hasard par tirage au sort sans remise des CSREF et CSCOM inclus dans l'étude.

Le choix raisonné pour les médecins, les infirmiers, les sages-femmes les aides-soignants, les matrones, les mères dont les enfants de 0 à 59 mois qui ont été pris en charge pendant la période de l'étude et les formations sanitaires et pour les registres PCIMA.

La méthode probabiliste est utilisée pour le choix des fiches individuelles de prise en charge. Ces fiches ont fait l'objet de l'évaluation de la compétence des agents de santé par la revue documentaire.

4.6.2. Technique

IL s'agit de :

- La technique par sondage à deux degrés pour à choisir les CSREF et les centres de santé communautaires.
Le premier degré pour le choix des CSREF est fait de la manière suivante : une liste des CSREF sera dressée. , Un numéro est attribué à chaque CSREF et inscrit sur un bout de papier. Les six bouts de papier sont pliés et déposés dans un récipient et 2 CSREF sont tirés au sort sans remise pour chaque CSREF ;
le deuxième degré pour le choix des CSCOM par la même technique.
- Un choix exhaustif des médecins, infirmiers, des sages-femmes, des aides-soignants et des matrones tous formés à la PCIMA, les registres PCIMA des CSREF et CSCOM.
- Un choix exhaustif par commodité des enfants de 0 à 59 mois, aux heures ouvrables de 9h à 13h aux jours ouvrables, qui doivent faire l'objet d'une consultation ou qui viendront en visite de suivi et dont les mères seront la cible d'un entretien après la prise en charge.
- Un tirage aléatoire de dix fiches individuelles des enfants pris en charge en 2015, de chaque agent de santé.

4.6.3. Taille de l'échantillon : après la collecte de données, notre échantillon est constitué de :

- 32 prestataires formés à la PCIMA ;
- 116 mères dont les enfants ont été pris en charge;

- 240 fiches de prise en charge des enfants de 0 à 59 mois remplies en 2015.

4.7. Technique et outils de collecte :

a) Technique de collecte : Pour la collecte des données, trois techniques sont utilisées:

- **l'observation** consiste à observer les tâches et gestes de l'agent de santé pendant qu'il prend en charge un enfant malnutri âgé de 0 à 59 mois et aussi observer l'environnement de travail de l'agent : bâtiment, état, entretien, salubrité.

- **l'entretien** consiste à réaliser un entretien individuel avec les agents de santé formés à la PCIMA et les mères d'enfant de 0 à 59 mois malnutris hospitalisés et/ou à la sortie de la visite initiale ou de suivi.

- **l'exploitation documentaire** concerne les informations contenues dans les supports PCIMA suivants:

- Les registres PCIMA et les fiches individuelles antérieurement remplies pour apprécier le respect du protocole PCIMA (l'évaluation, la classification, le traitement et les conseils).
- Le cahier de supervision de la structure sanitaire pour vérifier le nombre de supervision concernant la PCIMA, reçue par l'agent.
- Les fiches de stock des intrants pour déterminer le nombre de jours de rupture de stock

b) Outils : les outils utilisés sont les grilles observation, les guides d'entretien (agents de santé formés, mères d'enfant malade) et la fiche de dépouillement pour l'exploitation des documents.

c) Déroulement de l'enquête : pour mener l'enquête dans le District de Bamako, une autorisation a été demandée à la Direction Régionale de la Santé du District de Bamako. L'entretien avec les agents de santé et mères d'enfants, l'observation des agents de santé lors de la prise en charge d'un enfant malade, le dépouillement des supports ont été faits. Les outils ont été testés dans une formation sanitaire de la commune III du District de Bamako, pour l'amélioration de leur qualité.

4.8. Variables

a) Variable dépendante : est la performance des agents de santé formés à la PCIMA

b) Variables indépendantes sont la compétence technique, la motivation, les conditions de travail, la supervision et la satisfaction des mères d'enfants.

c)Aspect opérationnel des variables : en nous référant aux données de la littérature et aux expériences, pour rendre opérationnelles les sous variables, nous avons défini pour chacune d'elles des modalités auxquelles un score est attribué et des critères définis. Le total des scores permet d'apprécier chaque composante de la variable principale, ainsi que le niveau de qualité de la performance des agents. On attribue la note 1 si le critère est vérifié et la note 0 s'il n'est pas vérifié (réfère annexes 3).

4.9. Traitement et analyse des données

La gestion des données collectées est manuelle puis informatique ; Ainsi les données sont traitées de la manière suivante :

- Le traitement manuel concerne la synthèse des données concernant les variables motivation, counseling, satisfaction des mères.
- Le traitement informatique par le logiciel Microsoft Excel, des données de l'observation des matériels, du dépouillement des registres et fiches individuelles au niveau des formations sanitaires.
- Le traitement informatique par le logiciel Epi info concerne les données recueillies à l'entretien avec les agents de santé, les mères d'enfants, celles de l'observation de l'agent de santé lors de la consultation et du dépouillement des registres de PCIMA.
- Le traitement informatique par le logiciel Microsoft Excel des données de l'analyse pour déterminer la performance.

Les variables quantitatives sont présentées par leur moyenne et les variables qualitatives par leur fréquence.

4.10. Considérations éthiques :

Il s'agit d'une étude visant à apprécier la performance des agents de santé formés à la PCIMA dans le souci d'apporter des solutions aux éventuelles insuffisances qui seront relevées.

Les résultats de cette étude ne sont pas utilisés pour culpabiliser les enquêtés encore moins pour prendre des décisions qui pourront porter préjudice à ces derniers.

Le consentement verbal libre et éclairé, la confidentialité, la liberté de se retirer à m'importe quel moment de l'étude sans préjudice et aussi de ne pas répondre aux questions qui leur sont inconfortables, sont garantis dans l'étude.

5. RESULTATS

Les résultats sont donnés par objectifs après avoir décrit les caractéristiques des agents de santé et des mères d'enfants enquêtées.

5.1. Caractéristiques de la population d'étude

5.1.1. Caractéristiques des agents de santé

Cette étude a permis d'enquêter 32 agents de santé toute qualification confondue. Parmi ces derniers 11 sont de sexe masculin (34%) et 21 de sexe féminin (66%) soit un sexe ratio de 0,52. Il s'agit de 12 médecins, 13 infirmiers, 4 sages-femmes, 1 aide-soignant et 2 matrones, âgés de 24 à 54 ans avec une moyenne de 36 ans ; 15 agents de santé sont de la commune IV et 17 de la commune VI.

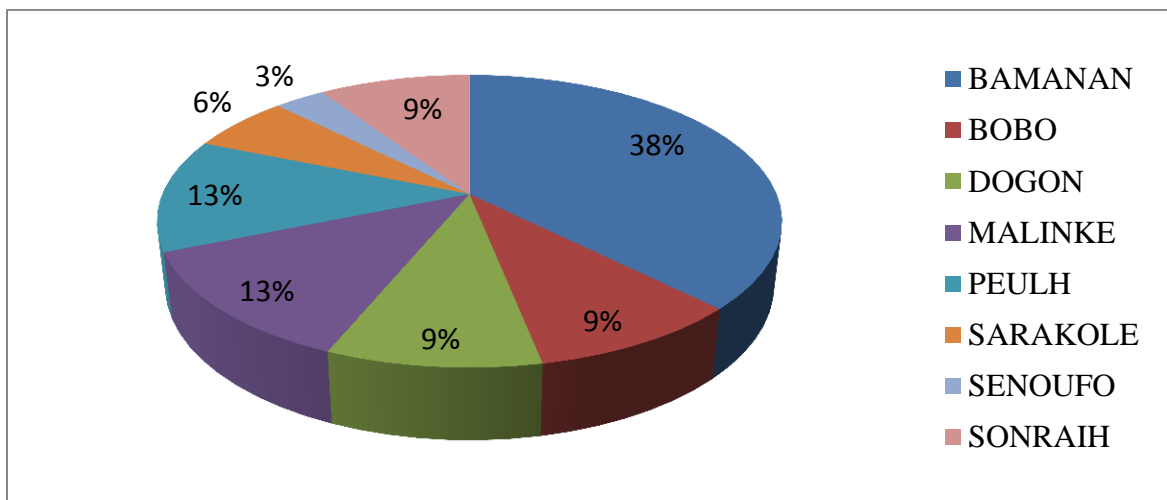


Figure 3 : Répartition des agents de santé selon l'ethnie dans le District de Bamako en 2015. L'ethnie Bamanan était prédominante.

L'ancienneté dans la profession varie de 3 à 29 ans avec une moyenne de 7 ans. Le délai par rapport à la formation PCIMA est plus de 12 mois pour la majorité des agents soit 81%.

5.1.2. Caractéristiques des mères d'enfants de 2 à 59 mois

Les mères d'enfants ont un âge qui varie entre 15 et 40 ans soit une moyenne de 24,5 ans.

Parmi elles on a dénombré 69 ménagères (59,5%) ; 33 vendeuses (26,4%) ; 6 élèves (5,2%) et autres (couturières, matrone, coiffeuse, cultivateur, employé de commerce et aide-ménagère) soit au total 116 mères d'enfants.

5.2. Niveau de compétence technique des prestataires de la PCIMA du District de Bamako.

5.2.1. Niveau de compétence technique des prestataires à l'observation directe lors de la prise en charge d'un enfant malade.

Tableau I: Répartition des prestataires en fonction du niveau de compétence technique à l'observation de la prise en charge d'un enfant et de la catégorie.

Catégorie d'agent / Compétence technique	Nombre	Pourcentage (%)	Appréciation
Médecin			
≥ 80%	08	25	Bonne
60%-80%	04	13	Acceptable
Sages-femmes			
≥ 80%	02	06	Bonne
60%-80%	01	03	Acceptable
< 60%	01	03	Faible
Infirmiers			
≥ 80%	08	03	Bonne
60%-80%	05	31	Acceptable
Aide-soignant			
< 60%	01	03	Faible
Matrone			
≥ 80%	02	06	Bonne
Total	32	100	-

Sur les 32 prestataires, 20 soit 62% ont une bonne compétence technique à l'observation.

