

EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS AU SERVICE DE CHIRURGIE PÉDIATRIQUE DU CHU GABRIEL TOURE

ASSESSMENT OF THE QUALITY OF CARE IN THE PEDIATRIC SURGERY DEPARTMENT OF THE CHU GABRIEL TOURE

Abdramane TRAORE

Docteur en Gestion des Services de Santé, Chargé de Recherche, CHU Gabriel TOURE,
Bamako-Mali, Afrique de l'Ouest

Harouna Dit Tiémoko SANGARE

Docteur en Gestion des Services de Santé, Chargé de Recherche, CHU Gabriel TOURE,
Bamako-Mali, Afrique de l'Ouest.

Hellah dit Boua SIDIBE

Docteur en Anesthésie Réanimation, Chargé de Recherche, CHU Gabriel TOURE, Bamako-
Mali

Dohinnon COLETTE

Docteur en Sciences de Santé de la Reproduction, Maître Assistante, à l'Institut National de
Formation en Sciences de la Santé (INFSS).

Salif DIABATÉ

Docteur en Pédagogie des Sciences de la Santé, Institut Croix-Rouge Malienne.

Thomas DOUMBIA

Docteur en Médecine Générale CHU Gabriel TOURE, Bamako-Mali

Ali SIDIBE

Master en Santé Publique (Épidémiologie et Bio- statistique), CHU Gabriel TOURE,
Bamako-Mali

Moussa KONE

Docteur en Gestion des Projets, Maître Assistant à l'Institut National de Formation en
Sciences de la Santé (INFSS), Bamako-Mali, Afrique de l'Ouest

Malé MAGASSA

Master en Santé Publique (Épidémiologie), CHU Gabriel TOURE, Bamako-Mali

Ibrahima Diakité

Master en Anesthésie Réanimation, CHU Gabriel TOURE, Bamako-Mali

Yacaria COULIBALY

Professeur Titulaire en Chirurgie Pédiatrique, Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
(FMOS)/ CHU Gabriel TOURE, Bamako-Mali

Date de soumission : 11/09/2025

Date d'acceptation : 24/10/2025

Pour citer cet article :

TRAORE A. & al. (2025) «EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS AU SERVICE DE CHIRURGIE
PÉDIATRIQUE DU CHU GABRIEL TOURE», Revue Internationale des Sciences de Gestion « Volume 8 :
Numéro 4 » pp : 744 - 763

RESUME

L'étude a été portée sur 110 usagers, choisi de façon empirique afin de déterminer leur niveau de satisfaction. L'analyse des résultats a montré que la qualité des soins au service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel TOURE s'élevait à 70,93%. Les normes professionnelles y contribuaient à 26,39% et la satisfaction des usagers à 44,54%. La qualité des soins avait été mesurée sur la base de la somme des points mis en jeu (360). Les griefs formulés étaient entre autres : la négligence du personnel, l'absence d'orientation, la non prise en charge des urgences sans paiement préalable et la longue attente. En plus deux (2) usagers avaient été victime de vol. L'élaboration de cette étude nous a permis d'avoir des référentiels sur la qualité des soins au service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel TOURE. Des insuffisances particulières ont été mises en évidence nous donnant ainsi plus de détails sur les éléments d'insatisfaction. Autant de données qui doivent être corrigées pour l'amélioration de la qualité des soins.

Mots clés : Évaluation ; Qualité des soins ; Satisfaction ; Chirurgie pédiatrique ; CHU Gabriel TOURE.

ABSTRACT

The study focused on 110 users, chosen empirically to determine their level of satisfaction. The analysis of the results showed that the quality of care in the pediatric surgery department of CHU Gabriel TOURE was at 70.93%. Professional standards contributed 26.39% to this and user satisfaction accounted for 44.54%. The quality of care was measured based on the total available points (360). The grievances reported included: negligence of staff, lack of guidance, failure to attend to emergencies without prior payment, and long waiting times. Additionally, two (2) users were victims of theft. The development of this study allowed us to have benchmarks on the quality of care in the pediatric surgery department of CHU Gabriel TOURE. Specific deficiencies were highlighted, providing us with more details on the elements of dissatisfaction. All this data needs to be corrected for improvement.

Keywords: Assessment; Quality of Care; Pediatric Surgery; Gabriel TOURE University Hospital.

Introduction

La médecine a toujours évolué vers la recherche d'une qualité de plus en plus élevée. Cette recherche de qualité s'est manifestée par la lutte contre les maladies (**Barbara, & al., 2008**). Il existe plusieurs définitions de qualité des soins.

Selon l'OMS, « Que chaque patient reçoive la combinaison d'actes diagnostique et thérapeutique qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un résultat, au moindre risque iatrogène et pour la plus grande satisfaction du malade en terme de procédure, de résultat et de contact humain à l'intérieur du système des soins. » (**OMS, 2003**).

