



Article original

Analyse des indicateurs du processus de gestion d'un centre de premier niveau : Cas du CSCOM de Konobougou, Mali

Analysis of indicators of the management processus on the first level center in Konobougou, Mali

Dakouo F¹, Fomba S², Coulibaly M. B³

Résumé

But

Contribuer à l'amélioration de la qualité des soins en analysant des indicateurs de processus à travers une « recherche action ».

Patients et Méthodes: c'était une étude de recherche action, transversale et prospective qui avait permis l'évaluation de certains indicateurs clés en pré et post intervention dans le centre de santé communautaire et universitaire de Konobougou. C'était une étude de quatre mois allant du 1^{er} avril au 31 juillet 2016. Elle a concerné les membres de l'ASACO, le personnel de santé et les malades. Les données ont été saisies sur Word et analysées par Epi info 7 à travers les fiches d'enquêtes.

Résultats

Sur les quarante (40) personnes interviewées seulement 60% étaient globalement satisfaites avant l'intervention, contre 92% après. Pour les indicateurs sur la relation prestataires-client :

-Avant l'intervention les indicateurs les moins performants étaient : «satisfaction de l'accueil » 44%, « information sur la maladie » 19%, « permission de poser des questions » 0%.

-Après l'intervention tous ces indicateurs ont connu une évolution favorable: « satisfaction de l'accueil » 100%, « information sur la maladie » 67% « permission de poser des questions » 33%.

Conclusion

Cette étude nous a permis de contribuer à ébaucher des stratégies de changement de la pratique des soins et surtout des relations prestataire-client. Une étude multicentrique avec des échantillons plus importants permettrait de mieux apprécier les résultats à l'échelle nationale.

Mots clés: Qualité des soins, CSCOM Universitaire, Konobougou, Mali.

Abstract

Aim

Contribute to improving the quality of care by analyzing process indicators through an "action research".

Patients and Methods: It was about an action research study transversal and prospective who had enable an evaluation of some key indicators in pre- and post-intervention in the Konobougou University Health Center. Done in four months, from april the 1st to july the 31st 2016. The data have been typed and analyzed on Epi info7, from individual inquiry sheet submitted to the ASACO member, patient and to the heald personal.

Results

Of the forty (40) interviewees, only 60% were satisfied before the intervention, where as they represented 92% after the intervention. For

indicators about the health workers-client relationship:

- ✓ Before intervention the indicators levels were: "satisfaction about the reception" 44%, "information about the disease" 19%, "opportunity to ask questions" 0%.
- ✓ After the intervention, all these indicators showed a favorable evolution: "satisfaction of reception" 100%, "information on the disease" 67%, "opportunity to ask questions" 33%.

Conclusion

This study allowed us to contribute to the drafting of strategies to change the health care practices especially the relationship between provider and client. A multicenter study with larger samples would allow a better appreciation of the results at the national level.

Keywords: Health care Quality, University CHC, Konobougou,Mali

INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la qualité se définit comme suit : « Donner des services de qualité, c'est délivrer au patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assure le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel des connaissances de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat au moindre risque iatrogène et sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultat, de contacts humains à l'intérieur du système »[1].

Il ressort de plusieurs définitions que la qualité est multidimensionnelle et doit prendre en compte : l'accessibilité, la disponibilité ; la

qualité technique des prestations, les relations interpersonnelles la qualité de l'environnement du travail et enfin le coût et l'innocuité.

La délivrance ou l'offre de soins de qualité est une préoccupation bien aussi ancienne que la médecine elle-même. Les premiers praticiens Mésopotamiens, Egyptiens, Romains, Arabes, étaient déjà confrontés à des obligations de moyens et de résultats. En France, c'est la Haute autorité de santé (HAS) qui est chargée des procédures d'évaluation externe des structures et établissement de santé dénommée accréditation. La culture de la qualité s'est alors répandue dans le domaine de la santé en France[2].

