

SOMMAIRE

| | |
|--|---|
| LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES..... | 2 |
| LISTES DES FIGURES..... | 4 |
| LISTE DES TABLEAUX..... | 7 |
| INTRODUCTION..... | 9 |

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

| | |
|---|----|
| CHAPITRE I : SITUATION SANITAIRE DE LA COTE D'IVOIRE..... | 13 |
| CHAPITRE II : CONCEPTS QUALITE DES SOINS..... | 25 |

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

| | |
|--|-----|
| CHAPITRE I : MATERIEL ET METHODES..... | 36 |
| CHAPITRE II : RESULTATS ET COMMENTAIRES..... | 43 |
| CHAPITRE III : DISCUSSION..... | 88 |
| CONCLUSION..... | 109 |
| RECOMMANDATIONS..... | 111 |
| REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... | 113 |
| ANNEXES..... | 116 |

Liste des abréviations et des acronymes

| | |
|----------------|--|
| AQS | : Assurance Qualité des Soins |
| AES | : Accident à l'exposition de sang |
| CCLIN | : Coordination des Comités de Lutte contre les infections Nosocomiales |
| CEDEAO | : Communauté des États de l'Afrique de l'Ouest |
| CHU | : Centre Hospitalier et Universitaire |
| CPN | : Consultation prénatale |
| CI | : Côte d'Ivoire |
| CSCOM | : Centre de santé Communautaire |
| DC-PNSR | : Direction de coordination du programme national de la santé de la reproduction |
| DDS | : Direction Départementale de la Santé |
| DGS | : Direction Générale de la Santé |
| DIEM | : Direction des Infrastructures des Équipements et de la Maintenance |
| DIPE | : Direction de de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation |
| DPM | : Direction de la Pharmacie et du Médicament |
| DRH | : Direction des Ressources Humaines |
| DRSP | : Direction Régionale de la Santé publique |
| ES | : Etablissement de santé |
| ESCOM | : Etablissement de santé Communautaire |
| ESPC | : Etablissement sanitaire de premier contact |
| FSU COM | : Formation Sanitaire Urbaine à base Communautaire |
| GAVI | : Global Alliance for Vaccines and Immunization |
| HG | : Hôpital Général |
| IDE | : Infirmier Diplômé d'État |

| | |
|---------------|--|
| INHP | : Institut National d'Hygiène Publique |
| INSP | : Institut National de Santé Publique |
| LNSP | : Laboratoire National de Santé Publique |
| MS | : Ministère de la santé |
| MSHP | : Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique |
| MSLS | : Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida |
| OMD | : Objectif du Millénaire pour le Développement |
| OOAS | : Organisation Ouest Africaine de la Santé |
| PNDS | : Plan national de développement de la santé |
| PSRHS | : Plan Stratégique des Ressources Humaines de Santé |
| PTME | : Prévention transmission mère enfant |
| RBP | : Recommandation de Bonne Pratique |
| RIPAQS | : Réseau International pour la Planification de l'Amélioration de la qualité et la Sécurité dans les établissements humains en Afrique |
| SONU | : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence |
| SSP | : Soins de santé primaire |

Liste des figures

| | |
|---|----|
| Figure 1 : Tendence de régression du taux de mortalité maternelle..... | 17 |
| Figure 2 : Répartition des enquêté(e)s en fonction du genre | 45 |
| Figure 3 : Répartition du personnel enquêté selon l'âge..... | 45 |
| Figure 4 : Répartition des taux de conformité sur l'existence de cadre institutionnel de management de la qualité..... | 49 |
| Figure 5 : Répartition des taux de conformité sur l'existence de textes normatifs et règlementaire sur les normes..... | 50 |
| Figure 6 : Répartition des taux de conformité sur l'existence des instances de généralisation de la démarche qualité..... | 51 |
| Figure 7 : Répartition des taux de conformité sur le niveau d'ancrage de la démarche qualité dans les établissements de santé..... | 52 |
| Figure 8 : Répartition des taux de conformité sur l'existence d'outils techniques et méthodologique de la démarche qualité dans les établissements de santé..... | 53 |
| Figure 9 : Répartition des taux de conformité sur l'existence de normes et standards de qualité de soins obstétricaux..... | 54 |
| Figure 10 : Répartition des taux de conformité sur le dispositif de contrôle de la qualité des soins en milieu Obstétrical..... | 60 |
| Figure 11 : Répartition des taux de conformité sur le système de signalement et de traitement des non conformités liés aux procédures de soins..... | 61 |
| Figure 12 : Répartition des taux de conformité sur la qualité des équipements, locaux et effectifs des services de soins obstétricaux..... | 62 |
| Figure 13 : Répartition des taux de conformités sur l'évaluation de la qualité de l'accueil dans les établissements de santé..... | 63 |

| | |
|---|----|
| Figure 14 : Répartition des taux de conformité sur l'existence de normes relatives aux actes et protocoles de soins..... | 64 |
| Figure 15 : Répartition des taux de conformité sur l'existence de normes de prévention du risque infectieux dans les services de soins..... | 65 |
| Figure 16 : Répartition des taux de conformité sur l'existence de mesures relatives à la maîtrise des risques professionnelles dans les services de santé materno-infantile..... | 66 |
| Figure 17 : Répartition des taux de conformité sur l'application de normes relatives à la désinfection des matériels médicaux..... | 67 |
| Figure 18 : Répartition des taux de conformité sur l'application de normes relatives au développement continu de la qualité des soins..... | 69 |
| Figure 19 : Répartition des taux de conformité sur l'existence d'activités de soins psychosociales liées à un accouchement normal..... | 71 |
| Figure 20 : Répartition des taux de conformité sur la pertinence des thèmes de recommandations de bonnes pratiques (RBP) de qualité des soins..... | 75 |
| Figure 21: Répartition des taux de conformité sur l'applicabilité des RBP de qualité des soins..... | 76 |
| Figure 22 : Répartition des taux de conformité sur l'impact des RBP de qualité des soins..... | 77 |
| Figure 23 : Répartition des taux de conformité sur l'existence de contraintes organisationnelles de l'application des RBP de qualité des soins..... | 78 |
| Figure 24 : Répartition des taux de conformité sur l'existence de contraintes financières d'application des RBP de qualité des soins..... | 79 |
| Figure 25 : Répartition des taux de conformité sur l'existence de politique de formation sur les RBP de qualité des Soins..... | 80 |

| | |
|---|----|
| Figure 26 : Répartition des taux de conformité sur l'existence d'outils de diffusion des RBP de qualité de soins dans les services de maternité..... | 81 |
| Figure 27 : Répartition des taux de conformité sur l'existence de contraintes relationnelles de l'application des RBP de qualité des soins..... | 82 |
| Figure 28 : Répartition des taux de conformité sur la connaissance de l'existence de RBP de qualité des soins..... | 83 |
| Figure 29 : Répartition des taux de conformité sur l'attitude du personnel soignant vis-à-vis des RBP de qualité des soins..... | 84 |
| Figure 30 : Répartition des taux de conformité sur la qualification du personnel vis-à-vis RBP..... | 85 |
| Figure 31: Répartition des taux de conformité sur la compréhension des normes et standards de qualité de soins..... | 86 |

Liste des tableaux

| | | |
|---------------------|---|----|
| Tableau I | : Récapitulatif de quelques indicateurs de santé en Côte d'Ivoire..... | 16 |
| Tableau II | : Répartition par emploi du personnel..... | 22 |
| Tableau III | : Répartition des établissements sanitaires étudiés..... | 37 |
| Tableau IV | : Echelle de qualité..... | 42 |
| Tableau V | : Effectif du personnel de santé..... | 44 |
| Tableau VI | : Répartition des enquêtés selon la profession.. | 46 |
| Tableau VII | : Répartition des enquêtés par durée hebdomadaire de travail ... | 47 |
| Tableau VIII | : Répartition des enquêtés par tranche d'ancienneté ... | 48 |
| Tableau IX | : Répartition des exigences du volet organisation institutionnelle des normes de qualité de soins..... | 55 |
| Tableau X | : Répartition des taux de conformité sur la disponibilité et l'utilisation du matériel pour les activités de soins de la mère et de l'enfant..... | 57 |
| Tableau XI | : Répartition des taux de conformité sur l'existence de matériels médico-techniques de prise en charge en milieu obstétrical..... | 58 |
| Tableau XII | : Répartition des taux de conformité sur la disponibilité des équipements de prévention des infection en services de soins obstétricaux..... | 59 |
| Tableau XIII | : Répartition des taux de conformité sur l'existence de normes relatives à la gestion des déchets médicaux..... | 68 |
| Tableau XIV | : Répartition des taux de conformité sur l'existence d'activités de soins physiques liées à un accouchement normal..... | 70 |

| | |
|--|----|
| Tableau XV : Répartition des taux de conformité sur l'existence d'activités de soins liées à la mère dans le post partum..... | 72 |
| Tableau XV : Répartition des taux de conformité sur l'existence d'activités de soins liées au nouveau-né dans le post partum..... | 73 |
| Tableau XVII : Répartition des exigences du volet technique des normes de qualité de soins obstétricaux | 74 |
| Tableau XVIII : Répartition des exigences du volet organisation opérationnelle des normes de qualité de soins..... | 87 |

INTRODUCTION

Selon Avedis Donabédian en 1980[12], les soins de haute qualité sont les soins qui visent à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfices/ risques à chaque étape du processus de soins. Ce concept de qualité s'est imposé dans l'organisation et la gestion de la santé publique au cours de ces dernières années dans les pays développés.