L'éthique médicale impose à tout agent de santé d'offrir à chaque patient la meilleure qualité possible des soins. De plus en plus la société l'exige ; longtemps les références principales de cette qualité ont été l'enseignement hospitalo-universitaire, le serment d'Hippocrate et le code de déontologie médicale (**Matillon, 1992**).

L'évaluation des pratiques médicales est un ensemble de processus pour aider le professionnel de la santé à faire le meilleur choix diagnostique et thérapeutique pour le malade et la société (**Barbara, & al., 2008**).

Évaluer c'est donner une valeur permettant de faire un jugement ou un classement. En médecine, évaluer c'est recueillir des données, les comparer à une situation optimale afin de prendre une décision. Ce «trépied de l'évaluation» est un ensemble indissociable dont les éléments ne peuvent pas être disjoints (**Diarra, 2011**).

Elle a pour objectif d'améliorer la qualité des soins et du service rendu au patient par les professionnels, et de démontrer la compétence, la fiabilité de l'organisation et des professionnels de santé aux clients du système de santé pour augmenter leur satisfaction et leur confiance. Ainsi un service peut se développer au travers de la satisfaction de ses clients (**Virginie, 2010**). Dans tous les cas, ils convient de souligner que la " qualité des soins " est une notion multidimensionnelle. Elle associe des critères de processus (les pratiques professionnelles et des aspects organisationnels) et de résultat (l'efficacité clinique exprimée en terme de mortalité / morbidité, la sécurité, la qualité perçue par le patient et son entourage) (**Donabedian, 1966**).

L'activité d'un service hospitalier peut être évaluée de façon quantitative (étude épidémiologique ou thérapeutique d'une pathologie), économique (soit en appréciant le coût de la prise en charge soit le rapport coût– bénéfice) ; elle peut aussi se faire de façon qualitative. L'évaluation qualitative apprécie les résultats thérapeutiques, les séquelles du traitement et la satisfaction du patient à la fin de son séjour hospitalier.

Le contrôle de la qualité des soins a pour objectif de réduire ou de supprimer les soins inutiles et d'améliorer la qualité des soins utiles tant dans leur indication que leur mise en œuvre (**Alexander, et al., 2007**).

En Afrique francophone si l'évaluation de certains programmes de santé comme le Programme Élargi de Vaccination (PEV) est devenue habituel, celle des structures hospitalières est rare alors que l'hôpital consomme une grande partie du budget national de santé (**Dembélé, 2001**) ; (**Bertrand & al., 2005**).

Au Mali, bien que les travaux d'évaluation sur la qualité des soins soient rares en milieu hospitalier, il faut noter que d'autres études ont été menées sur la qualité des soins dans certains établissements privés de la ville de Bamako, dans le service de chirurgie générale du CHU du Point G et dans les services médicaux et médicotechniques de l'hôpital Gabriel Touré (**Daniel & al., 2004**) ; (**Bengaly, 1993**).

Dans notre service à l'hôpital Gabriel Touré plusieurs études ont été effectuées mais aucune de ces études n'a intéressé à la fois le degré de satisfaction du patient à sa sortie et l'évaluation des différentes techniques et pratiques de soins, ce qui a motivé l'initiation de ce travail dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel TOURE.

L'objectif de ce travail était d'évaluer la qualité des soins au service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel TOURE

Ce travail de recherche nous a amené à poser des questions, à savoir :

- Quelle Appréciation sur les moyens de production, le processus d'offre des soins et les résultats obtenus des soins ?
- Quel est le taux de satisfaction des usagers ?
- Quel est le degré d'atteint de la qualité des soins ?
- Quelles sont des solutions à proposer en vue d'une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients ?

Ce travail est organisé en trois parties, la première partie traite la Méthodologie, la deuxième partie traite les résultats et la troisième partie traite les discussions. Il commencera par une introduction et prendra fin par une conclusion.

1. Méthodes et Matériels

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à visée évaluative couplée à un sondage d'opinions des usagers du service conduit sur une période d'une année, allant du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2020, et portant sur 110 usagers pendant la période de notre étude dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré.

Échantillonnage comportait deux volets :

Volet 1, relatif à l'appréciation de la qualité des soins selon les normes professionnelles :

- Pour les ressources humaines un choix raisonné a été appliqué en fonction des tâches et des responsabilités ;
- Pour les infrastructures, équipements et matériels, ils ont été recensés ;
- Pour les médicaments, une fiche de 20 MEG au niveau de la pharmacie hospitalière a été appliquée en fonction de leur utilisation dans la prise en charge des patients selon les activités du service ;
- En ce qui concerne, les fluides médicaux, ils ont été recensés ;
- Tous les documents de gestion permettant de fournir des renseignements ont été concernés.