L'amélioration continue de la qualité est le processus par lequel on augmente la qualité et on élève les normes. Ce processus passe par le biais de la résolution constante des problèmes, l'amélioration continue des indicateurs et la mise sur pied des équipes de qualité incluant le personnel et les bénéficiaires. Elle vise aussi à introduire des changements dans l'organisation en intégrant la dynamique de l'amélioration à tous les niveaux de la structure à travers la démarche qualité. Cette démarche n'est autre que le processus aboutissant en finalité à la qualité des soins voulue par l'OMS dans sa définition. L'implication de tous les acteurs dans cette démarche reste une des préoccupations de notre siècle. C'est pourquoi plusieurs travaux ont tenté d'ébaucher cette problématique de l'insertion de personne ou de groupe de personnes censés représenter les consommateurs afin que dans la pratique quotidienne des prestataires, les préoccupations de personnes profanes soient prises en compte et cela conforte cette assertion d'une étude : « *leur approche n'est pas séable par projet mais est transversale à tout et les questions qu'ils se posent concernent toutes les dimensions* »[3].

Toute cette problématique incluant les usagers a conduit à une conscientisation des pouvoirs politiques, publiques et promoteurs de structures de santé à instaurer en France deux lois visant à réglementer la participation de groupe d'usagers ou association d'usagers à prendre part à la gestion et aux questions de qualité dans les structures de soins (lois du 2 janvier 2002 et du 4 mars 2002)[4].

L'initiative de Bamako, grande réforme politique dans le cadre des soins de santé en Afrique subsaharienne a été un des tournants décisifs de la prise en compte de la question de la qualité des soins [2].

Cette réforme a fait suite à la déclaration d'Alma Ata (URRS) en 1978 sur les

questions de soins de santé primaire visant la couverture des populations les plus distantes et plus démunies en soins de santé à un coût abordable et socialement acceptable [5].

Au Mali, les premières applications de l'initiative de Bamako ont commencé dans les années 1990 avec une politique sectorielle de santé et de population basée sur la stratégie des soins de santé primaires. La construction de centres de santé communautaires, la réhabilitation de certains centres d'arrondissement ou de cercle, la mise en place des associations de santé communautaires ont été entre autres les réalisations majeures. Cette amélioration de la couverture géographique n'a pas été suivie par une augmentation significative de l'utilisation de ces services. Cette insuffisance liée le plus souvent à la qualité des services au niveau de ces structures du premier niveau s'expliquerait par certains facteurs comme :

- (i) l'insuffisance dans la gestion et le management de ses acteurs;
- (ii) l'insuffisance de la formation de base des agents (aspect technique)
- (iii) l'insuffisance de la prise en compte des aspects socio culturel et économique du milieu.

Depuis les années 2000, des efforts non négligeables ont été fournis dans le sens de l'amélioration de la qualité des services de santé à tous les niveaux avec l'élaboration de normes et procédures; la formation des acteurs, l'élaboration d'outils et de guides de supervision intégrée; la mise en œuvre d'activités de recherche action enfin la réalisation d'activités d'accréditations dans le cadre de la démarche qualité couronné par un système d'information plus performant [6.7].

La démarche qualité de façon globale est un processus nouveau au Mali, dans les structures de santé et plus précisément dans les Centres de santé communautaires. Les premières expériences ont été conduites par des organisations non gouvernementales (ONG) avec l'appui de l'état dans le cadre de l'accréditation des CSCom. Certaines études ont été réalisées dans le but de mesurer l'adhésion et la participation de la communauté à la gestion de ces centres de santé communautaires. C'est ainsi qu'en 2005 **COULIBALY L. et coll.** ont réalisé une étude sur l'état des lieux de la fréquentation des centres de santé communautaires de Banamba et Diola. Ces travaux ont montré que la sous fréquentation des centres de santé était liée à certains facteurs comme l'accessibilité géographique, l'ancienneté du chef de centre (prestataire principal) même s'il était moins qualifié, ainsi que le coût des soins surtout le prix moyen de l'ordonnance [8].