Aujourd'hui, la qualité s'appelle recommandation thérapeutique ou encore évaluation des pratiques professionnelles, accréditation. Elle fait intervenir des normes, des référentiels et une logistique qui ont pour objectif l'amélioration de la qualité des soins.

En Afrique et en particulier dans les pays de l'espace Communauté des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), les établissements et services de santé se sont également engagés pour relever ces nouveaux défis liés au développement rapide des techniques, procédures et normes de qualité des soins afin de pouvoir se conformer aux standards internationaux.

Ces normes et procédures permettent aux établissements de voir comment satisfaire les besoins de traitement de toutes sortes de groupes de patients et de lier prévention et traitement de pathologies variées. Aujourd'hui, force est de constater que cet objectif est loin d'être atteint dans la plupart des pays de l'espace CEDEAO.

De l'indépendance à nos jours, toutes les politiques de santé ont mis un accent particulier sur la santé de la mère et de l'enfant cependant les résultats obtenus sont en deçà de ceux attendus dans le cadre des objectifs du millénaire pour le développement.

Selon les enquêtes de résultats réalisés par EIS ces dernières années le taux de mortalité néonatale était de 41 pour 1000, et celui de la mortalité maternelle de 597 pour 100 000 naissances vivantes [7]. Ces indicateurs mentionnés montrent à suffisance les niveaux élevés de mortalité et de morbidité malgré les différentes mesures entreprises montrant ainsi la vulnérabilité de cette couche de la population.

Il est donc apparu nécessaire d'évaluer les prestations de qualité correspondant aux besoins de la mère et de l'enfant dans les services obstétricaux des établissements sanitaires en Côte d'Ivoire. L'offre de service de qualité passant par la fixation de règles, de standards, de mesures qui permettent d'apprécier et de valoriser les services fournis d'où les Politiques, Normes et procédures.

Ce travail se propose comme objectif général de réaliser un état des lieux de l'organisation et de l'application des normes de qualité des soins dans les services d'obstétrique par l'évaluation de la démarche qualité mise en place et des pratiques professionnelles de soins dans les établissements de santé d'Abidjan.

Les objectifs spécifiques étaient de :

- Analyser la situation de l'organisation institutionnelle de la démarche qualité et de l'application des normes de qualité de soins dans le système de santé ;
- Évaluer les conditions techniques de développement de la qualité des soins ;
- dans les services d'obstétrique ;
- Déterminer les facteurs de résistances liés à l'application et à la diffusion des normes et recommandations de bonnes pratiques de qualité de soins dans les services d'obstétrique ;
- Proposer des actions d'amélioration pour corriger les dysfonctionnements observés dans l'organisation et l'application des normes de qualité des soins.

Le plan de notre travail de notre travail va s'articuler autour de trois parties :

- La première partie qui portera sur la revue de la littérature concernant la situation sanitaire de la Côte d'Ivoire et le concept qualité des soins,
- La deuxième partie portera sur la méthodologie, les résultats, et la discussion de l'organisation et l'application des normes de qualité de soins évaluée,
- La troisième partie permettra de tirer la conclusion et de faire des recommandations.

PREMIERE PARTIE :
REVUE DE
LA LITTERATURE

CHAPITRE I

SITUATION SANITAIRE DE LA COTE D'IVOIRE

I.1 Profil du système sanitaire de la Côte d'Ivoire

I.1.1 Cadre épidémiologique

Le niveau actuel des principaux indicateurs de morbidité et de mortalité rend compte de l'état de santé général de la population. Il traduit dans une certaine mesure le niveau de la demande de soins de la population notamment, pour les couches les plus vulnérables.

Les indicateurs essentiels concernent le VIH/Sida, le paludisme, la tuberculose, la méningite, la fièvre jaune, la mortalité néonatale et maternelle.

I.1.1.1 Pandémie du SIDA [23]

Avec une prévalence estimée dans la population générale à 9,7%, elle constitue une préoccupation majeure. La Côte d'Ivoire est le pays le plus touché en Afrique de l'Ouest et figure parmi les 15 pays les plus affectés au monde avec la présence de deux types de virus : VIH 1 et VIH 2.

Selon le rapport de l'ONUSIDA en 2007, on estime à 475 813 le nombre de cas vivant avec le VIH/SIDA. La population infectée est de plus en plus jeune avec 50% des nouveaux cas apparaissent chez les jeunes (12-34 ans) et particulièrement chez les filles. De la totalité des cas notifiés, 55% sont de sexe masculin et 45% de sexe féminin. Les jeunes de 30 à 34 ans représentent 20% des personnes infectées et ceux de 15 à 24 ans, 18%.

I.1.1.2 Paludisme

Elle est la première cause de consultation dans les formations sanitaires de base et la première cause de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans dans les services de pédiatrie [25]. En 2006, l'incidence du paludisme dans la population générale était de 69,25% [7]. Chez les enfants de moins de 5 ans, cette maladie avait une prévalence de 110,89%.

On note que seulement 10% de la population utilise la moustiquaire imprégnée.

I.1.1.3 Tuberculose

Avec un risque annuel d'infection estimé à 3,45% à Abidjan, elle demeure une préoccupation pour le gouvernement ivoirien à cause du faible taux de détection. En effet, selon l'OMS en 2006, le nombre de cas estimé de tuberculeux en Côte d'Ivoire était de 70 220, soit une incidence de 393 cas pour 100 000 habitants. Par ailleurs, la co-infection TB/VIH (47% des malades tuberculeux), constitue un handicap réel pour la prise en charge des malades tuberculeux. Le taux de prévalence actuel est de 101 cas pour 100 000 habitants.

I.1.1.4 Mortalité maternelle et néonatale

L'EIS a estimé la mortalité néonatale à 41‰ en 2005. Cependant, la tendance de la mortalité infantile reflète celle de la mortalité en générale. La mortalité maternelle, quant à elle, est estimée à 543 décès pour 100 000 naissances [7] à cause de l'insuffisance de soins prénatales, du faible taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié, l'insuffisance de soins dans le post partum, et certaines pratiques telles que les mutilations génitales (45%).

I.1.2 Indicateurs de santé

Le tableau ci-dessous présente les indicateurs nationaux de santé [6]

Tableau I : Quelques indicateurs de santé

| INDICATEURS | TAUX |
|--|------------------------------------|
| Expérience de vie à la naissance (année) | 51 ANS |
| Taux brut de natalité | 38 pour 1 000 |
| Indice synthétique de fécondité (naissance par femme) | 4,6 enfants par femme |
| Indicateur OMD 1 | |
| Prévalence d'insuffisance pondérale chez < les enfants de 5ans | 17% |
| Indicateur OMD 4 | |
| Mortalité infanto juvénile (TMIJ) (indicateur N°19 DSRP) | 125 /1 000 naissance vivantes (NV) |
| Mortalité infantile (TMI) (indicateur N°20 DRSP) | 84/1 000naissance vivantes |
| Couverture du vaccin anti rougeoleux | 63% |
| Indicateur OMD 5 | |
| Taux de mortalité maternelle (TMM) (indicateur N°18 DSRP) | 543/100 000 naissances vivantes |
| Accouchement assistés par du personnel qualifié | 66,15% (DCPNSR)/PF |

Source : PNSEP-GRS

I.1.3 Situation sanitaire maternelle en Côte d'Ivoire

I.1.3.1 Mortalité maternelle

Elle se définit par «*le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée et la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivée mais ni accidentelle ni fortuite*».

De par son niveau élevé (543 décès pour 100 000 NV en 2005 et 470 en 2008), la mortalité maternelle demeure une préoccupation constante en Côte d'Ivoire, et cela, malgré d'importants efforts entrepris par le gouvernement avec l'appui des partenaires au développement pour inverser les tendances. Il en est de même pour la mortalité néonatale (41‰), la mortalité infantile (84‰) [7]et la séroprévalence du VIH/Sida chez la femme enceinte (4,5%) [8].