Volet 2, relatif à l'appréciation de la qualité des soins suivant la satisfaction des usagers :

L'échantillonnage a été fait sur l'ensemble des utilisateurs du service au moment de la collecte des données. Les usagers ont été interviewés suivant une sélection aléatoire consistant à les interroger soit durant l'hospitalisation ou pendant la consultation externe soit à la sortie du service.

Un échantillon de 110 usagers a été choisi de façon empirique afin de déterminer leur niveau de satisfaction.

La collecte des données a été réalisée à l'aide d'une fiche d'enquête préalablement élaborée, en fonction des objectifs et des variables retenues. Ces variables comprenaient :

- Moyens de production (Infrastructures, Matériels et équipements, Produits pharmaceutiques et fluides médicaux, Ressources humaines, les examens complémentaires, Commodité des salles d'hospitalisations) ; Processus de soins ; Résultats de soins.
- Satisfaction des usagers (l'accueil, l'accessibilité financière, la disponibilité du personnel, la confidentialité des prestations, la sécurité des patients, la propreté du service, le respect de l'intimité des patients) ;
- Appréciation des résultats en fonction de la grille d'évaluation.

1.1 Critères d'inclusion

- Les accompagnants des malades et malades hospitalisés de 0-15 ans dans le service pendant la collecte des données ;
- Les infrastructures, équipements et matériels du service ;
- Tous les agents personnels travaillant depuis au moins une année dans le service et acceptant de remplir les questionnaires.

1.2 Critères de non inclusion

- Les malades hospitalisés dans d'autres services ;
- Les salles non utilisables ;
- Tous les agents personnels travaillant depuis moins d'une année dans le service.

Tableau N°1 : Techniques, outils et cibles :

Techniques	Outils	Cibles
Entretien individuel	Questionnaire	Personnel administratif et technique, Usagers.
Observation	Grille d'observation	Infrastructures et Matériels/équipements
Exploitation documentaire	Grille d'exploitation	Documents administratifs Supports de suivi des équipements

Source : Auteurs

La qualité étant la résultante du respect des normes professionnelles et la satisfaction des usagers, une grille synthétique a été élaborée pour quantifier la qualité des soins. Il s'agissait d'attribuer des points à chaque composante des normes professionnelles et de la satisfaction des usagers soit 180 points à chacune d'elle avec un total de 360 points.

Ainsi, la sommation des points résultant de l'appréciation des différentes composantes a permis de quantifier les normes professionnelles et la satisfaction des usagers.

Enfin la qualité a été calculée en supposant que chaque volet (normes professionnelles et satisfaction des usagers) y contribue à 50% chacun.

Les indicateurs relatifs à l'appréciation des normes professionnelles ont été calculés à l'aide du logiciel Microsoft Office, Excel 2016. Quant à la satisfaction des usagers, elle a été calculée à l'aide d'un progiciel conçu à cet effet.

La Considérations éthique a été prise en compte dans notre étude.

2. Résultats :

Durant la période de notre étude (un an) dans le service de chirurgie pédiatrique, nous avons trouvé ces résultats ci-dessous.

2.1 Normes professionnelles

2.1.1 Moyens de production des soins.

L'adéquation des moyens de production avait été appréciée à travers ses composantes et a abouti aux résultats suivants :

Adéquation des infrastructures :

Tableau N°2 : Adéquation de la fonctionnalité des bâtiments

Désignation des bâtiments	Taux d'adéquation (%)
Locaux du service	100
Locaux du bloc opératoire	100
Taux moyen d'adéquation des bâtiments	100

Source : Notre étude

Les bâtiments du service étaient tous fonctionnels à 100%.

Tableau N°3 : Adéquation de la fonctionnalité des installations

Type d'installation	Taux d'adéquation (%)
Interphone	100
Internet	0
Intranet	0
Électricité	100
Taux moyen d'adéquation des installations	50

Source : Notre étude

L'appréciation des installations avait été portée sur l'interphone, l'internet, l'intranet et l'électricité. Dans notre étude l'internet et l'intranet n'étaient pas fonctionnelles dans le service.

Tableau N°4 : Adéquation de la fonctionnalité des équipements/du matériel

Désignations des équipements et matériels	Taux d'adéquation (%)
Adéquation des équipements du bloc opératoire	92,31
Adéquation des matériels informatiques et bureautiques	46,15
Adéquation des équipements et matériels logistiques	100
Adéquation des mobiliers de bureau	40
Adéquation des matériels de consultation	50
Taux moyen d'adéquation	65,69

Source : Notre étude

Les équipements et matériels étaient fonctionnels en moyenne à 65,69%.

