

Ministère de l'Éducation Nationale

République du Mali

-----=0=-----

Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO

**Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Odonto -stomatologie**

Année universitaire 2006-2007

N°.....

TITRE

***ETUDE DE LA SATISFACTION DES PARENTS
DES ENFANTS VUS A LA CONSULTATION EXTERNE AU
SERVICE DE PEDIATRIE A L' HOPITAL GABRIEL TOURE***

THESE

*Présentée et soutenue publiquement le...../...../2007 à Bamako devant la
Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie du Mali*

Par : Mme TRAORE Aminata MAÏGA

**Pour obtenir Le Grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)**

Examineurs

Jury :

Président : Pr. Abdoulaye Ag RHALY

Membre : Dr. Hamadoun SANGHO

Co-directeur : Dr. Broulaye TRAORE

Directeur de Thèse : Pr. Mamadou Marouf KEÏTA

**DEDICACES
&
REMERCIEMENTS**

DEDICACES

Je dédie cette thèse

A Dieu (Le Tout Puissant Omnipotent Clément et Miséricordieux) pour m'avoir donné la force et le courage pour la réalisation de ce modeste travail.

A Son Prophète Mohamed (Paix et Salut Sur Lui)

A mon père Oumar MAIGA, incarnant la Bonté, la Tendresse, la Générosité pour l'éducation que vous m'avez inculqué ; fondement essentiel de ma personnalité.

Votre soutien matériel et moral ne m'ont jamais fait défaut tout au long de mon cursus universitaire. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

Puisse Dieu vous garder longtemps parmi nous

Ce travail est le Votre.

A ma mère Aissata MAIGA, votre sagesse, votre tendresse, votre docilité et votre volonté de me voir aller de l'avant fait que ce jour est le votre.

Enfin le jour long et tant attendu est arrivé

A mon époux Moussa TRAORE, dont l'assistance ne m'a jamais manqué.

A mon fils Dramane TRAORE dit Aba, tu es le soleil qui illumine nos cœurs que Dieu te donne longue vie.

REMERCIEMENTS

Je remercie

- **Mes frères et sœurs** : Haoua, Aissata, Aïssata Diallo, Youssouf, Alhoussouna, Sohoiyata, Bouba et Abdramane durant ces longues années d'épreuve
- Le Docteur Alhassane Touré
- Le Docteur Mahamadou Balla Cissé
- Le Docteur Diakité Oumou Maïga
- **Mes amis (es)** : Aiché Maiga, Fatoumata Keita, Clotilde KY, Diahara Kounta, Aissata Baby, Sokona Camara, Nouhoun Ouologuem, Papillon pour ces nombreuses années de vie agréable passées ensemble
- **Mes aînés** : Fatoumata Boulkader, Sidi Maïga, Fadima Tall, Fatoumata Alhadi, Hawoye Alhadi, Habib, Arboncana Maïga
- Remerciements à tous le personnel de Pédiatrie ; aux infirmières Halima Fofana, Tiédo Koita, Maimouna Ouattara, Safi, Mme Diarra, Mariam.
- **Mes aînés CES** : Mamadou Traoré, Aziz Diakité, Korotoumou Diallo, Kané, Oumou Koné, Diall, Bafo Simpara, Niagalé Sidibé, Kadiatou Bah pour leurs soutiens.
- Au Pr. Mamadou Marouf KEITA pour la qualité de l'enseignement reçu
- A mes maîtres de la pédiatrie : Dr. Broulaye TRAORE, Mariam SYLLA, Cissé Mamadou BALLA, TOGO, COULIBALY Hadizatou, TOURE Safiatou pour l'enseignement reçu tout au long de mon séjour.
- **Mes collègues** : Hadjara Sangaré, Bréhima Coulibaly, Adama Koné, Noel Konaté, Rokia Togola, Awa Dembélé, Djenebou Traoré, Luther , Sacko, Sidibé, Modibo Sidibé, Djakaridja Sidibé
- **Mes cadets** : Aba, Fofana, Halidou, Diagouss, Cissé, Diaby, à qui je souhaite bonne

chance

- Mar Diagne, Nouhoum Timbiné, Kamissoko, Mahamadou Wagué,
- **Imprim plus** : (Alou Traoré, Djenèba Koné, Adama Doumbia) pour leur contribution pour la réalisation de cet ouvrage
- **Les membres du jury**, pour avoir accepté de consacrer leur temps combien précieux pour apprécier et enrichir ce travail. Toute ma reconnaissance.

A notre Maître et Président du jury

Professeur Abdoulaye AG RHALY

Professeur

Ancien Directeur de l'INRSP

Ancien Secrétaire Général de l'OCCGE

Directeur National du CNESS

Responsable des Cours d'Endo- criminologie, de Sémiologie et de
Pathologies Médicales

Honorable Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre disponibilité, votre spontanéité à accepter la présidence de ce jury, votre grande culture scientifique, vos qualités de bon enseignant expliquent l'estime que tous les étudiants que vous avez enseigné à la faculté vous portent.

Trouvez cher Maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de Thèse

Professeur Mamadou Marouf KEITA

Professeur Titulaire de Pédiatrie
Chef de service de Pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré
Président de l'Association Malienne de Pédiatrie
Président du Comité d'Ethique de la FMPOS au Mali

Cher Maître vous forcez l'admiration de tous par votre grande expérience dans la recherche de vos connaissances encyclopédiques et particulièrement en pédiatrie.

Votre disponibilité, votre rigueur scientifique, la clarté de votre enseignement, et votre éloquence font de vous une personnalité internationale et un maître admiré des étudiants, de vos collaborateurs et de vos petits malades.

Nous remercions le ciel d'avoir croiser votre chemin tout en nous glorifiant d'avoir bénéficié de votre savoir.

Puisse Le Tout Puissant vous guider aussi longtemps que possible auprès de nous afin que nous, et d'autres puissions bénéficier de la Légende vivante que vous êtes.

A notre Maître et Codirecteur de Thèse

Docteur Broulaye TRAORE

Praticien hospitalier

Chef de l'Unité de Pédiatrie III
Pédiatre Conseil de l'Amaldème
Chargé de cours dans les Ecoles de Formation Sanitaire

Cher Maître,

Ce fut pour nous une grande fierté de compter parmi vos élèves.

Votre amour pour la profession, votre souci du travail bien fait, et votre bonne foi pour nous assurer une formation solide font de vous un maître respecté.

Vous nous avez spontanément accepté dans votre unité et vous nous avez assisté, inspiré, suivi et guidé dans l'élaboration de ce travail.

Ce fut un grand honneur pour nous, nous vous en remercions infiniment.

Cher maître, soyez rassuré de notre respect et de notre sympathie.

A notre Maître et Juge

Docteur Hamadou SANGHO

Spécialiste en Santé Publique,

Assistant Chef de clinique en Santé Publique à la Faculté de Médecine,
de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie.

Directeur du CREDOS

Votre calme, votre rigueur scientifique, vos qualités de bon enseignant nous ont motivé à aller vers vous pour juger ce travail. La spontanéité avec laquelle vous avez accepté ce travail à attirer notre attention. Nous vous assurons de notre respect et de notre profonde reconnaissance.

ABREVIATIONS

- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- HGT : Hôpital Gabriel Touré
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- Km² : kilomètre carré
- HPG : Hôpital du Point G

INPS : Institut National de Prévoyance Sociale
ONG : Organisation Non Gouvernementale
CPMI : Centre de Protection Maternelle et Infantile
CSCOM : Centre de Santé Communautaire
ORL : Oto-rhino-laryngologie
CVD : Centre pour le Développement des vaccins
DEAP : Département d'Epidémiologie des Affections Parasitaires
MSSPA : Ministère de la Santé de la Solidarité et des Pers Agées
CES : Certificat d'Etude Spécialisée
IOTA : Institut Ophtalmologique Tropical d'Afrique
ENI : Ecole Nationale d'Ingénieur
FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie
IEC : Information Education Communication

SOMMAIRE

I – INTRODUCTION

II - OBJECTIFS

1. Objectif Général 2. Objectifs Spécifiques

III - GENERALITES

A. Définitions

B. L'organisation actuelle de l'accueil à la pédiatrie

IV - METHODOLOGIE

a- Cadre d'étude

- b- Type et durée d'étude
- c- Population d'étude
- d- Echantillonnage
- e- Critères d'inclusion
- f- Critères de non inclusion
- g- Déroulement de l'enquête
- h- Variables évalués
- i- Recueil des données
- j- Analyse des données
- k- Problème éthique

V - RESULTATS

A. Caractéristiques socio -démographiques des enquêtés

B. Résultats

VI - COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

VII - CONCLUSION

VIII -RECOMMANDATIONS

IX - REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

X - ANNEXES

INTRODUCTION

I - INTRODUCTION

Par définition et selon *Le Larousse*, *la satisfaction* c'est l'action de satisfaire une réclamation, un besoin, un désir ; c'est aussi le contentement, le plaisir qui résulte de l'accomplissement de ce qu'on attend, de ce qu'on désire [1].

Si nous considérons *Le Petit Robert*, *l'accueil* c'est la manière de recevoir quelqu'un, de se comporter avec lui quand on le reçoit ou quand il arrive [2].

Le problème d'accueil a toujours été la préoccupation des autorités de l'hôpital. L'histoire nous révèle que depuis la nuit des temps l'organisation de l'accueil est une préoccupation d'une grande importance de l'hôpital. Pour mieux comprendre et expliquer ce problème d'accueil, nous nous sommes intéressés à quelques cas d'études de solution en Europe, en Afrique et au Mali.

En Europe l'accueil est régi par les textes réglementaires. Au Canada, dès 1952 le conseil des hôpitaux avait déjà édité un code de l'accueil à l'hôpital [3].

Par ailleurs le CHU de Fann a fait l'objet d'étude de l'accueil dans le cadre de « L'évaluation de la satisfaction des patients hospitalisés par rapport aux prestations non médicales » [13].

En Afrique l'accueil du malade peut être résumé par sa perception auprès du guérisseur traditionnel « il n'y a pas d'isolement, de mise à l'écart de rejet, de rupture de communication entre l'individu malade, sa famille et le groupe. Le malade ne subit pas les contraintes des autres ; il est respecté dans sa dignité de personne. » [4].

En Guinée l'accueil a été objet de recherche dans le cadre de « L'influence des services non médicaux sur la satisfaction des malades hospitalisés à l'hôpital de Donka » [5].

Au Cameroun, M'Bol [6] s'est penché sur le thème dans son étude « Les problèmes d'accueil à l'hôpital central de Yaoundé ».

Au Mali l'accueil est très important et il détermine toutes les autres situations à venir. Bref, il doit être qualitatif ! ne dit on pas chez nous que la manière de donner est plus importante que ce que l'on offre.

En effet, c'est une nécessité aujourd'hui pour un hôpital de haut niveau d'organiser un bon accueil du patient. Un malade bien accueilli est plus confiant et soulagé. IL est à l'aise, ouvert et collabore positivement [7].

Peu d'études ont porté sur la qualité des soins en général et la qualité de l'accueil en particulier à l'HGT.

Sur la satisfaction quelques enquêtes ont été menées : Ousmane SY a trouvé en 2003, 98.8% des parents des malades ont affirmé leur satisfaction à la sortie [23]. COULIBALY Naya dans son étude en 2004 trouve 54% de taux de satisfaction à la sortie [1]. SISSOKO S. a rapporté en 2006 un taux de satisfaction de 74.7% à la consultation externe.

Le présent travail vise à évaluer la qualité de l'accueil et la satisfaction des parents des enfants vus en consultation externe au service de pédiatrie, et afin de proposer d'éventuelles solutions.

