

Dioïla, à la croisée des innovations pour l'accélération des OMD 4 & 5

ANNEE 2013 N° 1

1ER JUILLET 2013

Programme pilote de Financement Basé sur les Résultats, le Mali écrit son modèle de PBF dans la région de koulikoro

Démarré il y'a un an, le programme pilote de Financement Basé sur les Résultats (PBF-Mali), a permis d'engager 14 formations sanitaires de premier contact dans un contrat de performance avec les collectivités territoriales.



Cérémonie de signature de contrat dans la commune de n'golobougou en juillet 2012. Photo Dr Bagayoko

Après ce niveau de la pyramide sanitaire, l'hôpital de référence de Dioïla vient de signer son 1er contrat de résultat avec le conseil de cercle. 1ere du genre au Mali, ce contrat de résultat marque le bouclage du processus de contractualisation au niveau d'un district.



Cérémonie de signature de contrat conseil de cercle -csrefDioïla, avril 2013. Photo Daniel

Signalons que cette approche complémentaire des approches GAR et d'accréditation vise à promouvoir les initiatives locales en matière d'accélération des OMD. La cérémonie de signature du contrat de résultat entre le conseil de cercle et le centre de santé de référence de Dioïla a été mise à profit pour l'achat des 2e lots de résultats des

8 premiers CSCOM engagés dans le processus. A l'issue de ces achats se sont quelques 18 millions de francs CFA que se sont partagés ces 8 cscom. Cet important montant va permet-



Le préfet adjoint remettant l'enveloppe du 2e achat du cscom de Dioïla central.

Photo Daniel

tre à ces structures de financer leurs nouveaux plans de résultats en terme d'achat de mobylettes pour la vaccination, de rénovation des infrastructures, de formation du personnel, d'achats d'équipements et d'engagement de personnel qualifié additif en fonction des priorités d'actions de chaque structure.

Sur 12 mois d'activités, ce district de 307339 habitants n'a notifié qu'un cas de décès maternel (résultat d'une surveillance de la mortalité maternelle des villages-hameaux jusqu'au centre de santé de référence), réduit de 45% les cas de morts-nés et augmenté de 38% la prévalence contraceptive. En plus certaines activités relativement peu promues telles que les consultations post-natales, la surveillance préventive des enfants et l'audit des décès mater-

nels et neonatals ont été davantage mieux structurés et renforcés.

Les effectifs se sont fortement renforcés avec le recrutement de 2 médecins, 6 obstétriciennes et 2 infirmiers faisant passer les ratios médecins-habitant de sage/infirmières obstétriciennes-habitants de 1/44242 à 1/22171. La logistique s'est aussi considérablement renforcée par la mise à disposition par les ASACO de 10 motos tout terrain. Tous les 8 premiers cscom ont entrepris des travaux de rénovation et rééquipement afin de rendre plus attractif leurs locaux. Des formations du personnel des structures satellites, privées (sur les PNP/SR) ainsi des ASACO sur la bonne gouvernance ont été faites.

Au terme de cette année de mise en œuvre, la plupart des supports nécessaires à l'implantation du PBF au Mali a été conçue avec les acteurs de terrain. On cite entre autres, dans ce chapitre: le rapport d'information sanitaire pour les collectivités (SIEC2), le modèle de contrat et de plan d'affaires (plan de résultats), les modèles de contrat de performance individuelle pour toutes les catégories de personnel existant au 1er échelon, les grilles d'évaluation des qualités des services ainsi qu'un manuel de procédure financière et un logiciel d'évaluation des prestations et des achats des services par les collectivités.

L'équipe cadre du district de Dioïla, estime que le matelas financier mis à la disposition des ASACO par ces achats peut permettre de rendre opérationnel l'idée de la gratuité des consultations pré et postnatales et des accouchements. **Dr Bagayoko**

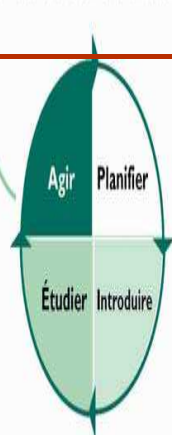
Avec la région de Segou, koulikoro teste « Le Collaboratif d'amélioration : rapide des soins de santé et la mise à l'échelle des services de qualité »

Modèle d'amélioration

Que cherchons-nous à améliorer ?

Comment saurons-nous qu'un changement mène à une amélioration ?

Quels changements mettrons-nous en œuvre et qui résulteront en une amélioration ?