Adéquation des produits pharmaceutiques et fluides médicaux

Tableau N°5 : Taux de rupture des produits pharmaceutiques et fluides médicaux

Désignation	Taux de rupture (%)
Produits pharmaceutiques	8,75
Fluides médicaux	4,25

Source : Notre étude

- **Pour les produits pharmaceutiques**, sur les 20 MEG et consommables, le taux de rupture moyen était de 8,75%.
- **Concernant les fluides médicaux**, sur les 4 fluides médicaux (Oxygène, Air, Vide, Protoxyde d'Azote), le taux de rupture moyen était de 4,25%.

Capacité en ressources humaines

Tableau N°6 : Taux de qualification du personnel

Désignation du personnel	Nombre	Taux de qualification (%)
Médical spécialisé	7	100
Paramédical	13	100
Personnel de soutien	2	100
Taux moyen	22	100

Source : Notre étude

Tous les personnels du service étaient qualifiés.

Disponibilité des examens de laboratoire et d'imagerie médicale.

Tableau N°7 : Disponibilité des examens de laboratoire et d'imagerie médicale

Type d'examens	Taux de disponibilité (%)
Laboratoire	71,43
Imagerie médicale	71,88

Source : Notre étude

Pour la disponibilité des examens de laboratoire, sur 35 examens biomédicaux prévus 25 étaient disponibles soit 71,43%. Concernant les examens d'imagerie médicale, sur 32 examens prévus 23 étaient réalisables soit 71,88% des examens d'imagerie médicale.

➤ Commodité de l'hôtellerie

Pour la commodité des salles d'hospitalisation, aucune d'elle n'avait été jugée conforme.

2.1.2 Processus de soins

Tableau N°8 : Adéquation du processus de soins

Indicateurs	Résultats en (%)
Taux d'adéquation des bonnes pratiques de gestion et d'organisation	88,89
Taux adéquation des mécanismes de motivation du personnel	100
Taux d'adéquation de l'hygiène hospitalière	66,67
Taux d'adéquation de la prise en charge des urgences	33,33
Taux d'adéquation de la maintenance des équipements	25
Taux d'adéquation des mécanismes d'équité aux soins	75
Taux d'adéquation de la tenue des dossiers patients	40

Source : Notre étude

➤ Adéquation des bonnes pratiques de gestion et d'organisation.

Sur 8 critères sur 9 étaient conformes. Le service ne disposait pas de tarification affichée sur les murs concernant les différentes prestations.

➤ Adéquation des mécanismes de motivation du personnel

Ils existaient quatre types de motivations avec des critères formels et appliqués de façon équitables.

➤ Adéquation de l'hygiène hospitalière

Pour l'hygiène hospitalière, le service avait une procédure de décontamination, de stérilisation, le personnel était formé et ces techniques étaient conformes dans le service. Certaines étapes de la

gestion des déchets n'étaient pas conformes notamment la collecte pour l'insuffisance dans le tri et le transport des déchets vers le site de stockage de l'hôpital. Les dispositifs de lavage des mains étaient disponibles et utilisés.

➤ **Adéquation de la prise en charge des urgences**

Il existait une équipe de garde de personnels qualifié 24h/24. Les kits d'urgence étaient disponibles. Les armoires d'urgences et les examens complémentaires n'étaient pas disponibles. Il n'existait pas de procédures écrites de gestion des kits d'urgence ni d'acte administratif règlementant la prise en charge des urgences au niveau du service.

➤ **Adéquation du processus de maintenance**

Il existait du personnel pour la maintenance et de contrat de prestation. Les maintenances préventive et curative n'étaient pas assurées et il n'existait pas de procédures de réformes.

➤ **Adéquation des mécanismes d'équité aux soins**

Concernant l'adéquation de l'équité aux soins au service, la tarification était conforme pour tous les usagers fréquentant le service, l'ordre d'arrivée des patients était respecté. Pour la catégorisation des salles d'hospitalisation, en fonction des contributions financières des patients était conforme aux dispositions réglementaires en vigueur. Il n'existait pas de procédure de prise en charge des démunis par le service

➤ **Adéquation de la tenue des dossiers médicaux**

Concernant le remplissage et l'archivage, les dossiers ne remplissaient pas les critères, ils n'étaient pas bien renseignés et mal archivés. Les dossiers ne disposaient pas de numérotation unique. Sur les 20 dossiers exploités 40% étaient bien renseignés.

2.1.3 Résultats des soins

Tableau N°9 : Calcul des indicateurs de résultat de soins

Indicateurs	Résultats
Taux de mortalité	11,62%
Durée moyenne de séjour	4,91 jours
Taux d'infection post opératoire	2,44%
Taux de reprise post opératoire	1,01%
Taux de ré hospitalisation	0%

Source : notre étude

Le taux de ré hospitalisation n'avait pas pu être calculé car nous n'avions pas pu avoir des données de ré hospitalisation sur les supports disponibles.