OBJECTIFS

II - OBJECTIFS

1- Objectif Général

Evaluer la qualité de l'accueil à la consultation externe du service de pédiatrie au CHU Gabriel Touré

2- Objectifs Spécifiques

2-1 Déterminer les motifs de consultation

2-2 Décrire l'itinéraire des patients

2-3 Déterminer le niveau de satisfaction des parents

2-4 Recueillir les suggestions des usagers sur l'amélioration de la qualité de l'accueil et des prestations des soins de santé.

GENERALITES

III- GENERALITES

A - Définitions

Selon l'OMS, la santé se définit comme étant un état complet de bien être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité [8].

Pour Golbert, la santé est décrite comme étant la capacité de bien fonctionner, l'état de capacité optimale d'un individu au regard de l'accomplissement efficace des rôles et des tâches pour lesquelles il a été socialisé [9].

Ces deux définitions mettent en valeur les caractéristiques physiques et psychologiques de l'individu comme étant les déterminants de la santé. Nous savons aussi que le déterminant de la santé est tout élément qui participe au maintien, à la restauration ou à la l'amélioration de la santé des individus ou des groupes humains.

Pour Gargin [10], l'accueil se résume à la réception faite à quelqu'un. Dans sa recherche « Comment améliorer l'accueil des patients? » [11], menée dans le service de médecine interne des maladies infectieuses de l'hôpital Erasme de Bruxelles en Belgique, Christine Debouge n'a pas publié les résultats ; cependant elle a retenu comme solution l'élaboration et la mise à la disposition du patient d'un dépliant portant toutes les informations des différentes activités de la journée dans le service. Ce serait une bonne solution cependant elle n'est pas adaptée à notre situation. Elle est coûteuse et non pertinente dans notre cas.

Dans certain grands hôpitaux militaires de France, un logiciel nommé Application Médico -Administrative des Unités de Soins (AMADEUS) [12] est

mis en place pour, entre autres, réduire au maximum l'identification et le temps d'attente du patient. C'est le cas de l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Begin.

Monsieur Alou Abdoulaye R. a fait des travaux de recherche sur l'évaluation de l'accueil du malade hospitalisé et de la qualité des services non médicaux à l'hôpital national de Niamey [14].

Monsieur Sérigne Sylla M'BOW aussi a parlé du mauvais accueil dans son étude « L'organisation de l'accueil du patient dans un établissement de troisième niveau, le cas du CHU de Fann » [15].

B - L'organisation actuelle de l'accueil en pédiatrie

Au niveau des populations, l'organisation de l'accueil du patient à l'hôpital est une préoccupation de grande importance.

Contrairement aux autres services de l'HGT, l'accueil se fait au niveau du service de pédiatrie.

IL existe une mauvaise organisation de l'accueil du public et des malades au sein du service de pédiatrie due à une insuffisance d'information et d'orientation des patients.

Le personnel chargé de peser les enfants est insuffisant et mal formé et ne peut s'occuper également de l'accueil des malades. Les patients ou accompagnants rencontrent des difficultés au niveau de l'accueil à la consultation externe.

Le service de pédiatrie possède un hall d'accueil avec des banquettes métalliques insuffisantes pour contenir les patients.

Les infirmières et aides soignantes occupant le guichet où l'on pèse les enfants sont souvent absentes de leur poste pour renseigner, informer et orienter les usagers ; comme conséquence, les consultants sont débordés

car ils sont obligés en plus de leur travail de fournir ces renseignements aux patients, ce qui crée des conflits entre les consultants et les patients.

La salle de consultation n'est pas un lieu de renseignement.

Selon des observations faites au service de pédiatrie [7] les patients attendent plus de deux (2) heures d'horloge avant d'être pris en charge médicalement, ce qui crée un encombrement du service par des malades qui ne relèvent d'aucune prise en charge de troisième niveau de référence ce qui amène une surcharge de travail et des délais d'attente excessive souvent aboutissant à des conflits entre les mamans et le personnel de consultation.

Le service de pédiatrie doit accueillir toute personne s'y présentant avec un enfant malade référé ou non à tout moment pour le soigner, ces derniers sont pris en charge immédiatement sans formalité, les autres informations concernant le malade sont ultérieurement effectuées au chevet du malade. Les autres malades venus d'eux même sans état de santé grave sont obligés de suivre la procédure normale à savoir prendre le ticket au guichet d'entrée, la pesée des enfants assurée par les aides soignantes ensuite s'asseoir sur les bancs métalliques situés dans le hall de la salle d'attente, puis attendre leur tour pour passer en consultation. Les patients seront examinés deux (2) par salle en présence des parents ou accompagnants.

La pédiatrie est donc caractérisée par une adaptation permanente à de multiples situations [7] :

- la diversité des pathologies,
- le flux imprévisible des enfants malades,
- le danger de risque vital pour un enfant malade
- la nécessité d'un triage de qualité pour orienter le patient vers une prise en charge rapide.

Diverses théories ont été développées à propos des normes sur les

critères de qualité de soins [16]

Ces critères portent sur :

- le degré de participation aux activités,
- l'assiduité
- Une interrelation efficace
- Une augmentation de la confiance en soi
- Un renforcement du sentiment d'estime de soi
- Évaluer le degré de satisfaction du patient (pour la fonction accueil

la satisfaction du patient est le critère de jugement souvent retenu).

- Mesure de la satisfaction sur l'information du patient [16]

- Apprécier le degré de satisfaction du patient vis-à-vis des

informations orales et des documents écrits qui lui ont été éventuellement remis tout au long de la prise en charge. IL est préférable que cette mesure soit réalisée par une personne qui n'a pas délivré d'information aux patients afin de s'assurer de son objectivité.

En établissement de santé, le questionnaire de sortie permet de recueillir l'avis du patient sur ses conditions d'accueil et de séjour. Ce questionnaire doit comprendre de manière explicite des questions sur la qualité de l'information donnée à l'accueil. Ces mesures n'ont de sens que si elles sont utiles à l'amélioration de l'information orale et écrite et à l'utilisation de cette dernière. Selon le journal d'économie médical [16] la qualité des soins se définit comme quelques expériences concrètes, notamment par l'intermédiaire des réseaux qui tissent des liens entre les professionnels montrant à quel point communiquer est un maître mot pour la qualité des soins que ça soit pour informer et éduquer le patient.

Maintenir un patient à son domicile jusqu'à la dernière extrémité et préserver la qualité de la fin de vie apparaît comme un critère de qualité des

soins. La qualité des soins décline aussi avec une meilleure information du patient sur sa maladie et son traitement.

L'accueil des patients, la gestion des plaintes et des réclamations aux services qualifiés font parti de la qualité des soins. Le bon usage des examens complémentaires fait aussi partie de la qualité des soins.

Le patient aussi doit se faire entendre, s'informer, s'éduquer. C'est à ce prix que naîtra la qualité des soins, élément essentiel d'une alliance thérapeutique.

La confiance, la qualité de la relation médecin patient, le temps (puisque'il en faut pour établir le bon diagnostic), l'entourage, l'histoire du patient font également parti de la qualité des soins.

Le manque de temps consacré à l'écoute du patient souvent interrompu dès ses premiers mots par le médecin, qui réoriente la conversation après 23 secondes en moyenne alors que l'écoute est gagnante pour les médecins.

Cas délicats :

- Pour les enfants séropositifs, l'accueil se fait au niveau de la pédiatrie IV tous les mardi et jeudi.
- Pour les grandes filles de 14 à 15 ans, l'examen de l'enfant se fait isolement dans une autre salle en l'absence des parents ; un examen physique complet sera réalisé.
- En cas de décès constaté à l'arrivée, l'accueil se fait toujours dans le box de consultation, u membre de la famille sera informé du décès, de préférence de sexe masculin. Le corps de l'enfant sera recouvert, la consultation sera arrêtée jusqu'à ce que les manœuvres amènent le corps à la morgue.
- En cas de bagarre entre les parents des malades et le personnel soignant, c'est la hiérarchie qui intervient (ici c'est le CES). S'il n'y a pas d'apaisement

elle fait intervenir la police de l'hôpital.

METHODOLOGIE

IV- METHODOLOGIE

a- Cadre d'étude

Bamako : Capitale du Mali, est un District qui couvre une superficie de 252km² avec une population estimée à 1.016.100 G/habitants. A Bamako, les moins de 15 ans représentent environ 45% de la population [17].

Le District de Bamako se divise administrativement en six communes. Une minorité seulement de cette population bénéficie de l'infrastructure urbaine, contrairement à la grande majorité à faible revenu vivant dans des conditions de vie et d'hygiène précaires. Les enfants de moins de 5 ans représentent environ 16% de la population [19].

Les structures de prévention et de soins offertes à cette importante tranche d'âge sont constituées par :

Les CPMI et Centres de Références des différentes communes ;

Les CSCOM;

Les hôpitaux nationaux (CHU Gabriel Touré, HPG) ;

Les structures para -publiques : INPS, ONG, communautés religieuses

Les privés [20].

LE CHU Gabriel TOURE

IL est facilement accessible par la majorité de la population car situé en pleine ville. Ce facteur additionné à d'autres font que très souvent les demandes exprimées excèdent largement les capacités de l'Institution. Du fait de sa facilité d'accès, le CHU est devenu une structure de premier recours des soins ordinaires au détriment de ses objectifs à savoir : un hôpital de dernier recours, situé au sommet de la pyramide sanitaire du pays.

Le CHU Gabriel TOURE comporte : [20]

-Un service de cardiologie

- Un service de Réanimation
- Un service de Radiologie
- Un service de Chirurgie Générale
- Un service de Chirurgie infantile
- Un service de Traumatologie
- Un service d'ORL
- Un service de l'Urologie
- Un service de Pédiatrie
- Un service de Gastro-entérologie
- Un service de Gynéco-obstétrique
- Un laboratoire central
- Une pharmacie
- Les services sociaux et administratifs

Les patients, les accompagnants et même les visiteurs rencontrent des difficultés au niveau de l'accueil, il existe deux (02) entrées et deux (02) sorties des patients au niveau de l'hôpital. L'entrée des piétons se fait par une porte et la sortie par une autre, toutes les deux font face à la cité des cheminots. Pour les véhicules il existe deux (02) portes : l'entrée à l'ouest face à l'ENI et la sortie à 50 m de l'entrée du même côté. Elles servent d'entrée et de sortie de tous les véhicules dont les ambulances. Un plan de la structure est affiché dans l'enceinte de l'hôpital à côté du bâtiment des consultations externes de médecine faisant face au bureau des entrées. Cet emplacement ne suscite pas une bonne exploitation.

Le malade qui arrive devant l'hôpital est plus préoccupé par l'accès à l'hôpital et par sa prise en charge que par la consultation d'un plan, ceci équivaudrait pour lui à une perte de temps, outre son emplacement le plan en lui-même est difficilement exploitable. Les légendes explicatives sont très

compliquées et confuses souvent pour les usagers qui sont profanes. Le système fléchage ne contribue guère à l'orientation des patients dont la plus part est analphabète. Il est inefficace et mal placé ; quelques bureaux ou services ont des écriteaux au contenu peu lisible ou sont timidement affichés pour être lisibles.

Le service est divisé en deux (02) grandes parties : pédiatrie A et B.

Le Service pédiatrie A :

Logée à l'étage, il est composé de deux (02) ailes (Pédiatrie III et IV) et l'unité de réanimation et de néonatalogie.

- Le pavillon de la Pédiatrie III comprend cinq (05) grandes chambres à quatre (04) lits, deux (02) petites chambres climatisées à un (01) lit, une (01) salle de perfusion.

-Le pavillon de la pédiatrie IV comprend quatre (04) chambres à quatre (04) lits, trois (03) chambres sans lits pour recevoir les mères des enfants hospitalisés en réanimation.

