

Programme de formation en management et gestion des services de santé en Haïti

(DESS-MGSS)

Travail de fin programme

LES STRATÉGIES POUR UNE MEILLEURE UTILISATION DES SERVICES DU CENTRE DE SANTÉ DE LA CROIX DES MISSIONS

Présenté par :

Rose Michelle ALEXANDRE
Jean Géo DUBE
Marie Myrielle JEANTY
Roussel TOUSSAINT
Adélaïde TULCE

Août 2004
Promotion 2003-2004

RESUME ET MOTS CLES

Notre étude est sollicitée par le directeur a.i. du centre de santé de la Croix des Missions (CSCM) dans le cadre de notre travail de synthèse. Elle traite d'un sujet qui préoccupe le responsable du centre à savoir l'utilisation des services de santé du centre et l'objectif de ce travail est de proposer des stratégies en vue de l'améliorer. Pour cela, un cadre d'analyse inspiré de Isaline Greindl qui postule : **l'utilisation** dépend de **la qualité des soins**, de **l'accessibilité** et de la **perception des besoins**.

Les thèmes précités orientent toute notre étude depuis la préparation des questionnaires des enquêtes, des entrevues et du focus group jusqu'à l'analyse des données dans la perspective de :

- Justifier le problème d'utilisation au CSCM
- Faire le lien entre l'utilisation et les variables dont elle dépend

Au terme de notre analyse nous avons établi une relation de cause à effet entre l'utilisation et la qualité des soins, entre l'utilisation et l'accessibilité et entre l'utilisation et la perception des besoins. Par ailleurs, l'analyse nous a révélé que l'utilisation des services au niveau du centre est fortement influencée par la qualité perçue des services et l'accessibilité temporelle. Ainsi, les facteurs qui prédisposent à cet effet sont l'irrégularité du personnel, les ruptures de stock et le cloisement des postes.

Voilà pourquoi nos stratégies que nous estimons être réalistes, visent à apporter des correctifs à ces facteurs. Il reste maintenant aux instances du centre de valider et d'implémenter les recommandations de cette étude.

Mots clés : utilisation de services, qualité des soins, accessibilité temporelle, perception des besoins

REMERCIEMENTS

Les membres de l'équipe de l'étude tiennent à exprimer leur gratitude à l'endroit de toutes les personnes qui leur ont permis de mener à bien ce travail.

Mme Arnelle Thélusma, la directrice du DESS/MGSS, Mme Rosemonde Sauld et Mr Ligent Desma, les autres membres de la direction.

Il est important de souligner la contribution exceptionnelle du Docteur Mario Laroche. Sans son appui inconditionnel à notre travail, il n'aurait pas été possible de le mener à terme.

Nous n'oublions pas nos professeurs canadiens et haïtiens, particulièrement M. François Champagne et M. Lucien Albert, qui ont contribué largement à notre formation.

Quant au personnel du centre de santé de la Croix des Missions, le directeur a.i., Docteur Hans Thomas Muller, l'infirmière chef, Miss Jean, le comptable, M. Paisible, l'archiviste, M. Saint Cyr, un vif remerciement leur est adressé pour leur accueil, leur disponibilité et leur parfaite collaboration pour la réussite de ce travail.

Nos remerciements vont aux membres de nos familles qui nous ont soutenus et encouragés tout au long de cette année de formation.

LISTE DES ABBREVIATIONS

ASO :	Anti streptolysine O
CSCM :	Centre de santé de la Croix des Missions
G/S :	Groupe sanguin
HCR :	Hôpital Communautaire de référence
Hg :	Hémogramme
IEC :	Information Education Communication
MSPP :	Ministère de la Santé Publique et de la Population
PMS :	Paquet Minimum de Services
SSPE :	Service de Santé de Premier Echelon
V/S :	vitesse de sédimentation

TABLE DES MATIERES

Page

RÉSUMÉ ET MOTS CLÉ

REMERCIEMENTS

LISTE DES ABRÉVIATIONS

I.	INTRODUCTION	7
	1.1 contexte de l'étude	
	1.2 brève présentation du centre	
	1.3 les caractéristiques générales de la croix des missions	
	1.4 objectifs de l'étude	
II.	CADRE CONCEPTUEL – CADRE D'ANALYSE	9
	1. revue de la littérature	
	2. cadre d'analyse	
III.	MÉTHODOLOGIE	15
	3.1 l'approche	
	3.2 sources de données	
	3.3 choix et la description de l'échantillon	
	3.3.1 l'échantillon de l'enquête quantitative	
	3.3.2 l'échantillon de l'enquête qualitative	
	3.4 les instruments de collecte	
	3.5 les activités de collecte	
	3.5.1 questionnaire d'enquête personnel	
	3.5.2 questionnaire d'enquête utilisation/non utilisation	
	3.5.3 les entrevues	
	3.5.4 des observations	
	3.5.5 des consultations	
	3.5.6 un focus group	
	3.6 la saisie des données	
	3.7 l'analyse des données	
IV.	PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNÉES	18
	4.1 Présentation des données 18	
	4.1.1 enquête auprès du personnel	
	4.1.2 entrevues	
	4.1.3 observations directes	
	4.1.4 informations dans les dossiers	
	4.1.5 enquête utilisateurs/non utilisateurs	
	4.1.6 focus group	
	4.2 Analyse des données..... 20	
	4.2.1 Documentation du problème	
	4.2.2 lien entre la qualité des soins et l'utilisation des services	
	4.2.3 lien entre l'accessibilité et l'utilisation des services	
	4.2.4 lien entre la perception et l'utilisation des services	
V.	DISCUSSION	22
VI.	RECOMMANDATIONS	23
VII.	ETUDE DE FAISABILITÉ	26
VIII.	PRÉALABLES	27
IX.	SUIVI ET EVALUATION	27
X.	CONCLUSION ET LIMITES DE L'ÉTUDE	27
	RÉFÉRENCE ET BIBLIOGRAPHIE	29
	ANNEXES	31

I. INTRODUCTION

CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Le concept de l'utilisation des services se trouve au cœur de tout système de santé et représente souvent le souci primaire des administrateurs et directeurs techniques des centres de santé. Aussi le directeur a.i. du centre de santé de la Croix des Missions perçoit un problème de sous utilisation de services de son centre par le fait qu'il y a une baisse de fréquentation. Pour pallier à ce problème, il a mandaté notre groupe, dans le cadre d'un travail de synthèse et d'intégration des concepts vus au cours des différents modules pour l'obtention d'un DESS-MGSS, de proposer des stratégies pour une meilleure utilisation des services du centre.

1.2 Brève présentation du centre

Ce centre est une institution sanitaire publique dépendant directement de la direction communale de Delmas. Inauguré le 17 Décembre 1996, il est situé en face de l'église paroissiale de la Croix des Missions, à l'entrée Nord de la capitale, sur la route nationale #1. Il est logé dans un bâtiment en O dont l'entrée principale est à l'Est. Le bâtiment est propre et bien aéré. Le centre est dirigé par un staff de trois membres : le Directeur Médical, assisté d'un administrateur et de l'Infirmière Chef. Le reste du personnel est composé de 9 médecins (3 obstétriciens gynécologues, un généraliste, 3 chirurgiens-dentistes, un pneumologue et un dermatologue) ; 14 infirmières/auxiliaires ; un pharmacien ; 4 techniciens de laboratoire et 14 membres du personnel de soutien et administratif. Ajoutés à ces employés du MSPP, 8 contractuels dont un archiviste, un régisseur de pharmacie et six personnels de soutien sont payés directement par le centre.