2.2 La satisfaction des usagers

Tableau N°10 : Fréquence des réponses fournies par les usagers interrogés

Réponses	Fréquences	Pourcentages %
Accueillant	107	0,97
Non accueillant	3	0,03
Satisfait respect patient	105	0,95
Satisfait rapidité prise en charge	101	0,92
Satisfait respect ordre arrivée	109	0,99
Satisfait disponibilité	97	0,88
Ont une connaissance à l'hôpital	13	0,12
Ont reçu l'aide de leur connaissance	10	0,09
Tarif consultation abordable	76	0,69
Tarif consultation non abordable	34	0,31
Tarif hospitalisation abordable	73	0,66
Tarif hospitalisation non abordable	37	0,34
Tarif intervention chirurgicale abordable	35	0,32
Tarif intervention chirurgicale non abordable	42	0,38
Tarif examen labo abordable	70	0,64
Tarif examen labo non abordable	39	0,35
Tarif examen radio abordable	46	0,42
Tarif examen radio non abordable	39	0,35
Médicament abordable	76	0,69
Médicament non abordable	34	0,31
Payé autres frais sans reçu	3	0,03
Intimité respectée	106	0,96
Cour propre	100	0,91
Cour passablement propre	4	0,04
Cour sale	6	0,05
Salle consultation propre	105	0,95
Salle de consultation passablement propre	1	0,01
Salle de consultation sale	4	0,04
Salle d'hospitalisation propre	82	0,75
Salle d'hospitalisation passablement propre	11	0,10

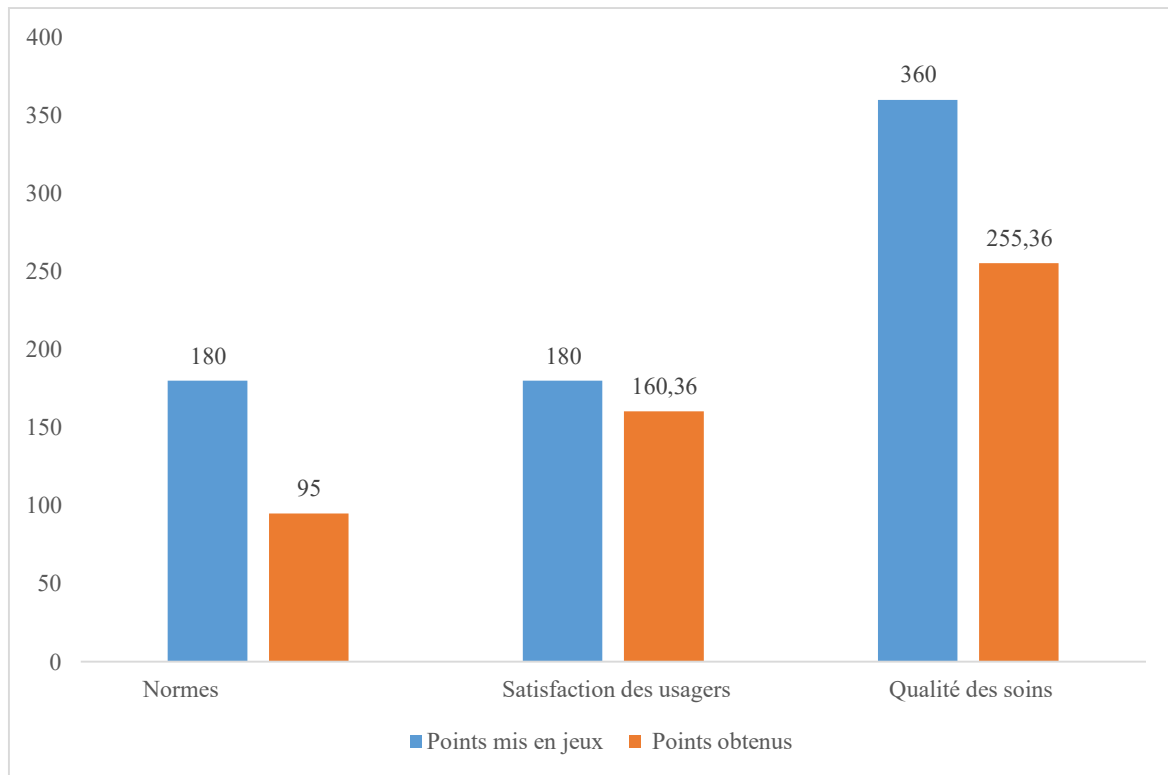
Sale d'hospitalisation sale	17	0,15
Toilette propre	46	0,42
Toilette passablement propre	16	0,15
Toilette sale	48	0,44
Victime de vol	2	0,02
Hospitalisés	13	0,12
Reçus du repas	0	0,00
Satisfait de la qualité du repas	1	0,01
Ont été informé de leur droits et devoirs lors de leur hospitalisation	14	0,13
Ont reçu des explications sur leur état de santé	104	0,95
Ont reçu des conseils hygiéno-diététiques	104	0,95
Affirment que le prestataire a été attentif à leur préoccupation	89	0,81
Satisfait de leur traitement	107	0,97
Dénoncent la négligence du personnel	23	0,21
Dénoncent l'absence d'orientation	8	0,07
Dénoncent la longue attente	45	0,41
Dénoncent la non prise en charge des urgences	105	0,95
Nombre de satisfait	98	0,89
Taux de satisfaction	89,09%	0,01

Source : Notre étude.