-Le pavillon de la réanimation néonatalogie comprend quatre (04) compartiments : une (01) pour les grands enfants de six (06) lits, deux (02) compartiments destinés aux nouveau nés et nourrissons de treize (13) berceaux et deux (02) grands lits pour nourrissons, six (06) lits grands enfants.

-Le quatrième pavillons est réservé aux prématurés et petits poids de naissance comprenant : quatre (04) couveuses, huit (08) berceaux, et une (01) appareil pour le chauffage et l'aspiration.

Le Service de Pédiatrie B :

IL occupe le rez-de-chaussée, et est composée de deux (02) ailes : la pédiatrie I et II et l'unité de consultation externe.

-La pédiatrie I comprend : quatre (04) grandes chambres à quatre (04)

lits chacune et six (06) petites chambres climatisés à un (01) lit, une (01) salle de perfusion.

-La pédiatrie II : comprend six (06) grandes chambres à quatre (04) lits chacune.

-Une (01) salle occupée par le centre pour le développement des vaccins (CVD).

-Une (01) salle occupée par le département d'épidémiologie des affections parasitaires (DEAP).

-L'unité de consultation externe comprend quatre (04) salles de consultation, une (01) salle de garde avec toilette, deux (02) salles de trois (03) lits chacune pour l'hôpital du jour, un (01) hall d'accueil et un (01) hall d'attente.

En plus des salles pour les hospitalisations et les consultations, la pédiatrie dispose de deux (02) salles de soins appelées salles de perfusion dont une à l'étage et l'autre au rez-de-chaussée. Il y a aussi un bureau pour les médecins, un pour le cadre infirmier, le travailleur social, les sanitaires pour le personnel, les sanitaires pour les patients, des pièces de rangement pour les matériels de la réanimation, un (01) secrétariat, une (01) bibliothèque non-équipée une salle de cours de pédiatrie.

Le Personnel de la pédiatrie se compose comme suit :

01 professeur pédiatre chef de service

01 maître de conférence agrégé de pédiatrie

01 assistant chef de clinique de pédiatrie

02 médecins pédiatres

19 médecins en cours de spécialisation

02 médecins généralistes

18 techniciens supérieurs de santé

12 agents techniques de santé (02 en formation)

12 aides soignantes

04 manœuvres

A ceux-ci il faut ajouter les élèves des écoles socio -sanitaires, les étudiants en médecine des différentes années académiques faisant leur stage.

Les activités du service :

-Elles sont constituées par essentiellement les consultations et les hospitalisations.

-La formation théorique et pratique des médecins en spécialisation, des étudiants en médecine et des élèves des écoles socio -sanitaires.

-La consultation externe ; elle est payante et cela à chaque visite et la majorité des malades viennent d'eux mêmes en consultation. Elle est assurée par l'unité de pédiatrie I et III, les lundi et mercredi ; par les unités de pédiatrie II et IV tous les mardi et jeudi de 08h à 16 h.

-La permanence est assurée tous les vendredi de 08h à 12h 30 par les différentes unités de pédiatrie par rotation.

-L'hospitalisation est gratuite en salle commune et payante dans les petites salles et en réanimation néonatalogie.

-La visite des malades hospitalisés est quotidienne et est effectuée par les médecins pédiatres, les médecins en cours de spécialisation, les étudiants et les infirmières.

-Les gardes sont assurées par le personnel para -médical, les étudiants en fin de cycle, les médecins en cours de spécialisation et tout cela supervisé par un médecin senior.

-Un staff est tenu tous les matins en vue d'apprécier les prestations de la garde.

-La recherche est assurée par les thèses : 20-30 /ans

-Le DEAP qui mène une surveillance épidémiologique sur les facteurs favorisant les formes graves du paludisme à plasmodium falciparum chez l'enfant

-Le CVD Mali qui a pour but principal la surveillance à base hospitalière et communautaire des infections bactériennes invasives chez les enfants répondant aux critères d'inclusion vues en consultation dans le service de pédiatrie de l'Hôpital Gabriel TOURE.

b- Type et durée d'étude :

IL s'agit d'une étude transversale avec recueil prospectif des données qui s'est déroulée de décembre 2005 à juillet 2006.

L'affluence des consultants nous donne la possibilité d'avoir beaucoup de cas en peu de temps.

C- Population d'étude :

1. les enfants
2. les parents
3. les prescripteurs

d- Echantillonnage :

IL s'agit d'un sondage exhaustif de tous les enfants obéissant aux critères d'inclusion. Nous avons calculé la taille minimale de notre échantillon en utilisant la formule : $n = \frac{(E)^2}{i^2} \times PQ$

i^2

n = est la taille minimale de l'échantillon.

p = est la satisfaction des parents à la consultation externe ; l'étude de COULIBALY N = 54% et de SISSOKO S =74,8%

Nous avons calculé la moyenne = 64,4% =0,64%

Q = 1 – P =1 – 0,64 = 0,36

i = la précision = 0,05

$$E = 1,96$$

$$\text{On aura donc : } n = \frac{(1,96)^2 \times 0,64 \times 0,36}{0,0025} : 354$$

La taille minimale $n = 354$

Le choix des jours de consultation n'est pas fortuit, permet de voir s'ils n'influencent pas cette consultation.

Ainsi le lundi début de la semaine est considéré comme jour où il y a beaucoup d'affluence, le jeudi où il y a moins d'affluence et le week-end où nous considérons qu'il n'y a pas d'affluence.

e- Critères d'inclusion :

Sont inclus tous les enfants et parents ou accompagnants des enfants à la consultation externe de décembre 2005 à juin 2006 âgés de 0 -15 ans avec un consentement éclairé des parents.

f- Critères de non inclusion

IL s'agit des enfants ayant :

- un âge supérieur à 15 ans
- refusé l'interview

-dont les parents ou accompagnants sont venus consultés les autres jours à savoir le mardi, le mercredi et le vendredi.

-des malades hospitalisés.

-dont les parents n'ayant pas acceptés le questionnaire

g- Déroulement de l'enquête

Les parents des enfants vus en consultation externe sont recrutés deux jours de la semaine, les jeudi où l'affluence est moindre, les lundi où il y a beaucoup d'affluence, et pendant une garde du week-end répondants aux critères d'inclusions. Nous avons utilisé un support de données sous forme d'interview à la fin de la consultation (cf annexes).

Les différents diagnostics retenus sont ceux enregistrés dans le registre. Chaque parent ayant accepté le questionnaire a été isolé et interviewé à la sortie de la consultation.

h- Paramètre évalués :

Un questionnaire contenant différents éléments a été élaboré pour recueillir les différentes variables.

IL est subdivisé en IV grands paramètres :

Paramètre I : Identification du patient :

Elle porte sur les données démographiques (l'âge, sexe, lieu de résidence et l'ethnie du patient).

Paramètre II: Identification des parents :

Elle porte sur l'âge, la profession, le niveau de scolarisation et le statut matrimonial des parents.

Paramètre III : Dimension technique.

Dans ce chapitre le type de visite, le motif de consultation, les moyens pour réaliser l'examen physique à savoir une table de consultation, la prise de température et l'anamnèse sont expliqués.

Au terme de ce chapitre, un diagnostic est retenu pour répertorier les affections les plus fréquentes en consultation externe et le traitement.

Paramètre IV : Itinéraire des patients

Le chapitre est réservé à la perception de la qualité perçue des usagers sur l'accueil à l'hôpital Gabriel Touré, le suivi du rang, le temps d'attente, l'attitude du consultant, l'examen du malade et la qualité de prestation du service de pédiatrie.

i- Recueil des données :

Pour recueillir les données, nous avons utilisé un questionnaire adressé par interview des familles (cf annexes)

j- Analyse des données

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel EPI 6 INFO.

k- Sur le plan éthique :

La participation à l'enquête a été volontaire après une explication détaillée de l'enquête. La confidentialité des réponses a été respectée.

RESULTATS

V- RESULTATS

A- RESULTATS GENERAUX

1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES ENQUETES

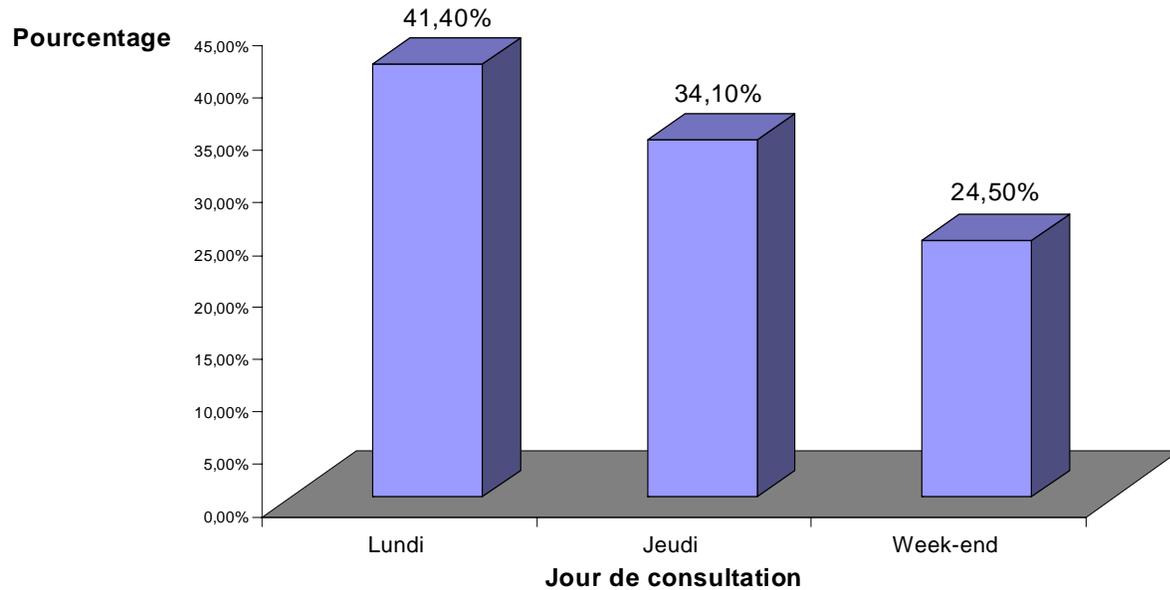


Figure 1 : Répartition selon le jour de consultation

41,4% des patients sont venus consulter le Lundi contre 24,5% le week-end

Tableau I : Répartition des parents selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	74	23,9%
Féminin	307	76,1%
Total	381	100%

76,1% des personnes interrogées étaient de sexe féminin.

Tableau II : Répartition des parents selon la filiation

Accompagnant	Effectif	Pourcentage
Père	34	9,9%
Mère	270	76,1%
Oncle	8	2,3%
Tante	8	2,3%
Père et mère	26	7,3%
Autres *	8	2,3%
Total	354	100%

Grand père 4, grand-mère 1, sœur 2, frère 1

76,1% des malades étaient accompagnés par leur mère seulement 9,9% des papas étaient présents.