Un « Collaboratif d'amélioration » est un système d'apprentissage partagé qui regroupe un grand nombre d'équipes pour travailler ensemble en vue de réaliser rapidement des améliorations significatives dans les processus, la qualité et l'efficacité d'un domaine spécifique de soins, en visant l'extension de ces méthodes vers les autres sites.

Les collaboratifs d'amélioration visent l'adaptation et l'extension des acquis vers d'autres sites. Ces acquis pourraient comprendre des pratiques cliniques basées sur des preuves scientifiques, des pratiques avérées qui sont généralement considérées comme « bonnes » ou même « les meilleures » ou tous autres changements à la prestation des services, qui se traduisent par l'amélioration des soins de santé. Ces acquis constituent le « paquet de mise en œuvre » du collaboratif : les changements dans les processus et l'organisation des soins que le collaboratif vise à introduire, perfectionner et vulgariser.

Dans un Collaboratif d'amélioration, les équipes de site recherchent et testent les voies et moyens de rendre opérationnels ou de mettre en pratique les concepts inclus dans le paquet de mise en œuvre et de surmonter les obstacles à leur fonctionnement dans leur contexte local. Les collaboratifs sont conçus comme une stratégie d'amélioration limitée dans le temps, atteignant généralement des résultats significatifs en 9 à 18 mois, bien que des améliorations soient souvent constatées plus tôt.

Les équipes au sein d'un collaboratif utilisent un ensemble d'indicateurs fondamentaux communs de préférence le plus petit nombre d'indicateurs qui peuvent donner des informations sur l'amélioration et relater les efforts et réalisations du collaboratif en vue de mesurer la qualité des processus de soins que les équipes essaient d'améliorer et, où possible, les résultats attendus en matière de santé.

Chaque équipe collecte des données sur les indicateurs

pour mesurer si les changements qu'elle apporte donnent lieu à une amélioration.

Les prestataires de soins de santé au niveau local sont les « experts » en amélioration qui élaborent des plans d'action pour tester et mettre en œuvre les changements au niveau local en vue d'atteindre les objectifs du collaboratif. En vue d'atteindre les objectifs du millénaire pour le développe-

ment dans le domaine de la santé, l'approche collaborative d'amélioration de la qualité a été introduite comme une stratégie de motivation et d'émulation pour améliorer la performance et la qualité des services des formations sanitaires au niveau local.

Il s'agit d'instaurer un mécanisme par lequel, l'apport de chaque acteur du système de soins s'intègre dans une dynamique de soins orientée vers le bien-être global de l'individu.

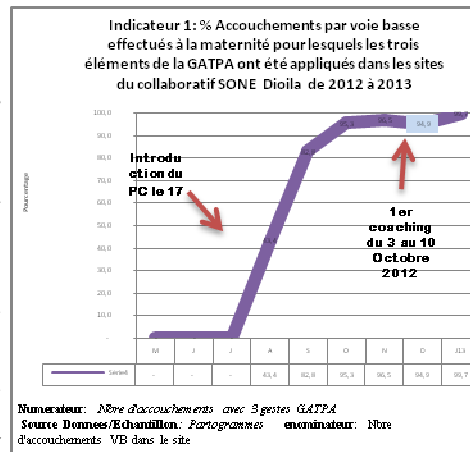
C'est ainsi que le programme santé USAID Kenya Ciwara II (PKC II) en collaboration avec les autorités sanitaires du Mali ont initié ce projet d'amélioration de la qualité des soins des services dans le domaine spécifique de la GATPA / SENN dans quatre districts sanitaires des Régions de Koulikoro (Dioila et Ouélésébougou) et Ségou (San et Niono) dans les quels l'approche a été introduite au sein de l'ensemble des CSCOM fonctionnels.

Les indicateurs d'amélioration du collaboratif GATPA/ SENN du PKC II : au nombre de six

Indicateur 1 :

% Accouchements par voie basse effectués à la mater-

nité pour lesquels les trois éléments de la GATPA ont été appliqués



Indicateur 2:

% d'adhésion aux normes de soins essentiels au Nouveau né à la naissance

Indicateur 3:

% d'hémorragies de la délivrance survenues chez les femmes ayant accouché par voie basse à la maternité

Indicateur 4:

% d'adhésion aux normes de surveillance des accouchées au post partum

Indicateur 5:

% d'adhésion aux normes de surveillance des nouveaux nés au post partum

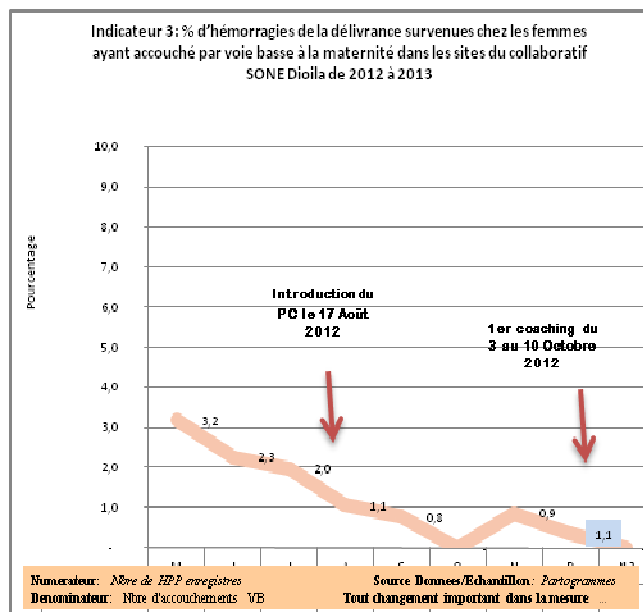
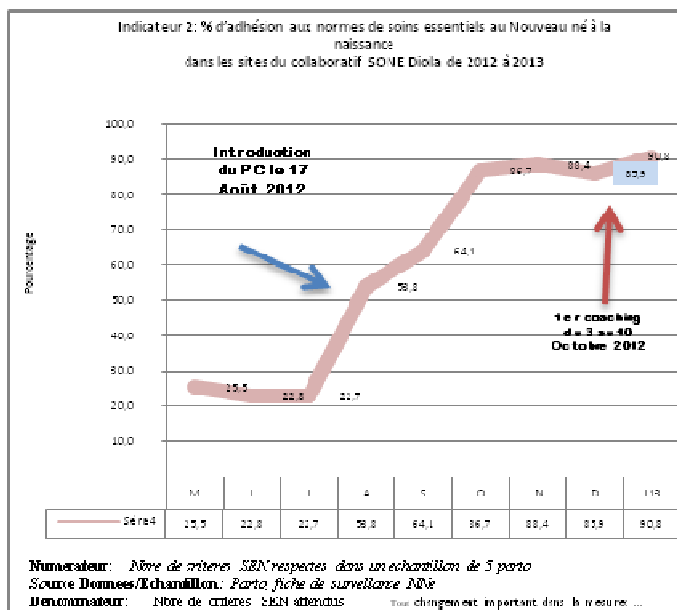
Indicateur 6:

% de réalisation des réunions des EAQ dans les sites

Le Processus de mise en œuvre dans les districts se résume :

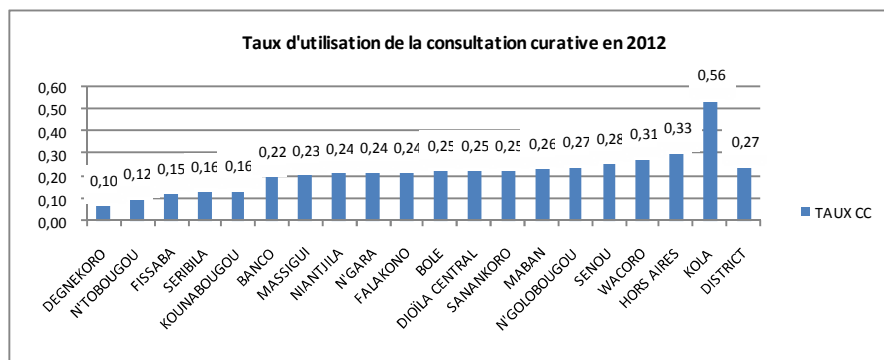
- Une évaluation de base de la CPN à la sortie de la femme après accouchement y compris la PF (résultat disponible)
- Formation de l'ensemble des prestataires au niveau CSCOM dans le domaine de la santé maternelle et néonatale
- Formation des Coachs (DTC) pour le suivi et l'analyse des données
- Une visite de coaching trimestrielle (deux réalisées par district)
- Une session d'apprentissage
- Appui de PKC II en matériel dans le cadre de la prévention des infections et des soins de qualités
- Une évaluation finale du processus (en cours).