Comme dans toutes les autres institutions sanitaires publiques du pays, la mission du centre de santé n'est pas clairement définie. C'est un centre de santé sans lits, offrant les services suivants : OB-GYN, Médecine générale et dermatologie, Pédiatrie, Odontologie, Urgences, Prise en charge des tuberculeux, Vaccination et planning familial, Examens de laboratoire (Hg, Gravindex, frottis vaginales + gouttes pendantes, urines, selles, ASO, Widal, Sikling test, V-S, G-S) et Pharmacie.

1.3 Les caractéristiques générales de la Croix des Missions

Ce centre est situé à la Croix des Missions, un quartier de la commune de Delmas qui compte entre autre 4 sections communales. Ce quartier se situe au niveau de la plaine du Cul-De-Sac qui est surplombée de montagnes déboisées. Située dans l'aire métropolitaine, elle est bordée au Nord par la rivière Grise qui la sépare de la Croix des Bouquets, au Sud par Cazeau, à l'Est par Clercine. Une moyenne des chiffres officiels du centre et ceux de la direction communale nous a permis d'estimer la population de la Croix des Missions à 75.000 habitants. La structure d'âge dans la communauté ne devrait pas être différente de celle de la population générale, à savoir une population jeune. En effet, selon EMMUS II et III, les moins de quinze ans représentent 40% de la population générale, l'indice synthétique de fécondité est 4.8 et l'espérance de vie à la naissance est de 58.4ans.

Comme dans toutes les villes du pays, l'environnement est précaire et prédispose la population à des problèmes majeurs de santé tels : les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, le paludisme et les infections en général. Moins que la moitié de la population a accès à l'eau potable. L'absence d'instance étatique assurant la collecte et le ramassage des résidus solides et l'absence de système d'évacuation des excréta et des eaux pluviales favorisent la dégradation physique de l'environnement de la zone et la pullulation des bactéries. Cette situation de fait s'avère très dangereuse pour la santé de la population, et pourrait entraîner de graves inondations dans les saisons pluvieuses et cycloniques. Dans cette localité, on a une circulation très dense de véhicules presque à toutes les heures du jour, associée à la présence de certaines usines qui polluent l'air ambiant que respirent les gens de la communauté. La vie socio-économique est similaire à celle de la population générale : un seuil de pauvreté bas, un taux d'analphabétisme élevé, un faible revenu per capita et le secteur informel privilégié par la plupart des gens de la population (MSPP/OPS-OMS, 1999). Pour le profil épidémiologique, tous les indicateurs sont en rouge. Par exemple le taux de mortalité maternelle est à 523 pour 100.000, la mortalité infantile à 80 pour 1000 et la mortalité par tuberculose à 180 pour 100.000, il y a également une faible couverture vaccinale. (EMMUS III).

A noter, d'autres institutions sanitaires caritatives et, des cliniques privées sont localisées dans la zone. A Cité Soleil, à Varreux et à la Capitale on retrouve CHOSCAL, Maternité Isaie Jeanty et l'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haiti qui reçoivent des patients de la Croix des Missions.

1.4 Objectifs de l'étude

En examinant les contextes socio-économique et environnemental et le profil sanitaire de la zone de la Croix des Missions, on est tenté de penser qu'un centre de santé placé au cœur de cette dernière serait utilisé de façon optimale. Mais le mandat que nous a octroyé le directeur a.i. du centre nous laisse croire le contraire. Ainsi, les objectifs de cette étude consistent à :

1. Documenter le problème de sous utilisation
2. L'expliquer et en trouver les causes
3. Proposer des stratégies d'intervention correctives

II CADRE CONCEPTUEL – CADRE D'ANALYSE

1. Revue de la littérature

Dans la littérature scientifique médicale, le concept de l'utilisation des services de santé est étudié par plusieurs auteurs. Certaines études ont été réalisées sur l'interaction entre le comportement de l'individu et le comportement du professionnel de la santé, quant à l'utilisation des services de santé. En effet, Pineault (1994) relate qu'il peut y avoir deux variables d'utilisation de service : 1. l'une commandée par l'individu en réponse à une morbidité ressentie ou en réponse à une morbidité anticipée et 2. l'autre en grande partie contrôlée par le médecin en réponse à une morbidité diagnostiquée ou en réponse à une morbidité anticipée par le médecin. L'intérêt de cette typologie est de pouvoir relier spécifiquement un comportement d'utilisation à un facteur déterminant.

« Le phénomène d'utilisation, mesuré par la première visite ou le nombre d'épisodes, renvoie donc aux caractéristiques des individus eux-mêmes. Toutes les visites subséquentes et la prescription d'examen diagnostiqués et de médicaments sont des comportements du professionnel de la santé. ..Il existe une interaction entre les caractéristiques du professionnel et celles de l'individu, et cette interaction peut influencer tant les comportements des individus et ceux des professionnels de la santé » « L'individu demande et utilise des soins de santé, le médecin prescrit des services. En d'autres termes, les soins représentent un ensemble de service prescrit par le médecin et, ces services, l'individu accepte ou non de les utiliser. » (Pineault. R., 1994).

Pour Andersen et Newman, la propension à utiliser les services de santé, qui est essentiellement les attitudes, les croyances vis-à-vis des soins médicaux et les comportements des individus malades qui les poussent à éviter ou à se préparer à une visite médicale, est l'ensemble des facteurs prédisposants, d'habileté et de besoins et non la résultante de ces facteurs là. L'intérêt de résumer ainsi ces comportements sous un seul vocable est d'insister sur ce qui unit et fait évoluer ensemble les aspects de ces comportements qui se rapportent à l'utilisation (Béland, F.,1994). En d'autres termes, il explique que « le concept de propension à utiliser les services de santé ne vise qu'à coiffer, dans le complexe de comportement de maladies, ceux qui se rapportent à la démarche d'utilisation et à l'utilisation elle-même, sans imposer d'étapes à suivre pour arriver à la visite médicale. »

Dans une recherche effectuée sur l'utilisation des services de santé les auteurs Hoerger et Howard mettent l'emphase sur le choix de l'individu à un service de santé particulier. Ce choix s'explique par l'origine des sources d'informations, les caractéristiques ou attributs que les consommateurs prêtent aux services, la qualité perçue d'un service de santé. Selon Hoerger et Howard,

« les sources d'information externes ou personnelles, c'est-à-dire famille, amis, voisins, professionnels de la santé, tout en influençant grandement le processus décisionnel, revêtiraient toutefois une importance secondaire comparées aux sources internes d'information, soit l'expérience personnelle ou ce que l'on appelle autrement l'utilisation passée des services de santé. » (Hoerger et Howard, 1995),

(Gabel, Lucas et Westbury, 1993) partagent cette réflexion de Hoerger en disant que **« l'expérience personnelle passée avec le système de soins »** et plus particulièrement la satisfaction ressentie à l'égard du service antérieurement employée seraient par conséquent des déterminants importants du choix d'un service de santé.»