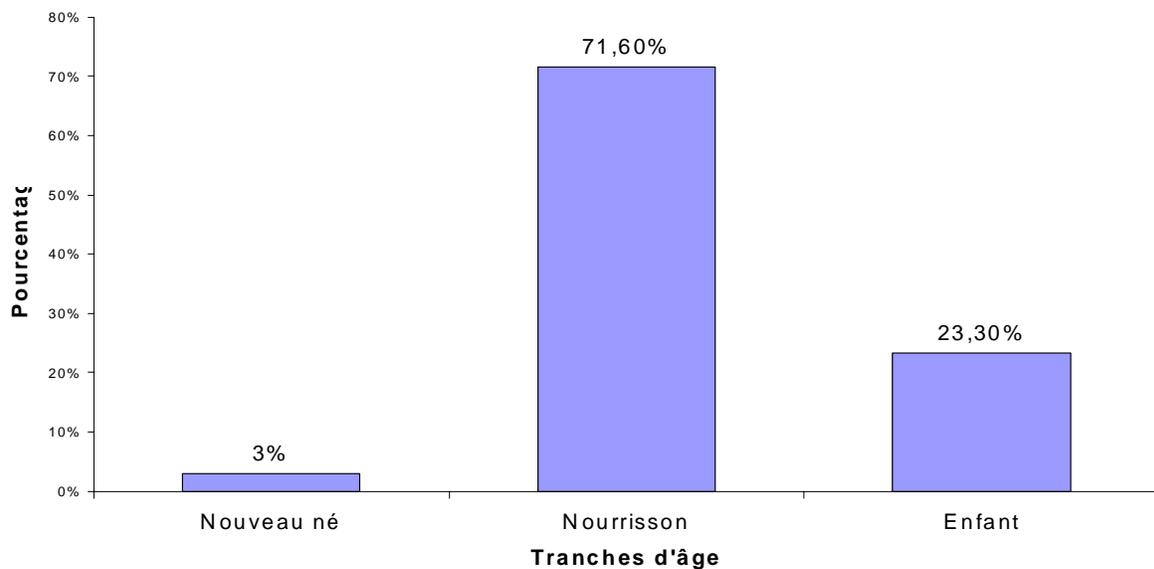


Figure 2 : Répartition selon l'âge du patient

NB : Nouveau né (0-28jours) - Nourrisson (1mois-2ans) - Enfant, Grand- enfant (2-15ans)

71,6% des malades venus en consultation étaient des nourrissons.

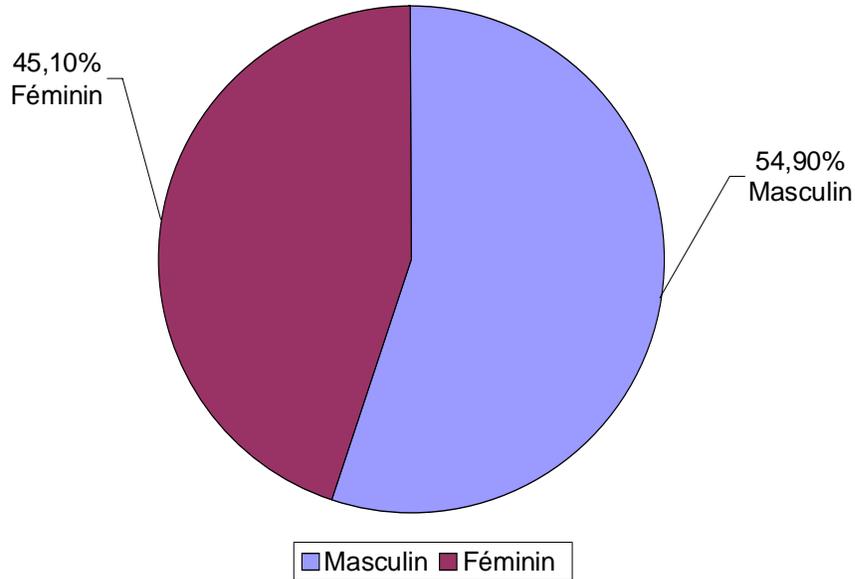


Figure 3 : Répartition des malades selon le sexe

La majorité des malades étaient de sexe masculin 54,9% contre 45,1% féminin.

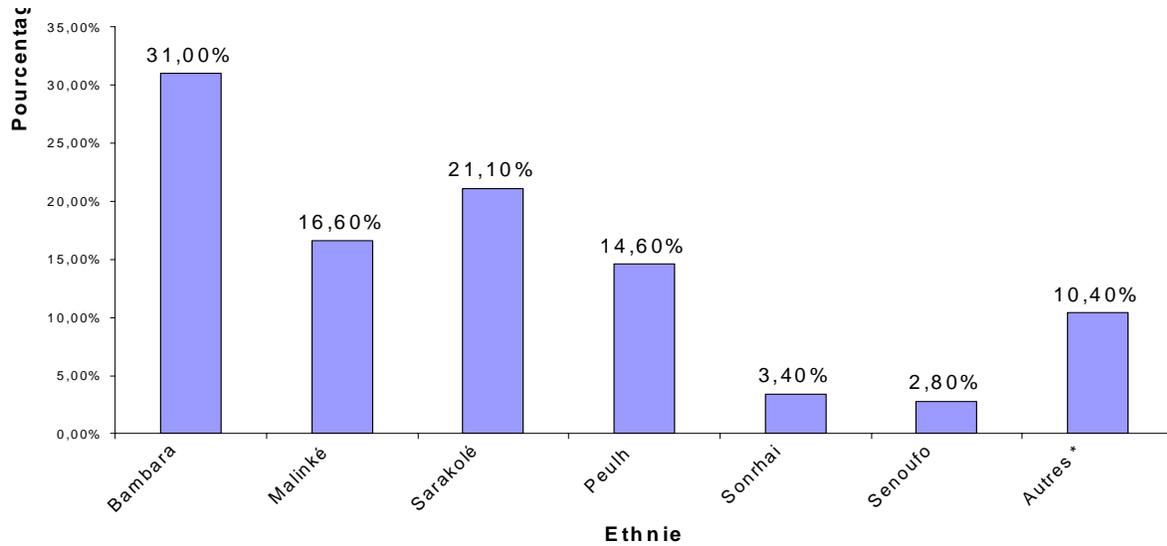


Figure 4 : Répartition des malades selon l'ethnie

* Bobo 5 Maure 2 Manianka 4 Bozos 2 Diawando 4 Dogons 5 Mossi 3

Somono 1 Samoko 2

31,0% des malades étaient des Bambara

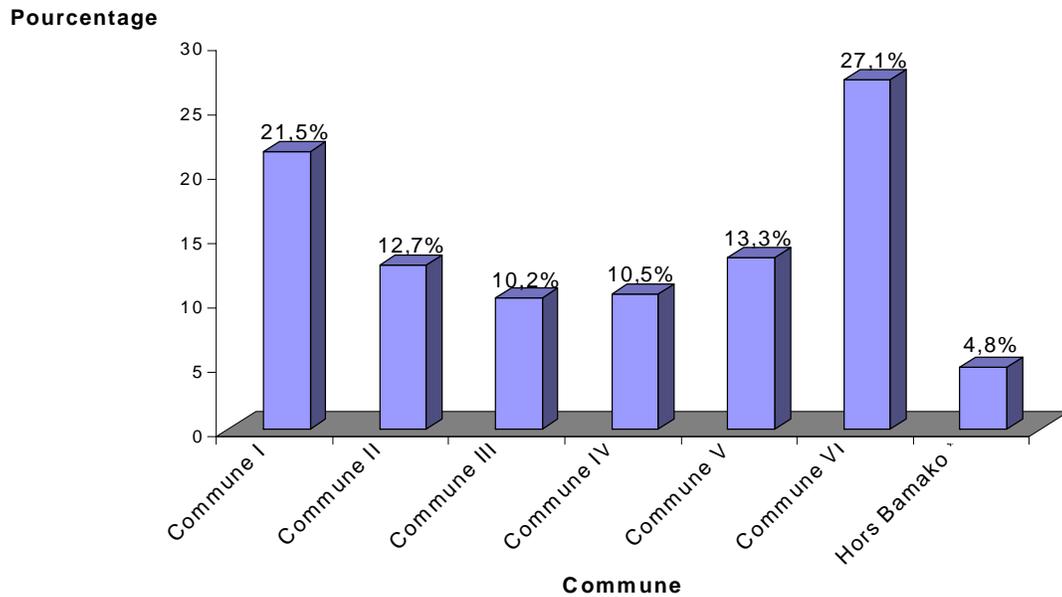


Figure 5 : Répartition des malades selon la provenance

* Kati, Koulikoro, fana

27,1% des malades venaient de la commune VI, 21,5% en commune I, et 4,8% hors Bamako

Tableau III : Répartition des pères selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Fonctionnaire	79	22,3%
Commerçant	143	40,3%
Cultivateur	20	5,6%
Autres *	88	24,8%
Total	330	93%

Ne sait pas 24 7%

* boucher 5, chauffeur 28, chef de village 1, chômeur 5, mécaniciens 10, tailleur 4, Etudiant 10, Ouvriers 11, immigrés 7, marabouts 2

40,3% des pères des malades étaient des commerçants.

Tableau IV : Répartition des pères selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Supérieur	44	12,4%
Secondaire	135	38,1%
Primaire	47	13,2%
Non scolarisé	102	31,5%
Total	338	95,2%

Ne sait pas 16 4,8%

38,1% des pères des malades avaient un niveau d'instruction secondaire.

Tableau V : Répartition des mères selon l'âge

Age	Effectif	Pourcentage
≤ 20 ans	59	16 ,5%
21- 34 ans	227	64,3%
≥ 35 ans	50	14,1%
Total	336	94,9%

Ne sait pas 18 5,1%

64,3% des mamans des malades venues en consultation externe avaient un âge compris entre 21 et 34 ans.

Tableau VI : Répartition des mères selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Fonctionnaire	24	6,8%
Commerçante	69	19,4%
Ménagère	217	61,5%
Autres *	44	12,3%
Total	354	100%

* élève 16, étudiante 10, coiffeuse 6, couturière 5, teinturière 7.
61,5% des mamans des malades étaient des ménagères.

Tableau VII : Répartition des mères selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Supérieur	17	4,8%
Secondaire	82	23,1%
Primaire	84	23,7%
Non scolarisée	174	47,6%
Total	354	100%

36,9% des malades avaient une maman non scolarisée.

Ne sait pas 3 0,8%

Tableau VIII : Répartition des mères selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	323	91,2%
Célibataire	27	7,6%
Divorcée	2	0,6%
Veuve	2	0,6%
Total	354	100%

91,2% des mamans des malades étaient mariées.

2- TYPE DE VISITE ET MOTIF DE CONSULTATION

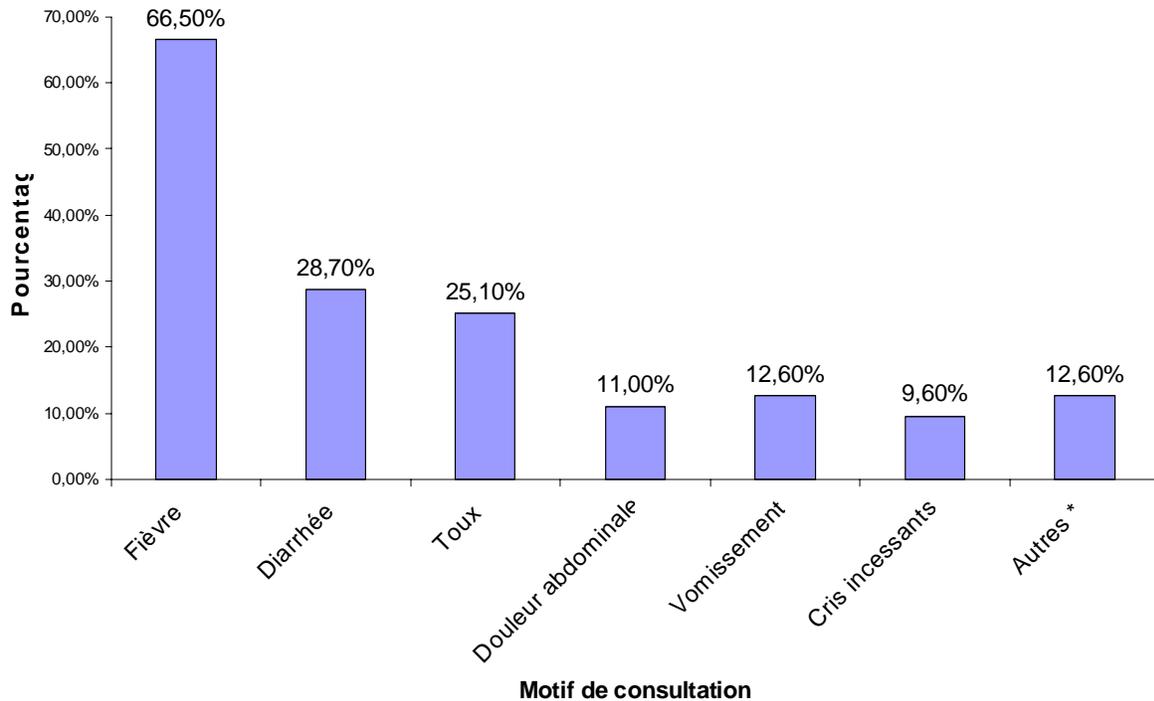


Figure 6 : Répartition des malades selon le motif de consultation

* ballonnement 12, refus de téter 20, céphalée 3, muguet 3, gêne respiratoire 8.
La fièvre constitue le 1^{er} motif de consultation avec 66,5% suivi de la diarrhée 28,7% et de la toux 25,1%.