En 2007 Kanta k. et coll. dans une étude portant sur la perception de la qualité des soins par la population ont trouvé à Sèguè dans la région de Koulikoro que le centre était doté de moyens permettant d'offrir plus que le paquet minimum d'activité ainsi que la présence d'un personnel aussi dépassant celui de la majeure partie des centres du pays. Ainsi une évolution régulière positive de la fréquentation du centre depuis 2007 était constatée, cependant un déficit de communication existait entre les prestataires et les clients [9].

En 2010 FOMBA S. et coll. dans une étude sur la perception de la qualité des soins dans les centres de santé communautaires de la commune V du District de Bamako ont retrouvé que de façon globale le client était satisfait des soins offerts par le médecin, mais souhaitait des changements en fonction des situations. Par ailleurs les médecins desdits centres n'étaient pas du tout satisfaits de leur traitement et souhaitaient quitter au cas où une occasion meilleure se présentait [10].

L'avènement de la spécialité du diplôme d'étude spécialisée en médecin de famille et médecin communautaire a permis d'ériger certains CSCom dont celui de Konobougou en « CSCom Universitaire » avec un renforcement des capacités (infrastructures et équipements). Cette étude de recherche action

visait à améliorer la satisfaction des patients et les performances dudit CSCom en agissant sur les différentes composantes de son processus de gestion.

METHODOLOGIE

Notre travail s'est déroulé au Centre de Santé Communautaire Universitaire de Konobougou dans le Cercle de Barouéli, région de Ségou. De nos jours le CSCom de Konobougou connaît encore une autre appellation « CSCom universitaire », cela est dû au développement de son plateau technique et le renforcement des compétences du personnel qui y travaille avec l'appui du projet DECLIC. Ce projet qui se fixe comme objectif principal de promouvoir des soins de santé primaire de qualité, à travers un personnel qualifié bien formé et adapté aux besoins, des structures rénovées et un appui à la communauté.

Le personnel technique est composé d'un **(01)** médecin (chef de centre) deux **(02)** sages-femmes, **trois (03)** techniciens de santé et cinq **(05)** matrones et un **(01)** aide-soignant. Notre étude s'est déroulée du 1^{er} avril au 31 juillet 2016. Il s'agissait d'une étude interventionnelle avec une évaluation avant et après l'intervention de certains indicateurs. La première évaluation a eu lieu du 20 avril au 02 mai et a consisté à évaluer le niveau de base des indicateurs. A la suite de cette évaluation de base, tout le personnel sanitaire et le bureau du comité de gestion du CSCom a participé à l'élaboration d'un plan d'action avec des propositions venant d'eux-mêmes ainsi que les stratégies pour y parvenir. Notre rôle se limitait à celui de conseil et d'accompagnement. Un suivi régulier de la mise en œuvre des solutions a été fait et des séances de travail ont eu lieu à la fin de chaque mois pour présenter les obstacles et proposer des moyens de progression le cas échéant. Après deux mois de mise en œuvre dudit plan d'action, la deuxième phase a été réalisée du 13 au 27 juillet. Le questionnaire a été administré à 40 bénéficiaires en pré et post intervention repartis entre la consultation curative et la maternité (consultation prénatale et accouchement) choisis de façon aléatoire les jours d'affluence (dimanche) et d'autres jours de la semaine. Des questionnaires sur la motivation du personnel ont été aussi administrés à tout le personnel du centre. Des

grilles d'observation ont été remplies pendant l'activité des prestataires (médecin, infirmiers et sages-femmes). Les principaux paramètres étudiés étaient la qualité du management des ressources par le chef du centre (médecin); le degré de motivation du personnel; la satisfaction des clients; enfin la fréquentation du centre.