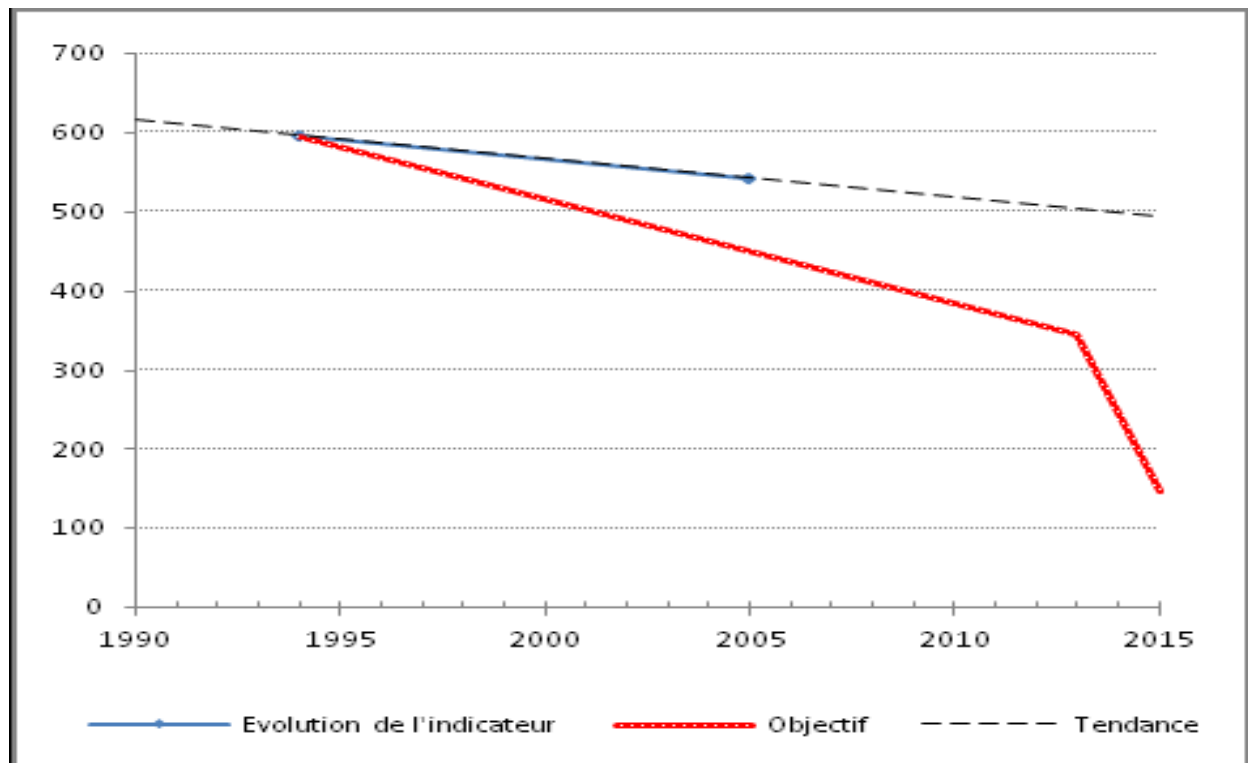


Figure 1 : Tendence de régression du taux de mortalité maternelle

Comme l'indique le graphique ci-dessus relatif à la tendance de régression du taux de mortalité maternelle, le Taux Annuel Moyen de Régression (TAMR) de la mortalité maternelle au cours de la période de 1994 à 2008 est de 1,5%. A ce rythme, le taux de mortalité maternelle sera de 441 décès maternels pour 100 000 NV en 2015.

En considérant le taux actuel de mortalité maternelle de 470 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, le TAMR de la mortalité maternelle au cours de la période de 2012-2015 devrait être de 17,1%.

I.1.3.2 Assistance à l'accouchement par un personnel de santé Qualifié

La couverture des accouchements assistés par un personnel de santé a été choisie dans le secteur de la santé comme un des indicateurs déclencheurs de l'initiative *PPTE*. Cet indicateur a progressé mais reste faible. Il est évalué à 56% [7] avec une inégale répartition dans le pays.

I.1.3.3 Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU)

Les besoins satisfaits en matière de SONU sont faibles. Seules 39,5% (Enquête SONU 2010) des complications obstétricales attendues en 2010 ont été prises en charge. Par ailleurs, la pratique de la césarienne reste peu courante et se situe en 2010 à 1,8% contre un minimum de 5% et un maximum de 15% que préconisent les directives de l'OMS.

De même, le taux de létalité lié aux complications obstétricales est de 3% en 2010 contre moins de 1% selon l'OMS. Parmi les décès enregistrés dans les structures de santé dans la ville d'Abidjan, 8% représentent les femmes enceintes arrivées trop tard dans les établissements sanitaires [5].

I.1.3.4 Disponibilité et qualité des services offerts

Le Paquet Minimum d'Activités (PMA) offert dans les établissements publics aux différents niveaux de la pyramide sanitaire comprend des soins curatifs, préventifs et promotionnels. Il existe des normes et standards définis pour une meilleure prise en charge des patientes.

Certaines composantes du PMA demeurent insuffisamment mises en œuvre. C'est le cas, de la planification familiale (60%) et de la PTME (49%) qui ne sont pas suffisamment intégrées dans le PMA des établissements sanitaires. Bien qu'adoptée et autorisée, la stratégie des CPN recentrées n'est pas appliquée dans toutes les structures et le passage à échelle de l'utilisation de la ventouse pour faciliter certains accouchements dystociques n'est pas encore effectif. Il importe donc de renforcer la disponibilité et la qualité des services offerts dans la perspective de l'atteinte de l'OMD 5 d'ici 2015.

I.2 Système national de santé

I.2.1 Politique nationale de santé

Dès l'indépendance, la Côte d'Ivoire a adopté une politique sanitaire qui vise à consolider l'infrastructure coloniale et la formation du personnel. Ceci jusqu'en 1980 où la Côte d'Ivoire a adhéré à la politique des soins de santé primaires (SSP) prônée par l'OMS par la ratification de la Charte en 1981.

On assiste à une révolution de la gestion du système sanitaire ivoirien qui connaît un début de déconcentration avec la création des directions régionales (1985) et la pratique du recouvrement des coûts des actes de santé par les établissements publics nationaux.

La mise en œuvre en Côte d'Ivoire en 1992 de l'Initiative de Bamako adoptée en septembre 1987 a entraîné : i) la généralisation du recouvrement des coûts des actes de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire dès 1994; ii) un effort de rationalisation des soins au niveau des centres de santé et ; iii) une plus grande implication des communautés dans la gestion des soins, à travers les comités de gestion et les équipes cadres de districts. Cette initiative n'ayant pas été accompagnée de mesures adéquates pour la prise en charge des indigents ni de système de partage des risques, s'est souvent traduite par une réduction de l'accessibilité financière.

La mise en place des districts sanitaires par l'arrêté n° 137 du 1er juin 1994 a constitué une étape importante dans le processus de déconcentration, assurant ainsi la planification opérationnelle, le système d'information sanitaire, l'intégration des programmes verticaux, les prestations des soins, le développement des capacités de gestion, la formation des personnels, et la participation communautaire.

Devant la persistance de nombreuses insuffisances malgré les efforts consentis, le Gouvernement ivoirien a élaboré et adopté en 1996, un Plan national de développement sanitaire (PNDS) dont l'objectif général est :

« D'améliorer l'état de santé et le bien-être de la population par une meilleure adéquation qualitative et quantitative des prestations sanitaires et les besoins essentiels de la population ».

Pour atteindre cet objectif général, des objectifs spécifiques ont été fixés, à savoir :

- Réduire la mortalité et la morbidité liée aux grands problèmes de santé;
- Améliorer l'efficacité du système de santé;
- Améliorer la qualité des prestations sanitaires ;
- Promouvoir des comportements individuels et collectifs favorables à la santé.

I.2.2 Organisation du système national de santé

L'organisation du système de santé ivoirien comprend l'offre publique de soins, l'offre privée de soins et l'administration sanitaire. A côté de ces deux secteurs, la médecine traditionnelle occupe une place relativement importante. Dans le cadre de la politique de décentralisation administrative, les collectivités territoriales interviennent dans la planification sanitaire et l'offre des soins.

I.2.2.1 Administration sanitaire

Le secteur de la santé est régi par le décret n°2011-426 du 30 novembre 2011 portant organisation du Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA (MSLS). Le système de santé est de type pyramidal calqué sur le découpage administratif. Il a trois niveaux :

Central, intermédiaire (ou régional), départemental (ou District sanitaire). On classe le système administratif en services centraux et services extérieurs.

Au niveau administratif, nous avons :

- le niveau central est composé du cabinet, des directions générales, des directions centrales et des directions de coordination ;

- le niveau intermédiaire est composé des directions régionales de la santé ;
- le niveau périphérique est le district c'est-à-dire la direction départementale de la santé.

I.2.2.2 Offre de soins

L'offre publique de soins est organisée selon une pyramide sanitaire à trois niveaux . Le niveau primaire est constitué des établissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC) (centres de santé, centres de santé spécialisés, formations sanitaires).

Le niveau secondaire est constitué par des établissements sanitaires de recours pour la première référence (76 HG, 18 CHR, 7 CHS), tandis que le niveau tertiaire est composé des établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence (04 CHU).

I.2.2.3 Ressources humaines

Des effectifs relativement importants d'agents sont employés dans le secteur sanitaire assurant déjà en 1996, un ratio médecin par habitant de 1 pour 9430. De 1000 agents en 1960, les effectifs sont passés à 16 526 en 1995, 17 677 en 2005 pour atteindre 19 784 en 2007 dont la moitié est composée principalement d'Infirmiers et accessoirement de Sages-femmes.

Le personnel de santé sur le territoire est plus concentré dans les grandes villes particulièrement à Abidjan et ses environs. Les évaluations des ressources humaines pour la santé font apparaître une grande disparité dans la répartition géographique au profit de la région des Lagunes et ses environs. En effet, cette région concentre à elle seule 60% des ressources humaines sanitaires [9].