5.2.1.1. Respect des tâches et gestes des directives de la PCIMA

Tableau II: Appréciation des tâches et gestes des agents de santé à l'observation lors de la prise en charge d'un enfant.

Tâches et gestes	Proportions	Pourcentages (%)
Il accueille bien la mère de l'enfant	32/32	100
Il demande les nom et prénoms de l'enfant	32/32	100
Il demande l'âge de l'enfant	31/32	96
Il coche correctement la tranche d'âge de l'enfant	32/32	100
Il prend la température de l'enfant	24/32	75
Il prend le poids de l'enfant	32/32	100
Il prend la taille de l'enfant	32/32	100
Il prend le PB de l'enfant	30/32	93
Il utilise le registre PCIMA selon le programme de l'enfant	23/25	92
Il demande le traitement antérieur	27/32	84
Il se lave les mains	14/32	44
Il examine l'enfant	23/32	72
Il recherche systématiquement les œdèmes	22/32	69
Il recherche systématiquement les symptômes principaux	21/32	67
Il évalue systématiquement tous les symptômes présents	20/32	63
Il évalue correctement tous les symptômes présents	21/32	66
Il vérifie systématiquement l'état nutritionnel	29/32	91
Il apprécie correctement l'état nutritionnel	29/32	91

Tâches et gestes	Proportions	Pourcentages (%)
Il recherche systématiquement les signes d'anémie	20/32	62
Il évalue correctement l'anémie	20/32	62
Il demande le carnet de santé	29/32	91
Il vérifie l'état vaccinal en faisant des commentaires	15/32	47
Il vérifie la supplémentation en vitamine A	14/32	44
Il évalue l'alimentation de l'enfant	27/32	85
Il identifie éventuellement les problèmes d'alimentation.	21/32	66
Il évalue les autres problèmes	12/26	46
Il utilise la table OMS pour classer l'enfant	28/32	88
Il classe correctement l'enfant	28/32	88
Il utilise les fiches (ou la fiche de prise en charge) pour identifier le traitement	28/32	88
Il identifie un traitement conforme à la classification	28/32	88
Il utilise les tables de médicaments pour donner la posologie	26/32	81
Il utilise la posologie adaptée au poids.	31/32	97
Il explique le traitement adéquat à la mère	30/32	94
Il dit le diagnostic ou donne des explications sur la maladie à la mère	30/32	94
Il administre la première dose de médicaments au centre	11/32	35
Il vérifie la compréhension de la mère par rapport au traitement	26/32	81
Il donne des conseils sur la MII si nécessaire	08/32	25

Tâches et gestes	Proportions	Pourcentages (%)
Il donne des conseils sur l'alimentation de l'enfant	25/32	78
Il utilise la carte de conseils	02/32	06
Il vérifie la compréhension de la mère par rapport aux conseils sur l'alimentation	25/32	78
Il conseille la mère d'augmenter les liquides pendant la maladie	14/32	44
Il explique quand revenir immédiatement	26/29	90
Il explique quand revenir pour la visite de suivi	27/29	93
Il félicite au moins une fois la mère	03/32	10
Il vérifie la compréhension de la mère pour les autres problèmes	22/32	69

Plus de 60% des prestataires ont respecté la majorité des directives de la PCIMA sauf le lavage des mains, la vérification de la supplémentation en vitamine A, l'évaluation des autres problèmes, les conseils sur la MII, l'administration de la première dose de médicaments au centre, l'utilisation de la carte conseil, Le conseil sur l'augmentation des liquides pendant la maladie et la félicitation des mères.

5.2.1.2. Appréciation de la durée de prise en charge de l'enfant.

Tableau III: Répartition des prestataires en fonction de la durée de la prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe de l'enfant (à l'observation).

Durées	Nombre	Pourcentage (%)
< 30 minutes	20	63
30 – 45 minutes	09	28
45 – 60 minutes	03	09
Total	32	100

La durée de prise en charge varie entre 10 et 60 minutes avec une moyenne de 15 minutes.

Plus de la moitié des prestataires soit 63% met moins de 30 minutes pour prendre en charge un enfant.

5.2.2. Niveau de compétence technique des prestataires à partir du dépouillement des fiches de prise en charge.

Tableau IV: Répartition des prestataires en fonction du niveau de compétence technique au dépouillement des fiches de prise en charge et de la catégorie.

catégorie d'agent / Compétence technique	Nombre	Pourcentage (%)	Appréciation
Médecin			
≥ 80%	06	24	Bonne
Sages-femmes			
≥ 80%	04	16	Bonne
Infirmiers			
≥ 80%	09	36	Bonne
60%-80%	03	12	Acceptable
Aides-soignants			
60%-80%	01	04	Acceptable
Matrone			
≥ 80%	02	08	Bonne
Total	25	100	

Sur 25 prestataires, 21 soit 84% ont un score supérieur ou égal à 80% en ce qui concerne la détermination de leur compétence individuelle à partir du dépouillement des supports de prise en charge.

5.2.3. Counseling

Tableau V : Appréciation de la compréhension des mères d'enfant par rapport aux conseils.

Scores	Nombre	Pourcentage (%)	Appréciation
$\geq 80\%$	58	50	Bonne
60 à 80%	31	27	Acceptable
$< 60\%$	27	23	Insuffisante
Total	116	100	-

La compréhension des mères d'enfants varie de 57 à 100%.

Des 116 mères d'enfants enquêtées, 58, soit 50% ont eu un score supérieur ou égal à 80% en ce qui concerne leur compréhension des conseils donnés par les agents de santé.

Tableau VI : Répartition des prestataires en fonction de l'efficacité du counseling et de la catégorie.

Counseling/ catégorie d'agent	Nombre	Pourcentage (%)	Appréciation
Médecin			
60%-80%	09	28	Moins efficace
< 60%	03	09	Mauvais
Infirmiers			
≥ 80%	04	13	Efficace
60%-80%	07	22	Moins efficace
< 60%	02	07	Mauvais
Sages-femmes			
≥ 80%	03	09	Efficace
< 60%	01	03	Mauvais
Aides-soignants			
60%-80%	01	03	Moins efficace
Matrone			
60-80%	01	03	Moins efficace
< 60%	01	03	Mauvais
Total	32	100	

Les meilleurs scores (85%) ont été obtenus par les mères d'enfant dont les enfants ont été pris en charge par les infirmiers et les sages-femmes.

5.2.4. Appréciation de la compétence technique globale

Tableau VII: Répartition des prestataires en fonction de la compétence technique globale et de la catégorie.

Compétence technique/catégorie d'agent	Nombre	Pourcentage (%)	Appréciation
MEDECINS			
≥ 80%	04	13	Bonne
60%-80%	08	25	Acceptable
INFIRMIERS			
≥ 80%	05	16	Bonne
60%-80%	08	25	Acceptable
SF			
≥ 80%	02	06	Bonne
60%-80%	02	06	Acceptable
AS			
60%-80%	01	03	Acceptable
MATRONES			
60%-80%	02	06	Acceptable
Total	32	100	

Sur les 32 prestataires, 21, soit 66% ont une compétence technique globale acceptable.

Par ailleurs, 16% des infirmiers et 6% des sages-femmes ont une bonne compétence technique globale.

5.2.5. Environnement de mise en œuvre de la PCIMA dans le district de Bamako

5.2.5.1. Equipements et intrants pour la consultation en PCIMA

Tableau XIII : Appréciation de la disponibilité des matériels et intrants dans les formations sanitaires dans le district de Bamako.

Equipements Formations sanitaires	Scores (%)	Appréciation
CSREF CIV	92	Bonne
ASACOSEKASI	95	Bonne
ASACODJIP	95	Bonne
CSREF CVI	92	Bonne
ASACOYIR	96	Bonne
ANIASCO	95	Bonne

La disponibilité en matériels et intrants est supérieur ou égal à 80% dans toutes les formations sanitaires.

5.2.5.2. Médicaments et vaccins

Tableau IX : Appréciation de la disponibilité des médicaments et vaccins indispensables pour la PCIMA dans les formations sanitaires dans le district de Bamako

Equipements	Scores (%)	Appréciation
Formations sanitaires		
CSREF CIV	87	Bonne
ASACOSEKASI	87	Bonne
ASACODJIP	82	Bonne
CSREF CVI	95	Bonne
ASACOYIR	91	Bonne
ANIASCO	83	Bonne

La disponibilité en médicaments et en vaccins est supérieure à 80% dans toutes les formations sanitaires. Cependant une rupture de stock d'au moins un médicament a été enregistrée dans toutes les formations sanitaires.

5.2.6. Supervision

Tableau X: Répartition des prestataires en fonction du nombre de supervisions reçues lors des douze derniers mois.

Nombre de supervision	Nombre de prestataires	Pourcentage (%)	Appréciation
1	04	13	Acceptable
≥ 2	28	87	Bonne
Total	32	100	-

Sur les 32 prestataires, 28 soit 87% ont reçu au moins deux visites de supervision et 13% une seule au cours de l'année 2015.

5.2.7. Motivation

Tableau XI : Répartition des prestataires en fonction de la motivation.

Scores	Nombre	Pourcentage (%)	Appréciation
≥ 80%	21	66	Très motivés
60 à 80%	9	28	Motivés
< 5	2	6	Faiblement motivé
Total	32	100	-

La motivation des agents varie de 43 à 100%.

La quasi-totalité des prestataires, soit 66 % sont très motivés pour appliquer les directives de la PCIMA.

5.2.8. Appréciation de la satisfaction des mères d'enfant dans le district de Bamako par rapport à la prestation des agents.

Toutes les mères d'enfants ont un score compris entre 80 et 100% par conséquent elles sont toutes satisfaites de la prestation des agents.

5.2.9. Appréciation du niveau de performance des prestataires dans le district de Bamako

Tableau XII: Répartition des prestataires en fonction du niveau de performance et de la catégorie.