Quelques résultats préliminaires avant ceux de l'évaluation finale

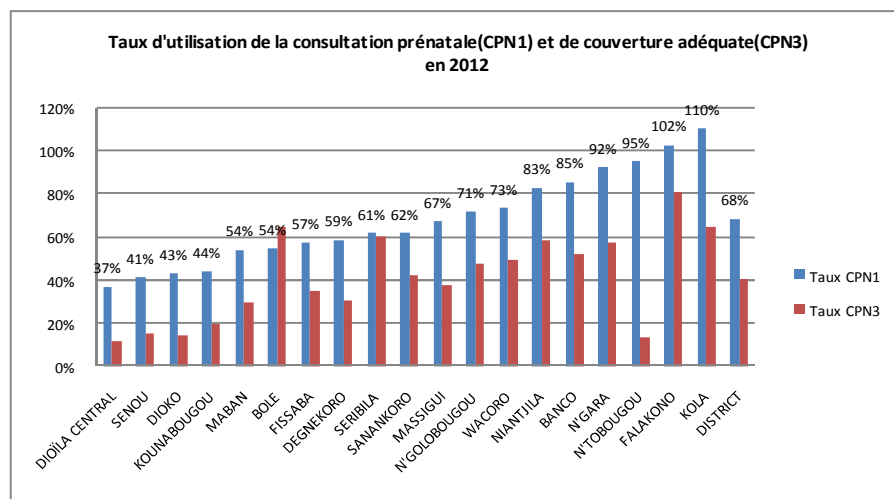


Bref aperçu des résultats de couverture sanitaire

A l'instar du reste du Mali, le district sanitaire a connu une année particulièrement marquée par des ruptures de stock de certains médicaments et intrants ainsi qu'un flottement dans la concentration des acteurs sur les objectifs à atteindre. Malgré ces difficultés, des résultats éloquentes ont été atteints grâce notamment à la conjugaison des efforts et des dynamiques suscitées par la mise en œuvre du FBR, des Soins essentiels dans les communautés, du collaboratif dans l'amélioration des soins maternels et le franchissage des centres prestataires des méthodes de planification familiale. Il convient de noter que les chiffres de population qui fluctuent régulièrement (3 types de populations en 2012) jouent négativement sur les couvertures atteintes. Ainsi pour la consultation curative nous notons une amélioration substantielle des couvertures atteintes malgré l'impact de la crise.



60,61% de ces 72124 consultations ont été faites dans des centres médicalisés. Les cscsom de Degnekoré et Seribila ont été sans directeur technique pendant au moins 5 sur 12 mois.

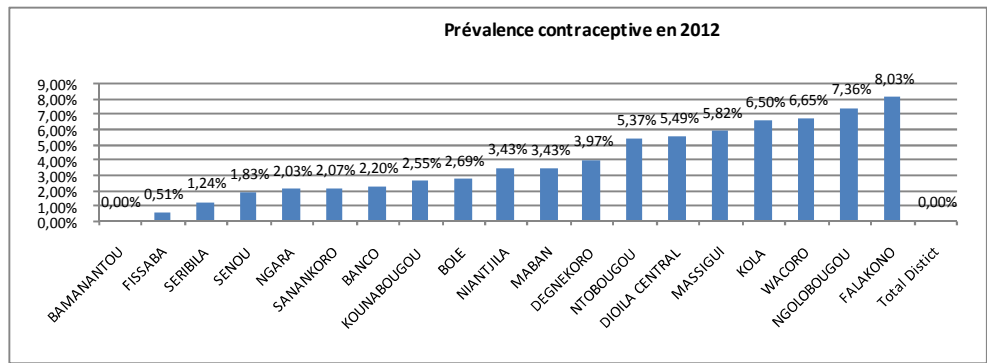


54% des visites prénatales ont été dispensées par du personnel qualifié, soit un taux de couverture (CPN / personnel qualifié) de 37%.