Tableau IX : Répartition des malades selon le type de visite

Type de visite	Effectif	Pourcentage
1 ^{ère} visite	308	87,0%
2 ^{ème} visite	46	13,0%
Total	354	100%

87,0% des patients étaient à leur première consultation.

3- PLATEAU TECHNIQUE

Tableau X : Répartition selon l'anamnèse de la maladie

Anamnèse	Effectif	Pourcentage
Oui	350	98,6%
Non	4	1,4%
Total	354	100%

Dans 98,6% des cas, l'histoire de la maladie a été écoutée contre 1,4%.

Tableau XI : Répartition selon que l'enfant soit examiné habillé ou déshabillé

Enfant examiné	Effectif	Pourcentage
Habillé	20	5,9%
Déshabillé	334	94,1%
Total	354	100%

5,9% des malades ont été examinés habillés contre 94,1% déshabillés.

Tableau XII : Répartition selon la position au moment de l'examen

Examen fait sur	Effectif	Pourcentage
Table de consultation	340	96,1%
Sur genoux de la mère	14	3,9%
Total	354	100%

La majorité des malades ont été examinés sur une table de consultation soit 96,1%.

Tableau XIII : Répartition selon la prise de température

Prise de température	Effectif	Pourcentage
Oui	344	96,9%
Non	10	3,1%
Total	354	100%

C'est chez 3,1% seulement des malades que la température n'est pas prise.

Tableau XIV : Répartition selon le diagnostic retenu

Diagnostic retenu	Effectif	Pourcentage
Rhino bronchite	92	25,9%
Paludisme	86	24,2%
Gastro entérite	81	23,5%
Pharyngite	43	12,1%
Parasitose intestinale	30	8,5%
Déshydratation	16	4,5%
Autres *	6	1,69%
Total	354	100%

* Inter trigo3. Bilharziose 1, Infection urinaire 1, Stomatite 1.

La pathologie la plus fréquente est la Rhino bronchite 25,9% suivi du Paludisme 24,2% et la Gastro entérite 23,5%.

Tableau XV : Répartition des malades selon le traitement reçu

Traitement reçu	Effectif	Pourcentage
------------------------	-----------------	--------------------

Antibiotique	275	77,5%
Antalgique	148	41,7%
Antipaludique	122	34,4%
Antipyrétique	106	29,9%
Antidiarrhéique	94	26,6%
Mucolytique	83	23,4%
SRO	64	18,0%
Anti mycosique	16	4,5%
Conseil diététique	14	3,9%
Autres *	46	12,9%

Anti émétique 17, Vitamine 19, anti histaminique 4, fer 3, anti spasmodique 3.
77,5% des malades ont reçus un traitement antibiotique.

4. ITINERAIRE DU MALADE : ACCUEIL

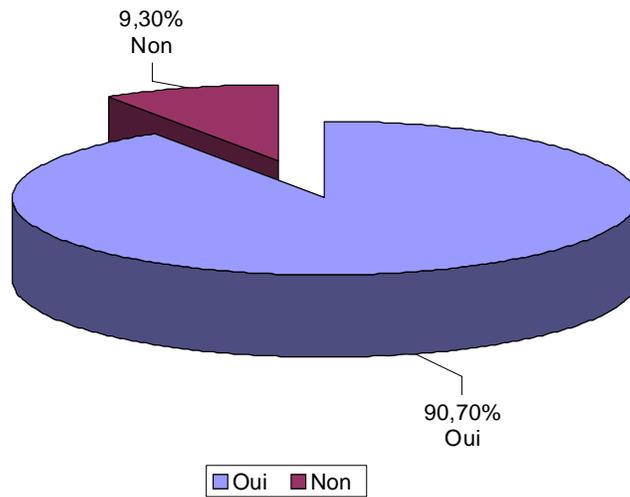


Figure 7 : Répartition des parents selon la prise de ticket

90,7% des parents des malades ont pris un ticket, 9,3% n'ont pas pris.

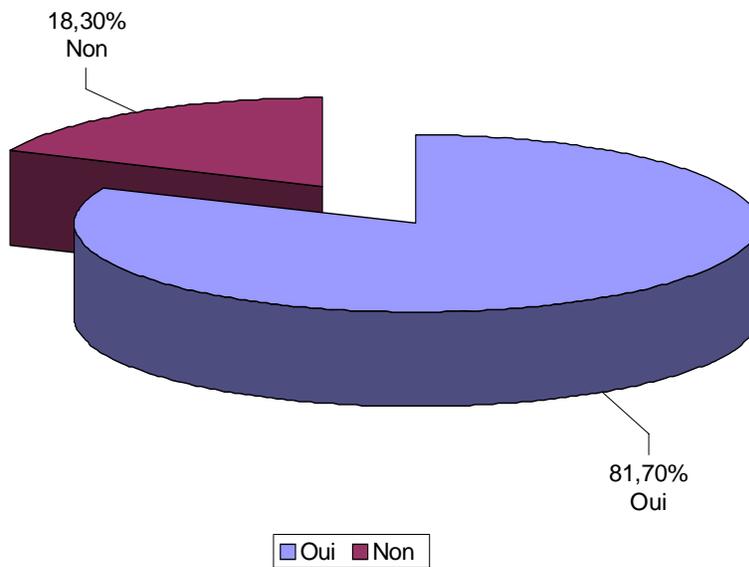


Figure 8 : Répartition selon le numéro mis sur le ticket

Il n'y avait pas de numéro sur le ticket des malades dans 18,3% des cas, 81,7% avaient un numéro

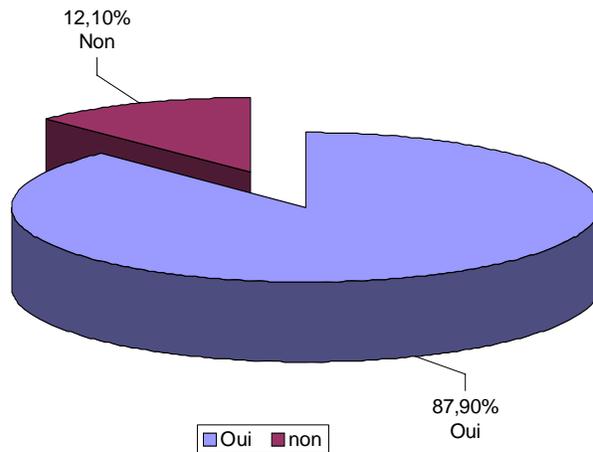


Figure 9 : Répartition des parents selon le suivi de l'ordre d'arriver

12,1% des patients n'ont pas suivi l'ordre d'arrivée

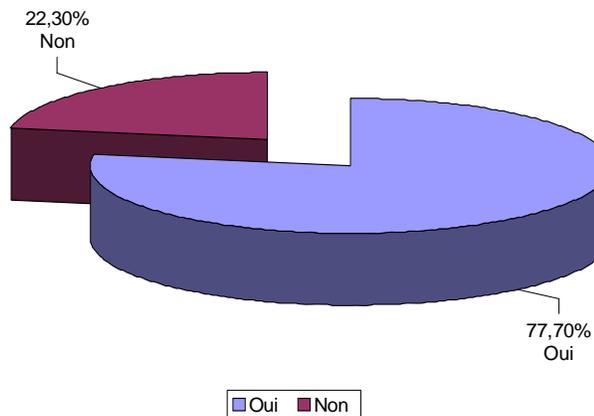


Figure 10 : Répartition selon le respect du rang

22,3% des parents des malades n'ont pas respecté le rang

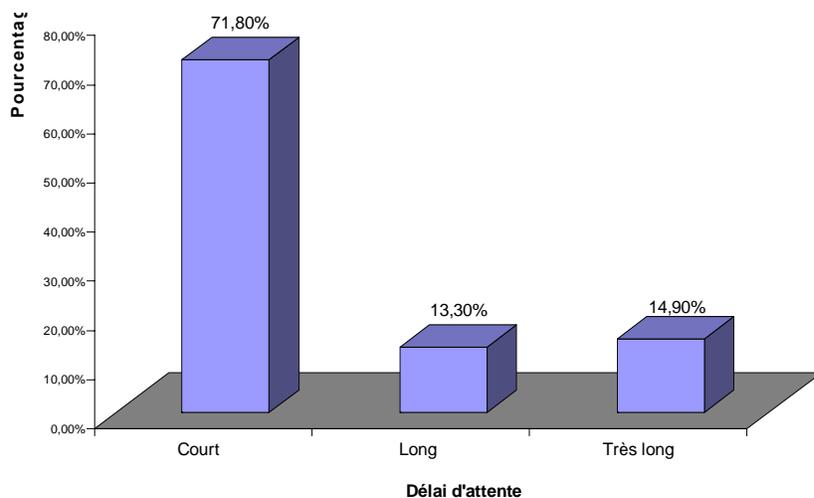


Figure 11 : Répartition selon l'opinion des parents sur le délai d'attente

NB : Court (1h) – Long (1-2h) – Très long (3h)

71,8% des parents ont trouvé le délai d'attente court 13,3% long, 14,9% ont trouvé un délai d'attente très long.

Tableau XVI : Répartition des parents qui ont reçu une chaise pour s'asseoir

Réception chaise	Effectif	Pourcentage
Oui	288	81,1%
Non	66	18,9%
Total	354	100%

18,9% des parents des malades n'ont pas reçu une chaise pour s'asseoir dans la salle de consultation.

Tableau XVII : Répartition des parents selon que l'examineur les a salué

Examineur a salué	Effectif	Pourcentage
Oui	345	97,5%
Non	9	2,5%

Total	354	100%
-------	-----	------

Dans 97,5% des cas, l'examineur a salué les parents.

Tableau XVIII : Répartition des parents selon l'appréciation de l'attitude de l'examineur

Attitude	Effectif	Pourcentage
Bien	254	71,8%
Assez bien	93	26,2%
Mauvaise	7	2,0%
Total	354	100%

71,8% des parents des malades ont trouvé une bonne attitude du consultant, elle était mauvaise dans 2,0% des cas.

Tableau XIX : Répartition des parents selon le comportement du soignant envers le malade.

comportement du soignant	Effectif	Pourcentage
Courtoisie	336	94,9%
Indifférence	15	4,2%
Arrogance	3	0,9%
Total	354	100%

94,9% du personnel soignant se sont comportés avec courtoisie, 4,2% avec indifférence et 0,9% avec arrogance.

Tableau XX : Répartition des parents selon le temps consacré à l'examen de l'enfant

Temps consacré à l'examen	Effectif	Pourcentage
---------------------------	----------	-------------

Suffisant		
>15 mn	337	95,2%
Insuffisant		
15 mn	17	4,8%
Total	354	100%

4,8% des parents ont trouvé que le temps consacré à l'examen de l'enfant était insuffisant contre 95,2% suffisant.