Nous avons sollicité et obtenu l'accord du comité de gestion et de l'équipe technique du CSCOM avant le démarrage de l'étude. Le questionnaire a été administré après un consentement et/ou un assentiment éclairé du client à participer à notre étude. L'accord était verbal et le refus de participer à l'étude n'avait aucun impact sur la qualité des soins offerts aux clients. Les principes de l'anonymat et de la confidentialité ont été respectés. L'Epi info 7 version 3.5.3 a permis l'analyse des données.

RESULTATS

Données sociodémographiques

Nous avons interviewé deux catégories de personnes :

- ❖ Les clients, au total quarante (40) pas tous malades mais venus tous pour des besoins à savoir : Vingt-neuf (29) femmes soit douze (12) pour des CPN, cinq (5) pour accouchement, huit (8) pour la consultation curative et quatre (4) ayant amené des enfants en consultation curative, (72%).
- ❖ Onze (11) hommes soit huit (8) venus pour une consultation curative et trois (3) ayant amené des enfants en consultation curative (28%).
- ❖ De façon globale les consultations curatives étaient le motif le plus fréquent de visite du centre de santé (58%), suivies des CPN (30%).
- ❖ Pour le personnel de santé nous avons interviewé tout le personnel technique hormis le chef du centre, au total quatorze agents (14).

Evolution des indicateurs avant et après l'intervention

Dans la répartition des personnes interviewées au cours des évaluations selon leur motif de

fréquentation du centre de santé le tableau I, montre de façon globale que les consultations curatives étaient le motif le plus fréquent de visite du centre de santé, suivies des CPN, aussi que nous avons vu plus de femmes que d'hommes.

Dans le tableau II dans l'évolution des indicateurs sur le contact prestataire-clients au cours de l'observation des prestataires en consultation curative ou prénatale (médecin/sage-femme) avant et après intervention. Nous avons retrouvé que Tous les paramètres insuffisants avant ont connu une nette amélioration après l'intervention. La progression la plus marquante a été enregistrée sur « l'occasion donnée au client de poser des questions » qui est passée de 0 à 83%. Le « renseignement du client sur les actes à poser », « l'orientation du client selon son besoin » sont tous passés de 33% à respectivement 92% et 83%.

Satisfaction globale des personnes interviewées

Sur les quarante (40) personnes interviewées seulement 60% était satisfait avant l'intervention, cela est monté à 92% après la mise en place des mesures correctrices. Il s'agit de la satisfaction globale après un séjour ou à la fin de toute prestation reçue (circuit complet du malade).

En ce qui concerne l'évolution des indicateurs sur la relation prestataires – client avant et après intervention chez les clients non satisfaits (seule les clients non satisfait ont été pris en compte pour ces indicateurs soit 16 avant et 3 après intervention)

- ❖ Avant l'intervention les indicateurs les moins performants étaient : « satisfaction de l'accueil » (44%), « information sur la maladie » (19%), « permission de poser des questions » (0%).

Après la mise en place des mesures correctrices (intervention) tous ces indicateurs ont connu une évolution favorable: « satisfaction de l'accueil » (44% à 100%), « information sur la maladie » (19% à 67%), « permission de poser des questions » (0% à 33%).

Evolution des indicateurs sur la motivation du personnel avant et après intervention

Sur la figure 1, nous voyons que plus de la moitié du personnel n'était pas motivé (64%) avant l'intervention, contre seulement 14% en post intervention (2/14 agents).

- ❖ Seulement deux (2) indicateurs ont été retrouvés insuffisants avant l'intervention : « existence de motivation financière pour le personnel » (7%) et « la félicitation »
- ❖ Ces deux(2) indicateurs ont connu des progressions : « existence de motivation financière pour le personnel » (7% à 93%) et « la félicitation d'un agent par le chef du centre en présence de tout le personnel » (14% à 21 %).