Pour d'autres chercheurs tels que Gabel, Lucas et Westbury, **la disponibilité et la proximité** seraient des caractéristiques déterminant le choix initial d'un service alors que les attributs influenceraient plutôt la fidélité à un service donné. (Bopp, Babakus et al., 1991 ; Donabedian, 1973) relatent ceci :

« Bien que la qualité des médecins et des services reçus soit l'un des attributs relevés dans la littérature, il semble que les patients aient de la difficulté à juger de la qualité strictement technique des actes effectués. Ils baseraient plutôt leur jugement sur la qualité perçue des professionnels rencontrés lors de la

consultation en fonction des trois dimensions suivantes : perception de l'attention qu'on leur a accordée, perception du professionnalisme et de la compétence des intervenants.»

Ainsi, Parasuraman et al., (1993) définissent la qualité perçue comme « l'écart, et la direction de cet écart, entre les perceptions du consommateurs et ses attentes ». **La qualité perçue d'un service de santé** serait l'un des déterminants les plus importants de la satisfaction qui influence grandement le choix d'un service par rapport à un autre. Il cite également Avedis Donabedian qui pense que :

« La qualité technique des soins consiste à appliquer des sciences et technologie médicale de manière à arriver au maximum de bénéfices pour la santé sans augmenter pour autant les risques. Le niveau de qualité est par conséquent la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable de risque et de bénéfice.»

Pour Deming la qualité se résume par les mots suivants : « Bien faire ce qu'il faut à l'instant même. » (Brown, L.D.P., Franco, L.M. et coll.,)

Pour Isaline Greindl l'utilisation étant fonction de trois facteurs : *Qualité des soins, perception des besoins et accessibilité (Référence 10, pp 29).*

Si la qualité et la perception des besoins ont été déjà vues par certains auteurs, l'accessibilité, quant à elle est un facteur intervenant entre la capacité potentielle de produire des services et de satisfaire des besoins et l'utilisation effective des services produits, il y a deux facteurs souvent indissociables qui sont l'accessibilité liée aux ressources et celle liée aux utilisateurs de service. Aday et Anderson (tel que cité par Pineault. R., 1994) étendent ce concept aux bénéficiaires. Ils voient, dans le concept d'accessibilité, comme pour les caractéristiques socio-démographiques, personnelles, familiales, ainsi que celles du besoin, une des variables explicatives de l'utilisation des services par la population cible. Une ressource existante peut être inaccessible à une proportion de la population soit qu'elle n'est trop éloignée, (accessibilité géographique), soit que les barrières socio-économiques et organisationnelles empêchent le client d'accéder aux services, (accessibilité socioculturelle)

A cote de l'accessibilité Donabedian considère, **la productivité, à l'efficacité potentielle, à la justesse d'emploi des ressources comme des facteurs intervenants** .

La productivité se réfère à la capacité des ressources à produire ou non les services requis. Elle indique aussi la notion de substitution en ce sens qu'un type de ressource est substitué par une ressource d'une autre catégorie, ordinairement moins onéreuse. En général, il s'agit de délégation de tâches à du personnel ayant une formation moins poussée. On obtient alors une capacité de production à coût moindre pour une gamme de services relativement semblables. Selon Contandriopoulos et ses collègues, lorsqu'on adopte une logique de rationalisation administrative, il est possible d'envisager une amélioration de la productivité sur cette base de substitution. Toutefois, cette formule se bute à la logique de rationalité professionnelle. La productivité marche de pair avec **l'efficacité potentielle** qui définit la compétence d'une ressource à atteindre les

résultats de santé et la justesse d'emploi d'une ressource qui est cette caractéristique qui fait qu'elle est employée de façon appropriée et adéquate.

2. Cadre d'analyse

Ce survol de la littérature nous a permis d'identifier plusieurs facteurs qui peuvent influencer l'utilisation des services. Une première façon de les regrouper suivant Pineault qui rejoint l'avis de plusieurs autres auteurs est la suivante: 1. facteurs reliés à la nature de la morbidité, 2. facteurs reliés aux bénéficiaires, 3. facteurs reliés aux professionnels, 4. facteurs organisationnels, 5. facteurs institutionnels.

Une deuxième façon est celle de Isaline Greindl qui présente les facteurs qui influencent l'utilisation des services comme : **la qualité des soins, l'accessibilité et la perception des besoins.**

Pour notre travail nous nous inspirons de celui d' Isaline Greindl pour sa simplicité. Ce cadre modifié à partir des points de vue d'autres auteurs nous permet de construire notre cadre d'analyse : l'utilisation des services de santé étant la variable dépendante et les trois regroupements de facteurs les variables indépendantes. Il s'avère important de bien définir les différents éléments se trouvant à l'intérieur de chaque concept et de faire ressortir ceux qui sont pertinents et/ou qui font partie de notre étude ainsi que ceux qui sont jugés essentiels pour la validation du modèle.

L'utilisation des services est un phénomène qui se réfère aux besoins de santé de la population, aux caractéristiques des individus, au comportement du professionnel et à l'organisation des systèmes de soins. L'appréciation de ce phénomène, peut se faire de façon subjective par la perception du personnel, et de façon objective par le nombre de contacts préventif ou curatif par habitant par an comparé aux conventions communément admises.

La qualité des soins est un concept multidimensionnel que Donabedian résume en deux grandes dimensions : la compétence technique et les relations interpersonnelles (qualité perçue). *La dimension technique* regroupe la disponibilité des ressources, la disponibilité des médicaments, la compétence du personnel. Alors que les *relations interpersonnelles* tiennent compte de l'empathie (respect), la confidentialité et la rapidité qui sont tous des éléments de l'accueil. Dans notre étude, les indicateurs que nous allons utiliser pour apprécier la qualité des soins vont tenir compte de ces facteurs : le niveau de formation des employés et leur nombre par rapport aux normes du MSPP, la disponibilité et le bon fonctionnement des équipements, la bonne tenue des dossiers, la présence effective du personnel, la rupture de stock, la durée des consultations, le temps d'attente, la prise en charge des patients.

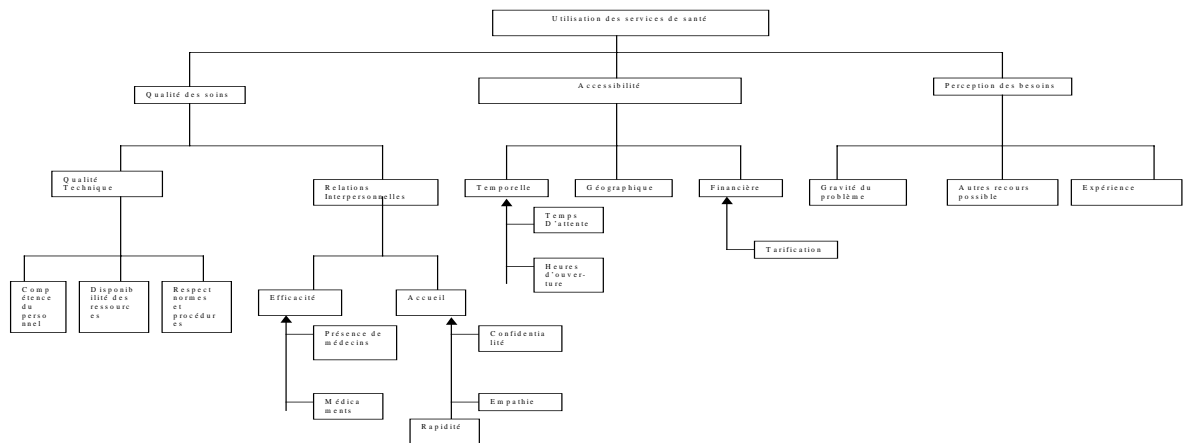
L'accessibilité peut-être géographique, temporelle, financière. En général, il est communément accepté qu'en milieu urbain l'accessibilité géographique ne devrait pas constituer un obstacle à l'utilisation des services d'une institution de santé. C'est pourquoi notre étude se penche sur les deux autres formes d'accessibilité. Ainsi les critères retenus sont : le délai d'attente, l'heure réelle de fonctionnement du centre, le coût des services et des médicaments.