Le taux de satisfaction était de 89,09%.

2.3 Appréciation des résultats en fonction de la grille d'évaluation

Figure N°1 : Mesure de la qualité des soins



Source : Notre étude

La qualité des soins du service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel TOURE s'élevait à 70,93%.

3. Discussion

➤ Difficultés de l'étude

En plus, seuls les parents des patients ont été interviewés alors que les aspects de satisfaction des parents ne sont pas toujours en corrélation avec celui des enfants.

Enfin, nous notons l'absence de certaines données toutes aussi importantes comme la notion d'hospitalisation antérieure et de registre de suivi des équipements et matériels du bloc opératoire.

3.1 Normes professionnelles

3.1.1 Moyens de productions ; Infrastructure, matériels et équipements

Le service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel TOURE est abrité par un ancien bâtiment du temps colonial avec des chambres multiples dont le taux d'adéquation des locaux a été évalué à 100%, les installations étaient de 50% pour les infrastructures au service de chirurgie pédiatrique. Les équipements et matériels étaient fonctionnels avec une moyenne de 65,69%. Cette fonctionnalité variait d'un local à l'autre. Au niveau de celles-ci nous avons recensé un certain nombre d'insuffisances : le bloc opératoire dont le taux d'adéquation était de 92,31% qui est dû : à une absence de table orthopédique pédiatrique, un manque de respirateur de transport au bloc opératoire, un mauvais état et d'insuffisance des boîtes d'instruments chirurgicaux, une insuffisance de l'équipement pour la coelio- chirurgie. Le taux d'adéquation des matériels informatiques et bureautiques était de 46,15% et les mobiliers de bureau était de 40%. Cela s'explique par un manque d'équipement des bureaux par l'hôpital dont la majorité des matériaux et mobiliers sont payés sur fonds propres des personnels. Le taux d'adéquation des équipements et matériels logistiques était de 100% et celle des matériels de consultation était de 50% dû par un manque de dotation de matériels suffisant par l'hôpital, un manque de suivi et d'entretien des matériaux et cela a un impact sur la qualité de la consultation.

➤ Produits pharmaceutiques et fluides médicaux

Les produits pharmaceutiques avaient enregistré un taux moyen 8,75% de rupture de stock dont certains étaient en rupture partielle et totale. Certains médicaments n'étaient pas dans la pharmacie hospitalière et les usagers étaient dans l'obligation de les chercher dans les officines privées. Le taux moyen de rupture des fluides médicaux était de 4,25% au bloc opératoire dû à l'oxygène. Ce taux s'explique par la panne fréquente des machines qui produisent l'oxygène survenant dans les mois où la chaleur est très élevée (mars, avril, mai).

➤ **Ressources humaines**

Le taux de personnel qualifié était de 100% avec un effectif total de vingt-deux (22) agents fonctionnaires et contractuels au service de chirurgie pédiatrique. Le service disposait à savoir : sept (7) chirurgiens pédiatrique (dont un professeur titulaire, deux maître assistants et un chirurgien plasticien et reconstructeur et trois praticiens hospitaliers), trois infirmiers assistants médicaux (dont un surveillant et deux Ibodes), un (1) technicien supérieur de santé, une secrétaire, six (6) techniciens de santé et deux (2) techniciens de surface.

➤ **Examen complémentaire**

Pour la disponibilité des examens de laboratoire, sur 35 examens biomédicaux prévus 25 étaient disponibles soit 71,43%. En hématologie : l'électrophorèse de l'Hémoglobine et le temps de sédimentation non disponibles ; en bactério-virologie et mycobactériologie : la recherche de BK, la culture des mycobactéries et antibiogramme non disponibles ; en immunologie/sérologie : la sérologie amibienne non disponible ; en parasitologie-mycologie : les selles POK non disponibles ; en anatomo-pathologie : la cytologie, l'immuno-histo-chimie des tissus et l'examen macroscopique/microscopique de pièce d'exérèse non disponibles et enfin en biochimie tout était disponible.