Tableau XXI : Répartition des parents selon l'explication de l'utilité des examens complémentaires.

Examen complémentaire	Effectif	Pourcentage
Oui	92	26,2%
Non	262	73,8%
Total	354	100%

L'utilité des examens complémentaires n'a pas été expliquée aux parents, Dans 73,8% des cas, expliquée seulement dans 26,2% des cas.

Tableau XXII : Répartition des parents selon l'information du diagnostic.

Diagnostic	Effectif	Pourcentage
Oui	244	69,0%
Non	110	31,0%
Total	354	100%

Dans 31,0% des cas, les parents n'ont pas été informés sur le diagnostic du malade

Tableau XXIII : Répartition des parents sur l'explication des modalités du traitement

Modalités du traitement	Effectif	Pourcentage
Oui	252	71,0%
Non	102	29,0%
Total	354	100%

Dans 71,0% le traitement a été expliqué aux parents du malade

Tableau XXIV : Répartition des parents selon la durée du traitement

Durée du traitement expliquée	Effectif	Pourcentage
Oui	334	94,1%
Non	20	5,9%
Total	354	100%

La durée du traitement n'a pas été expliquée aux parents du malade dans 5,9%

Tableau XXV : Répartition selon l'identité de l'examineur

Identité examinateur	Effectif	Pourcentage
Médecin	68	19,4%
Interne	286	80,6%
Total	354	100%

19,4% des malades ont été vus par un médecin, 80,6% des malades par un interne.

Tableau XXVI : Répartition des parents sur la satisfaction de la consultation

Qualité de consultation satisfaisante	Effectif	Pourcentage
Oui	332	93,8%
Non	22	6,2%
Total	354	100%

93,8 % des personnes interrogées étaient satisfaites de la qualité de la consultation, 6,2% ne sont pas satisfaites.

Tableau XXVII : Répartition des parents selon les critiques et suggestions

Critiques et suggestions	Effectif	Pourcentage
Satisfait de l'ensemble accueil-qualité de la consultation	225	44,11%
Consulter rapidement, attente longue	74	14,5%
Suivre le rang	44	8,6%
Bien accueilli	24	4,7%
Courage et bonne continuation	18	3,5%
Augmenter le personnel médical	25	4,9%
Bien traiter	16	3,13%
Bien diagnostiquer	16	3,13%
Urgence d'abord	13	2,54%
Satisfait mais à améliorer	13	2,54%
Assainissement des lieux	13	2,54%
Arrogance des gardiens	12	2,35%
Construire un hôpital pour enfant	10	1,96%
Médecin doit consulter et non l'interne seul	2	0,39%
Consultant doit décliner son identité	2	0,39%
IEC	2	0,39%
Faire deux rangs dans la salle d'attente	1	0,19%
Total	510	100%

44,11% des parents sont satisfaits de l'accueil et de la qualité de la prise en charge, 14,5% des patients trouvent un retard dans la consultation, 8,6% suggèrent de suivre le rang,

Tableau XXVIII : Répartition des parents selon l'accueil à l'admission

Accueil	Effectif	Pourcentage
----------------	-----------------	--------------------

Bon	328	92,7%
Mauvais	26	7,3%
Total	354	100%

7,6% des parents des malades ont trouvé que l'accueil à l'admission était mauvais, 92,4% ont trouvé un bon accueil.

B. RESULTATS ANALYTIQUES

Tableau XXIX : Répartition des parents selon le délai d'attente et le jour de consultation.

Jour de consultation	Délai d'attente			Total
	Court	Long	Très long	
Lundi	101 (69,1%)	24 (16,4%)	21 (14,3%)	146 (41,8%)
Jeudi	91 (75,2%)	14 (11,5%)	16 (13,2%)	121 (34,1%)
Week-end	62 (71,2%)	9 (10,3%)	16 (18,3%)	87 (24,5%)
Total	254	47	53	354

$$\chi^2 = 3,23$$

$$p = 0,52$$

Le test n'est pas significatif quelque soit le jour de consultation le délai d'attente est le même

Tableau XXX : Répartition des parents selon l'examineur et la qualité de la consultation

Examineur	Qualité consultation		Total
	Bonne	Mauvaise	

Médecin	65 (94,2%)	4 (5,7%)	69 (14,9%)
Interne	268 (94,0%)	17 (5,9%)	285 (80,5%)
Total	333	21	354

Test de Fisher $p = 0,610$

Le test n'est pas significatif quelque soit l'examineur la qualité de la consultation reste la même.

Tableau XXXI : Répartition des parents selon l'examineur et le comportement du soignant

Comportement	Examineur		Total
	Médecin	Interne	
Courtois	66 (19,0%)	270 (80,3%)	336 (94,9%)
Indifférent	3 (20%)	12 (80%)	15 (4,2%)
Arrogant	0	3 (100%)	3 (0,8%)
Total	69	285	354

$\chi^2 = 0,73$ $p = 0,69$

Le test n'est pas significatif

Le comportement du soignant n'influence pas l'examineur.

Tableau XXXII : Répartition des parents selon le jour de consultation et le respect du rang

Jour consultation	Respect du rang		Total
	Oui	Non	
Lundi	114 (78,0%)	32 (21,9%)	146 (41,2%)
Jeudi	89 (73,5%)	32 (26,4%)	121 (34,1%)
Week-end	73 (83,9%)	14 (16,09%)	87 (24,5%)
Total	276	78	354

$$\chi^2 = 3,16$$

$$p = 0,28$$

Le test n'est pas significatif

Le jour de consultation n'influence pas sur le respect du rang.

Tableau XXXIII : Répartition des parents selon le jour de consultation et l'identité de l'examineur

Jour consultation	Identité de l'examineur		Total
	Médecin	Interne	
Lundi	21 (14,3%)	125 (85,6%)	146 (41,2%)
Jeudi	34 (28,0%)	87 (71,9%)	121 (34,1%)
Week-end	14 (16,0%)	73 (83,9%)	87 (24,5%)
Total	69	285	354

$$\chi^2 = 8,78$$

$$p = 0,012$$

Le test est statistiquement significatif

Plus de la majorité des consultations a été fait par les internes quelque soit le jour de la consultation choisit par notre étude.

Tableau XXXIV : Répartition des parents selon le jour de consultation et la qualité de l'accueil

Jour consultation	Qualité accueil		Total
	Bonne	Mauvaise	
Lundi	142 (97,2%)	4 (2,7%)	146 (41,2%)
Jeudi	108 (89,2%)	13 (10,7%)	121 (34,1%)
Week-end	78 (89,6%)	9 (10,3%)	87 (24,5%)
Total	328	26	354

$$\chi^2 = 7,75$$

$$p = 0,020$$

Le test est significatif

Le jour de consultation influence sur la qualité de l'accueil.

La qualité de l'accueil est plus bonne les lundi que le week-end et le jeudi.

Tableau XXXV : Répartition des parents selon l'accompagnant, la qualité de la consultation et de l'accueil.

Accompagnant	Qualité de l'accueil		Total
	Bonne	Mauvaise	
Père	33 (97,05%)	1 (2,94%)	34 (10,30%)
Mère	252 (93,33%)	17 (6,29%)	270 (82,31%)
Oncle	8 (100%)	0	8 (2,43%)
Tante	8 (100%)	0	8 (2,43%)
Père et Mère	7(87,5%)	1 (12,5%)	8 (2,4%)
Total	308	19	328

$$\text{Khi } 2 = 2,28$$

$$P = 0,684$$

$$\text{DDL} = 4$$

La qualité de la consultation est la même quelque soit l'accompagnant, donc il n'y a pas de rapport entre la qualité de l'accueil et l'accompagnant.

Tableau XXXVI : Répartition des parents selon l'âge de la mère et la qualité de l'accueil.

Age de la mère	Qualité de l'accueil		Total
	Bonne	Mauvaise	
20 ans	53 (89,8%)	6 (10,16%)	59 (17,55%)
21-34 ans	209 (92,07%)	18 (7,9%)	227 (67,5%)
35 ans	48 (96,8%)	2 (4,0%)	50 (14,8%)
Total	310	26	336

Khi 2 = 1,18 P = 0,477 DDL = 2

Le test n'est pas significatif

L'âge de la mère n'influence pas sur la qualité de l'accueil.

Tableau XXXVII : Répartition des parents selon le niveau d'instruction du père et de l'explication du diagnostic.

Niveau d'instruction du père	Explication du diagnostic		Total
	Oui	Non	
Supérieur	29 (61,7%)	18 (38,2%)	47 (13,94%)
Secondaire	94 (70,14%)	40 (29,8%)	134 (39,76%)
Primaire	35 (79,5%)	9 (20,4%)	44 (13,05%)
Non scolarisé	72 (64,2%)	40 (35,7%)	112 (33,23%)
Total	230	107	337

Khi 2 = 10,54 P = 0,032 DDL = 4

Le niveau d'instruction du père compte dans l'explication du diagnostic du malade. Plus le père est instruit moins on explique le diagnostic.

Tableau XXXVIII : Répartition des parents selon le niveau d’instruction du père du malade et l’explication du traitement.

Niveau d’instruction du père	Explication du traitement		Total
	Oui	Non	
Supérieur	27 (57,44%)	20 (42,5%)	47 (13,9%)
Secondaire	96 (71,6%)	38 (28,3%)	134 (39,7%)
Primaire	38 (86,3%)	6 (13,6%)	44 (13,05%)
Non scolarisé	74 (66,07%)	38 (33,9%)	112 (33,23%)
Total	235	102	337

Khi 2 = 13,03

P = 0,011

DDL = 3

L’explication du traitement dépend du niveau d’instruction du père. Plus le niveau d’instruction du père est élevé, moins on explique le traitement.

Tableau XXXIX : Répartition des parents selon le niveau d’instruction de la mère et de l’explication du diagnostic.

Niveau d’instruction de la mère	Explication du diagnostic		Total
	Oui	Non	
Supérieur	52 (61,9%)	32 (38,09%)	84 (23,9%)
Secondaire	64 (79,01%)	17 (20,09%)	81 (23,07%)
Primaire	12 (70,58%)	5 (29,41%)	17 (4,84%)
Non scolarisé	115 (68,04%)	54 (31,95%)	169 (48,14%)
Total	243	108	351

Khi 2 = 10,09

P = 0,038

DDL = 3

Le niveau de scolarisation de la mère compte dans l’explication du diagnostic. Plus le niveau d’instruction de la mère est élevée moins on explique le diagnostic.

Tableau XXXX : Répartition des parents selon le niveau d’instruction de la mère de l’enfant et de l’explication du traitement.

Niveau d'instruction de la mère	Explication du traitement		Total
	Oui	Non	
Supérieur	52 (61,9%)	32 (38,09%)	84 (23,93%)
Secondaire	68 (83,95%)	13 (16,04%)	81 (23,07%)
Primaire	14 (82,35%)	3 (17,64%)	17 (4,84%)
Non scolarisé	115 (68,04%)	54 (31,95%)	169 (48,14%)
Total	249	102	351

Khi 2 = 17,93

P = 0,00126

Le test est statistiquement significatif

L'explication du traitement dépend du niveau d'instruction de la maman

L'examineur explique au niveau secondaire et primaire

Tableau XXXXI : Répartition des parents selon le niveau d'instruction de la mère et de la qualité de la consultation.

Niveau d'instruction de la mère	Qualité de la consultation		Total
	Satisfaite	Non satisfaite	
Supérieur	74 (88,09%)	10 (11,90%)	84 (23,93%)
Secondaire	80 (98,76%)	1 (1,23%)	81 (23,07%)
Primaire	13 (76,47%)	4 (23,52%)	17 (4,84%)
Non scolarisé	163 (96,44%)	6 (3,55%)	169 (48,14%)
Total	330	21	351

Khi 2 = 19,64

P = 0,00058

DDL = 3

Le test est statistiquement significatif

La qualité de la consultation est non satisfaisante chez les mamans dont le niveau d'instruction est supérieur.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1- Les contraintes de l'étude

Nous avons été confronté à l'insuffisance d'études précises qui ont traité notre sujet, ceci explique souvent l'absence d'éléments pour comparer et discuter les différents résultats.