Malgré tout, le service offert par le personnel médical et paramédical est jugé insuffisant, cette faiblesse trouvant ses causes dans l'insuffisance de motivation du personnel, l'inégale répartition du personnel, et l'inadaptation de

certaines programmes de formation. Selon la direction régionale de la santé publique, le ratio des personnels sont les suivants : 1 médecin pour 5685 habitants ; 1 infirmier pour 2331habitants, 1 sage-femme pour 3717 femmes en âge de procréer et 1 technicien supérieur pour 3 157 habitants [4].

Tableau II : Répartition par emploi du personnel sanitaire du secteur public

| Type | Catégorie personnel | Effectif (n) | | Pourcentage (%) |
|--|------------------------------------|-----------------|---------------|--------------------|
| Personnel médical | Médecins | 2 746 | 3 433 | 17 |
| | Pharmaciens | 413 | | |
| | Chirurgiens-dentistes | 274 | | |
| Personnel paramédical | Infirmiers | 6 973 | 9 799 | 50 |
| | Sages-femmes | 2 258 | | |
| | Aides-soignants | 568 | | |
| Personnel technique | Techniciens supérieurs de la santé | 1 419 | 1 419 | 7 |
| Personnel administratif et social | Personnel administratif et social | 2 561 | 2 561 | 13 |
| Personnel journalier | Journaliers | 2 572 | 2 572 | 13 |
| Total | | 19 784 | 19 784 | 100 |

Source : PSRHS, 2009-2013

I.2.2.4 Ressources matérielles

Au niveau des établissements sanitaires de premier contact (ESPC), les ressources matérielles sont quantitativement insuffisantes et lorsqu'elles existent, elles tombent souvent en panne par insuffisance de maintenance ou elles restent inutilisées faute de formation à leur fonctionnement.

Au niveau des Hôpitaux généraux et des CHR, toujours sur un fond d'insuffisance quantitative des équipements, la situation est un peu différente

qu'au niveau primaire, car il y a un entretien régulier sur certains équipements essentiels et des formations à la livraison.

I.2.2.5 Accès aux services de santé et utilisation

Le Ministère de la Santé a défini dans un arrêté le Paquet Minimum d'Activité (PMA) de chaque niveau de soins.

- Le niveau primaire délivre aussi bien des soins curatifs, préventifs que promotionnels.
- Le niveau secondaire s'occupe des malades référés du niveau primaire particulièrement pour les soins curatifs avec dans quelques cas des soins préventifs et promotionnels.
- Le niveau tertiaire délivre des soins curatifs et assure la formation du personnel de santé avec un accent sur la recherche en santé.

On note une baisse du taux de fréquentation des structures sanitaires d'année en année nonobstant la légère augmentation en 2000. Ceci pourrait être lié, entre autre, à l'accroissement de la pauvreté et à la baisse de la qualité des soins.

I.2.2.6 Secteur Sanitaire privé

Organisé par le décret N°96-877 du 25 octobre 1996 portant classification, définition et organisation des établissements sanitaires privés, le secteur privé sanitaire est composé de structures[10] :

- Médicales : cabinet médicaux et dentaires, cliniques et polycliniques, centres d'imagerie médicale, d'analyses biologiques,
- Pharmaceutiques : officines de pharmacie, dépôts de vente de produits pharmaceutiques, grossistes répartiteurs, unités de production,

- Paramédicales : infirmeries, cabinets de kinésithérapie, d'audioprothèse, d'orthophonie, d'orthopédie, de podologie, d'opticien lunetier, de prothèse dentaire.

CHAPITRE II

CONCEPTS QUALITE DE SOINS

II.1 Définitions

II.1.1 Concept qualité

L'organisme ISO définit la qualité comme « l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites ». Une entité peut être à la fois une activité ou un processus, un produit, un organisme, un système ou une personne ou encore une combinaison de l'ensemble de ces éléments.

- La qualité à l'hôpital

En 1987 l'OMS [26] définit la qualité dans les établissements de santé comme « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques... lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

Mais la définition la plus largement employée vient de l'Institut de médecine des Etats-Unis (IOM) qui précise que la qualité est « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment » [17].

- Assurance de la qualité

C'est une approche normative qui vise la conformité des structures, des processus et des résultats à des normes spécifiées [19].

Les normes sont des énoncées explicites qui fixent le niveau de performance souhaitable ou possible qui servira de niveau de référence pour évaluer celui atteint dont les critères sont des variantes sélectionnées à titre d'indicateurs pour déterminer si le niveau des normes établies a été atteint.

Les normes :

- Aider au suivi des patients et améliorer l'identification des situations à risque pouvant potentiellement compliquer la santé des patients
- Harmoniser les indications d'orientation et de prise en charge médico-clinique des patients au sein des établissements et services de santé,
- Améliorer la compréhension des protocoles de soins par les professionnels autant que les patients de l'utilité et des limites de la prise en charge dans les établissements,
- Définir les outils nécessaires à une organisation efficace des soins, afin d'en améliorer la sécurité, la qualité et le confort.

Sources et types de normes

Elles peuvent :

- être internes à une organisation,
- provenir d'organisations mondiales (OMS),
- Provenir d'organisations professionnelles,
- Provenir d'institutions pédagogiques
- Provenir d'experts locaux ou internationaux.

Les différentes sortes de normes :

- Normes cliniques,
- Normes administratives ou de gestion,
- Normes ISO.

Exemple de normes cliniques

- Les normes de ressources ou intrants (ressources matérielles, humaines, financières),
- Les normes de structure (infrastructures, équipements médico-techniques),
- Les normes de processus (technique) et iv) les normes de résultats (résultats attendus, satisfaction des usagers).

II.1.2 Evaluation de la qualité des soins

C'est la mesure de la valeur des prestations ou une procédure scientifique et systématique qui consiste à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'actions atteignent avec succès un ou des objectifs préalablement fixés. L'évaluation de la qualité des soins et de la performance des établissements et des praticiens, s'avère indispensable pour assurer à la fois l'égalité et l'efficacité des soins. Ainsi pour la mesurer, des normes et des référentiels doivent être instaurés.

II.1.2.1 Dimensions principales de la qualité des soins

Les principales dimensions élaborées peuvent être regroupées dans cinq catégories : efficacité, sécurité, réactivité, accès et efficience. Ces dimensions englobent souvent une série d'autres dimensions parfois nommées différemment selon les cadres, telles que la pertinence, la ponctualité, l'aptitude, la continuité, la satisfaction, la compétence technique, etc. [18]

II.1.2.1.1 Champs d'investigation

Outre les différentes dimensions de la qualité des soins, son appréciation distingue trois champs d'investigation pouvant se baser sur des mesures relatives :

- Structure de soins : La qualité structurelle s'intéresse aux ressources employées, notamment aux normes des établissements et des équipements.
- Processus de soins : La qualité du processus de soin se concentre sur l'interaction entre les professionnels de santé et les patients.
- Résultats finaux [12] : Les résultats fournissent des preuves ou des témoignages en termes d'amélioration de l'état de santé des patients.

Idéalement, une évaluation complète de la qualité des soins doit comprendre ces trois types de mesure puisqu'ils examinent différents aspects complémentaires pour donner une vision entière..

II.1.2.1.2 Efficacité

L'efficacité est souvent la première dimension prise en compte pour mesurer la qualité. Elle correspond à la capacité de réaliser des résultats (des soins) souhaitables, à condition qu'ils soient bien dispensés à ceux qui en ont besoin et pas aux autres [15]. Donabedian souligne que l'efficacité est l'aptitude à atteindre ou à réaliser toute amélioration possible en termes de résultats sanitaires [9]. La pertinence est une notion proche couramment intégrée à l'efficacité et signifie que les soins fournis correspondent aux besoins cliniques et soient basés sur de solides recommandations médicales.

Afin de mesurer l'efficacité du système de santé ou des interventions dans des domaines spécifiques, on regarde le plus souvent les résultats en utilisant les indicateurs de mortalité ou de morbidité par cause, par groupe cible, etc.

II.1.2.1.3 Sécurité

La sécurité est la capacité d'empêcher ou d'éviter les résultats indésirables ou les dommages qui proviennent des processus de soins eux-mêmes [22]. C'est une dimension qui est étroitement liée à l'efficacité, bien qu'elle s'en distingue en mettant l'accent sur la prévention des événements indésirables et sur la réduction des défauts de qualité des soins pour les patients.

Les indicateurs relatifs à la sécurité des soins sont :

- Infections nosocomiales,
- Événements sentinelles (accidents liés à la transfusion, erreurs de groupage sanguin, oublis de corps étrangers dans le champ opératoire),
- Complications opératoires et postopératoires (embolies pulmonaires ou accidents d'anesthésie)
- Autres événements indésirables.

II.1.2.1.4 Accessibilité

L'accessibilité est la facilité avec laquelle on accède aux bons services de santé au bon moment. L'accès peut être vu sous l'angle géographique, financier ou socio-psychologique, et exige que les services de santé soient a priori disponibles. L'équité est une dimension étroitement liée à l'accès et à la capacité d'un système de santé à traiter de manière juste toutes les personnes concernées, indépendamment de leur âge, de leur sexe, de leur race et de leurs ressources financières. La ponctualité est un concept lié à l'accès et se rapporte au degré avec lequel les patients obtiennent les soins nécessaires rapidement [17]. Elle inclut l'accès aux soins dans des délais opportuns et la coordination de soins.