La perception des besoins qui peut-être vue comme la capacité du centre à offrir des services pouvant satisfaire les besoins exprimés de la population, ou la propension des gens à utiliser les services offerts par le centre. Pour l'appréciation de ces deux facteurs, la perception de la population de la capacité du centre à répondre à leurs besoins et l'indication de l'endroit où la population se rend quand elle est malade sont les critères retenus.

De là notre démarche est de faire le lien réel entre :

- la perception des besoins et l'utilisation des services du centre
- l'accessibilité et l'utilisation des services
- la qualité des soins et l'utilisation des services

LE MODÈLE CAUSAL



III METHODOLOGIE

3.1 L'approche

Cette étude quantitative et qualitative est basée sur l'utilisation des services de santé au centre de la Croix des Missions. Afin de documenter notre étude, nous avons élaboré notre méthodologie en fonction de notre cadre d'analyse inspiré du modèle de Isaline Greindl. Ce dernier a guidé les différents thèmes autour desquels la collecte des données sur l'utilisation de services, la perception des besoins, l'accessibilité et la qualité des soins ont été orientés. (Voir Annexe I).

3.2 Sources de données

Les données proviennent de trois sources : de documents, du personnel du centre et de la communauté. Les sources de données documentaires viennent des dossiers médicaux, des rapports mensuels d'activités.

3.3 Choix et la description de l'échantillon

Un échantillon du personnel du centre est choisi au hasard à partir de la liste des employés et des informateurs pour les entrevues sont sélectionnés parmi le personnel cadre (directeur communal et l'infirmière chef). La communauté, elle-même, est représentée par les utilisateurs et non utilisateurs du centre et un groupe d'individus de la population.

3.3.1 L'échantillon de l'enquête quantitative

Un groupe de personnes au nombre de 78 personnes venant de la population choisi de façon raisonnée parmi les ménages et au niveau de l'institution ont fait parti de l'enquête sur les utilisateurs et les non utilisateurs du centre. Un autre échantillon composé d'un total de 18 personnels, soit d'un médecin par service (4), d'une infirmière ou auxiliaire par service (7), d'un technicien de laboratoire (1), d'un pharmacien (1), d'un personnel administratif (2 sur 7), d'un personnel de soutien (2 sur 7) et d'un contractuel (1) ont participé à l'enquête sur le fonctionnement du centre.

3.3.2 L'échantillon de l'enquête qualitative

Pour mieux appréhender la réalité du centre le directeur et l'infirmière en chef ont été choisis pour participer à une entrevue semi-structurée. Le choix du directeur est justifié de par sa position, en tant qu'autorité formelle et quant à l'infirmière en chef, elle a eu à travailler avec plusieurs staff puisqu'elle est en poste depuis l'inauguration du centre. Un focus group impliquant 10 à 15 personnes de la communauté choisis par la secrétaire du presbytère reconnue pour avoir une bonne connaissance de la zone puisqu'elle y habite depuis son enfance et elle recueille les plaintes de toutes sortes venant de la communauté nous ont permis de cerner les motifs de l'utilisation ou de non utilisation du centre, et des propositions d'amélioration qui les auraient inciter à utiliser d'avantage le centre.

3.4 Les instruments de collecte

Tous les instruments de collectes ont été développés par l'équipe de recherche. Le questionnaire d'enquête «Personnel» comportant une quinzaine de questions nous a permis d'appréhender la perception du personnel sur la qualité du fonctionnement du centre, les conditions de travail et la disponibilité de matériels. Le questionnaire « Utilisateurs/Non utilisateurs » composé d'une dizaine de question a permis à l'équipe d'analyser les motifs de l'utilisation et de la non utilisation du centre. Le guide d'entrevue semi structuré a également permis de conduire la discussion de façon à mieux comprendre le fonctionnement du centre, l'utilisation et la qualité des services offerts.

3.5 Les activités de collecte

3.5.1 L'enquête auprès du personnel .- L'enquête réalisée à partir d'un questionnaire conçu de façon à être auto administré. Cet instrument a été remis aux personnes choisies directement par les membres du groupe de recherche. Les participants ont tous retournés le questionnaire dûment rempli le même jour. Les enquêteurs ont dû assister de près le personnel de soutien qui a eu un peu de difficulté à le remplir seul. L'enquête s'est déroulée exclusivement au niveau du centre pendant deux jours. (Voir Annexe II)

3.5.2 L'enquête auprès des utilisateurs/non utilisateurs.- Cette enquête s'est déroulée sur une période de trois jours. Les membres de l'équipe se sont divisés en trois groupes et se sont rendus dans des ménages choisis au hasard. Les questions ont été posées par les membres de l'équipe aux participants qui ont à leur tour transcrit fidèlement les différentes réponses. (Voir Annexe III)

3.5.3 Les entrevues.- L'interview avec l'infirmière en chef a eu lieu au centre et a duré environ 40 minutes tandis que celui du directeur s'est tenu au niveau de la direction communale. Ce dernier a duré 45 minutes. Tous les membres de l'équipe ont participé au deux interviews et les notes prises par les différents membres ont été comparées aux fins de fiabilité et de validation des réponses. (Voir Annexe IV)

3.5.4 Des observations directes.- (6) séries observations directes réalisées pendant (6) jours ont permis de suivre le déroulement des activités, la disponibilité du personnel et son comportement vis-à-vis des utilisateurs. Ceci nous a fourni des informations sur la qualité des soins via l'accueil, le respect (empathie), la confidentialité. (Voir Annexe V)

3.5.5 Des consultations de dossiers.-

- 150 dossiers *médicaux* ont été tiré au hasard pour juger la compétence technique suivant ces critères : *respect des protocoles, continuité des soins, globalité des soins en terme de référence, de prise en charge par exemple, intégration, coordination inter service.*
- Un nombre de dossier *non médicaux*, (bon de réquisition, bon de commande, rapport financier, payroll de) pour juger la disponibilité des ressources humaines, matérielles et financières.

3.5.6 Un focus group.- La séance a duré 90 minutes environ, la méthode de brainstorming a été utilisée et l'outil d'animation a été un guide préparé par le groupe.

3.6 La saisie des données. La saisie des données quantitative et qualitative a été faite manuellement.

3.7 L'analyse des données.

En ce qui concerne, l'analyse des variables à l'étude, nous allons utiliser notre cadre d'analyse avec les quatre piliers qui le composent à savoir l'utilisation comme variable dépendante, la qualité des soins, l'accessibilité et la perception des besoins comme variables indépendantes. Nous allons analyser les données en faisant d'une part une analyse de fréquence et d'autre part une analyse comparative entre les différents liens précités dans notre cadre d'analyse.