Performance/ catégorie d'agent.	Nombre	Pourcentage (%)	Appréciation
MEDECINS			
≥ 80%	07	24	Bonne
60%-80%	05	15	Acceptable
INFIRMIERS			
≥ 80%	10	31	Bonne
60%-80%	03	09	Acceptable
SAGES-FEMMES			
≥ 80%	03	09	Bonne
<60%	01	03	Mauvais
AIDE-SOIGNANT			
60%-80%	01	03	Acceptable
MATRONES			
≥ 80%	02	06	Bonne
Total	32	100	-

Sur les 32 prestataires 22, soit 69% ont une bonne performance tandis que 28% ont une performance acceptable. Par ailleurs une (01) sage-femme sur quatre (04) a obtenu une mauvaise performance.

6. DISCUSSION

La discussion de cette étude portera sur le niveau d'atteinte des objectifs, la validité des résultats et les limites de l'étude et les éléments relatifs aux résultats obtenus.

6.1. Du niveau d'atteinte des objectifs

L'objectif général de l'étude est d'évaluer la performance des agents formés à la PCIMA dans le District de Bamako. Pour l'atteindre nous avons réalisé une observation des agents de

santé formés en PCIMA lors de la prise en charge d'un enfant malade, un entretien individuel avec tous les agents de santé enquêtés et toutes les mères dont les enfants de 0 à 59 mois ont été pris en charge. Une observation des matériels et intrants a été faite couplée à une appréciation de la disponibilité des médicaments essentiels et une appréciation de la compétence technique des prestataires à partir d'une exploitation documentaire, dans les différents centres de santé de Bamako, choisis pour l'étude. La majorité de nos cibles ont pu être touchées et tous les documents attendus exploités. La collecte de données a pu se faire conformément à nos attentes. Nous disposons donc de toutes les informations nécessaires pour atteindre l'objectif de l'étude.

6.2. De la validité des résultats et limites de l'étude.

Il s'agit d'une étude transversale évaluative.

La consultation d'un enfant malade selon les directives PCIMA en présence d'un médecin facilitateur de cours PCIMA pourrait avoir introduit des biais d'information par rapport à la détermination du niveau de compétence technique des agents. Des précautions telles que l'anonymat et la persuasion des agents sur la finalité de l'étude ont été prises pour minimiser cet effet. Un choix exhaustif des agents de santé formés à la PCIMA était prévu mais on a enregistré au cours de la collecte de données des absents. Cette situation peut engendrer des biais de sélection. L'organisation des services nous a permis d'avoir accès à l'ensemble des dossiers des malades concernés pour la période retenue pour l'étude. Le questionnaire a été testé préalablement avant la collecte des données proprement dite.

6.3. Des résultats obtenus

6.3.1. La compétence technique globale des prestataires

C'est la moyenne des scores obtenus en ce qui concerne la compétence technique à l'observation, au dépouillement et au counseling par les agents de santé. Par rapport à la compétence technique à l'observation de l'agent de santé lors d'une consultation d'enfant, 62% des agents ont une compétence technique bonne et 31% une compétence acceptable. Ce résultat est supérieur aux normes fixées par l'OMS qui déclare une zone sanitaire compétente techniquement, si au moins 60% des agents de la santé formés ont un score supérieur ou égal à 80%. Cette compétence est donc bonne pour l'ensemble de la zone sanitaire. Ceci pourrait s'expliquer par l'effet de l'efficacité de la formation de base des prestataires, l'application du

protocole PCIMA et la régularité des supervisions. Par ailleurs selon les normes de notre étude, la disponibilité en matériels en intrants PCIMA, en médicaments et en vaccins a été bonne au niveau de l'ensemble des localités concernées. La disponibilité des intrants nutritionnels est bonne. Parmi eux, les laits thérapeutiques, le Resomal et les laits thérapeutiques (F75 et F100) étaient disponibles au niveau du CScom Yirimadjo où il existe une URENI. Cependant des ruptures de stock de certains médicaments ont été enregistrées au niveau de certaines formations sanitaires. L'amélioration de cette condition améliorera sûrement la compétence technique des agents. Nos résultats ,tous supérieurs à 80%, sont supérieurs à celui de Doussouba [22] qui ont constaté dans son étude une disponibilité des médicaments à 76,5 % s'expliquant par des ruptures de stock de médicaments et l'inexistence de matériels médico-techniques ayant été enregistrées au niveau de certaines formations sanitaires. La supervision a été régulière car 87% des prestataires ont reçu au moins deux supervisions durant cette année, qu'elles soient du niveau national, régional ou de l'Action Contre la Faim ou conjointe. La nature de l'encadrement est importante. Si les visites de supervision deviennent une routine administrative stérile ou si elles sont perçues comme ayant pour but de prendre le personnel en défaut et de le sanctionner, elles risquent d'avoir des effets plus néfastes que bénéfiques. Par contre, un encadrement attentif, à visée pédagogique et cohérent qui aide à résoudre des problèmes particuliers, peut améliorer la performance et accroître la satisfaction et la motivation du personnel. C'est ainsi que, par ses effets sur la motivation et la performance, un bon encadrement fait toute la différence entre hôpitaux publics et privés. Pour ce qui est de la compétence technique des agents de santé au dépouillement des supports, il a pour but d'apprécier le respect des différentes étapes, la concordance et la qualité du remplissage des supports. En effet 84% des agents de santé des deux communes ont une bonne compétence technique au dépouillement des supports. Ce résultat est aussi supérieur aux normes fixées par l'OMS. Cette bonne compétence observée est due à la présence du partenaire Action Contre la Faim(ACF) que les deux communes bénéficient de l'appui permanent des superviseurs ACF recrutés spécialement dans ce partenariat. Ce qui permet de renforcer la compétence des agents de santé. Cependant un écart a été constaté entre la compétence technique à l'observation et au dépouillement. Il peut être expliqué par le fait que des agents de santé remplissent les fiches de prise en charge sans exécuter certains gestes et tâches pendant la consultation et aussi de l'appui des superviseurs ACF. Les agents de santé de Bamako respectent les étapes, la concordance et la qualité du remplissage des supports PCIMA.

Quant au counseling, il est apprécié par la vérification de la compréhension des conseils donnés lors de la consultation par les mères d'enfants. Il s'agit d'une étape très importante de la prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe de l'enfant car sans l'application rigoureuse des conseils reçus et le respect stricte des posologies des médicaments et aliments thérapeutiques, la guérison ne saurait être obtenue. Une bonne compréhension des conseils donnés par les agents de santé a été obtenue après la consultation chez 50% des mères d'enfant de notre étude. Pour l'ensemble des structures ce score est inférieur aux normes attendues c'est-à-dire inférieur à 60%. Par conséquent la compréhension des mères d'enfant n'est pas bonne. L'étude de DJIRE a montré que 87,7 % des mères avaient reçu des conseils de la part de l'agent de santé, [23].

La compréhension des conseils et instructions donnés par les agents de santé dépend de plusieurs facteurs que sont : le niveau de développement de la localité, le niveau d'instruction des mères, l'aptitude des agents à parler la langue de ces dernières, la vérification de leur compréhension par les agents de santé à la fin de la consultation. Les meilleurs scores obtenus par les mères dont les enfants ont été consultés par les infirmiers de santé et les sages-femmes s'expliquent par ce qu'ils sont les chargés nutritionnels et aussi leur facilité à communiquer avec ces dernières.

Notre étude a révélé que la compétence technique globale est bonne car 66% des prestataires ont obtenu un score supérieur à 80%. Les bonnes compétences techniques globales ont été enregistrées chez quatre médecins et deux sages-femmes par rapport aux normes de l'OMS. Ce constat s'explique par le fait que les deux sages-femmes sont affectées à l'URENI du CSCOM de Yirimadjo.

6.3.2. Motivation

Elle est appréciée à partir de l'entretien individuel avec les prestataires PCIMA. Dans notre étude 66% des agents de santé observés sont très motivés pour appliquer les directives de la PCIMA et 28% agents de santé motivés, ce qui contribue à la bonne compétence technique des agents de cette zone sanitaire. Deux agents sont faiblement motivés pour appliquer les directives de la PCIMA car les activités de maternités, ne leur permettent pas de prendre souvent en charge les enfants malades. Ainsi elles perdent les réflexes en ce qui concerne les acquis par rapport à la PCIMA.

6.3.3. La performance en fonction de la compétence technique globale et de l'environnement de travail.

Dans l'ensemble du District de Bamako la performance est bonne car 63% des agents de santé ont eu une performance supérieure ou égale à 80%. Elle est donc bonne et si elle se maintient, à la longue on pourra avoir un effet en faveur de la réduction de la mortalité infanto-juvénile dans le District de Bamako. En considérant les performances par catégorie d'agent, une sage-femme a réalisé une mauvaise performance soit 9 sur 16(moins de 60%).

6.3.4. Satisfaction des mères d'enfant

Elle est appréciée à l'entretien avec les mères d'enfant sur l'accueil, la durée de la prise en charge de l'enfant et les soins reçus au centre de santé. Toutes les mères d'enfants, soient 100% sont satisfaites des prestations des prestataires PCIMA dans les communes IV et CVI du District de Bamako. Crouma, Doussouba et DJIRE ont noté pour leurs études une satisfaction des mères d'enfants, soient respectivement 94,4%, 94,3 % [22] à 98,1% [23].

7.CONCLUSION

Au terme de cette étude qui a pour but d'évaluer la performance des agents de santé formés à la prise en charge des enfants de 0 à 59 mois dans le District de Bamako, nos hypothèses sont vérifiées. Ainsi la compétence technique, les conditions de travail, la motivation, la supervision et la satisfaction des mères d'enfants de 2 à 59 mois contribuent à la performance des prestataires PCIMA puis la formation des agents de santé sur les directives de la PCIMA leur a conféré une compétence technique acceptable en matière de la prise en charge des enfants de 0 à 59 mois.