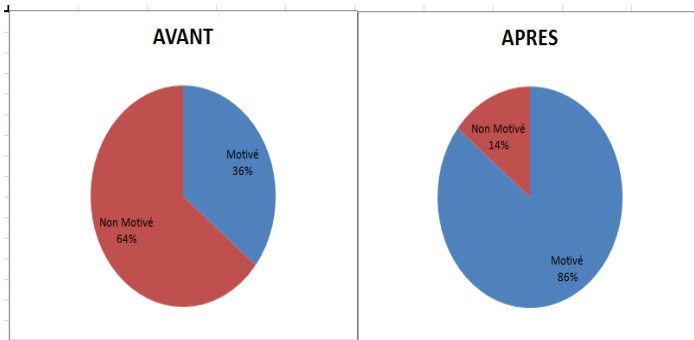


Figure 1 : Répartition du personnel selon le degré de motivation avant et après l'intervention. Plus de la moitié du personnel n'était pas motivé (64%) avant l'intervention, contre seulement 14% en post intervention (2/14 agents) Une nette évolution est constatée en 2016

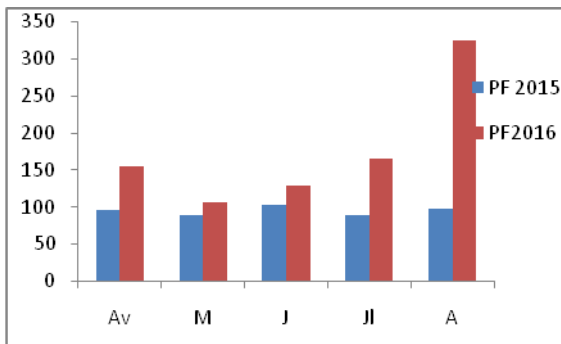


Figure 2 : Evolution de la planification familiale à la même période pour 2015 et 2016 (année de l'intervention).

Evolution de la fréquentation du centre

- ❖ La fréquentations globale au cours des deux années (2015 et 2016) après l'intervention (Mai à Août) nous avons constaté que la fréquentation (nombres de clients) du centre en 2016 est supérieure à celle de 2015 soit une différence de plus de 500 clients.

Tableau I : Répartition des usagers selon le motif de leur visite au centre de santé

Personnes interviewées	Avant		Après	
	EFF	%	EFF	%
Femmes en CPN	12	30	8	20
Femmes accouchées	5	12	4	10
Femmes en consultation curative	8	20	9	23
Hommes en consultation curative	8	20	7	17
Hommes amenant des enfants en consultation curative	3	8	6	15
Femmes amenant des enfants en consultation curative	4	10	6	15
Total	40	100	40	100

Tableau II : Evolution des indicateurs sur le contact prestataire-client au cours de l'observation des prestations en consultation curative ou prénatale (médecin/sage femme avant et après intervention

Variables	Avant		Après	
	EFF	%	EF	%
Orientation des clients selon leur besoins	4	33	10	83
Respect de l'ordre d'arrivée des clients	12	100	12	100
Donne des renseignements au client sur les actes à poser	4	33	11	92
Accueil et salutation des clients à la réception	10	83	12	100
Donne rendez-vous systématique	6	50	11	92
Donne l'occasion au client de poser des questions	0	0	11	83

DISCUSSIONS

Notre étude de recherche-action qui s'est déroulée sur quatre (4) mois (avril- juillet 2016) dans le but de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins au CSCom universitaire de Konobougou a concerné trois (3) grandes lignes d'indicateurs de processus et un (1) de résultat à savoir :

- **Le management des ressources humaines**
- **Les relations prestataires-clients**
- **La motivation du personnel soignant**
- **La fréquentation du CSCom.**

Les deux évaluations réalisées à trois mois d'intervalle ont permis pour la première d'identifier des insuffisances et la deuxième de vérifier l'action positive/négative des changements apportés, mais aussi d'identifier d'autres préoccupations toujours dans l'esprit de faire encore plus comme décrit dans le principe de la roue de Deming (PCDA).