Concernant les examens d'imagerie médicale, sur 32 examens prévus 23 étaient réalisables soit 71,88% des examens d'imagerie médicale. En radio sans contraste : la radiographie de BLONDEAU non disponible ; en radio avec contraste : le TOGD, le lavement baryté, radiographie des voies biliaire, UIV, UCR, Saccroradiculographie, fistulographie non disponible ; tous les examens d'échographie étaient disponibles. L'hôpital ne dispose pas de service d'anatomo-pathologie pour l'examen des pièces opératoires.

➤ **Commodité d'hospitalisation**

Pour la commodité des salles d'hospitalisation, aucune d'elles n'avait été jugée conforme à l'article 18 du Décret 02-311/ PRM du 04 juin 2002 fixant le régime de rémunération des actes médicaux et hospitalisation dans les établissements publics de santé notamment : le nombre élevé de patients dans les salles de 2ème et 3ème catégorie, la non distribution de nourriture par l'hôpital, meubles non adéquats, l'insuffisance et le mauvais état des toilettes, le mauvais état des climatiseurs et des ventilateurs.

3.1.2 Processus de soins

➤ Mécanismes de motivation

Concernant les mécanismes de motivation du personnel, il existait des critères formels et appliqués de façon équitables. Il s'agissait de prime de garde, ristourne trimestrielle, prime de responsabilité.

➤ Bonnes pratiques de gestion et d'organisation

Les bonnes pratiques de gestion et d'organisation sont l'une des parties essentielles de gouvernance du service. Le service doit mettre en place les organes conformes aux dispositions en vigueur. Le service ne disposait pas de tarification affichée sur les murs concernant les différentes prestations.

➤ Hygiène hospitalière

Pour l'hygiène hospitalière, la décontamination était conforme dans le service. Le processus de stérilisation était conforme. Certaines étapes de la gestion des déchets biomédicaux n'étaient pas conformes notamment la collecte, les poubelles sont pleines à déborder et les déchets traînent par terre ; le transport des déchets vers le site de stockage de l'hôpital n'était pas conforme. Les dispositifs de lavage des mains étaient disponibles et utilisés.

➤ Prise en charge des urgences

Concernant la prise en charge des urgences, il existait une équipe de garde de personnels qualifiés 24h/24. Les kits d'urgence étaient disponibles. Les armoires d'urgences et le personnel spécialisé pour la réalisation de certains examens complémentaires n'étaient pas disponibles et le non fonctionnement correct du service social. Il n'existait pas de procédures écrites de gestion des kits d'urgence ni d'acte administratif réglementant la prise en charge des urgences connu par tout le personnel au niveau du service. Elle mérite d'être renforcée par la correction des déficits et la formation du personnel. La prise en charge des urgences reste une obligation légale comme le stipule l'article 10 de la Loi n° 02-050 du 22 juillet 2002 portant Loi hospitalière.

➤ Maintenance

Il existait du personnel pour la maintenance et de contrat de prestation. La maintenance préventive et curative n'étaient pas assurées et il n'existait pas de procédures de réformes or cela reste des outils indispensables pour prévenir les pannes et assurer le remplacement de l'équipement.

➤ Dossiers médicaux

Quant aux dossiers médicaux, ils étaient ouverts systématiquement pour les malades hospitalisés et ambulatoires. Il n'existait pas de système de numérotation unique, ni de système

d'archivage conforme à l'échelle permettant de les retrouver. Il faut rappeler que l'ouverture de dossier pour tous les patients est une prescription légale conformément à l'article 31 de la Loi 02-050 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière qui stipule : « un dossier médical doit être constitué pour chaque malade pris en charge. Ce dossier est classé et conservé par l'établissement pendant une période de 10 ans ».

➤ Équité aux soins

Pour l'équité aux soins au service, la tarification était conforme à tous les usagers fréquentant le service, l'ordre d'arrivée des patients était respecté. Pour la catégorisation des salles d'hospitalisation en fonction des contributions financières des patients, était conforme aux dispositions réglementaires en vigueur. Il n'existait pas de procédure de prise en charge des démunis par le service connu par tous.

3.1.3 Résultats des soins

Le taux de mortalité annuel était de 11,62%. Ce taux de mortalité peut être dû à des pathologies malformatives congénitales et les brûlures très graves pour lesquelles le plateau technique était inadéquat. Ce taux est nettement supérieur à celui de (TRAORE. & al., 2025) qui a trouvé 10% pour 6 mois d'étude. Cette différence peut être due à la taille de l'échantillon et la durée de l'étude.

La durée moyenne de séjour était de 4,91 jours. Cette durée est inférieure à celle de (TRAORE. & al., 2025) qui a été de 10 jours Ceci pourrait s'expliquer par la gravité de la brûlure (étendu, profondeur, agent causal ...) le retard de prise en charge, l'automédication (traitement traditionnel)

Le taux d'infection post opératoire était de 2,44%. Le taux de reprise post opératoire était de 1,01%. Le taux de ré hospitalisation était de 0%. Le taux de ré hospitalisation n'avait pas pu être calculé car nous n'avions pas pu avoir des données de ré hospitalisation sur les supports disponibles.