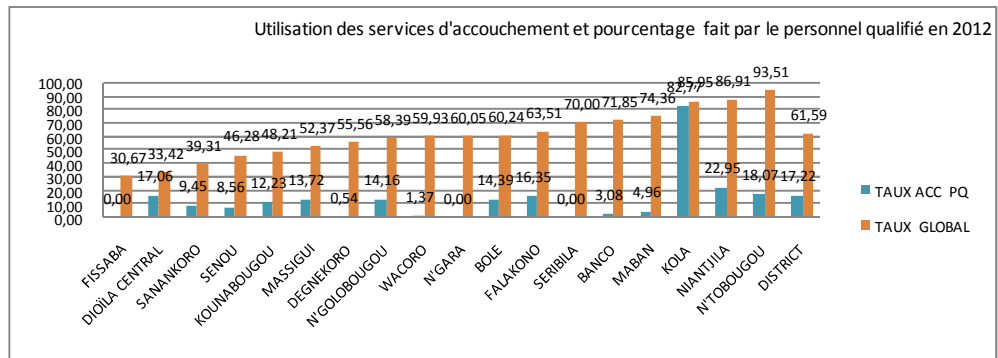
Les activités de franchisa-ge concernent les cscom de N'golobougou, wacoro, Niantjila, Dioïla central, Senou, Massigui , Banco, Maban, Fissaba et seribila. Elle est l'œuvre de Marie Stopes sur financement du programme d'accélération de l'OMD 5, financé par la coopération Néerlandaise.

Le projet pilote de Finance-ment basé sur les résultats (PBF à la Malienne) met un accent particulier sur les soins offerts par les prestataires qualifiés notamment dans le domaine de l'assistance des femmes lors du travail d'ac-couchement et des visites prénatales. Dans ce cadre, 12 des 19 cscom ont engagé une infirmière obstétricienne. Le défis que ces acquis pose est leur pérennisation. Il faut noter que le recrutement de personnel qualifié pour les accouchements était une priorité des planifications antérieures locales.

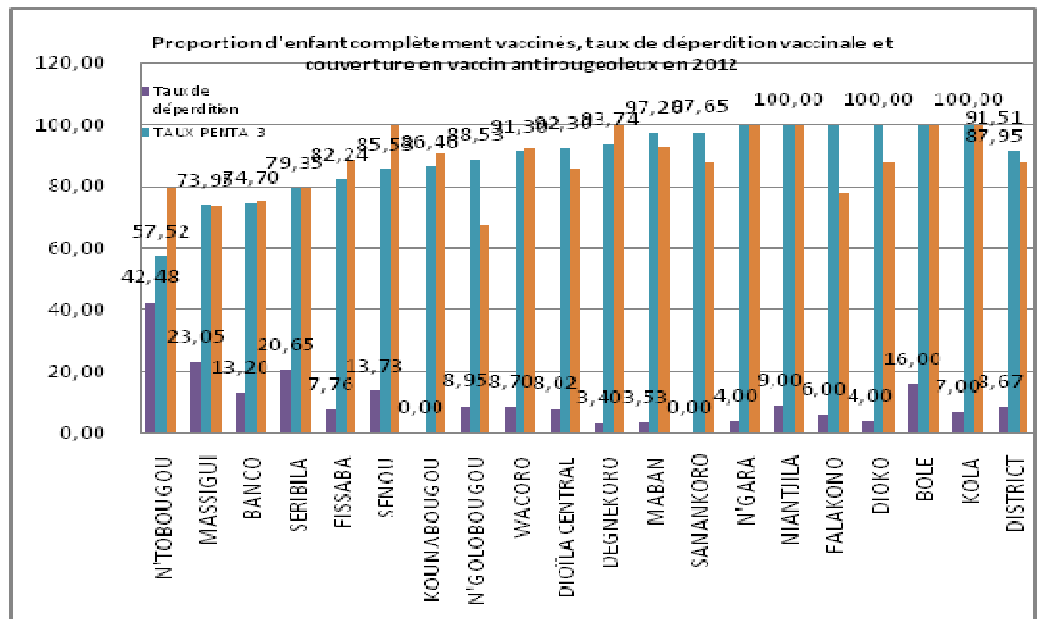
Le district a bénéficié de campa-gnes de rattrapage des cibles de la vaccination en 2012. Ces activités ont été mis a profit pour former le personnel mais surtout resorber le déficit engendré par la forte pluviomé-trie qui rendait difficile l'accès à certains villages dans les secteurs inondés. Des efforts sont toutefois à faire dans le domaine de la logistique de la chaîne du froid, des activi-tés de communication et suivi du programme élargi de vaccination



Cette prévalence souffre de l'insuffisance de rapportage des données des promoteurs de marketing social. Au demeurant, les centres franchisés présente dans l'ensemble une situation plus meilleure.



Seulement 17% des femmes en travail d'accouchement sont assistés par un personnel qualifié. Ce taux meilleur par rapport à ceux des années antérieures est accompagné par une baisse drastique des décès maternel(3 contre une moyenne annuelle de 16) et des morts nés (110 contre une moyenne annuelle de 256).