Les indicateurs le plus souvent employés sont

- Délais d'attente pour la chirurgie programmée et les délais d'attente aux urgences
- Sorties retardées

Problèmes d'accès liés au cout des soins.

II.1.2.1.5 Réactivité

Elle se rapporte à la façon dont le système prend en charge les patients pour répondre à leurs attentes légitimes non liées à la santé [18]. Un autre terme est souvent employé « patient-centeredness » : il s'agit de mettre le patient au centre des soins en intégrant différents éléments comme l'écoute, l'empathie, la confidentialité, mais aussi l'information dont le patient dispose sur sa maladie et la possibilité d'un choix éclairé de sa part.

Plusieurs indicateurs de réactivité ou de sensibilité du système de santé sont également utilisés, tels que

- la communication avec le médecin,
- le temps passé avec lui,
- la continuité et l'acceptabilité des soins,
- l'évaluation globale des soins reçus et du système de santé.

II.1.2.1.6 Efficience

L'efficience se réfère à l'utilisation optimale des ressources disponibles pour obtenir les bénéfices ou les résultats les meilleurs [18]. Elle renvoie à la capacité d'un système de santé à fonctionner à moindres frais sans diminuer les résultats possibles et souhaitables [13].

Dans ce domaine on compare souvent les niveaux de ressources consacrées au système de santé.

II.1.3 Causes de non qualité technique des soins

Un ensemble de facteur peut commanditer le fonctionnement de la qualité technique des soins obstétricaux .La littérature les désigne sous le terme de non qualité technique des soins, ce sont : l'insuffisance de personnel compétent, l'absence de standardisation des dossiers patients, la défaillance dans la logistique des intrants médicaux, l'absence de normes de fonctionnement, la limitation en ressources matérielles et technologique, l'absence de ressources physique adaptée, l'absence de communication entre les services de soins, la limitation financière, la faiblesse dans l'organisation des services, la mauvaise gestion du flux de patient. Ces facteurs peuvent constituer des obstacles à la réalisation des activités en fonction des normes, à la réussite de la prestation de soins.

II.2 Qualité des soins en obstétrique

II.2.2 Définitions

II.2.2.1 Obstétrique :

C'est une branche de la médecine qui se rapporte à l'étude de la procréation depuis la fusion des gamètes jusqu'au retour de l'organisme maternel à l'état physiologique, qui lui permis une nouvelle conception [28].

II.2.2.2 Grossesse :

C'est l'état de la femme, qui porte en son sein l'embryon ou le fœtus, commençant, avec la fécondation et se terminant avec l'accouchement. Notons la possibilité des

grossesses multiples et ectopiques, dans tous les cas le diagnostic est clinique, radiologique ou biologique [16].

II.2.2.3 Accouchement : ou parturition,

C'est l'ensemble des phénomènes (mécanique, physique, physiologique) qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhées) [28]. C'est un processus laborieux d'où le nom de travail. Son déroulement physiologique et mécanique est complexe. Il met schématiquement en présence trois éléments :

- L'utérus : l'élément moteur,
- Le fœtus : l'élément mobile,
- La filière osseuse et les parties molles : l'élément fixe.

II.2.3 Qualité des soins

II.2.3.1 Qualité de suivi des grossesses et de l'accouchement

La consultation prénatale est une pratique qui s'organise autour d'un ensemble de gestes techniques contribuant à :

- Vérifier le déroulement de la grossesse et dépister tous les facteurs de risque antérieurs ou contemporains,
- Traiter ou orienter la femme dans le cas échéant vers une surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison des facteurs précédents,
- Etablir les conditions de l'accouchement et s'il le faut le transfert dans un centre de santé équipé pour faire face à d'éventuelles complications [1].

La qualité des soins est un aspect primordial de la santé maternelle ; pendant de nombreuses années, la communauté sanitaire internationale et les planificateurs nationaux de la santé ont orienté les efforts vers un élargissement de la couverture des soins obstétricaux anténataux, périnataux ou post-partum.

L'amélioration de la qualité des soins exige d'une manière fondamentale que les personnels qui les dispensent possèdent les connaissances, les compétences et les ressources du point de vue des fournitures et du matériel, ainsi que les attitudes qui correspondent aux besoins individuels, socioculturels et médicaux des femmes [21].

II.2.3.2 Amélioration de la qualité des soins

Cette amélioration passe nécessairement par la connaissance d'éléments que sont :

- Les normes applicables aux soins obstétricaux
- Les méthodes et moyens applicables aux soins obstétricaux
- Les éléments de la qualité des soins obstétricaux :
 - Promotion et protection de la santé
 - Accessibilité et de la disponibilité des services
 - Acceptation des services
 - Compétence technique des dispensateurs de soins (La compétence technique dépend de la formation permanente et du recyclage ainsi que des directives précises quant au traitement clinique).
 - Fournitures et matériels essentiels (Des normes et protocoles doivent être fixés concernant les fournitures et matériels essentiels pour chacun des échelons de soins et leur disponibilité devrait être assurée).
 - Qualité de l'interaction patiente soignant (e)
 - Information et des conseils aux patients
 - Participation des patients à la prise de décision

- Complétude des soins et les liens avec d'autres services de santé reproductive (Les soins dispensés en matière de santé maternelle sont l'occasion unique de dispenser aux femmes des soins complets de santé reproductive et d'aborder d'autres questions telles que la nutrition et les infections sexuellement transmises).
- Continuité et suivi des soins (Les soins de santé maternelle devront faire partie d'un ensemble ininterrompu de soins qui inclura les soins prénataux, per-partum et post-partum).
- Soutien aux dispensateurs de soins
- Organisation de l'Information, de l'Education et de la Communication (IEC) ainsi que de l'Information pour le Changement des Comportements (ICC)

DEUXIEME PARTIE : **NOTRE ETUDE**

CHAPITRE I

MATERIEL ET METHODES

I.1 Matériel

I.1.1 Cadre de l'étude

C'est une étude pluridisciplinaire et prospective sur l'organisation et l'application des normes et standards d'assurance qualité des soins dans les établissements de santé du district d'Abidjan dans une perspective d'amélioration de la sécurité des patients. Elle a duré trois mois (03) de Juin à Août 2012.

Cette étude a été réalisée à partir d'un échantillon aléatoire représentatif stratifié selon la catégorie de l'établissement de santé qui a été tiré d'une base de sondage constituée de la liste exhaustive des structures de santé du district d'Abidjan.

Le Tableau I ci-dessous présente le niveau et les structures sanitaires retenues.

Tableau III: Structures sanitaires visitées

| NIVEAU PYRAMIDE SANITAIRE | SECTEUR PUBLIC | |
|------------------------------|--|-----------------------------------|
| | Etablissements | Commune |
| Tertiaire | Centre Hospitalier Universitaire (CHU) | Cocody |
| Secondaire | Hôpital Général Hôpital Général Hôpital Général | Abobo Treichville Koumassi |
| Primaire | FSU COM Vridi Canal FSU COM Anoumabo FSU COM Toit rouges | Port-Bouet Marcory Yopougon |

I.1.2 Population cible de l'étude

Il s'est agi d'une étude pilote de type transversal d'une durée de trois (3) mois qui a concerné sept (07) établissements sanitaires repartis sur les trois (03) niveaux de la pyramide sanitaire du système de santé dans le district d'Abidjan.

Les cibles principales étaient constituées par les Directeurs de l'administration sanitaire, les directeurs des établissements de santé, les cercles qualité et personnels des établissements de santé retenus (Médecins gynécologues, Sages-femmes, infirmier(es), Aides soignant, Assistante sociale, Surveillante des unités de soins). Un focus particulier a été porté sur les services de soins obstétricaux.

L'étude a été organisée autour de trois axes principaux que sont :

- Etude du cadre institutionnel et réglementaire de développement de la politique de mise en place du management de la qualité dans les établissements de santé;
- Étude des dispositifs techniques mis en place pour l'application des normes de qualité de soins
- Etude des facteurs associés à l'application des normes et recommandations dans les établissements de santé retenus.

I.2. Méthodes

I.2.1 Technique de collectes des données

La technique utilisée pour la collecte des données au sein des établissements sanitaires est celle de l'Interview utilisant l'échelle de Likert.

Elle s'est déroulée à partir d'un questionnaire de 405 items divisé en 3 volets et comprenant des questions fermées.

I.2.2 Les instruments de collecte des données

Trois questionnaires portant sur les volets institutionnel, technique et opérationnel de l'organisation de la qualité des soins dans les établissements de

santé ont été élaborés pour la conduite de cette étude. Les instruments de collecte ont été répartis comme suit :

- Au niveau institutionnel
 - Etude du dispositif institutionnel d'élaboration et de promotion des normes de qualité de soins dans les structures intentionnels du système de santé du pays
- Au niveau technique
 - Etude de la disponibilité des équipements et matériels dans les services
 - Enquête sur culture qualité des soins auprès des personnels dans les services de soins obstétricaux des établissements de santé
 - Étude de l'application des normes de qualité de soins dans les services de soins obstétricaux
- Au niveau opérationnel
 - Analyse des facteurs de résistance à l'application des normes de qualité de soins dans les établissements sanitaires du système de santé.