IV PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES

Dans cette rubrique, nous allons présenter les données telles que recueillies puis les analyser de façon comparative c'est à dire les confrontés afin de faire ressortir les liens entre les différentes variables.

4.1 Présentation des données

4.1.1 Enquête auprès du personnel

Un échantillon de 14 employés (2 médecins n'ont pas voulu répondre) a permis de recueillir les informations suivantes : Le matériel de travail est toujours disponible (64% des réponses). Les relations de travail sont en général bonnes (71.5% des réponses). Ruptures de stock 60% disent rares 30% souvent et 10% jamais. Pour la fréquentation 50% pensent qu'elle a baisse, 28.5 pensent le contraire et 21.5% s'abstiennent. D'après 100% des employés l'horaire du centre est fixe.

4.1.2 Entrevues

Les deux cadres interviewés pensent que le centre est sous utilisé (en raison des irrégularités du personnel), les services offerts à la population sont insuffisants et se réduisent à des activités institutionnelles plutôt curatives que préventives. Ils pensent que les ruptures de stock sont dues au retard dans le décaissement ou à la mauvaise gestion de stock. L'horaire est fixe et les rôles sont cloisonnés. En cas d'imprévu (absence) les tâches assignées aux médecins ne sont pas réalisées. Les infirmières se font remplacer par les gens dont la qualification n'est pas prouvée. Le MSPP paie 95% des employés et le budget de fonctionnement est financé par les recettes internes. Il n'y a pas d'exonération formelle prévue.

4.1.3 Observations directes

Les six observations ont permis de constater que toutes les conditions hygiéniques sont adéquates (eau courante, toilette, électricité) et les équipements (tables de consultation, stéthoscope) sont en bon état de fonctionnement. Le centre est ouvert à 8 heures A.M. et est pratiquement vide à partir de 13 heures 30. Le service des archives commence à fonctionner à partir des 9 heures A.M. alors que les patients commencent à arriver à partir de 6 heures 30. Le personnel infirmier vient vers 9 heures et les médecins arrivent vers 11 heures. Généralement les patients sont renvoyés après un long temps d'attente pour absence de médecins ou d'intrants. Un enfant sévèrement déshydraté a été renvoyé après six heures d'attente. Un blessé est parti sans avoir reçu de soins aux

urgences après trois heures d'attente. Le temps d'attente est de trois à cinq heures et la durée des consultations est de trois à cinq minutes par patient. Il n'y a pas d'activités d'éducation sanitaire.

4.1.4 Informations dans les dossiers

Des 150 dossiers tirés au hasard, 25 soit 16.5% seulement ont eu un diagnostic clairement énoncé, la référence formelle n'est pas notée même dans les cas qui ont une impression clinique chirurgicale. La globalité des soins particulièrement recherchée dans les dossiers infantiles fait défaut. Les doses de vaccin ne sont pas inscrites dans les dossiers des enfants. Pour les cliniques prénatales les antécédents obstétricaux sont incomplets, il y a peu d'information sur les grossesses antérieures. 116 dossiers soit 76.8% des patients n'effectuent qu'une seule visite dans l'institution. 31 dossiers soit 20.1% ont eu une deuxième visite dans le but d'apporter les résultats de labo, 3 dossiers soit 2% ont eu 3 visites ou plus. (Voir Annexe VI).

4.1.5 Enquête utilisateurs et non utilisateurs

L'enquête menée auprès des gens de la communauté sélectionnés de façon raisonnée parmi les ménages et des patients du centre, a donné les résultats suivants : 78 participants dont 55 sont des utilisateurs et 23 des non utilisateurs.

Les 55 utilisateurs ont donné comme motifs d'utilisation : la proximité 81.8%, leur état de santé (43%). Parmi eux, 32.7% pensent que s'ils avaient le choix ils n'allaient plus revenir au centre à cause : des médecins (72.6%), du mauvais accueil (22.4), du coût des services (5.5). 23.6% des utilisateurs ont reçu des médicaments sans être au courant du diagnostic. De même, 36.3% utilisateurs sont renvoyés chez eux après un long temps d'attente au moins une fois sans être consultés pour les motifs suivants : soit retard ou absence des médecins, soit par manque de matériels. 12.5% disent qu'ils ne seront pas admis s'ils arrivent entre 11 et 12h30.

Pour les non utilisateurs, les motifs évoqués sont : inaccessibilité géographique (8.6%), mauvaise réputation du centre (mauvais accueil, irrégularité des médecins) (26%), coût élevé des médicaments (4.3%), ont leur médecin personnel (34%), 4.3% ne sont pas au courant de l'horaire du centre et des services offerts. 100% des répondants des deux groupes pensent que le centre devrait offrir un service d'accouchement et un service d'urgence.

4.1.6 Focus-group

Au nombre de 10, les participants font partie des groupes déjà constitués de l'Eglise Catholique de la paroisse de la Croix des Missions située en face du centre. D'après eux les gens de la zone vont à d'autres centres de santé comme Marie Madeleine, Sainte Camille et très peu au CSCM. Les raisons évoquées sont le manque d'accueil, le long temps d'attente, le non respect des patients c'est à dire leur renvoi pour absence de médecins, ou leur non admission s'ils arrivent après 10 heures, la courte durée des consultations et le manque de médicaments. Ils suggèrent entre autre que le centre travaille l'après-midi et offre des services d'accouchement et d'éducation sanitaire.

4.2 Analyse des données

4.2.1 Documentation du problème

Selon l'enquête réalisée auprès du personnel 50% affirment que le taux d'utilisation a baissé et 28.5% ont exprimé le contraire dont 3 médecins et l'infirmière hygiéniste. 21.5 enquêtés n'ont pas répondu à la question. Lors des entrevues menées auprès des cadres, ce problème relaté s'est expliqué par l'irrégularité du personnel. La consultation du rapport mensuel des 6 derniers mois nous a permis d'apprécier de façon objective le problème de l'utilisation du centre. Quand on se réfère à une convention communément admise qui fixe 1 nouveau cas par habitant par année pour un centre de santé de première ligne avec 1 médecin, 3 infirmières. Le CSCM devrait avoir, pour sa population de 75 000 habitants environ, 37500 contacts curatifs pour les 6 mois alors qu'il n'a reçu que 4563 soit 12% de contact.

De plus, la norme de population fixe à 4% les enfants de moins d'un an, à 4.5% les femmes enceintes et à 25% les femmes en âge de procréer. Se basant sur ces données et en tenant compte de l'objectif du MSSP qui fixe la couverture vaccinale pour les enfants de moins d'un an à 100%, le centre devrait vacciner 1500 enfants pour les 6 mois. Il n'a vacciné que 487 enfants au BCG soit une couverture de 32%, 302 enfants à la rougeole soit une couverture de 20%, 118 enfants au DTP soit une couverture de 7%, 579 enfants à la Polio soit une couverture de 38.6%. La couverture en terme de PF devrait, en tenant compte de cette population de desserte, être 9375 suivant la norme citée plus haut, le centre a enregistré pour les 6 derniers que 1904 femmes en âge de procréer ayant reçu une méthode de PF soit une couverture de 20%. Enfin, sur les 1687 femmes enceintes attendues pour les 6 mois 1568 se sont présentées soit une couverture de 92%. Cependant, en se référant aux normes qui fixent à 3 visites par grossesse, sur les 26 dossiers prénataux tirés au hasard, il n'y avait que deux gestantes qui ont effectué deux visites. Elles ont toutes effectués qu'une seule visite soit 1,07 visites par femme enceinte.