Si le taux de déperdition vaccinale semble acceptable, des efforts restent à faire pour couvrir correctement les enfants des grandes aires de santé et pour réduire les taux de pertes en vaccin. Les mini LQAS réalisées localement en marge de la supervision des activités de vaccination montre les taux moyens suivants: Utilisation: 96%, enfant complètement vaccinés: 89%, couverture en vaccin anti rougeoleux: 85%.

Globalement de l'analyse des résultats de couverture et des rapports de supervision, les meilleurs CSCom sont Kola, Banco, Niantjila, N'golobougou, Dioïla central et senou. Il faut noter que le cscom central souffre de la présence sur la même espace géographique que le centre de santé de référence. Le cscom qui a le plus fait des progrès sur les 2 années passées sont Kola et sanankoro.

Quelques résultats atteints par les agents de santé communautaires

Démarré en novembre 2011 dans le district sanitaire de Dioïla, les soins essentiels dans la communauté visent à accélérer l'objectif 4 du millénaire pour le développement (OMD4). De janvier à décembre 2012, les résultats par les 48 agents de santé communautaires (ASC) permettent de mesurer l'apport de cette stratégie dans l'amélioration de l'état de santé des enfants du district.

Il est à noter dans certaines aires de santé, la participation des ASC à la prise en charge des enfants de moins

de 5 ans atteint plus de 90%. Il faut rappeler que le paquet de service dispensé par l'ASC comprend entre autres la prise en charge de certaines maladies de l'enfant au stade sans complication (paludisme, Diarrhée, infections respiratoires, malnutrition aigüe modérée..), la référence des cas graves vers les structures de santé de base, la promotion de la planification familiale et la distribution de certains produits, la promotion des pratiques familiales essentielles à la survie de l'enfant. Les résultats des activités de soins sont pris en compte dans le système local d'information sanitaire.

Dans ce chapitre, globalement les ASC ont assuré la prise en charge de 46% des cas de diarrhées non compliquées, 51% des cas d'infections respiratoires et 45% des cas de paludisme simple. En outre leur participation aux activités de référence des enfants atteints de pathologies graves a été très importante, il en est de même pour les activités de distribution des produits contraceptifs modernes. Au regard de ces résultats qui peuvent être améliorés, nous pouvons dire que les ASC tendent à combler les espoirs placés en eux. **Dr BAGAYOKO**

	Taux d'utilisation de la consultation curative	Nbre de nouvelles consultations d'enfants de 0-5ans/CSCOM	Nbre de nouvelles consultations d'enfants de 0-5ans/ASC	proportion de nouvelles consultations d'enfants de 0-5ans/ASC
BOLE	0,23	228	156	68%
DEGNEKORO	0,20	477	341	71%
DIOÏLA CENTRAL	0,19	1454	570	39%
FALAKONO	0,34	394	108	27%
FISSABA	0,51	1157	370	32%
KOLA	0,51	421	143	34%
KOUNA-BOUGOU	0,25	316	299	95%
MABAN	0,66	1352	225	17%
MASSIGUI	0,23	1399	662	47%
N'GARA	0,23	521	262	50%
N'GOLO-BOUGOU	0,53	2964	1806	61%
NIANTJILA	0,19	640	434	68%
N'TOBOUGOU	0,14	288	45	16%
SANANKORO	0,83	730	200	27%
SENOU	0,33	1673	977	58%
SERIBILA	0,24	359	65	18%
WACORO	0,41	1312	343	26%
DISTRICT	0,31	18514	8135	44%

	Diarrhée chez les enfants de 0 à 5ans	Malnutris aigus modéré chez les enfants de 0 à 5ans	Infection respiratoire aigüe haute chez les enfants de 0 à 5ans	Paludisme Simple chez les enfants de 0 à 5ans	Infection respiratoire aigüe basse (Pneumonie) chez les enfants de 0 à 5ans
Cas notifié pris en charge	2203	1226	2489	9908	2688
Nbre pris en charge par les ASC	1009	266	1281	4446	1133
Proportion faite par les ASC	46%	22%	51%	45%	42%

Publication

Rédacteur : **Dr BAGAYOKO** Moussa, Médecin Chef Dioïla

Comité de lecture: **Dr DIABATE** Kassoum, médecin

Mr Issa COULIBALY, Chargé SIS

Mr Brehima COULIBALY, GRH

Mr Mohamed D DIAKITE, Chef SDES