I.2.3 Méthodes de cotation

I.2.3.1 Dimension institutionnelle

La cotation relative au volet institutionnel a porté sur chacune des études et a consisté en la comparaison entre les pratiques observées au sein des services cibles de l'établissement sanitaire et celles attendues du référentiel qualité utilisé.

Deux aspects ont été étudiés au cours de cette évaluation de la dimension institutionnelle :

- Evaluation du dispositif institutionnel d'élaboration et de promotion des normes de qualité de soins, réalisée par un questionnaire comportant 43 questions qui résument les exigences en matière de

cadre institutionnel et réglementaire du management de la qualité. Elle a fait l'objet d'une cotation ordinale (0 à 5) [27].

- Observation des équipements et matériels utilisés pour l'administration des soins dans les maternités à partir d'une grille d'observation comportant 56 items portant sur la disponibilité et le fonctionnement des équipements et matériels utilisés pour l'administration des soins. Une cotation ordinale (1 à 5) a été utilisée.

I.2.3.2 Dimension technique

La cotation relative au volet technique porte sur la corrélation entre la connaissance et le niveau d'application des recommandations de qualité de soins par le personnel de santé à toutes les étapes de la prise en charge materno-infantile, et l'évaluation de la disponibilité de matériels et équipements ;

- Etude sur la disponibilité de matériels et équipements dans les services de soins obstétricaux
- Enquête sur la qualité des soins auprès des personnels dans les services de soins obstétricaux des établissements de santé
- Étude de l'application des normes de qualité de soins dans les services de soins obstétricaux
- Etude de l'application des normes de pratiques d'un accouchement normal dans les services de maternité

I.2.4.3 Dimension opérationnelle

La cotation relative au volet opérationnel porte sur chaque étude et correspond à la mise en évidence des facteurs opérationnels liés à la non diffusion et à la non application de ces recommandations ou procédures écrites par les professionnels concernés et notamment le corps médical et paramédical.

Un seul aspect a été étudié au cours de cette évaluation de la dimension opérationnelle :

- Etude des facteurs de résistance à l'application et diffusion des normes de qualité des soins,

L'étude a été réalisée à partir d'un questionnaire de 49 questions, élaboré avec pour point de départ les travaux de Rogers qui a défini cinq caractéristiques importantes de l'innovation susceptibles d'influencer son adoption : i) l'intérêt relatif (relative advantage) (le degré par lequel l'innovation est perçue comme meilleure que l'idée à laquelle elle est sensée se substituer), ii) l'applicabilité (compatibility), iii) la complexité (complexity), iv) le test à petite échelle de l'innovation (triability), v) la visibilité (observability). Les cotations partent de 1 à 5.

De façon générale, pour faciliter la lecture des résultats par exigences, la note globale de chacune des exigences a été multipliée par 20 pour obtenir un pourcentage de conformité par rapport aux pratiques observées.

Le degré de conformité de chaque pratique évaluée par rapport aux exigences du Guide de Bonne Exécution des Soins Maternels et Néonataux de Base[3] utilisé, est calculé sur la base de moyenne obtenue à partir de la cotation des avis du personnel et des observations.

I.2.4 Traitement et analyse des données

Les données collectées ont été saisies sur un masque de saisie confectionné à cet effet en vue d'un traitement scientifique et objectif des données. Les différents tests statistiques ont permis d'établir les différentes associations entre les variables relatives à la sécurité des soins et l'application des normes de qualité de soins dans les services de santé.

L'analyse des données s'est également faite sur la base des taux de conformité moyens des différents indicateurs de base (exigences) de l'étude conformément à

une échelle de qualité. Les données obtenues sont multipliées par 20 pour obtenir les pourcentages des indicateurs. L'échelle de qualité est répartie comme suit :

- La qualité est jugée excellente pour un indicateur lorsque le taux de conformité moyen est compris entre 80-100%
- La qualité est jugée acceptable pour un indicateur lorsque le taux de conformité moyen est compris entre 60 et 79%.
- La qualité est jugée insuffisante pour un indicateur lorsque le taux de conformité moyen est compris entre 40 et 59%.
- La qualité est jugée inacceptable pour un indicateur lorsque le taux de conformité moyen est compris entre 0 et 39%

Le tableau ci-dessous résume les informations ci-dessus :

Tableau IV: Echelle qualité

| Niveau de qualité | Taux de conformité (%) |
|---------------------|------------------------|
| Inacceptable | 0 – 39 |
| Insuffisant | 40 – 59 |
| Acceptable | 60 -79 |
| Excellent | 80 - 100 |

CHAPITRE II

RESULTATS ET COMMENTAIRES

I.1 Caractéristiques sociodémographiques du personnel de santé

II.1.1 Effectif du personnel en fonction du niveau sanitaire

Tableau V : Effectif du personnel

| Niveau Sanitaire | Effectif (n) | Pourcentage (%) |
|------------------|--------------|-----------------|
| Tertiaire | 87 | 35 |
| Secondaire | 121 | 49 |
| Primaire | 41 | 16 |
| Total | 249 | 100 |

Les établissements sanitaires du niveau secondaire enregistrent un fort taux de participation (49%).

II.1.2 Genre

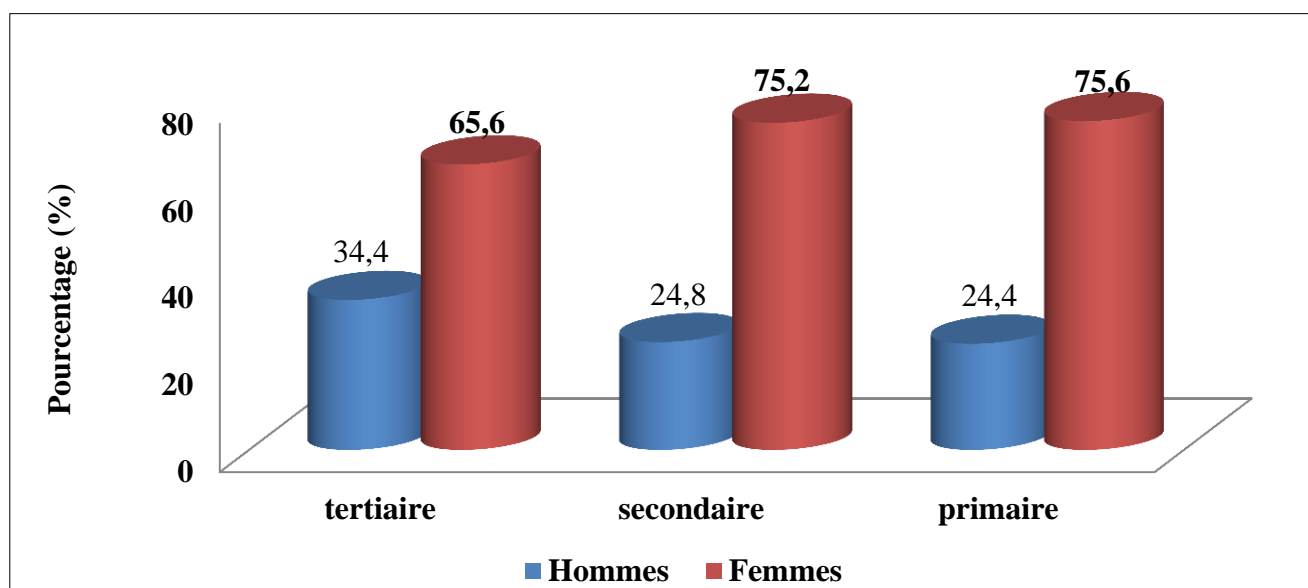


Figure 2: Répartition en fonction du genre

La majorité du personnel de santé enquêtée était de sexe féminin soit un taux supérieur à 60% à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

II.1.3 Age

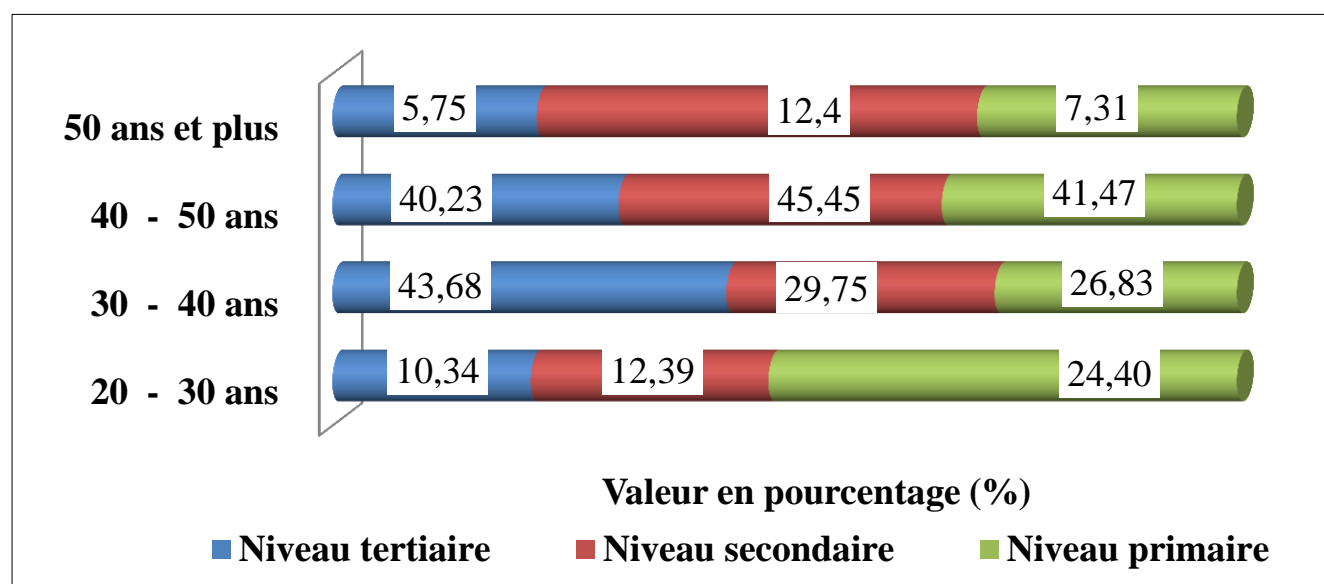


Figure 3: Répartition par tranche d'âge

Les professionnels de la santé appartenait le plus à la tranche d'âge 40-50ans soit un taux supérieur à 40%.