4.2.2 Lien entre la qualité des soins et l'utilisation des services

Les participants du focus group pensent que les gens de la communauté choisissent des centres comme Marie Madeleine, Saint Camille et autre que le CSCM en raison de la mauvaise qualité des soins offerts, qu'ils expliquent par le fait que : 1. les patients sont renvoyés sans être vus par un médecin après un long temps d'attente, soit par absence de médecins, soit par manque d'intrants et 2. les consultations sont de courte durée. Ces informations rejoignent celles recueillies lors de l'enquête auprès des utilisateurs et des non utilisateurs. 32.7% d'utilisateurs disent s'ils avaient le choix ils iraient à un autre centre à cause de l'absentéisme des médecins, le non respect par le fait qu'on leur renvoie chez eux après un long temps d'attente sans être consulté par un médecin.

D'un autre côté, lors de nos séries d'observation nous avons constaté que des patients ont été renvoyés après une longue période d'attente pour absence de médecin, le centre est vide à partir de 1h-2h, des enfants déshydratés référés sans qu'ils aient bénéficié d'une prise en charge effective et un autre patient est renvoyé alors qu'il était muni d'une référence d'un autre centre. Donc, le système de référence et de contre référence est défaillant.

Tout ceci montre que la qualité des soins offerts par le centre laisse à désirer et ainsi cette mauvaise qualité affecte l'utilisation des services.

4.2.3 Lien entre l'accessibilité et l'utilisation des services

Les autres raisons évoquées par les participants du focus-group pour expliquer la propension à utiliser un autre centre est 1. l'horaire réelle de fonctionnement du centre qui est réduite de 2 à 3 heures. Tous avancent que si un patient arrive entre 10 et 12 heures il ne sera pas admis. Ceci concorde, d'une part aux informations fournies par les utilisateurs et non utilisateurs dont l'enquête révèle que 12.7% ont expérimenté ce fait, et d'autre part les observations effectuées nous ont permis de constater que le centre est pratiquement vide aux environs de 1h30. 2. le temps d'attente est long, fait que nous avons objectivé lors de nos observations. 3. les patients qui utilisent les services d'un autre centre bénéficient en plus de la consultation médicale, des médicaments pour le même coût de consultation, alors qu'au CSCM les médicaments coûtent chers aux mêmes prix que ceux de la place. Effectivement, à la pharmacie du centre les médicaments, contrairement aux recommandations du MSPP, sont vendus sous forme de nom commercial au lieu de nom générique. Aussi le centre tire un profit de son fonctionnement.

De tout ceci, le lien entre l'accessibilité particulièrement temporelle et l'utilisation de services est évident.

4.2.4 Lien entre la perception des besoins et l'utilisation des services

D'après les participants du focus-group le centre répond à un ensemble de besoins à l'exception des services d'accouchement et des urgences. Les participants de l'enquête des utilisateurs sont de même avis. Lors de nos observations, nous avons constaté l'absence d'un service de maternité et le service d'urgence lui-même est réduit à une salle de pansement qui, quelques fois, n'arrive pas à fournir les services en cas de besoins urgents, dont nous relatons ceci : un mécanicien est arrivé aux urgences, avec une plaie délabrante de la face palmaire de la main droite, qui y est resté 2 heures sans avoir bénéficié même d'un parage de la plaie. Cet état de fait incite une catégorie de patients à préférer d'autres centres comme CHOSCAL, Chancerelles et autres institutions privées de la Croix des bouquets, au CSCM.

V DISCUSSION

Au terme de notre analyse nous avons identifié que le centre de la Croix des Missions a un problème de sous utilisation. Toutefois, il semblerait que pour les deux derniers mois écoulés il y a une légère tendance à la hausse de la fréquentation bien que la période d'observation soit de courte durée, elle devrait donc être suivie davantage pour tirer des conclusions. D'après nos recherches nous avons constaté que le problème d'utilisation est lié à :

1. La qualité des soins perçue par la population. Ceci pour deux raisons : Premièrement, l'accueil des patients est déficient et deuxièmement l'efficacité des soins est mal perçue. Les facteurs prédisposants sont l'irrégularité du personnel, les ruptures de stock et le cloisonnement des postes.

Notons que nous avons trouvé que le centre possède un personnel adéquat en quantité et en qualité de part leur formation et de leur nombre. Toutefois, des écarts sont repérés notamment les dossiers incomplets, la présence des remplaçants dont la qualification reste à prouver.

2. L'accessibilité temporelle. En effet, le temps de fonctionnement du centre est réduit alors que le temps d'attente des patients est long. Les facteurs prédisposant ne sont pas différents de ceux de la qualité.

L'accessibilité financière recherchée n'est pas trop déterminante, car la tarification semble être à la portée des gens (prix des consultations). Toutefois, à cause du prix des médicaments, un système d'exonération pour soulager les plus défavorisés est à étudier, une allocation budgétaire est à envisager et la prescription des médicaments génériques est une nécessité.

VI RECOMMANDATIONS

Eu égard à toutes ces considérations, l'amélioration de l'utilisation des services du centre devrait passer par deux objectifs fondamentaux : 1. Amélioration de la qualité perçue et 2. Amélioration de l'accessibilité temporelle. Pour chacun des objectifs deux axes stratégiques sont retenues : Pour le premier : 1. Des actions visant l'amélioration de l'accueil et 2. Des actions visant l'amélioration de l'efficacité, et pour le deuxième : 1. des actions visant à diminuer le temps d'attente et 2. des actions visant à augmenter les heures d'ouverture du centre

Objectif 1. Amélioration de la qualité perçue

Stratégies 1.1 action visant à améliorer l'accueil des patients

- Intervention 1. Sensibiliser le personnel du centre sur la question
 - *réunion avec le personnel*
- Intervention 2 Admettre tous les patients au centre aux heures d'ouverture
 - *admission des patients,*
 - *triage des urgences,*
 - *priorisation des cas graves*
- Intervention 3 Utiliser le temps d'attente pour réaliser des séances d'IEC pour les patients
 - *réalisation des activités pour combler le temps d'attente (éducation/information, diffusion de messages sur T.V/vidéo)*
- Intervention 4 Permettre aux patients qui arrivent avant l'heure d'ouverture officielle du centre d'avoir un endroit où s'asseoir
 - *Ouverture de la salle d'attente une heure avant l'heure officielle de fonctionnement.*

- Intervention 5 Segmenter la clientèle pour un traitement différencié / prendre en charge
- *orientation les patients qui demandent des soins spécialisés*
 - *consultation et offre de services aux autres patients*
- Intervention 6 Gérer efficacement les rendez-vous
- *Établissement d'un système de classement spécial pour les patients qui apportent les examens de labo*
 - *Institution de protocoles de rendez-vous*

Résultats espérés.-

- admission de 100% des patients présentés au centre
- satisfaction de la clientèle (80%)