En outre, les conclusions suivantes peuvent être retenues : la compétence technique des prestataires est bonne en comparaison aux normes de l'OMS, quant à l'environnement de travail des prestataires, la disponibilité des matériels, médicaments et intrants PCIMA est bonne ; les visites de supervision sont régulières ; la motivation des agents pour l'application des directives PCIMA est bonne. En ce qui concerne le counseling ,50% seulement des mères d'enfant ont pu avoir une bonne compréhension des conseils donnés par l'agent de santé. Toutes les mères d'enfant sont satisfaites de la prestation des agents de santé formés à la PCIMA. Par rapport aux critères fixés pour l'étude, la performance des prestataires PCIMA dans le District de Bamako est bonne. Elle contribuera à moyen et long terme à la réduction de la mortalité infantile dans les communes IV et VI.

8. SUGGESTIONS

Pour améliorer et maintenir la performance des agents de santé formés à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant de 0 à 59 mois dans le District de Bamako, nous faisons les suggestions suivantes.

Elles proviennent des résultats de l'entretien avec les agents de santé et des conclusions de l'étude.

8.1. Suggestions des agents de santé interrogés

- Renforcer les compétences des agents chargés de la PCIMA ;
- Former tout le personnel en PCIMA ;
- Construire l'URENI au CSREF de la commune IV ;
- Instaurer une motivation pour les chargés nutritionnels ;
- Sensibiliser les mères/accompagnants pour le respect des conseils et délais de rendez-vous donnés par les prestataires.

8.2. Suggestions relatives aux conclusions de l'étude

A l'endroit des prestataires PCIMA

- Améliorer la compréhension des mères d'enfant par rapport aux instructions et conseils donnés en communiquant plus avec ces dernières ;
- Utiliser les cartes conseils lors des conseils avec les mères d'enfants.

A l'endroit de la Direction Régionale de la Santé du District

- Renforcer les compétences des agents chargés de la PCIMA ;
- Rendre disponible les ressources humaines formées en PCIMA ;
- Elaborer un plan de pérennisation des acquis dans le cadre de la PCIMA à mettre en œuvre après le départ des partenaires.

A l'endroit du Ministère de la santé

- Rendre disponible toutes les ressources pour la mise en œuvre de la PCIMA.

9. REFERENCES

1. http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/CMAM_Training_PPT_FRENCH%20Nov2010.pdf; consulté le 10 février 2015.

2-ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Genève

Manuel sur la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant. Genève : OMS ; 2001.

3- PELLETIER D L, FRONGILLO E A, HABICHT J P

Epidemiologic evidence for a potentiating effect of malnutrition on child mortality.

American Journal of Public Health 1993; 83: 1133-1139.

4-MURRAY CJ, LOPEZ AD

The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Genève : OMS ; 1996

5- The Lancet series on Maternal and Child Undernutrition, 2008, in The Lancet, 371;

Disponible à

http://www.who.int/nutrition/publications/lancetseries_maternal_and_childundernutrition/en/index.html, consulté le 10 Mai 2015.

6- SOFI, 2010

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS
Rome, 2010

7-Directives sur enrichissement des aliments en micronutriments OMS et FAO 2011.

8-Evaluation de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë

Rapport de synthèse globale 2013.

9 - Enquête Démographique et de santé du Mali, EDSM III, CPS/Santé, DNSI, Macro, International, juin 2002, 449 p.

10- EDS M (Enquête démographique et de santé du Mali)

Nutrition et état nutritionnel

EDS IV, Edition 2006. P 177, 178, 179.

11- CPS-Santé/DNSI, Macro Inc. Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM-V) 2012-2013.

Etat nutritionnel des enfants et des femmes

EDS V, Edition **2013**. P 178, 184.

12- EDSM (Enquête démographique et de santé du Mali)

Etat nutritionnel des enfants et des femmes

EDS V, Edition **1996**.

13. Direction Régionale de la Santé du District de Bamako

Rapports de supervision PCIMA dans le district de Bamako 2015

14- DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE

Protocole de prise en charge de la malnutrition aigüe au Mali. Bamako : DNS/DN ; 2011.

15-ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.

Bull OMS 1996; 74(1): 5-11.

16- PELLETIER D L, FRONGILLO E A, HABICHT J P

Epidemiologic evidence for a potentiating effect of malnutrition on child mortality.

American Journal of Public Health 1993; 83: 1133-1139.

17- BENNETT S, FRANCO LM

Public sector health worker motivation and health sector reform: a conceptual framework.

Partnerships for Health Reform Project 1999; 5: 164-177

18- GILBERT TF

Human competence: Engineering worthy performance. Washington: ISPI; 1996

19-Direction Régionale de la Santé de Bamako

Rapport de la supervision des activités de la PCIMA dans les six districts sanitaires de Bamako ; 2^{ème} trimestre 2014

20-Direction Régionale de la Santé de Bamako

Rapport de la supervision des activités de la PCIMA dans les six districts sanitaires de Bamako ; 3^{ème} et 4^{ème} trimestres 2014.

21- Direction Régionale de la Santé de Bamako

Rapport de la supervision des activités de la PCIMA dans le district sanitaire de la commune IV; 2^{ème} trimestre 2015.

22- CAMARA Doussouba

Prise en charge des enfants en matière de nutrition au niveau du centre de santé de référence de la commune VI du district de BAMAKO).

Thèse, Bamako, 2009 p72.

23- DJIRE Adiaratou

Prise en charge des enfants de 6 à 59 mois en matière de nutrition dans les CSCOM de la commune V du district de Bamako.

Thèse MED, Bamako, 2013 p104.

24- Crouma Koumba

Prise en charge des enfants en matière de nutrition au niveau du Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako.

Thèse de Méd. Bamako 2008. 110P. N° .

25- AGENCE DES ETATS UNIS POUR LE DEVELOPPEMENT INTERNATIONAL

Manuel d'évaluation intégrée des structures sanitaires. Arlington: USAID ; 2006

26-- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, BUREAU REGIONAL POUR L'AFRIQUE

Rapport de la réunion des points focaux PCIME pour les pays francophones. Ouagadougou : OMS ; 2004.

ANNEXES

Annexe 1 : Méthode de prise en charge des enfants de 0 à 59 mois

La PCIMA peut être réalisée par des médecins, des infirmiers et d'autres agents de santé qui soignent des enfants malades. Le protocole PCIMA décrit la manière de dépister, de trier et de soigner un enfant amené à une consultation parce qu'il est malnutri ou pour une consultation de suivi destinée à vérifier l'évolution de son état.

Les différentes étapes de la procédure de prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe sont :

Evaluer l'enfant : consiste pour l'agent de faire les tâches suivantes santé à :

- A l'arrivée, donner de l'eau sucrée immédiatement aux enfants visiblement malades et ceux qui ont clairement besoin d'être transféré vers une URENI ou qui ont besoin d'un traitement médical spécifique : une solution d'eau sucrée à 10% - soit 10 g de sucre pour 100 ml d'eau potable ;
- Prendre les mesures anthropométriques : PB pour les activités avancées/cliniques mobiles, PB et indice Poids pour Taille (P/T) au centre de santé/hôpital en utilisant les tables appropriées et vérifier la présence d'œdèmes nutritionnels pour tous les patients, incluant ceux référés par la communauté ;
- Examiner les œdèmes et leur sévérité et prendre la température ;
- En fonction des critères d'admission décider si l'enfant est admis ou pas ;

Si celui-ci est référé par la communauté mais ne remplit pas les critères d'admission, féliciter, encourager et donner des conseils nutritionnels à la maman et lui donner une ration alimentaire (se baser sur les quantités hebdomadaires données dans les URENAM). Il est important que ces patients reçoivent une compensation tangible et ne soient pas renvoyés chez eux sans rien. Un tel refus risque de diminuer l'autorité et le moral des personnes responsable du dépistage au niveau de la communauté et d'entacher la réputation du programme.

- Enregistrer tous les patients éligibles pour admission dans le registre PCIME ;
- Repérer rapidement ceux qui sont visiblement malades et organiser leur transfert rapidement vers une URENI, sans les faire attendre. La personne responsable du triage doit régulièrement jeter un coup d'œil dans la salle d'attente et référer ces patients

directement à l'infirmier en charge pour qu'il puisse immédiatement les envoyer vers l'URENI le plus proche ou commencer le traitement si la distance est trop importante et aucun moyen de transport adéquat n'est disponible ;

- Référer les cas de MAM à l'URENAM pour prise en charge ;
- Remplir une fiche de suivi individuelle et attribuer un numéro MAS ;
- Faire le test de l'appétit pour les cas de MAS ;
- L'infirmier voit ensuite les patients avec leurs mesures anthropométriques et les résultats du test de l'appétit.
- Examine le patient et détermine s'il a des complications en utilisant les critères PCIME
- Explique à l'accompagnante les options de traitement et décide avec l'accompagnante si le patient doit être traité à l'URENAS ou à l'URENI ;
- Transfert ceux qui ont besoin d'un traitement en interne vers l'URENI le plus proche et ceux qui peuvent être traités en ambulatoire vers l'URENAS le plus proche de chez eux ; si le triage est réalisé au niveau du centre de santé (URENAS) et que le patient nécessite un traitement à l'URENI, remplir une fiche de transfert et organiser le transfert ;
- Pour les patients malades dont l'accompagnant(e) a refusé les soins à l'URENI, refaire un test de l'appétit :
 - **Si le test de l'appétit est réussi**, expliquer à l'accompagnante les soins à faire à domicile et donner le traitement PCIME pour les maladies diagnostiquées. La réussite du test de l'appétit est le critère principal pour le traitement en ambulatoire.
 - **Si le test de l'appétit est à nouveau un échec**, expliquer à l'accompagnante les dangers de ramener l'enfant à la maison et essayer de la convaincre d'accepter le transfert vers une URENI, ne serait-ce que pour quelques jours. Cependant, la décision de l'accompagnante doit être respectée et elle ne doit en aucun cas être forcée.
 - **Si le patient échoue au test d'appétit parce qu'il semble effrayé mais qu'il est alerte et ne présente pas de complications**,
 - Référer tout de même le patient vers une URENI pour une courte période (si les moyens de transport le permettent) ;
 - Expliquer soigneusement les bénéfices du traitement à l'URENI, les risques du traitement ambulatoire et qu'elle peut changer d'avis à tout moment après l'admission avec l'approbation du personnel soignant ;

- Accepter la décision finale de l'accompagnante et organiser des soins à domicile.
- Commencer le traitement approprié pour les patients en ambulatoire.