Pour permettre un aperçu plus approfondi nous avons choisi de mener une comparaison par grande ligne sur les deux évaluations

❖ Le management des ressources humaines

Notre première évaluation avait déjà relevé des points forts hormis l'absence d'organigramme (structurel et fonctionnel), le manque de supervision des relais et agents de santé communautaires, l'absence d'un tableau de bord et une insuffisance dans la tenue du cahier de réunion. Après une mise en œuvre du plan d'action toutes ces insuffisances ont été corrigées excepté la supervision des relais et agents de santé communautaires qui n'a pas été réalisé faute de planning bien élaboré et de disponibilité des ressources.

❖ Les relations prestataires-clients

Avant l'intervention, seulement 60% des clients (24/40) étaient satisfaits de façon globale du service, après une mise en œuvre du plan d'action la majeure partie était totalement satisfaite (93%). Ce résultat est supérieur à celui de KANTA K. en 2007 [9] à Sèguè qui a retrouvé 75% et celui de FOMBA S. et collaborateurs [11] dans une étude comparative des systèmes de santé communautaire du Mali et de la Chine en 2011 (76,4%); mais semblable à celui retrouvé par FOMBA S. et collaborateurs [10] en commune V du district de Bamako (94,6%). Les préoccupations des seize (16) clients non satisfaits à la première évaluation étaient entre autres : la qualité de l'accueil (44%); l'obtention d'information sur leur maladie (19%) et le respect de leur intimité surtout dans la salle d'accouchement et dans la salle de CPN (25%).

A la deuxième évaluation ces insuffisances ont été en majeure partie corrigées au regard du score obtenu (respectivement 100%, 67% et 100%) chez le même type de client, à savoir non satisfaits. Ces résultats sont semblables à ceux de KANTA K. [9] qui a retrouvé que 100% des clients estimaient que les agents de santé étaient attentifs lors des consultations. Notre résultat est supérieur à celui de COULIBALY L. en 2005 à Dioila et Banamba [8] qui avait retrouvé que 79,2% des clients trouvait l'accueil satisfaisant, le notre est aussi supérieur à celui de FOMBA S. et collen 2011 qui a retrouvé que 65,9% des patients était satisfait des informations reçues sur leur maladie [11].

Nos résultats sont aussi semblables à ceux retrouvés dans une étude réalisée par BRANGER et coll chez des femmes lors de leur suivi de grossesse et l'accouchement qui a retrouvé que : À l'accouchement, l'accueil avait été bien perçu avec 94,7 % de satisfaites, comme l'attention portée aux patientes avec 93,5 % de satisfaites [12].

L'observation des prestataires au cours de leur activité de consultation (Consultation curative, CPN, vente de ticket) nous avait permis de constater des insuffisances dont la correction contribuerait à l'amélioration de la qualité de cette activité. Il s'agit de :

- **l'occasion pour le client de poser des questions au prestataire (0%) ;**
- **l'orientation du client selon son besoin de service (33%) ;**
- **le renseignement du client sur les actes à poser (33%).**

Ces indicateurs ont aussi connu un changement considérable lors de notre deuxième évaluation (respectivement 83%, 83% et 92%) cela s'expliquerait par le changement de comportement effectué par les prestataires

suite aux séances de formation sur la communication interpersonnelle et l'entrevue avec le malade qui sont des modules qui ont traité cette question et ont montré des bénéfices avérés. KANTA K. [9] avait trouvé aussi que seulement 62% des clients avaient pu poser des questions lors de leur consultation. Ces résultats sont semblables à ceux trouvés par FOMBA S et collen 2013 dans une étude qui avait retrouvé que 91,9% des patients affirment qu'ils ont été écoutés lors de la consultation [13].

Des mesures ont été prises pour répondre à certaines des préoccupations des clients comme l'installation d'un poste téléviseur dans la salle d'attente de la consultation curative du médecin et la mise à disposition d'un chariot pour le transport des patients invalides. Ceux-ci ont permis d'améliorer le score d'indicateurs comme :

- le temps d'attente : Sept (7) des 16 non satisfaits le trouvait long avant l'intervention, alors qu'à la deuxième évaluation aucun des trois (3) non

satisfaits ne le trouvait long. COULIBALY L. [8] avait trouvé que seulement 46,8% trouvait le temps d'attente long et dans l'étude de KANTA K. [9], 90,6% trouvaient le temps d'attente acceptable.