Stratégie 1.2 Action visant à améliorer de l'efficacité des soins perçue

- Intervention 1 Réaménager l'horaire de travail
- *Réunion de sensibilisation*
 - *Exploration avec le personnel des différentes possibilités d'horaire qui puissent permettre une couverture valable pour le centre.*
- Intervention 2 Décloisonner les postes dans le but de mieux organiser le travail
- *Mise en place d'une procédure formelle par exemple un manuel de description de tâches?*
- Intervention 3 Rationaliser les ressources
- *En plus des services de base qu'offre le centre, il pourrait éventuellement fournir des services spécialisés comme le dépistage du col, clinique d'infertilité, grossesses à risques.*
 - *Les infirmières pourraient substituer aux médecins pour des tâches moins spécialisées comme clinique prénatale, clinique des enfants.*
- Intervention 4 Gérer efficacement les intrants
- *Identification des intrants qui posent le plus de problème*
 - *Etude du processus d'approvisionnement de ces intrants*
 - *Etablissement d'un tableau de bord*

Résultats espérés.-

1. Présence d'un personnel soignant aux heures d'ouverture du centre
2. Disponibilité d'intrants aux heures d'ouverture du centre

Objectif 2. Amélioration de l'accessibilité temporelle

Stratégies 2.1 action visant à diminuer le temps d'attente

- Intervention 1 Prendre en charge promptement les patients
- Intervention 2 Utiliser le temps d'attente pour réaliser les séances d'IEC
- Intervention 3 Réaménager l'horaire
- Intervention 4 Décloisonner des postes de travail

Résultats espérés.-

1. Au moins 80% des patients soient pris en charge dans un temps raisonnable.
2. Au moins 80% des patients ne perçoivent pas le temps d'attente réel

Stratégies 2.2 action visant à augmenter le temps de fonctionnement réel du centre

Intervention 1.	Sensibiliser le personnel sur le problème
Intervention 2.	Réaménager l'horaire
Intervention 3.	Décloisonner les postes de travail

Résultats espérés.-

1. Que le centre travail de 8h-4h P.M .
2. Présence du personnel aux heures d'ouverture

Ces différentes stratégies seront implémentées (voir annexe VII, plan d'action) en tenant compte de la sensibilité et des besoins des détenteurs d'enjeux : médecins, infirmières, personnel administratif, la population, les responsables du MSPP. Ainsi, l'approche que nous préconisons est incrémentielle et exigerait : 1. la participation des employés dans la prise de décision, 2. la participation de la communauté qui doit être impliquée dans la vie du centre à travers des groupes communautaires et 3. du MSPP son support dans le processus de changement.

VII ETUDE DE FAISABILITÉ

7.1 Faisabilité technique

Les stratégies proposées sont techniquement faisables. Elles ne requièrent aucune nouvelle technologie réclamant la présence ou la formation d'un technicien spécialisé. De plus, le plateau technique du centre est hautement qualifié.

7.2 Faisabilité économique

La faisabilité économique n'est pas discutable. Ces stratégies ne réclament à notre avis aucun investissement en plus. De plus, elles ont pour objectif d'attirer la clientèle, d'augmenter ainsi le taux d'utilisation du centre et du même coup les revenus. Elles ne pourraient que être bénéfiques.

7.3 Faisabilité organisationnelle

De part son aspect, sa capacité physique, sa position géographique le centre peut facilement réaliser ses stratégies. La finalité ne sera non seulement acceptée mais apprécié vu qu'elle a été sollicité par les différents responsables et certains membres de la communauté.

VIII PREALABLES

Pour favoriser l'implantation et la viabilité de différentes stratégies proposées certaines conditions sont nécessaires :

- ❖ Nomination d'un directeur médical ayant les caractéristiques d'un leader et soutenu dans ses démarches par le MSPP

- ❖ Un climat organisationnel qui met l'accent sur les valeurs à privilégier au travail et la joie de servir
- ❖ Implication du personnel dans le processus de changement
- ❖ Mécanisme de communication entre le centre et la communauté afin de faciliter la coopération consciente des gens de la communauté
- ❖ Comité des leaders communautaires
- ❖ Définition claire de la mission et des objectifs du centre
- ❖ Engagement de chacun et leur participation aux décisions
- ❖ Délégation de l'autorité et support du niveau central
- ❖ Réseau de communication entre les membres de l'institution

IX SUIVI ET EVALUATION

Le suivi sera exécuté par un comité composé d'un employé, d'un membre de la direction et un représentant de la communauté. Les critères retenus pour apprécier les résultats espérés sont notés dans le plan d'action. Une première évaluation sera faite en mi-parcours pour ajuster au besoin le processus, puis une autre à la fin.

X CONCLUSION ET LIMITES DE L'ETUDE

Les résultats de notre étude ont abouti à la conclusion que le centre de santé de la croix des missions est sous-utilisé. Cette sous utilisation est la traduction de la mauvaise qualité des soins perçue et l'inaccessibilité temporelle. Nous avons trouvé aussi que le CSCM possède un plateau technique de qualité, toutefois des écarts restent à corriger (suivi et contrôle de la formation des remplaçants).

Pour résoudre notre problème majeur, plusieurs stratégies ont été développées ; stratégies que nous estimons à notre avis, réalistes facilement applicables.

Leur viabilité dépendrait du support inconditionnel du MSPP à ce processus de changement. Le MSPP a beaucoup à tirer d'un tel projet. Pratiquement tous les centres de santé de l'aire métropolitaine sont des prototypes du CSCM et par conséquent, la réussite de ce projet permettrait d'envisager son implantation dans d'autres centres tout en tenant compte de la réalité et la spécificité de ces derniers.

Les limites de notre étude :

- Disparition de bases données à la DOSS (Direction d'Organisation des Services de Santé)
- Le temps qui nous est alloué ne nous a pas permis de mener une enquête auprès d'une large frange de la population. Pour pallier à cet inconvénient, nous avons choisi différentes activités comme focus group et enquête auprès des utilisateurs et des non utilisateurs
- Difficulté de circonscrire le bassin de desserte du centre (CSCM).

REFERENCE ET BIBLIOGRAPHIE

- 2 AEDES/CIDES, 1997. Réformes actuelles et effets sur le financement de la Santé en Haïti. Dans les études sur le financement des services de santé en Haïti. Vol 1, Unité de gestion du projet MSPP. DA- Banque Mondiale Ballé, M., et Champion-Daviller, M.N., (2000). Organiser les services de soins : le management par la qualité. Edition Masson. Paris
- 3 Béland, F., (1994). Introduire la durée dans la conception et la mesure de l'utilisation des services médicaux. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol 1 #1, 28-44 Bergeron, P.G., 1986. la gestion dynamique concepts, méthodes et applications. Edition Gaëtan Morin. Boucherville, Québec, Canada.
- 4 Bergeron, P.G., 1986. la gestion dynamique concepts, méthodes et applications. Edition Gaëtan Morin. Boucherville, Québec, Canada.
- 5 Brown, L.D.P., Franco, L.M., et coll. Assurance de la qualité de soins dans les pays en voie de développement. Série de Perfectionnement Méthodologique pour l'Assurance de Qualité. U.S.A., p.
- 6 Carrier, S., et coll. (1997). La Gestion des Opérations. 2e Edition, Gaëtan Morin. Montréal, Paris, Casablanca.
- 7 Contandriopoulos, A.P., 1987. qui a déjà vu des services de santé sur utilisés ?. Artère, vol. 5, no 2
- 8 Donabedian, A., 1988. the quality of care: how can it be assessed. Jama
- 9 EMMUS III, (2000), P.340.
- 10 Greindl I. Juin 2002, La Modélisation exemple: La construction d'un arbre à problèmes ou modèle causal. Texte préparé à l'occasion d'un cours de l'Université libre de Bruxelles dans le cadre d'un programme de recherche sur les systèmes de santé.
- 11 Hulka, B.S., Wheat J.R., 1985. Patterns of utilization : the patient perspective. Médical Care
- 12 Khan J., 1987. Gestion de la qualité dans les établissements de Santé. Agence d'Arc Inc. (les éditions) l'éditeur des PME. Montréal, Canada.
- 13 Leduc, N., (1999). La recherche sur l'utilisation des services de santé pour comprendre le comportement des consommateurs. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol. 6, #1, 105-106
- 14 MSPP/OPS-OMS, (1999). Analyse de la situation sanitaire Haïti.