Identifier les traitements : après avoir classé l'enfant; l'agent de santé identifie les médicaments et les aliments thérapeutiques correspondants à la classification selon le statut nutritionnel (MAM, MAS, MASC). Pour le faire il utilise des tableaux.

Traiter l'enfant malade : l'agent de santé administre le traitement identifié et donne les aliments thérapeutiques en respectant la posologie et la durée selon le protocole PCIMA.

Conseiller la mère : l'agent de santé informe la mère sur l'état de santé de l'enfant, donne des conseils sur les soins à administrer à domicile à l'enfant, sur quand revenir au centre de santé. Il apprend à la mère à déceler les signes qui montrent qu'il faut ramener l'enfant en urgence au centre de santé.

Assurer le suivi de l'enfant malade : l'agent de santé doit réévaluer l'enfant et classer à nouveau ses problèmes afin de juger de l'évolution de la maladie. Pour donner le rendez-vous pour le suivi, il utilise la fiche ou carte de suivi individuel.

En ce qui concerne la formation, elle n'a pas été faite de la même façon. Elle a duré 06 jours pour les agents qualifiés et trois jours pour les chargés de nutrition où ils ont appris par la pratique et la théorie à utiliser les outils de la PCIMA.

Annexe 2 : Cadre d'étude

L'étude se déroulera dans le district de Bamako qui est la capitale du Mali.

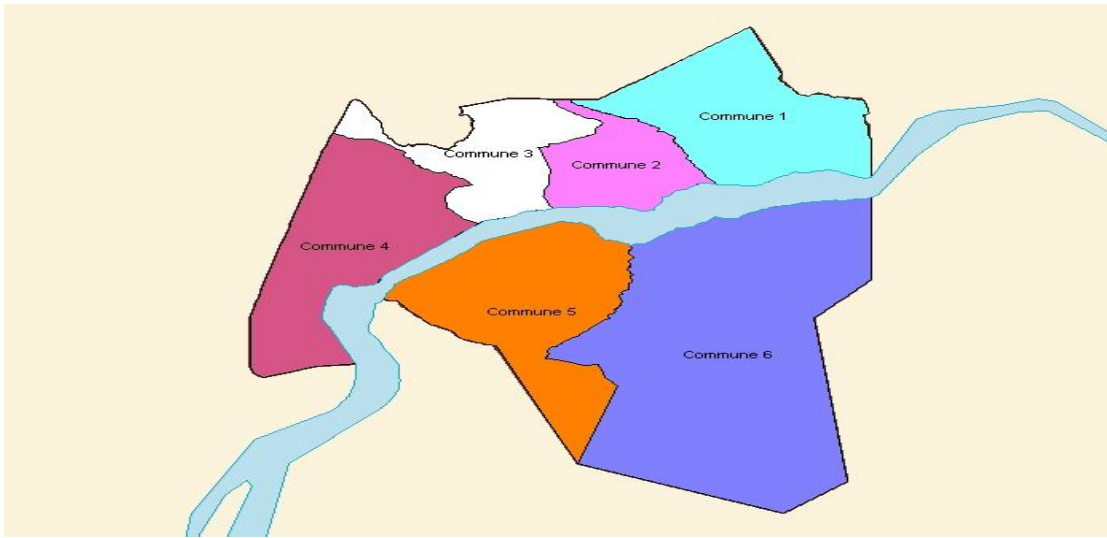


Figure : Carte sanitaire du District de Bamako

Source : *Institut géographique du Mali Mai 2005*

4.1.1. Données géographiques

Le District de Bamako s'étend sur 30 km d'Ouest en Est et sur 20 Km du Nord au Sud. Il est entouré par le cercle de Kati (Région de Koulikoro). Il est limité à l'Ouest par la commune du Mandé, au Sud par la commune de Kalaban Coro, au Sud Est par la commune de Baguineda, à l'Est par la commune de Moribabougou et au Nord par la commune de Kati. Le District de Bamako couvre une superficie totale est d'environ 267 Km².

4.1.2. Données climatologiques et hydrographiques

Le climat se caractérise par trois saisons tout au long de l'année : une saison sèche dont la durée varie du Nord au Sud, de mars à juin ; une saison des pluies de juin à septembre et une saison froide d'octobre en février. L'influence saharienne se manifeste par une invasion de masse d'air sec le fameux Harmattan. L'amplitude thermique annuelle varie d'environ de 24° au mois de janvier et d'environ 40° au mois de mai.

Bamako est arrosé par le fleuve Niger, long de 4700Km dont 1700 au Mali, prend sa source dans le Fouta-Djalon en Guinée et rejoint l'Océan Atlantique au Nigeria.

4.1.3. Population et démographie : la population résidente en 2015 est de 2 223 808 habitants (RGPH 2009 actualisé) soit une densité de 8 079 habitants/km².

TABEAU N° I : DONNEES DEMOGRAPHIQUES DES COMMUNES DU DISTRICT DE BAMAKO EN 2015

COMMUNES	Superficies	Population en 2015	Densité Habitant au km ²
COMMUNE I	34	411 586	11762
COMMUNE II	36	196 101	5293
COMMUNE III	23	158 142	6681
COMMUNE IV	38	368 242	9416
COMMUNE V	42	508 850	11772
COMMUNE VI	94	580 887	5963
BAMAKO	267	2 223 808	8 079

La commune VI est la plus grande et la plus peuplée des communes de Bamako.

4.1.4. Conditions de vie des populations : la vie à Bamako n'est pas facile aime-t-on le dire. La cherté de la vie à Bamako va crescendo. Comparativement à leurs revenus, les Bamakois font face à d'autres charges plus ou moins obligées qui compromettent les dépenses alimentaires. Par leurs effets pervers sur la population, ces charges constituent une réelle menace sur l'alimentation dont le prix également flambe de jour en jour, mettant des chefs de familles salariés et autres travailleurs dans des difficultés voire l'impossibilité de se nourrir et nourrir convenablement leurs familles. L'hypothèse est confirmée par des sources de l'Institut National de la Statistique (INSTAT). Selon l'Enquête Modulaire et Permanente auprès des Ménages (EMOP) 2014/2015 réalisée par l'INSTAT avec l'appui de la Suède, près de 20 % des dépenses vont dans les charges de location et d'entretien des logements, 14,1 % environ dans le transport et 8,5 % dans la communication ». La part des dépenses de consommation alimentaire y compris l'autoconsommation est évaluée à 56,6 %. Dans ces conditions, se nourrir devient pour le citoyen moyen un casse-tête.

4.1.5. Données économiques : Bamako connaît une intense activité économique. On y mène surtout des activités commerciales, artisanales et industrielles. Les institutions bancaires les

plus importantes, les grandes industries et l'aéroport Senou ainsi que le plus grand marché du pays sont installés dans la ville de Bamako.

4.1.6. Organisation de l'administration territoriale et du système sanitaire

4.1.6.1. Organisation administrative : le District de Bamako compte six (6) communes urbaines. Ce sont : Commune I (CI), Commune II (CII), Commune III (CIII), Commune IV (CIV), Commune V (CV), Commune VI (CVI).

La commune IV est composé de huit quartiers : Taliko, Lassa, Sibiribougou, Djikoroni-Para, Sébénikoro, Hamdallaye, Lafiabougou et Kalabambougou. La commune VI est constituée de dix quartiers : Banankabougou, Djanékéla, Faladié, Magnambougou, Missabougou, Niamakoro, Sénou, Sogoniko, Sokorodji et Yirimadio.

4.1.6.2. Organisation du système sanitaire

Tableau N° II : Situation des CSCom et des structures privées par commune dans le District de Bamako en 2015

Indicateurs/Districts	CI	CII	CIII	CIV	CV	CVI	Total
Total CSCom Fonctionnel	14	8	8	10	12	12	64
CSCom tenue par un médecin	12	6	8	9	11	11	56
Cabinet medical	25	20	13	12	43	50	163
Clinique médicale	9	6	5	6	5	23	54
Officine/pharmacie	45	30	30	35	43	54	337

Source: DRS Bamako(2015)

Le District de Bamako compte 60 CSCom fonctionnels sur une prévision de 67 selon le PDSC 2014-2018 des communes. Toutes les communes possèdent un Centre de Santé de Référence jouant le rôle de premier niveau de référence conformément à la pyramide sanitaire du Mali.

La situation des structures privées dans le tableau ci-dessus ne concerne que celles qui collaborent avec les CSRéf.

a) Ressources humaines

Tableau N° III : Personnel Santé par commune dans le District de Bamako en 2014

Indicateurs/Districts	CI	CII	CIII	CIV	CV	CVI	DRS	Total Région
Médecin	62	38	74	75	90	80	17	436
Pharmacien	3	1	1	1	1	2	3	12
Ingénieur sanitaire	1	1	1	1	1	1	6	12
Technicien Supérieur de Santé (Santé Publique)	23	19	55	29	12	43	3	184
Assistants Médicaux	17	17	41	16	31	26	3	151
Technicien Supérieur de Santé (Sage-femme)	96	50	104	88	115	133	6	592
Technicien Supérieur de Santé(Laboratoire)	6	10	13	22	12	25	1	89
Technicien de Santé (Santé Publique)	39	24	69	16	47	72	0	267
Technicien de Santé (Infirmière obstétricienne)	44	27	38	59	72	85	0	325
Technicien de Santé (Laboratoire)	8	5	10	20	8	8	0	59
Technicien supérieur d'Hygiène	1	6	0	2	3	3	3	18
Technicien d'Hygiène	0	0	12	6	0	1	1	20
Autres Techniciens de Santé	0	2	0	0	0	2	0	4
Gérant	7	10	16	37	5	28	0	103
Matrone	13	23	8	13	35	18	0	110
Aide-soignant	32	53	94	55	74	60	0	368
Chauffeur	5	4	12	6	4	10	5	46
Secrétaire	11	1	9	6	35	11	9	82
Gardien manœuvre	22	24	62	28	61	38	1	236
Total	390	315	619	480	606	646	58	3114

Source de l'information : DRS Bamako(2014)

- b) **Infrastructures sanitaires** : compte tenu de son rôle de capitale économique et politique du Mali, Bamako regroupe en plus de ses six centres de santé de référence les 6 Etablissements Publics à caractère Hospitalier (EPH) : CHU Gabriel Touré (CHU GT), CHU Point G (CHU PT G), CHU Odontostomatologie (CHU OS), Hôpital Mère Enfant de Luxembourg (HMEL), Institut Ophtalmologie Tropical Africaine (IOTA), Hôpital du Mali. De nombreuses autres structures privées, confessionnelles et parapubliques existent dans le District (les CMIE de l'INPS, les services de santé des armées).