3.2 La satisfaction des usagers

Le taux de satisfaction était de 89,09%. La non-prise en charge des urgences était le principal grief formulé par 95,45% des usagers interrogés et 2% a été victime de vol.

3.3 Qualité des soins

Le taux était de 70,93%, ce qui est inférieur à 80% comme le préconise l'OMS en termes de satisfaction (OMS, 2003), également inférieur à celui de (Lailla, 2018) qui a trouvé 80% pour

30 usagers et durant un mois dans le même service cela pourrait s'expliquer par la taille et la durée de l'étude. Les normes professionnelles y contribuaient à 26,39% et la satisfaction des usagers à 44,54%.

Conclusion :

Au terme de notre étude nous pouvons tirer plusieurs enseignements. L'évaluation de la qualité des soins est possible même dans des pays peu nantis comme le Mali malgré certaines difficultés (manque d'indicateur au Mali, la non compréhension du but de l'étude des problèmes de conformité des infrastructures hospitalières, des conditions d'hébergement des malades par la création de salles adéquates pour l'hospitalisation.....)

Cette étude, inédite dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel TOURE, a noté des insuffisances imputables non seulement à la structure hospitalière elle-même mais aussi aux agents y exerçant. Les résultats de la présente recherche (que la qualité des soins au service s'élevait à 70,93%. Les normes professionnelles y contribuaient à 26,39% et la satisfaction des usagers à 44,54%. Les griefs formulés étaient entre autres : la négligence du personnel, l'absence d'orientation, la non prise en charge des urgences sans paiement préalable et la longue attente. En plus deux (2) usagers avaient été victime de vol et doivent être prises en compte par les autorités, cela permettra d'améliorer le niveau de la qualité des soins.

Il serait donc très intéressant de poursuivre ce genre d'étude dans les années à venir afin de voir l'impact de l'application des recommandations sur l'amélioration de la qualité des soins non seulement au service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel TOURE, mais aussi dans d'autres services.

Références bibliographiques :

1. Annexe du Décret n° 2016-0470/P-RM du 28 juin 2016 fixant la Carte Nationale Hospitalière du Mali.
2. Bengaly, L. (1993). Étude des infections postopératoires dans le service de chirurgie B de l'hôpital national du Point G [Thèse de doctorat, Faculté de Pharmacie, Université de Bamako].
3. Bertrand, J. T., Magnani, N., Mansilu, M., & Landry, E. G. (2005). Factors influencing the use of traditional versus modern family planning methods in Bas Zaire. *Studies in Family Planning*, 16, 332–620.
4. Daniel, D., Nicolas, D., & Pierre-Alain, C. (2004). Classification of surgical complications: A new proposal with evaluation in a cohort of 6,336 patients and results of a survey. *Annals of Surgery*, 240, 205–213.
5. Dembélé, A. Y. (2001). Évaluation de la qualité des soins au service de chirurgie A de l'hôpital du Point G (Thèse n°113) [Thèse de doctorat en médecine, Université de Bamako].
6. Diarra, M. (2011). Évaluation de la qualité des soins postopératoires en chirurgie B au CHU du Point G [Thèse de doctorat en médecine, Université de Bamako].
7. Haute Autorité de Santé. (2005, juin). L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé. <https://www.has-sante.fr>
8. Kodio, L. (2018). Évaluation de la satisfaction des usagers : Cas de la chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré [Mémoire de Master, Institut National de Formation en Sciences de la Santé Bamako].
9. Matillon, Y. (1992). L'évaluation en médecine : Une démarche en plein développement. *La Revue du Praticien*, 42(15), 1917–1919.
10. Organisation mondiale de la Santé. (2003, 3-15 mai). Rapport de mission : Appui aux projets « Renforcement des soins obstétricaux d'urgence » et « Qualité des soins SR » Mauritanie. Pour l'enfance.
11. République du Mali. (2002, 22 juillet). Loi n° 02-050 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière en République du Mali.
12. Smith, A. K., Davis, R. B., & Krakauer, E. L. (2007). Differences in the quality of the patient–physician relationship among terminally ill African-American and White

patients: Impact on advance care planning and treatment preferences. *Journal of General Internal Medicine*, 22(11), 1579-1582.

13. Traoré, A., et al. (2025). Coût de la prise en charge des brûlés au service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré. *Revue Internationale des Sciences de Gestion*, 8(3), 878–890.
14. Virginie, G. (2010, avril). Principes d’une démarche d’assurance qualité, évaluation des pratiques professionnelles