- la satisfaction globale : seulement trois (3) clients n'étaient pas satisfaits donc la majorité des clients étaient satisfaits (92%). Ce résultat est supérieur à celui trouvé par FOMBA S. et coll en 2011 dans l'étude comparative des systèmes de santé communautaire du Mali et de la Chine avec 80,5% des patients qui étaient satisfaits de la qualité des soins reçus [11].

Certaines doléances formulées à la première évaluation sont revenues encore à la deuxième (mise en place d'un système d'eau de boisson pour les malades). Cela s'explique par le fait que la solution proposée nécessitait un effort financier important (achat de fontaine et utilisation de bol à usage unique), cependant il reste une priorité pour le centre.

❖ **Motivation du personnel**

Le manque de motivation financière ou sous d'autres formes, l'absence de félicitation du personnel de façon solennelle par le chef sont les insuffisances retrouvées lors de la première évaluation (respectivement 7% et 14%) à cela s'ajoute le sentiment de certains travailleurs de ne pas être en sécurité sur leur lieu de travail (71%).

Après des échanges sur les deux premiers points et des éclaircissements sur la question de la motivation financière, la deuxième évaluation a retrouvé 93% et pour la félicitation du personnel par le chef l'évolution n'est pas significative (21%) car cet indicateur n'a pas bénéficié de plan de résolution.

En somme, la motivation globale du personnel au début qui était de 36 % résultat similaire à celui trouvé par FOMBA S. et collaborateurs [10](30,80%) s'est améliorée en passant à 86%. Aussi il est à noter que plusieurs points soulevés par le personnel nécessitaient des efforts financiers qui n'étaient pas à la portée immédiate de l'ASACO. C'est dans cette

optique que les points comme la dotation en blouse et tenue des gardiens sont en cours de réalisation car ont été validés comme points prioritaires. Mais avant tout le personnel a été doté en badge permettant de les identifier.

Les observations comme l'insuffisance du matériel d'accouchement; le manque de matériels à la maternité; l'absence de passation de service à la maternité et l'absence d'horloge dans la salle d'accouchement ont été résolues au moyens de :

- réaménagement dans le fonctionnement de la maternité à travers la régularité dans la garde des agents, le respect de leur jour de garde et la préparation préalable de tout le matériel nécessaire,
- mise en place d'outils de gestion supplémentaire (cahier de passation de matériel après chaque garde avec inventaire dudit matériel) suivi chaque semaine par la sage-femme maitresse;
- mise en place de l'horloge qui était déjà disponible.

❖ La fréquentation du CSCom

La fréquentation des CSCom a toujours été une des préoccupations des prestataires des responsables du centre (ASAGO) et de tous les acteurs qui participent à sa gestion. Dans notre travail au vue de multiples facteurs qui pouvaient influencer notre jugement de cet indicateur nous avons opté de faire une comparaison avec les données de la même période de l'année précédant l'intervention (2015) dans les différentes prestations (CC, CPN, Accouchement, PF) et de façon globale. Une nette augmentation des consultations curatives a été constatée avec une élévation de façon progressive après intervention (avril : 534, août : 924).

Les consultations prénatales (CPN) n'ont pas connue cette nette évolution, cela pourrait s'expliquer par le retard dans la mise en œuvre de certains points comme : le rideau dans la salle de CPN, le paravent dans la salle d'accouchement et l'absence de la deuxième sage-femme pendant les deux derniers mois (juillet et août). Il en est de même pour les accouchements assistés qui n'ont pas aussi connu une très

grande amélioration ni en fonction de l'an passé ni en fonction du temps.