4.1.7. Données épidémiologiques en 2015

Les maladies à potentiel épidémique sont : la méningite(187), la rougeole(358), la FHV Ebola(2), l'ictère fébrile(31), la Paralysie Flasque Aiguë(44), TNN(3) et la rage(5).

Annexe 3 : Aspect opérationnel des variables

4.8.1. La compétence technique

Tableau IV : Aspect opérationnel de la variable compétence technique des agents de santé (observation directe).

Variables	Modalités	Critères	Scores
Compétence technique	Exécution des tâches et gestes	▪ Il accueille bien la mère de l'enfant	1
		▪ Il demande les nom et prénoms de l'enfant	1
		▪ Il demande l'âge de l'enfant	1
		▪ Il coche correctement la tranche d'âge de l'enfant	1
		▪ Il prend la température de l'enfant	1
		▪ Il prend le poids de l'enfant	1
		▪ Il prend la taille de l'enfant	1
		▪ Il prend le PB de l'enfant	1
		▪ Il utilise le registre PCIMA selon le programme de l'enfant	1
		▪ Il demande le traitement antérieur	1
		▪ Il se lave les mains	1
		▪ Il examine l'enfant	1
		▪ Il recherche systématiquement les œdèmes	1
		▪ Il recherche systématiquement les symptômes principaux	1
		▪ Il évalue systématiquement tous les symptômes présents	1
		▪ Il évalue correctement tous les symptômes présents	1
▪ Il vérifie systématiquement l'état nutritionnel	1		

Variables	Modalités	Critères	Scores
Compétence technique	Exécution des tâches et gestes	▪ Il apprécie correctement l'état nutritionnel	1
		▪ Il recherche systématiquement les signes d'anémie	1
		▪ Il évalue correctement l'anémie	1
		▪ Il demande le carnet de santé	1
		▪ Il vérifie l'état vaccinal en faisant des commentaires	1
		▪ Il vérifie la supplémentation en vitamine A	1
		▪ Il évalue l'alimentation de l'enfant	1
		▪ Il identifie éventuellement les problèmes d'alimentation.	1
		▪ Il évalue les autres problèmes	1
		▪ Il utilise la table OMS pour classer l'enfant	1
		▪ Il classe correctement l'enfant.	1
		▪ Il utilise les fiches (ou la fiche de prise en charge) pour identifier le traitement.	1
		▪ Il identifie un traitement conforme à la classification	1
		▪ Il utilise les tables de médicaments pour donner la posologie	1
		▪ Il utilise la posologie adaptée au poids.	1
		▪ Il explique le traitement adéquat à la mère	1
		▪ Il dit le diagnostic ou donne des explications sur la maladie à la mère	1
▪ Il administre la première dose de médicaments au dispensaire	1		
▪ Il vérifie la compréhension de la mère par rapport au traitement	1		

Variables	Modalités	Critères	Scores
Compétence technique	Exécution des tâches et gestes	▪ Il donne des conseils sur la MII si nécessaire	1
		▪ Il donne des conseils sur l'alimentation de l'enfant	1
		▪ Il utilise la carte de conseils	1
		▪ Il vérifie la compréhension de la mère par rapport aux conseils sur l'alimentation	1
		▪ Il conseille la mère d'augmenter les liquides pendant la maladie	1
		▪ Il explique quand revenir immédiatement	1
		▪ Il explique quand revenir pour la visite de suivi	1
		▪ Il félicite au moins une fois la mère	1
		▪ Il vérifie la compréhension de la mère pour les autres problèmes	1
TOTAL DES SCORES			45

Le niveau de compétence technique est obtenu en faisant le rapport du score obtenu sur le score maximum.

Compétence technique de l'agent observé est bonne si pour un enfant observé, le score obtenu est supérieur ou égal à 80% soit 36 ou plus, acceptable si le score est compris entre 60% et 80% soit entre 27 et 36 et faible s'il est inférieur à 60% soit 27

Compétence technique des agents des districts sanitaires des communes IV et VI du District de Bamako

Elle est bonne si au moins 60% des agents ont obtenu un score supérieur ou égal à 36 soit 80%, acceptable pour un score compris entre 60% et 80% et mauvais pour un score inférieur à 60%.

En effet pour l'OMS, une région est couverte par la pratique de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant si 60% au moins des prestataires de soins aux enfants de moins de cinq ans sont formés [26].

Tableau V : Aspect opérationnel de la variable compétence technique des agents de santé (dépouillement des registres et fiches individuelles PCIMA)

Variable	Modalités	Critères	Scores
Compétence technique	Remplissage	Remplissage correcte des en- têtes des fiches	1
	Evaluation	Toutes les évaluations ont été faites et sont correctes.	1
	Classification	Les classifications correspondent aux évaluations	1
	Identification du traitement et traitement de l'enfant	Les traitements correspondent aux classifications	1
	Evaluation de l'alimentation	Problèmes d'alimentation adaptée	1
	Les rendez-vous pour le suivi de l'enfant	Les dates de la visite de suivi correspondent à celles recommandées pour la classification	1
TOTAL DES SCORES			6

Le niveau de compétence est déterminé par le pourcentage de la somme des scores obtenus sur les 10 fiches sur le score maximum possible soit 60.

Compétence technique de l'agent de santé est bonne si pour dix fiches PCIMA tirés au hasard, le score obtenu est au moins de 80% soit 48 et plus, acceptable si pour l'ensemble des enfants est compris entre 60% et 80% soit entre 36 et 48 et faible si ce score est inférieur à 60% soit 36.

Compétence de l'ensemble des agents de santé

Elle est bonne si au moins 60% des agents de santé ont obtenu après dépouillement des supports un score supérieur ou égal à 80% , acceptable pour un score compris entre 60% et 80% et mauvais pour un score inférieur à 60%.

Tableau VI: Aspect opérationnel de la compétence technique des agents de santé (Counseling).

Variables	Modalité	Critères	Scores
Compétence technique	Counseling	La mère connaît l'indication de chacun des médicaments prescrits	1
		Elle connaît la quantité d'aliments thérapeutiques (d'ATPE et/ou farine) à donner à l'enfant	1
		Elle connaît la posologie des médicaments prescrits	1
		Elle sait que pendant la maladie elle doit donner plus de liquide que habitude	1
		Elle sait que pendant la maladie quel aliment donné ou pas à l'enfant	1
		Elle sait quand revenir immédiatement	1
		Elle connaît la date du rendez-vous de suivi	1
TOTAL DES SCORES			7

Le niveau du counseling est obtenu en faisant le pourcentage du score obtenu sur le score maximum.

Le counseling est bonne si le score obtenu est supérieur ou égal à 80% soit 6 ou plus.

Il est acceptable si le score obtenu est compris entre 60% et 80% soit 5 et 6 ensuite insuffisante s'il sera inférieur à 60% soit 5.

Dans le district sanitaire le counseling est bonne si 60% des mères interrogées ont obtenu un score supérieur ou égal à 80%, acceptable pour un score compris entre 60% et 80% et insuffisante pour un score inférieur à 60%.

Compétence technique globale des agents de santé est déterminée par la moyenne des scores obtenus à l'observation directe, au dépouillement des supports et pour le counseling.

Elle est bonne si cette moyenne est supérieure ou égale à 80%, acceptable si elle est comprise entre 60% et 80% et insuffisante si elle est inférieure à 60%.

La compétence technique globale est bonne dans les districts sanitaires si au moins 60% des agents de santé ont obtenu une moyenne supérieure ou égale à 80%, acceptable pour un score compris entre 60% et 80% et insuffisante pour un score inférieur à 60%.

4.9.2 La supervision

Elle est évaluée par le nombre et la qualité des supervisions reçues par l'agent de santé au cours des douze derniers mois.

Le nombre de supervision de qualité reçue est la note attribuée à l'agent de santé.

Pour l'agent de santé le score est :

- Bon s'il est supérieur ou égal à 2 ;
- Acceptable s'il est égal à 1 ;
- Faible s'il est égal à 0.

Pour l'ensemble des agents des structures sanitaires des communes IV et VI du District de Bamako

La supervision est régulière si 60% des agents ont obtenu un score supérieur ou égal 2. Elle est irrégulière dans le cas contraire.

4.9.3. La motivation

Tableau VII : Aspect opérationnel de la variable motivation des agents de santé.

Variable	Critères	Scores
Motivation de l'agent	Convaincu de l'efficacité des directives PCIMA.	1
	Utilise toujours les directives de la PCIMA quel que soit le nombre de malade.	1
	Utilise toujours les directives PCIMA quelle que soit la gravité de la maladie.	1

Utilise toujours les directives PCIMA même si la mère de l'enfant demande autres soins.	1
N'est pas influencé par ses collaborateurs dans l'application des directives PCIMA.	1
Déclare que la supervision est une source de motivation ou suggère une supervision régulière.	1
Déclare que les supérieurs hiérarchiques lui reconnaissent les efforts fournis dans l'application des directives PCIMA, quel que soit la manière.	1

TOTAL DES SCORES	7
-------------------------	----------

Le niveau de motivation est obtenu en faisant le pourcentage du score obtenu sur le score maximum.