2- Les caractéristiques sociodémographiques

2.1- Le malade

* **Le jour de consultation** : Le lundi prédomine avec 41,4 suivi du jeudi avec 34,1% et le Week-end avec 24,5%.

* **Age** : Les nourrissons représentent 71,6% COULIBALY S.M.; DOUMBIA M.N.; SY O.; MAIGA B. et SISSOKO S. ont trouvé des résultats similaires avec respectivement 81,8% [21] ; 82,7% [22] ; 69,9% [23] ;79,4% [24] ;85,8% [25]

* **Le Sexe** : Le sexe masculin prédomine avec 54,9% contre le sexe féminin avec 45,1% avec un sexe ratio de 1,21 en faveur des garçons.

MAIGA B. ; SY O. et SISSOKO S. dans le même service de pédiatrie trouvent des résultats similaires avec respectivement 55,2%, 57,2% et 64,4% en faveur des garçons : [24], [23], [25]

* **L'ethnie** : 31% des malades sont des Bambara, 21,1% des Sarakolé et 16,6% des malinké. MAIGA B. ; SY O. ; DOUMBIA M.N. et SISSOKO S. trouvent respectivement 31,3% [24],19,9% [23], 7,2% [22] Bambara, Sarakolé et Malinké [24] Bambara 29,2% [23].

DOUMBIA M.N. trouve respectivement 32%, 15,7%, 23% pour Bambara, Sarakolé et Malinké [22].

SY O. trouve respectivement 35,1%, 18,4% et 12,3% par les Bambara, Sarakolé et Malinké [23].

2.2- Les parents :

* **Agé** : 64,3% des mamans venues en consultation ont un âge compris entre 21 – 34 ans.

MAIGA B. ; et SY O. trouvent des résultats similaires

SY O. trouve 55,5% des mères avaient un age compris entre 20 – 29 ans.

* **Statut matrimonial** : 91,2% des mères étaient mariées MAIGA B. ; et SY O. trouvent des résultats similaires avec respectivement 94% et 96,6% [24] et [23] SISSOKO S. trouve 88,1% [25].

* **Profession et niveau d'instruction des parents** :

40,3% des pères de notre échantillon sont des commerçants MAIGA B., DOUMBIA M.N. ; SY O. ; et SISSOKO S. trouvent des résultats semblables [24], [22], [23], [25].

61,5% des mères de notre échantillon sont ménagères, MAIGA B. ; SY O., et SISSOKO S. trouvent respectivement 66,9% ; 86,3% ; 63,9%. [24], [23], [25].

24,5% des pères sont analphabètes, 38,1% des pères ont un niveau d'instruction secondaire, 36,9% des mères des malades sont analphabètes, MAIGA B. trouve 41,8% des pères sont analphabètes contre 53,7% des mères [24].

DOUMBIA M.N. trouve 39,7% des pères sont analphabètes contre 68,2% des mères [22].

3- Type de visite, motif de consultation :

87% des malades sont à leur 1^{ère} visite contre 13% qui sont à leur 2^{ème} visite.

La fièvre constitue le 1^{er} motif de consultation de notre échantillon avec 66,5%. La diarrhée représente 28,7%, la toux 25,1%, les vomissements 12,6%. MAIGA B. dans le même service de pédiatrie trouve pour la fièvre

64,8%, la diarrhée 21,7%, la toux 33,1%, les vomissements 18,1%. Ces résultats se rapprochent des nôtres [24] ; DOUMBIA M.N. trouve respectivement 53%, 18,3%, 38,6% pour la fièvre, la diarrhée, la toux [22]. MARIKO N. trouve 85,4% pour la fièvre, 23,5% pour la diarrhée et 18,6% pour les vomissements [26] ; SISSOKO S trouve 43,1% pour la fièvre [25]. Les autres symptômes sont douleur abdominale 11,0%, cris incessants 9,6%, refus de téter, ballonnement, céphalées, gêne respiratoire. Ces différentes Thèse, qui m'ont permis de faire mes comparaisons, ont été réalisées à des saisons différentes (SISSOKO S. déroulement de l'enquête : du 1^{er} mars 2004 au 28 février 2005 ; MAIGA COULIBALY N. période d'études : du 8 au 22 décembre 2003 ; MAIGA B. période d'études du 13 juin 2001 au 13 juin 2002.

4- Dimension technique :

96,1% des patients sont examinés sur une table de consultation contre 3,9% sur les genoux de la mère.

* 5,9% des patients sont examinés habillés,

* 94,1% déshabillés.

* 96,9% des patients ont bénéficié de la prise de température contre 3,1% chez qui la prise n'est pas pris.

* l'anamnèse a été écoutée dans 98,6% contre 1,4%.

5- Diagnostic retenu :

La rhino -bronchite constitue le 1^{er} diagnostic de notre échantillon avec 25,9% suivi du paludisme 24,2% et la gastro-entérite avec 23,5%.

MAIGA B. trouve respectivement pour la rhino -bronchite, le paludisme, la diarrhée : 35,5%, 26,8% et 8,7% [24]. SY O. trouve respectivement 66,4% ; 20,8% ; 13,2% pour le paludisme, les rhino bronchite et la diarrhée [23].

MARIKO N. trouve 48,9% pour le paludisme [26].

SISSOKO S. trouve pour les infections respiratoires 27,2% suivies du paludisme 20,6% [25].

6- Moyens thérapeutiques :

77,5% des patients de notre échantillon ont reçu un traitement antibiotique, 41,7% un antalgique et 34,4% un anti-paludique.

7- Accueil :

* 86,7% des personnes interrogées sont de sexe féminin et 20,9% de sexe masculin. COULIBALY M. trouve 10% de sexe masculin contre 90% de sexe féminin [27].

* 76,1% des malades sont accompagnés par leur mère, 9,9% par leur père et 7,3% par les 2 parents. Ces chiffres s'expliquent en grande partie par le rôle attribué aux mères dans notre société dans la prise en charge des enfants. Ce qui signifie que ce sont les mamans qui accompagnent souvent les enfants à l'hôpital.

* 90,7% des parents ont pris un ticket, 9,3% n'ont pas pris.

* Il y a un numéro de rang sur le ticket dans 81,7% des patients et pas de numéro dans 18,3% des cas.

* 87,9% des parents des malades ont suivi l'ordre d'arrivée dans la salle d'attente, 12,1% ne l'ont pas suivi, par contre MARIKO N. trouve que 69,7% ont suivi l'ordre. [26]

* Les malades sont pesés dans 94,6% des cas et ne le sont pas dans 5,4%.

* 22,3% des parents des malades n'ont pas respecté le rang par contre 77,7% ont respecté le rang. Le non respect du rang est dû au fait que ces parents ont une connaissance du personnel médical à la pédiatrie. Ce qui est responsable d'un accrochage entre les soignants et les parents des malades qui ont respecté le rang.

* 71,8% des parents des malades ont trouvé le délai d'attente court, 13,3%

l'ont trouvé long et 14,9% très long. MAIGA COULIBALY N. trouve respectivement des résultats similaires avec 72%,19% et 8% [1] ; MAIGA B. trouve respectivement 51,7%, 40,1% et 8,2% [24] , alors que SISSOKO S. trouve 66,7% le temps d'attente long ou très long [25].

Cette critique du temps d'attente à toute sa justification vu le nombre élevé de consultation journalier par rapport au nombre de personnel insuffisant.

* 80,6% des malades ont été examinés par un interne, 19,4% par un médecin dans notre échantillon pendant que MAIGA COULIBALY N. trouve 31,6% examinés par un médecin [1].

Plus de la majorité des consultations a été fait par les interns avec 85,6% le lundi, 71,9% le jeudi et 83,9% le week-end. La plus part des consultations est faite par les internes.

* 71,8% des parents des malades trouvent une bonne attitude du consultant, elle est mauvaise dans 2% des cas.

* 97,5% des parents ont été salués par l'examineur et 2,5% ne l'ont pas été.

* 18,9% de parents des malades n'ont pas reçu une chaise pour s'asseoir dans la salle de consultation et 81,1% des parents l'ont reçu.

Ceci peut s'expliquer par le nombre insuffisant de chaises dans chaque salle de consultation.

* 7,6% des parents des malades trouvent un mauvais accueil à l'admission, 92,4% des cas trouvent un bon accueil ; MAIGA COULIBALY N. trouve respectivement 33,7% et 66,3% [1]. SISSOKO S. trouve respectivement 12,5% et 54,2% [25], MARIKO N. trouve 64,6% de cas de bon accueil. [26]

Dans notre étude la qualité de l'accueil est plus bonne le lundi que le week-end et le jeudi. Elle est bonne avec 98,5% quand les médecins consultent ; et l'est moins bonne 91,2% avec les internes.

* 95,2% des personnes interrogées trouvent le temps suffisant consacré à l'examen de l'enfant et pour 4,8% le temps est insuffisant.

* le soignant se comporte envers le malade avec courtoisie dans 94,9% des cas, indifférent dans 4,2% cas, et arrogant dans 0,9%.

MAIGA COULIBALY N. trouve respectivement 80,0%, 10,0%, 9,0% [1].

* l'utilité des examens complémentaires n'est pas expliquée aux parents des malades dans 73,8% de cas, et expliquée dans 26,2%.

* les parents ont été informés sur le diagnostic dans 69% et non informés dans 31%. MARIKO N. trouve que 59,6% étaient informés sur le diagnostic de leur enfant, et 40,4% non informés. [26]

Le diagnostic et le traitement du malade n'ont pas été expliqués aux parents dont le niveau d'étude est supérieur, et ni aux non scolarisés.

Cela s'explique par le fait que la plupart des mamans des malades sont analphabètes et ne le demandent pas aux médecins, et l'affluence très importante des malades ne permet pas aux soignants de prendre tout leur temps pour pouvoir bien expliquer aux parents la maladie de leurs enfants. Il en est de même pour le traitement.

* 71,0% des parents ont été informés sur les modalités du traitement, et 29,0% ne l'ont pas été. MARIKO N. trouve respectivement 65,6%, et 34,4% [26]

* 94,1% des parents des malades ont été informés sur la durée du traitement.

* 6,2% des personnes interrogées ne sont pas satisfaites de la qualité de la consultation car auraient souhaités que ce soit le pédiatre qui consulte leur enfant, ou n'ont pas de connaissance en pédiatrie pour une meilleure prise en charge ; 93,8% des personnes interrogées sont satisfaites de la qualité de la consultation, SISSOKO S. trouve 74,7% [25].

* 21,6% ont trouvé l'attente longue à la consultation, 33,6% sont satisfaits de l'accueil qui leur a été réservé, 10,8% souhaitent que les parents des malades suivent le rang ; 6,7% souhaitent que les parents soient bien accueilli et respecté ; 4,4% souhaitent voir augmenter le personnel médical, souhaitent être bien diagnostiqué et bien traité ; 3,7% souhaitent un bon assainissement des lieux , 4% trouvent que c'est une urgence d'abord ; 3,2% trouvent arrogant les gardiens ; 2,3% constatent l'absence de personnel pour peser les malades ; 2,8% souhaitent voir construire un hôpital pour enfant ; 0,6% un IEC ; 0,6% l'identification du consultant ; 0,6% souhaitent la consultation du médecin et non de l'interne seul, et faire 2 rangs dans la salle d'attente. MAIGA COULIBALY N. trouve dans son enquête que 27,0% trouvent insalubre les locaux ; 3,2% souhaitent l'augmentation du personnel ; 23,4% souhaitent la formation du personnel médical. [1]

CONCLUSION

VII – CONCLUSION

Notre étude effectuée de décembre 2005 à juin 2006 dans le service pédiatre de l'HGT a montré que sur 354 parents ou accompagnants des enfants malades venus en consultation externe.