II.1.4 Profession

Tableau VI: Répartition selon la profession

| Type | Niveau primaire | | Niveau secondaire | | Niveau tertiaire | |
|---|-----------------|-----------------|-------------------|-----------------|------------------|-----------------|
| | Effectif (n) | Pourcentage (%) | Effectif (n) | Pourcentage (%) | Effectif (n) | Pourcentage (%) |
| Médecin gynécologues | 6 | 14,61 | 16 | 14,95 | 30 | 37,03 |
| Chirurgien | - | - | 5 | 0,93 | 6 | - |
| Sages-femmes | 18 | 43,90 | 52 | 48,59 | 22 | 27,16 |
| Infirmier(s) (ères) | 2 | 4,87 | 9 | 8,41 | 15 | 18,52 |
| Aide-soignant (e) | 11 | 26,82 | 23 | 21,49 | 10 | 12,34 |
| Assistante sociale | 1 | 2,43 | 2 | 1,87 | 1 | 1,23 |
| Surveillante des Unités de Soins | 2 | 4,86 | 14 | - | 3 | 3,70 |

La profession sage-femme avait un effectif important aux deux niveaux de la pyramide sanitaire (I et II) avec un taux de conformité supérieur à 40%.

II.1.5 Horaire hebdomadaire de travail

Tableau VII : Répartition par durée hebdomadaire de travail

| Type | Niveau primaire | | Niveau secondaire | | Niveau tertiaire | |
|-----------------------|-----------------|-----------------|-------------------|-----------------|------------------|-----------------|
| Durée de travail | Effectif (n) | Pourcentage (%) | Effectif (n) | Pourcentage (%) | Effectif (n) | Pourcentage (%) |
| <20 h / semaine | 6 | 14,61 | 16 | 14,95 | 30 | 37,03 |
| 20 à 39 h / semaine | - | - | 5 | 0,93 | 6 | - |
| 40 à 59 h/semaine | 18 | 43,90 | 52 | 48,59 | 22 | 27,16 |
| 60 h et plus/ semaine | 2 | 4,87 | 9 | 8,41 | 15 | 18,52 |
| 60h et plus /semaine | 11 | 26,82 | 23 | 21,49 | 10 | 12,34 |
| Sans réponse | 1 | 2,43 | 2 | 1,87 | 1 | 1,23 |
| Total | 2 | 4,86 | 14 | - | 3 | 3,70 |

La tranche horaire de travail dominante est celle de 40 à 59 heures par semaine à tous les niveaux de la pyramide.

II.1.6 Ancienneté

Tableau VIII: Répartition par tranche d'ancienneté

| Ancienneté | Niveau primaire | | Niveau secondaire | | Niveau tertiaire | |
|--------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--------------------|------------------|--------------------|
| | Effectif (n) | Pourcentage (%) | Effectif (n) | Pourcentage (%) | Effectif (n) | Pourcentage (%) |
| 1 à 4 ans | 15 | 36,58 | 45 | 37,19 | 24 | 27,58 |
| 5 à 9 ans | 6 | 14,63 | 21 | 17,35 | 15 | 17,24 |
| 10 à 14 ans | 10 | 24,40 | 14 | 11,57 | 27 | 31,03 |
| 15 à 19 ans | 4 | 9,76 | 16 | 13,22 | 7 | 8,04 |
| 20 et plus | 7 | 17,07 | 25 | 20,66 | 14 | 16,08 |
| Total | 41 | 100 | 121 | 100 | 87 | 100 |

Plus de 36% du personnel de santé enquêté dans le système de santé primaire et secondaire appartiennent à la tranche d'ancienneté de 1 à 4ans.

II.2 Volet de l'organisation institutionnelle des normes de qualité de soins

L'analyse de ce volet n'a concerné que les niveaux secondaire et tertiaire. Elle a porté sur l'étude du dispositif institutionnel d'élaboration et de promotion des normes de qualité de soins du système de santé, ceci dans le but de mieux apprécier le système de management qualité de notre système sanitaire.

II.2.1 Description du système de management qualité du système sanitaire

La description du système de management qualité s'est fait par l'analyse du cadre institutionnel du management qualité, de l'existence de dispositifs normatifs et réglementaires sur les normes de qualité de soins et de la situation des documents normatifs existants.

II.2.1.1 Cadre institutionnel du management qualité

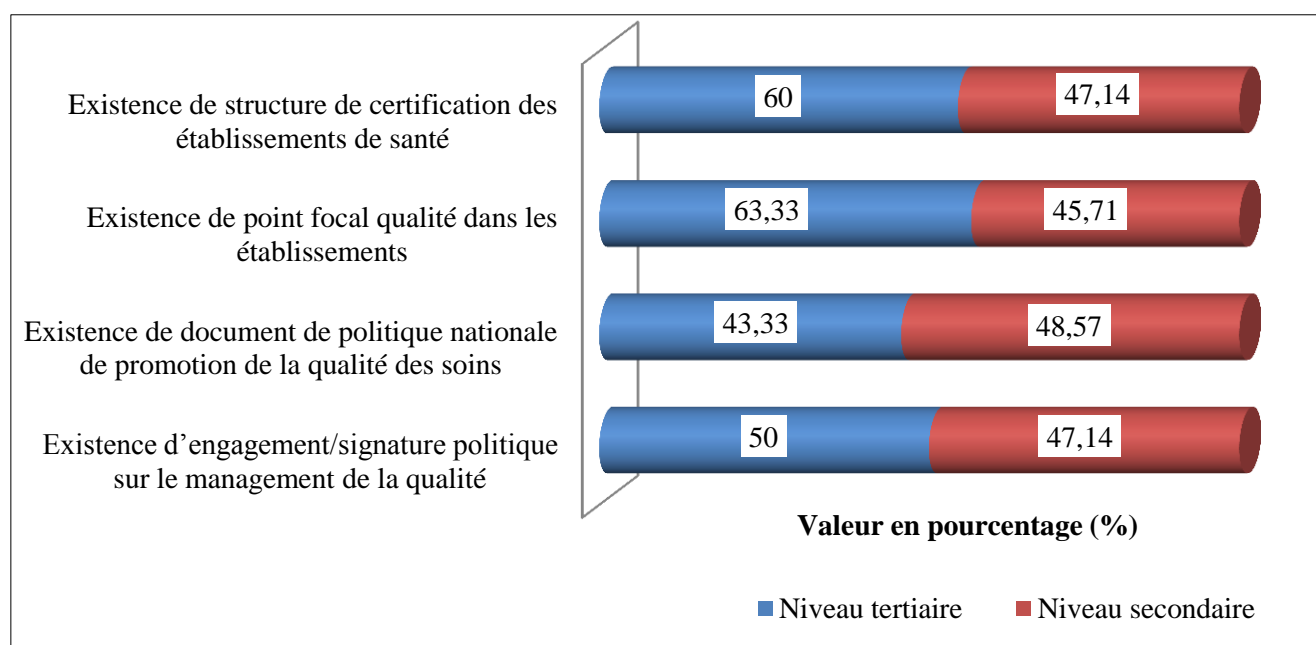


Figure 4 : Répartition des taux de conformité sur l'existence du cadre institutionnel du management de la qualité

Taux de conformité moyen : 50,65%

Le taux de conformité moyen est de 50,65% traduisant une qualité insuffisante de l'existence de dispositif institutionnel de management de la qualité.