Motivation de l'agent de santé est très motivé si le score est supérieur ou égal à 80% soit 6 ; motivé si le score est compris entre 60% et 80% soit entre 5 et 6 et faiblement motivé si le score est inférieur à 60% soit 5.

Motivation de tous les agents

La motivation dans les districts sanitaires est bonne si au moins 60% des agents ont obtenu un score supérieur ou égal à 5 soit 80%. Elle est moins bonne dans le cas contraire.

4.9.4. Les conditions de travail

Pour une bonne application du protocole PCIMA, certains matériels, supports et autres conditions sont nécessaires.

Tableau VIII : Aspect opérationnel de la variable conditions de travail des agents de santé (matériels et intrants).

Variab les	Critères	Score
		s

	Thermomètre médical		1
	Tasses et cuillères		1
	Dispositif d’approvisionnement en eau courante (pompe ou robinet ou de lavage des mains)		1
	Un coin pour le test d’appétit plus matériel		1
Conditions de travail	Eau sucrée		1
	Table P/T OMS		1
	Fiches individuelles		1
	Une source d’énergie ou un bon éclairage de la salle		1
	Un réfrigérateur fonctionnel/congélateur + accumulateurs		1
	Matériels pour la préparation du lait		1
	Matériels de démonstration nutritionnelle		1
	Fiches plastifiées de quantité de Plumpy Nut, de lait, farine		1
	Matériels pour examen clinique (stéthoscope, otoscope, Abaisse langue)		1
	Plumpy Nut		1
	Plumpy Sup	1	
	Lait (F75 - F100)		1
	Magasin		1
	Farine enrichie	1	
	Une horloge ou une montre avec trotteuse		1
	Un pèse personne		1
	Une balance (électronique ou Salter)		1
Une toise		1	

Bande de Shakir	1
La vaccination au quotidien	1
Le local éclairé et propre	1
Une table	1
Deux chaises au moins	1

TOTAL DES SCORES	27
-------------------------	-----------

La disponibilité des matériels et intrants de la PCIMA au niveau des formations sanitaires est bonne si le score obtenu est supérieur ou égal 80% soit 22, acceptable s'il est compris entre 60% et 80% soit 16 et 22 et mauvaise quand il est inférieur à 60% soit 16.

La disponibilité des matériels et intrants de la PCIMA au niveau des formations sanitaires est bonne si au moins 60% des formations sanitaires ont obtenu un score supérieur ou égal à 80% soit 22, acceptable pour un score compris entre 60% et 80% et mauvaise pour un score inférieur à 60%.

Disponibilité des médicaments et des vaccins

Il s'agit de vérifier la disponibilité des médicaments et des vaccins au niveau des formations sanitaires les jours de l'enquête.

Tableau IX : Aspect opérationnel de la variable conditions de travail des agents de santé (Disponibilité de médicaments).

Variables	Critères	Scores
	• Fer 200 mg (comprimé)	1
	• Acide folique 5 mg (comprimé)	1
	• Amoxicilline (sirop 250- 500mg)	1
	• Céftriaxone injectable	1
	• Gentamicine injectable	1
	• Ciprofloxacine injectable	1
	• Erythromycine (comprimé)	1

• Albendazol/Mébéndazole 100 mg (comprimé)	1
• Antipalutre injectable	1
• Vitamine A 100000/200000 UI	1
• Resomal	1
• Violet de gentiane (solution/ poudre)	1
• Diazépam 10 mg (injectable)	1
• Tétracycline ophtalmique (pommade)	1
• Seringue 10 / 5 cc + aiguille	1
• Moustiquaires imprégnées	1

Disponibilité des vaccins

• BCG	1
• POLIO	1
• PENTAVALENT	1
• PNEUMO	1
• ROTAVIRUS	1
• VAR	1
• VAA	1

TOTAL DES SCORES	23
-------------------------	-----------

La disponibilité des médicaments et consommables au niveau des formations sanitaires

Elle est bonne si un score de 80% ou plus est obtenu soit 18, acceptable s'il est compris entre 60% et 80% soient 14 et 18 et mauvaise quand il est inférieur à 60%.

La disponibilité des médicaments et consommables au niveau des formations sanitaires

Elle est bonne si au moins 60% des centres de santé auront un score supérieur ou égal à 80%, acceptable pour un score compris entre 60% et 80% et mauvaise pour un score inférieur à 60%.

4.9.5. Satisfaction des mères d'enfants

Tableau X : Aspect opérationnel de la variable satisfaction des mères d'enfant

Variables	Critères	Scores
Satisfaction	L'agent a salué la mère.	1
des mères	Il lui a donné une chaise.	1

d'enfants	Il l'a écouté attentivement.	1
	La mère a apprécié positivement la durée de la consultation.	1
	La mère a apprécié les soins donnés à l'enfant.	1
TOTAL DES SCORES		5

La mère est satisfaite si un score supérieur ou égal à 80% est obtenu soit 4 ou plus, peu satisfaite si le score est compris entre 60% et 80% soit entre 3 et 4 et non satisfaite si le score est inférieur à 60%.

Les mères sont satisfaites si 60% d'entre elles ont obtenu un score supérieur ou égal à 80% et moins satisfaites dans le cas contraire.

4.9.6. La performance des agents de santé formés à la PCIMA

Tableau XI : Aspect opérationnel de la variable : performance des agents de santé

Variable dépendante	Variables indépendantes	Scores
Performance des agents de santé formés à la PCIMA	Compétence technique	
	-observation de l'agent de santé lors de la prise en charge	2
	-dépouillement des registres	
	-counseling	2
		2
	Conditions de travail	
	-disponibilité en matériels et intrants	2
	-disponibilité en médicaments et consommables	2
	Supervision	2
	Motivation	2
Satisfaction des mères	2	
TOTAL DES SCORES		16

Pour chaque variable indépendante, les notes 2, 1 et 0 sont données si l'appréciation est respectivement bonne, acceptable et mauvaise.

Pour l'agent de santé la performance est bonne s'il a obtenu au moins 80% comme score soit 13 et plus, acceptable si le score est compris entre 60% et 80% soient entre 10 et 13 et mauvaise s'il sera inférieur à 60%.

La performance des agents des districts sanitaires des communes IV et VI du District de Bamako est :

- Bonne si 60% des agents de santé des structures sanitaires ont obtenu au moins un score de 80%.
- Acceptable si 60% des agents de santé structures sanitaires ont un score compris entre 60% et 80%.
- Mauvaise si 60% des agents de santé des structures sanitaires ont un score inférieur à 60%.

ANNEXE 4 : Outils de collecte des données

GRILLE D'OBSERVATION DE LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS AGES DE 0 à 59 mois

Commune : District sanitaire : Formation
sanitaire : Date :

Qualification de l'agent :

Age de l'AS : Ethnie :

Sexe: Nom de l'observateur :

Enquêteur, remplissez cette fiche pour un enfant malnutri pris en charge par chaque agent de santé

Heure de début :

Variables	Modalités	Critères	Scores
Compétence technique	Exécution des tâches et gestes	▪ Il accueille bien la mère de l'enfant	
		▪ Il demande les nom et prénoms de l'enfant	
		▪ Il demande l'âge de l'enfant	
		▪ Il coche correctement la tranche d'âge de l'enfant	
		▪ Il prend la température de l'enfant	
		▪ Il prend le poids de l'enfant	
		▪ Il prend la taille de l'enfant	
		▪ Il prend le PB de l'enfant	
		▪ Il utilise le registre PCIMA selon le programme de l'enfant	
		▪ Il demande le traitement antérieur	
		▪ Il se lave les mains	
		▪ Il examine l'enfant	
		▪ Il recherche systématiquement les œdèmes	
		▪ Il recherche systématiquement les symptômes principaux	
		▪ Il évalue systématiquement tous les symptômes présents	
		▪ Il évalue correctement tous les symptômes présents	
▪ Il vérifie systématiquement l'état nutritionnel			
▪ Il apprécie correctement l'état nutritionnel			
▪ Il recherche systématiquement les signes d'anémie			
▪ Il évalue correctement l'anémie			

Variables	Modalités	Critères	Scores
Compétence technique	Exécution des tâches et gestes	▪ Il demande le carnet de santé	
		▪ Il vérifie l'état vaccinal en faisant des commentaires	
		▪ Il vérifie la supplémentation en vitamine A	
		▪ Il évalue l'alimentation de l'enfant si nécessaire	
		▪ Il identifie éventuellement les problèmes d'alimentation.	
		▪ Il évalue les autres problèmes	
		▪ Il utilise la table OMS pour classer l'enfant	
		▪ Il classe correctement l'enfant.	
		▪ Il utilise les fiches (ou la fiche de prise en charge) pour identifier le traitement.	
		▪ Il identifie un traitement conforme à la classification	
		▪ Il utilise les tables de médicaments pour donner la posologie	
		▪ Il utilise la posologie adaptée au poids.	
		▪ Il explique le traitement adéquat à la mère	
		▪ Il dit le diagnostic ou donne des explications sur la maladie à la mère	
		▪ Il administre la première dose de médicaments au dispensaire	
		▪ Il vérifie la compréhension de la mère par rapport au traitement	
		Compétence technique	Exécution des tâches et gestes
▪ Il donne des conseils sur l'alimentation de l'enfant			
▪ Il utilise la carte conseils			
▪ Il vérifie la compréhension de la mère par rapport aux conseils sur l'alimentation			
▪ Il conseille la mère d'augmenter les liquides pendant la maladie			
▪ Il explique quand revenir immédiatement			
▪ Il explique quand revenir pour la visite de suivi			
▪ Il félicite au moins une fois la mère			
▪ Il vérifie la compréhension de la mère pour les autres problèmes			

Variables	Modalités	Critères	Scores
TOTAL DES SCORES			

Heure du début de la communication :