- La fièvre a été le premier motif de consultation avec 66,5%.
- Les infections respiratoires aiguës constituaient le premier diagnostic retenu avec 25,9%.
- 41,4% des patients étaient vue en consultation le lundi, 71,6% étaient des nourrissons et 54,9% étaient de sexe masculin.
- 22,3% des parents des malades n'ont pas respectés le rang.
- 28,1% des parents des malades ont trouvé un délai d'attente long ou très long.
- 96,1% des patients ont été examinés sur une table de consultation; 5,9% ont été examinés habillés.
- 31% des parents n'ont pas été informés sur le diagnostic.
- 77,5% des patients ont reçu un traitement antibiotique.
- L'accueil à l'admission était mauvais dans 7,6%.
- 33,6% des parents ont été satisfaits de l'accueil qui leur a été réservé.
- 71,8% des parents des malades ont trouvé une bonne attitude du consultant.
- 80,6% des malades ont été examinés par un interne.
- 93,8% des personnes interrogées étaient satisfaites de la qualité de la consultation.

RECOMMENDATIONS

VIII - RECOMMANDATIONS

1- Aux usagers :

Fréquenter les structures périphériques pour les pathologies considérées comme non urgentes afin de désengorger le service de pédiatrie.

Permettre aux usagers d'exprimer leurs opinions sur la manière dont ils sont accueillis.

Prévenir la maladie en adoptant certaines mesures d'hygiène et d'alimentation.

Eviter le retard de consultation après le début d'une quelconque maladie

2- Aux personnels socio-sanitaires :

Mettre un accent particulier sur la prévention des maladies en préconisant la vaccination, les IEC et promouvoir l'allaitement maternel.

Diminuer l'attente à la consultation externe en nommant un responsable afin de rendre le service plus fonctionnel.

La nécessité de faire un tri au niveau du guichet pour permettre à tout moment la preuve de la prise en charge rapide des urgences.

De prendre tout le temps nécessaire pour expliquer aux parents des malades le diagnostic et le traitement.

3- Aux autorités :

Créer un véritable service d'accueil

Faciliter l'accueil et l'orientation des malades dans les différents services.

Formation en qualité et en quantité du personnel.

Indiquer les horaires de service par une plaque lumineuse, et rénover l'affichage du service.

Doter le service d'information utile : une boîte à idées pour critiques ou suggestions.

Doter le service d'accueil de matériels informatiques.

La nécessité de la création d'un hôpital pour enfant.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

IX- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- Le Larousse, juin 1997

2- PETIT ROBERT, édition 1994

3- ABBE VICTORIEN G. : *Code de l'accueil à l'Hôpital, conférence de Québec du conseil des hôpitaux Catholique du Canada (CHCC)*, cahier N°12 Québec 1952.

4- Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur (CAMES), juin 1976, cité par M'BOL.

5- DIOUMESSY S. *L'influence de la quantité des services non médicaux sur la satisfaction des malades non - hospitalisé, cas de Donka Conakry.* Mémoire de fin d'étude DSGS, CESAG Mars 1996.

6- JOSEPH M'BOL. *Les problèmes d'accueils à l'hôpital.* Mémoire de fin d'étude CESS /CUSS.

7- MAÏGA COULIBALY N. : *Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil à l'HGT de Bamako(Mali) ; cas du service de pédiatrie.* CESAG juillet 2006.

8- OMS, Bureau Régionale pour l'Afrique, PCIME 1998

9- GOLBERT : *Planification Sanitaire et le concept de santé.*

10- GARGIN J. *L'accueil, mémoire de l'entreprise.* Edition France Presse 1991.

11- CHRISTINE D. *Comment améliorer l'accueil du patient.* Revue de l'infirmière. N° 44 Décembre 1998.

12- AMDEUS, Présentation détaillée. DCSSA/AAF, AMDEUS, Avril 1996.

13- POTOUGNIMA T. *Evaluation de la satisfaction des patients hospitalisés par rapport aux prestations non médicales dans un hôpital d'Afrique : cas du service des des maladies infectieuses du CHU de Fann à Dakar,* Mémoire de fin de cycle DSGS. CESAG. Mars 1998.

14- ALOU ABDOULAYE R. : *"Evaluation de l'accueil du malade hospitalisé et de la qualité des services non médicaux : le cas de l'hôpital National de Niamey"* mémoire de fin de cycle DSGS, CESAG mars 1996.

15- M'BOW SYLLA S., *L'organisation de l'accueil du patient dans un établissement public de santé de troisième niveau, le cas du CHU de Fann.*

16- *Relation entre la satisfaction des patients hospitalisés et la qualité des soins :* journal d'économie médicale 2003.

17- Ministère de l'Economie et des Finances, Direction Nationale de la Statistique de l'informatique. Recensement général de la population 1988. Résultat provisoire.

19- MSSPA, EDS III = cellule de planification et de statistique – Enquête démographique et de santé au Mali EDS III.

20- Document : organisation administrative de l'HGT

21- COULIBALY S.M, *Morbilité et mortalité dans le service de pédiatrie de l'HGT en 1999 et 2000.* Thèse med. N° 123.

22- DOUMBIA M.N, *Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant dans le service de consultation externe pédiatrie à l'hôpital Gabriel Touré.* Thèse med. Bamako 2001.

23- SY O., *Morbidité et mortalité dans le service de pédiatrie B du CHU Gabriel Touré.* Thèse med. Bamako 2003.

24- MAÏGA B., *Références à la pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré.* Thèse med. Bamako 2003.

25- SISSOKO S. *Motif de consultation dans le service de pédiatrie à l'HGT en 2006.* Thèse med. Bamako 2006

26- MARIKO N., *Prise en charge médicale des 6 pathologies les plus fréquemment rencontrées au service de pédiatrie, satisfaction des parents.* Thèse med. Bamako 2003.

27- COULIBALY M., *Les urgences pédiatriques de l'hôpital de Bamako.*

Thèse med. Bamako 1988.

ANNEXES

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : MAIGA
Prénoms : Aminata
Titre de la Thèse : Etude de la Satisfaction des Parents des Enfants vus à la Consultation Externe au Service de Pédiatrie à l'Hôpital Gabriel Touré.
Année Universitaire : 2006 - 2007
Ville de soutenance : Bamako
Pays d'origine : Mali
Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.
Secteur d'intérêt : Santé Publique, Pédiatrie.

Résumé :

Notre étude a été transversale et s'est déroulée de décembre 2005 à juillet 2006. Elle a porté sur 354 parents ou accompagnants des patients âgés de 0 à 15 ans vus en consultation externe.

L'objectif principal était d'étudier la satisfaction des parents ou accompagnants des enfants à la consultation externe du service de pédiatrie à l'HGT.

-IL ressort de notre étude que 41,4% des patients étaient vus en consultation le lundi, 71,6% étaient des nourrissons, et 54,9% étaient de sexe masculin.

-La fièvre a été le premier motif de consultation avec 66,5%

-Les infections respiratoires aiguës constituaient le 1^{er} diagnostic retenu avec 25,9%. -77,5% des patients ont reçu un traitement antibiotique.

-22,3% des parents des malades n'ont pas respecté le rang.

-28,1% des parents des malades ont trouvé un délai d'attente long ou très long.

-L'accueil à l'admission était mauvais dans 7,6%.

-93,8% des personnes interrogées étaient satisfaites de la qualité de la consultation. -31% des parents n'ont pas été informés sur le diagnostic.

-33,6% des parents ont été satisfaits de l'accueil qui leur a été réservé !

-71,8% des parents des malades ont trouvé une bonne attitude du consultant.

Mots clés : satisfaction, accueil, pédiatrie, Bamako.

RESUME

Done from december 2005 to june 2006 in the service of Peditry of the Hospital Gabriel Touré (HGT), this study has indicated that on 354 parents or companies

of sick children who came in external consultation :

- 41,4% of patients have come in consultation on Monday ;
- 71,6% were babies and 54,9% were male.
- fever has been the major reason of consultation with 66,5%
- 96,1% of patients have been examined on a table of consultation ;
- 5,9% have been examine wearing their dresses
- Complicated Lung problems constituted the first diagnosis retained with 25,9%
- 77,5% of patients have received an antibiotic treatment.
- 22,3% of parents of sick children have not respected the rank (the order)
- 28,1% of parents of sick children have found the time of waiting long or very long.
- reception to admission was bad in 7,6%.
- 93,8% of questioned people were satisfied of the quality of consultation.
- 31% of parents have not been informed about the diagnosis.
- 33,6% of parents have been satisfied of the reception.
- 80,6% of patients have been examined by an internal.
- 71,8% of parents of sick children have found a good attitude of the consultant.

Fiche d'Enquête

Identification du malade

Age

Sexe : Masculin

Féminin

Ethnie :

Peulh, Bambara, Sarakolé, Malinké, Sonrhai, Maure, Sénoufo, Bobo, Cherif, Kakolo

Adresse:

Commune I, Commune II, Commune III, Commune IV, Commune V, Commune VI et hors Bamako

Identification des parents ou accompagnants

Père Oncle

Mère Tante

Père Autres

Père

Profession

Fonctionnaire Commerçant

Cultivateur Autres

Niveau d'Instruction

Supérieur Secondaire

Primaire Analphabète

Age

Mère

Profession

Fonctionnaire Commerçant

Ménagère Autres

Niveau d'Instruction

Supérieur Secondaire

Primaire Analphabète

Statut matrimonial

Mariée Célibataire

Veuve Divorcée

Type de visite

1^{ère} visite 2^{ème} visite

L'examineur a écouté l'anamnèse

Oui

Non

Diagnostic retenu

Candidose

Paludisme

Parasitose intestinale

Otite

Varicelle

Inter trigo

Dermatose

Diarrhée – vomissement

Pharyngite

Déshydratation

Traitement reçu

Antibiotique

Anti diarrhéique

SRO

Antipaludique

Antipypetique

Antalgique

Mucolytique

Conseil diététique

Autres

Accueil : les parents ont – ils pris un ticket d'entrée ?

Oui

Non

Y avait-il un numéro de rang sur le ticket ?

Oui Non

L'ordre d'arrivée était-elle expliquée dans la salle d'attente ?

Oui Non

L'enfant a-t-il été pesé?

Oui Non

Le délai d'attente était :

Court
< 1H

Long
1 - 2H

Très long
> 3H

Avez-vous respectez le rang ?

Oui

Non

Par qui avez-vous été reçu à votre entrée en consultation?

Médecin

interne

Des parents ont été salués par l'examineur?

Oui

Non

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

Oui

Non

L'accueil à l'admission était comment ?

Bon

Mauvais

Le ou les motifs de consultation

Fièvre

Diarrhée

Toux

Douleur abdominale

Gène respiratoire

Cris incessants

Ballonnement abdominale

Refus de téter

Céphalée

L'examen de l'enfant a été fait sur

La table de consultation

les genoux de la mère

L'enfant a été examiné

Habillé

Déshabillé

L'examineur a pris la température

Oui

Non

Le temps consacré à l'enfant était :

Suffisant
≥ 15 mn

insuffisant
< 15 mn

Vous ont ils expliqué l'utilité des examens complémentaires ?

Oui

Non

Vous ont ils informé sur le diagnostic?

Oui

Non

Avez-vous été informé sur le type de traitement ?

Oui

Non

Avez-vous été informé sur la durée du traitement ?

Oui

Non

Etes vous satisfait de la qualité de la consultation et de la prise en charge de votre enfant ?

Oui

Non

Vos critiques et suggestions pour l'amélioration de l'accueil