De façon globale la fréquentation a augmenté de 19% par rapport à l'an passé sur la période de mai à août 2016 soit plus de 500 (soit 4299 contre 3615) seulement pour les indicateurs choisis ici (CC, CPN, Accouch, PF). Cela a été possible grâce à la planification familiale (+ 340) et la consultation curative (+320).

Limites de l'étude

Notre étude présente des limites concernant la taille de l'échantillon, la durée de la période d'intervention ainsi que le lieu d'interview des patients (au centre de santé) qui pourrait influencer leur réponse.

Conclusion

C'est une activité de recherche qui nous a permis de proposer des solutions SMART à plusieurs de nos insuffisances relevées malgré le taux de réalisation faible dans certains items comme la motivation du personnel. Ces résultats démontrent que lorsque des efforts sont fournis à la lumière de recommandations ou d'observations faites par les différents acteurs, le centre de santé gagne en prestance et en viabilité. C'est pourquoi la démarche qualité des soins de façon générale doit être une préoccupation des autorités de tout pays aspirant à des conditions de vie meilleure de sa population. La disponibilité du service et des acteurs compétents, la mise en place de structures adéquates, la formation du personnel aux techniques de contact et la motivation du personnel sont des gages pour réussir cette activité.

Références

- [1]. Organisation mondiale de la santé (OMS), constitution, documents fondamentaux, supplément 2006, p:1
- [2]. HAS. L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé. Saint Denis. La plaine HAS 2005.
- [3]. Ghadi V, Naiditch M, comment construire la légitimité de la participation des usagers à des problématiques de santé, 2006, 18 (2) 200p
- [4]. Pomey M P, Ghadi V, la participation des usagers au fonctionnement des établissements de santé : une dynamique encore à construire, 2009, 8 (2), p : 55,56
- [5]. World Health Organization (WHO) and The United Nations Children'sFund. Primaryhealth care. Alma-Ata, USSR, WHO: Geneva; 19

- [6]. Direction nationale de la santé Problématique de la gestion communautaire des structures de santé au niveau opérationnel (CSCOM, CSREF) dans le contexte de la décentralisation rapport de recherche. Bamako – Mali, 2002, 72p
- [7]. Module de mise en œuvre de l'approche accréditation des centres de santé communautaires (CSCOM) Bamako, Mali 2010, Projet Kénèya CIWARA (USAID)
- [8]. L. Coulibaly, Etude sur la sous fréquentation des CSCOM dans la région de Koulikoro (Mali), 2005, p :89, 92
- [9]. K. Kanta, Utilisation des services de santé et perception de la qualité des soins par la population de l'aire de santé de Sèguè, 2007, p :76,81
- [10]. Fomba S, Yang Y, Zhou H, Liu Q, Xia M : Patient's and Perception of the quality of curative care in community health center of the fifth commune of Bamako, *Indian Journal of Community Medicine* 2010, 35 (2), p :258,259
- [11]. Fomba S, Xiao M, Yang Y, Zhou H, Liu Q, Yu L, Comparative study of the primary health care systems in China and Mali, *S. Afr Fam Pract* 2011, 53 (3), 277
- [12]. B. BRANGER et coll, Satisfaction de 424 usagers pendant la grossesse et à l'accouchement dans le Réseau de santé en périnatalité « Sécurité Naissance » des Pays-de-la-Loire, 2014, p : 362
- [13]. Fomba S, Sangho H, Coulibaly C, Mode de gestion des centres de santé communautaires et état de satisfaction des utilisateurs après 21 ans d'expérience, *MALI MEDICAL* 2013, 28(1) 14,15

***Correspondance**

Florent Dakouo

(mazawa_sobe@keneva.net)

1. Centre de santé de référence de Bankass (Mopti-Mali)
2. Programme National de Lutte contre le Paludisme (Bamako-Mali)
3. Centre de Santé communautaire et Universitaire de Konobougou (Ségou-Mali)

© Journal of african clinical cases and reviews 2019

Conflits d'intérêts : Aucun