15 Pineault, R., et Daveluy, C., (1995). La planification de la Santé. Editions Nouvelles AMS. Ottawa, 2, 191-193; 201; 349-358.

16 Roemer, M.I., 1989. l'évaluation et l'assurance de la qualité des soins primaires. OMS

**ANNEXE 1
L'APPROCHE METHODOLOGIQUE**

LES METHODES

LES VARIABLES	LES INDICATEURS	SOURCES DE DONNEES
UTILISATION DES SERVICES	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de nouveaux contacts curatifs et nombre de contacts préventifs par habitant par an • Perception du personnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport mensuel des activités du centre. • Enquête auprès du personnel et entrevues.
QUALITE DES SOINS	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau de formation des employées et leur nombre par rapport aux normes du MSPP. • Bonne tenue des dossiers • Disponibilité et le bon fonctionnement des équipements • Présence effective du personnel. • Disponibilité des intrants. • Durée des consultations. • Temps d'attente • Prise en charge des patients. 	<ul style="list-style-type: none"> • Observation directe • Focus group • Enquête auprès du personnel. • Enquête auprès des utilisateurs et non utilisateurs. • Feuille de temps. • Dossier des patients.
ACCESSIBILITE	<ul style="list-style-type: none"> • Délai d'attente • Heure réelle de fonctionnement du centre • Coût des services et des médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> • Observation directe • Enquête • Focus group

PERCEPTION DES BESOINS	1.-Perception de la population sur la capacité du centre à répondre à leurs besoins 2.-Endroit ou la population se rend quand elle est malade	<ul style="list-style-type: none">• Focus Group• Enquête auprès des utilisateurs et non utilisateurs
-------------------------------	--	---

**ANNEXE II
QUESTIONNAIRE D'ENQUETE DU PERSONNEL**

**ANNEXE III
QUESTIONNAIRE D'ENQUETE UTILISATEURS/NON UTILISATEURS**

**ANNEXE IV
GUIDE D'ENTREVUE**

**ANNEXE V
GRILLE D'OBSERVATION DIRECTE**

GRILLE D'OBSERVATION

Appréciation de l'état des lieux	Local : propreté, électricité, eau courante, capacité de la salle d'attente
Disponibilité des matériels et d'équipements	Présence de Balance, Thermomètre, tables de consultation stéthoscope, autoclave, gants stériles, gaze, seringues, équipements de laboratoire réfrigérateur fonctionnels
Déroulement des activités	Durée de consultation, Temps d'attente des malades, heure d'arrivée des malades confidentialité, prise en charge des malades, éducation institutionnelle
Disponibilité de ressources	ruptures de stock, heure d'arrivée et de départ du personnel

**ANNEXE VI
INFORMATION SUR LES DOSSIERS**

**Tableau I
Activités réalisées pendant six mois au CSCM**

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Total
DiTePer	42	43	18	0	0	15	118
Polio	86	100	156	145	42	50	579
Rougeole	65	40	37	72	71	17	302
BCG	0	0	0	0	267	220	487

**Tableau II
Autres activités réalisées**

	Janvier	février	Mars	Avril	Mai	Juin	Total
Nouvelles consultations	794	547	574	750	928	970	4563
Consultations subséquentes	483	520	560	720	707	724	3714
Consultations Adultes	387	380	353	420	785	404	2729
Consultations pédiatriques	346	326	322	444	483	415	2336
Consultations prénatales	234	139	204	214	339	438	1568
Planification familiale	310	222	255	392	288	437	1904
Soins bucco-dentaires	106	134	152	164	142	148	846

**ANNEXE VII
PLAN D'ACTION**

Problème	Stratégie	Objectifs opérationnels	Activités/moyens	Ressources/responsables	Echéancier	Evaluation
Accueil de la clientèle	Amélioration de la qualité de l'accueil des clients	1-Sensibiliser le personnel du centre sur la question	Rencontres avec le personnel	Directeur du centre	Premier trimestre	% d'employés présents à 8h
		2-Admettre tous les malades se présentant aux heures d'ouverture du centre	-Admission des patients -Triage des urgences -Priorisation des cas graves	Statisticien -Infirmière -Infirmière	Tous les jours ouvrables pendant toute l'année	-% de plaintes des patients enregistrés -% de cas graves pris en charge à temps
Accueil de la clientèle	Amélioration de la qualité de l'accueil des clients	3-Utiliser le temps d'attente pour informer	-Réalisation d'une séance d'éducation/jour -diffusion de message sur TV vidéo	Infirmière hygiéniste Infirmière hygiéniste	Pendant toute l'année	-nombre de séances réalisées/se maine
		4- Permettre aux patients qui arrivent avant 8h. de s'asseoir confortablement	-Ouvrir la salle d'attente une heure avant l'heure d'ouverture du centre	Gardiens	Tous les jours ouvrables	
Accueil de la clientèle	Amélioration de la qualité de l'accueil des clients	5- Segmenter la clientèle pour un traitement différencié	-Orienter les patients qui demandent des soins spécialisés. - Consulter et offrir des soins aux autres patients	Personnel médical	Toute l'année	
		6- Gérer efficacement les rendez-vous	-Etablissement d'un système de classement spécial pour les patients qui apportent les résultats d'examen -protocoles de rendez-vous	Statisticien	A partir de Novembre 2004	-présence du personnel et d'intrants
Accueil de la clientèle	Amélioration de la qualité de l'accueil des clients	1-Sensibiliser le personnel du centre sur la question	Rencontres avec le personnel	Directeur du centre	Premier trimestre	% d'employés présents à 8h
		2-Admettre	-Admission des patients	Statisticien	Tous les jours	

		----- 3-Rationaliser les ressources	tâches moins spécialisées comme : clinique prénatale ----- -Organisation de services spécialisés (dépistage du cancer du col, clinique d'infertilité etc.(une clinique par type/semaine)	----- Directeur du centre et le Personnel cadre	----- A partir de janvier 2005	Nombre de cliniques réalisées par mois
Durée du temps d'attente	Gestion du temps d'attente	1-Identifier et prioriser les cas graves. 2-Utiliser le temps d'attente pour réaliser les activités d'IEC. 3-Réaménager l'horaire de travail. 4- Décloisonner les postes de travail.	Voir les activités pour améliorer l'accueil			
Durée du temps de fonctionnement du centre	Augmentation de la durée de fonctionnement du centre	1-Mobiliser le personnel autour des objectifs du projet. 2-Réaménager l'horaire de travail	-Réalisation de rencontres sur le sujet. -Information du personnel sur le résultat des activités réalisées par le centre voir les activités de l'accueil	Directeur du centre	Chaque trimestre	Nombre d'heure de travail/jour