Heure de suspension de la communication :

Heure de reprise :

Heure de fin :

Durée de la prise en charge :

Grille d'observation des matériels et intrants PCIMA du centre de santé

Commune :

District Sanitaire :

Formation sanitaire :

Date :

Nom de l'observateur :

Disponibilité de ressources matérielles et des intrants

Variables	Critères	Scores
Conditions de travail	Thermomètre médical	
	Tasses et cuillères	
	Dispositif d'approvisionnement en eau courante (pompe ou robinet ou de lavage des mains)	
	Un coin pour le test d'appétit plus matériel	
	Eau sucrée	
	Table P/T OMS	
	Fiches individuelles	
	Une source d'énergie ou un bon éclairage de la salle	
	Un réfrigérateur fonctionnel/congélateur + accumulateurs	
	Matériels pour la préparation du lait	
	Matériels de démonstration nutritionnelle	
Fiches plastifiées de quantité de Plumpy Nut, de lait, farine		
Matériels pour examen clinique (stéthoscope, otoscope, Abaisse langue)		
Plumpy Nut		
Plumpy Sup		
Lait (F75-F100)		
Magasin		
Farine enrichie		
Dispositif d'approvisionnement en eau courante (pompe ou robinet ou de lavage des mains)		
Une horloge ou une montre avec trotteuse		
Un pèse personne		
Une balance (électronique ou Salter)		
Une toise		
Bande de Shakir		

	La vaccination au quotidien	
	Le local éclairé et propre	
	Une table	
	Deux chaises au moins	
TOTAL DES SCORES		

FICHE D'EXPLOITATION DOCUMENTAIRE

Commune:

District sanitaire :

Formation sanitaire :

Responsable :

Date :

Nom de l'observateur :

Disponibilité en médicaments

Variables	Critères	Scores
	<ul style="list-style-type: none">• Fer 200 mg (comprimé)	
	<ul style="list-style-type: none">• Acide folique 5 mg (comprimé)	
	<ul style="list-style-type: none">• Amoxicilline (sirop 250- 500mg)• Céftriaxone injectable• Gentamicine injectable• Ciprofloxacine injectable	
	<ul style="list-style-type: none">• Erythromycine (comprimé)	
	<ul style="list-style-type: none">• Albendazol/Mébendazole 100 mg (comprimé)	
	<ul style="list-style-type: none">• Artéméther injectable	
	<ul style="list-style-type: none">• Vitamine A 100000/200000 UI	
	<ul style="list-style-type: none">• Resomal	
	<ul style="list-style-type: none">• Violet de gentiane (solution/ poudre)	
	<ul style="list-style-type: none">• Diazépam 10 mg (injectable)	
	<ul style="list-style-type: none">• Tétracycline ophtalmique (pommade)	
	<ul style="list-style-type: none">• Seringue 10 / 5 cc + aiguille	
	<ul style="list-style-type: none">• Moustiquaires imprégnées	
Disponibilité des vaccins		
	<ul style="list-style-type: none">• BCG	
	<ul style="list-style-type: none">• POLIO	
	<ul style="list-style-type: none">• PENTAVALENT	
	<ul style="list-style-type: none">• PNEUMO	
	<ul style="list-style-type: none">• ROTAVIRUS	
	<ul style="list-style-type: none">• VAR	
	<ul style="list-style-type: none">• VAA	
TOTAL DES SCORES		

FICHE D'EXPLOITATION DOCUMENTAIRE

Grille de compétence technique de l'agent de santé enquêté

Commune :

District sanitaire :

Formation

sanitaire :

Date :

Qualification de l'agent :

Age de l'AS :

Ethnie :

Sexe:

Nom de l'observateur :

Cocher « O » si oui ; « N » si non et « NA » si non applicable

Tâches	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Remplissage correcte des en têtes des fiches										
Evaluation correcte										
Classification adaptée à l'évaluation										
Traitement adapté à la classification										
Problèmes d'alimentation adaptés										
RDV de suivi adéquat										

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC L'AGENT DE SANTE

Commune : District sanitaire :
Formation sanitaire : Date :
Qualification de l'agent :
Age de l'AS : Ethnie :
Sexe: Nom de l'enquêteur :

1-Quel est votre ancienneté au poste ?

2-Quel est votre ancienneté générale dans la profession ?

3- Poste antérieur immédiat ?

4-Quel est votre responsabilité au centre ?

5-Date de la formation PCIMA :

6-Date de la visite de suivi :

7- Appréciation du temps moyen de prise en charge :

Etape qui prend du temps :

8-Disposez-vous suffisamment de temps pour prendre en charge correctement les enfants malades de 0 à 5 ans ?

9-En dehors des soins curatifs quels sont les autres tâches que vous devez accomplir ?

10- Difficultés rencontrées dans la prise en charge intégrée des enfants malnutris?

Motivation

11-Eléments qui motivent l'agent à utiliser le protocole PCIMA.

12-Eléments qui démotivent l'agent à l'utiliser.

13-Votre récompense dans l'utilisation du protocole PCIMA

14-Appréciation des résultats de la PCIMA.

15-Perception de la PCIMA par la communauté.

16-Quel type de motivation souhaitez-vous ?

17-Vos supérieurs hiérarchiques reconnaissent-ils vos efforts ? Comment ?

18-Avez –vous pris des initiatives personnelles pour améliorer l’application de la PCIMA dans votre centre ?

Comment ?

Supervision

19-Nombre de fois que l’agent a été supervisé au cours des 12 derniers mois.

20-Intérêt de la supervision pour l’agent.

21-La supervision est-elle une source de motivation pour l’agent ?

22-Est-ce que les retro-informations concernant la PCIMA se font ?

Si oui comment ?

23-Disposez-vous d’un cahier de supervision ?

Conditions de travail

24-Quels sont les matériels indispensables à la PCIMA qui manquent ?

25-Dans quel cas vous n’appliquez pas le protocole PCIMA ?

26-Des conditions telles que les affluences, la demande de certains soins par les mères, la pression des collaborateurs, la gravité du cas, vous amènent-t-elles à ne pas appliquer le protocole PCIMA ?

27-Nombre de personnel par catégorie disponible.

28-Cet effectif facilite-t-il l’application de la PCIMA.

Pourquoi ?

29-Opinion de l’agent sur l’ambiance de travail.

30-Suggestion pour améliorer la pratique de la PCIMA.

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LA MERE D'ENFANT A LA SORTIE DE LA CONSULTATION

Nom de l'enquêteur : _____ Date : _____
Formation sanitaire : _____
Nom de l'enfant : _____ Age (mois) : _____ Sexe : _____
Nom de la mère : _____
Age de la mère : _____
Profession : _____
Niveau d'instruction de la mère : _____

Satisfaction de la mère d'enfant

1-L'agent vous a-t-il :
donné un siège ?

salué ?

écouté attentivement ?

2-Opinion sur l'accueil reçu :

3-Opinion sur la durée de la consultation :

4-Opinion sur les soins reçus en consultation

Counseling

5-De quelle maladie souffre votre enfant ?

6-Connaissez-vous sa cause ?

7-Comment pouvez-vous l'éviter ?

8-Vous a-t-il donné des médicaments ?

9- Vous a-t-il donné des aliments (ATPE et/ou farine)

Si oui

10-Pour chaque médicament ou aliment, demander à la mère :(comparer les réponses aux prescriptions de l'agent)

a- Combien en donnerez-vous par prise ?

b- Combien de fois par jour ?

c- Pendant combien de jours ?

11-Vous a-t-il donné un rendez-vous ?

Si oui pour quand ?

12-Vous a-il- donné des conseils ?

Si oui

a- Pendant la maladie de votre enfant, devez-vous lui donner autant, plus ou moins de liquides que d'habitude ?

b- Pendant la maladie de votre enfant devez-vous donner autant, plus ou moins d'aliments ou de lait maternel que d'habitude ?

d- Quels signes vous indiquent qu'il faut ramener l'enfant immédiatement au centre de santé ?

e- Comment peut-on prévenir le paludisme ?

13-Avez-vous des suggestions pour améliorer la satisfaction des mères d'enfants venues en consultations,

FICHE DE DEPOUILLEMENT MANUEL DE LA VARIABLE COUNSELING

Nom de l'agent :

FS :

Qualification :

Modalité	Critères	scores
Counseling	La mère connaît l'indication de chacun des médicaments prescrits	
	Elle connaît la quantité d'aliments thérapeutique à donner à l'enfant (ATPE et/ou farine)	
	Elle connaît la posologie des médicaments prescrits	
	Elle sait que pendant la maladie elle doit donner plus d'eau que d'habitude	
	Elle sait que pendant la maladie quel aliment donné ou pas à l'enfant	
	Elle sait quand revenir immédiatement	
	Elle connaît la date du rendez-vous de suivi	

FICHE DE DEPOUILLEMENT MANUEL DE LA VARIABLE MOTIVATION

Nom de l'agent :

FS :

Qualification :

Variable	Critères	Score
Motivation de l'agent	Motivé pour appliquer le protocole PCIMA	
	Utilise toujours et applique le protocole PCIMA quel que soit le nombre de malade	
	Utilise toujours et applique le protocole PCIMA quelle que soit la gravité de la maladie	
	Utilise toujours le protocole PCIMA même si la mère de l'enfant demande autres soins	
	N'est pas influencé par ses collaborateurs dans l'application du protocole PCIMA	
	Déclare que la supervision est une source de motivation ou suggère une supervision régulière	
	Déclare que les supérieurs hiérarchiques lui reconnaissent les efforts fournis dans l'application des directives PCIMA, quel que soit la manière ;	
TOTAL DES SCORES		

Satisfaction des mères d'enfants

Variables	Critères	Scores
	L'agent a salué la mère.	1
Satisfaction	Il lui a donné une chaise.	1
des mères	Il l'a écouté attentivement.	1
d'enfants	La mère a apprécié positivement la durée de la consultation.	1
	La mère a apprécié les soins donnés à l'enfant.	1
TOTAL DES SCORES		5