II.2.1.2 Dispositifs normatifs et réglementaires

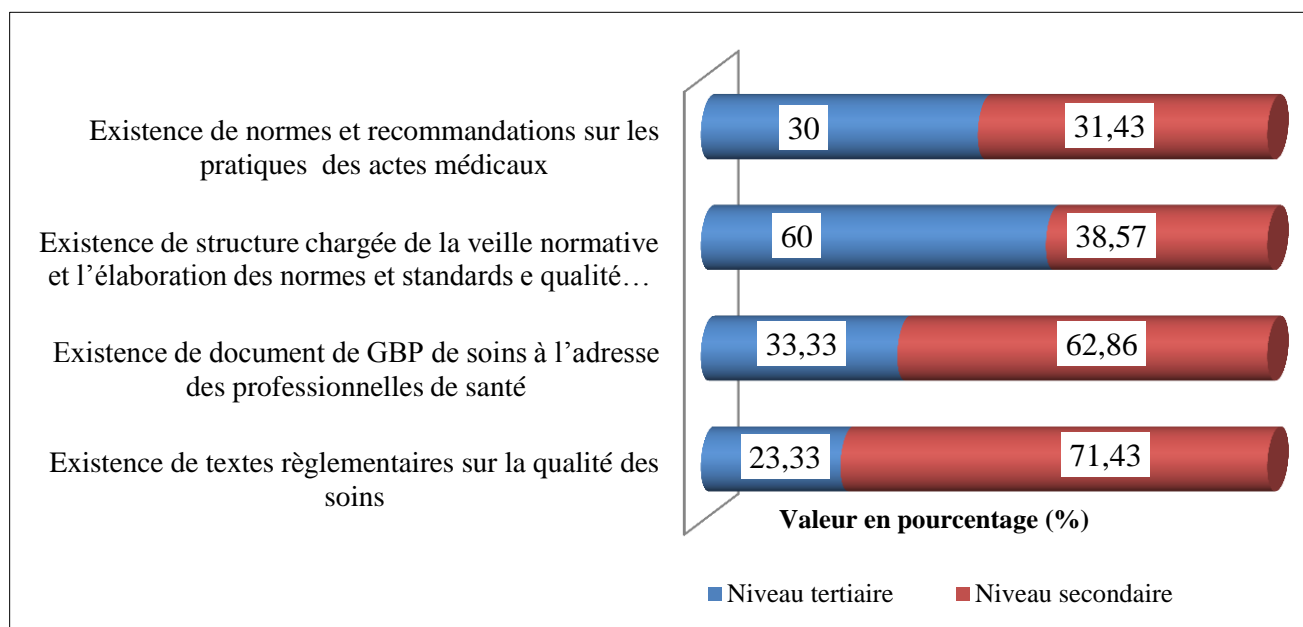


Figure 5: Répartition des taux de conformité sur l'existence des dispositions normatifs et réglementaires de qualité de soins

Taux de conformité moyen : 43,86%

Le taux de conformité moyen est de 43,86% traduisant une qualité insuffisante de l'existence de textes normatifs et réglementaires des normes de qualité de soins.

II.2.2 Description du fonctionnement du système de management qualité

Les éléments qui ont été utilisés pour apprécier le fonctionnement du système de management qualité sont :

- Instances de généralisation de la démarche qualité
- Niveau d'encrage de la démarche qualité
- Outils techniques et méthodologiques de la démarche
- Normes et standards de soins obstétricaux et néonataux.

II.2.2.1 Instances de généralisation de la démarche qualité

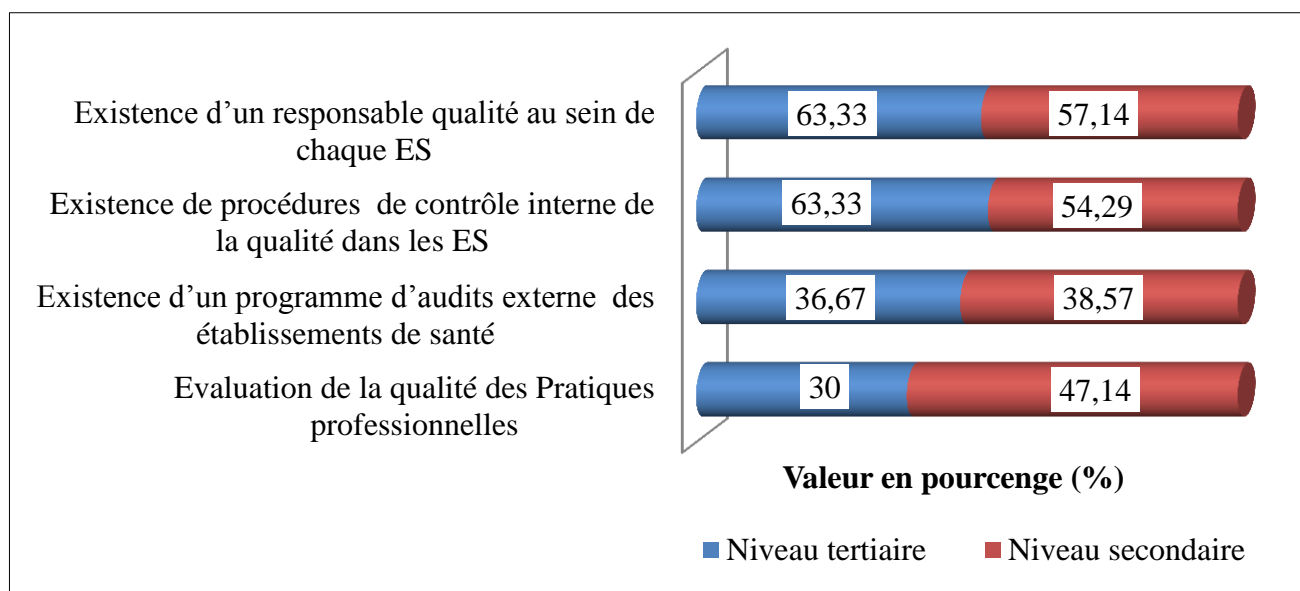


Figure 6: Répartition des taux de conformité sur l'existence d'instances de généralisation de la démarche qualité

Taux de conformité moyen : 48,80%

Un taux de conformité moyen de 48,80% traduisant une qualité insuffisante des instances de généralisation de la démarche qualité.

II.2.2.2 Niveau d'encrage de la démarche qualité

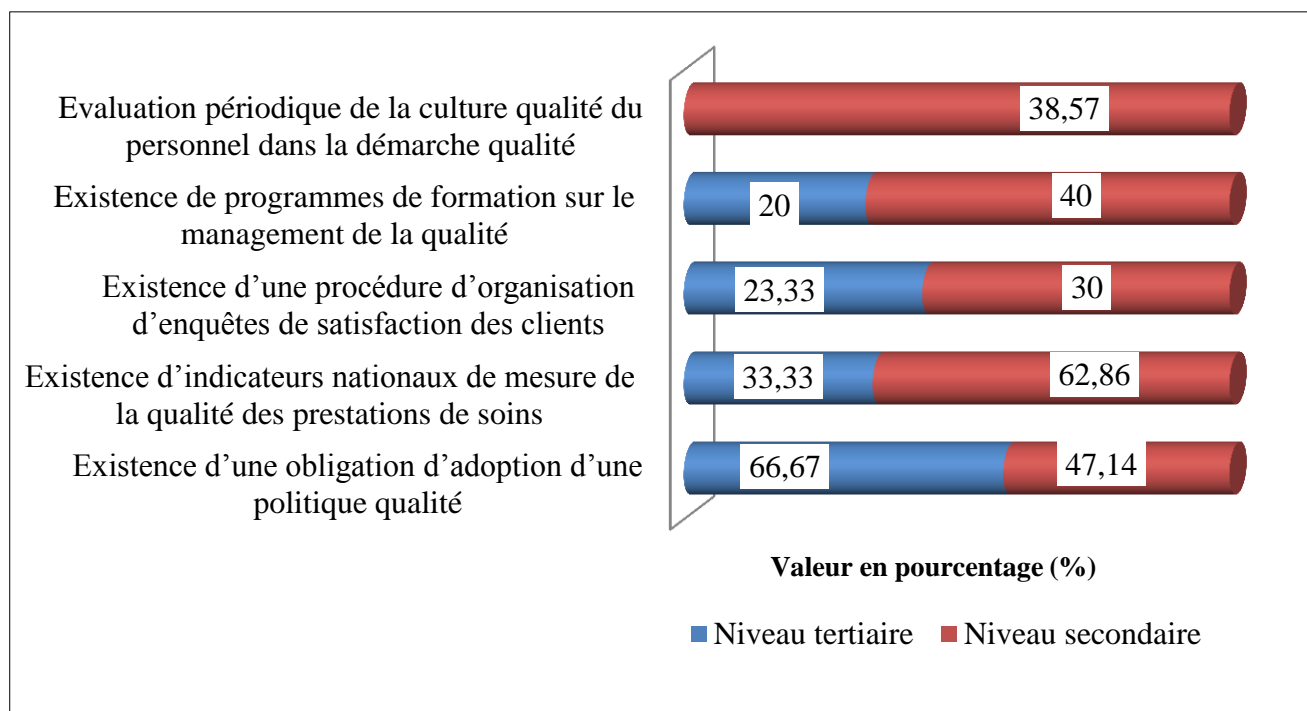


Figure 7 : Répartition des taux de conformité sur le niveau d'ancrage de la démarche qualité dans les établissements de santé

Taux de conformité moyen : 40.21%

Les deux niveaux de la pyramide sanitaire présentent un taux de conformité moyen de 40,21%, traduisant ainsi un niveau d'ancrage insuffisant de la démarche qualité.

II.2.2.3 Outils techniques et méthodologiques de la démarche qualité

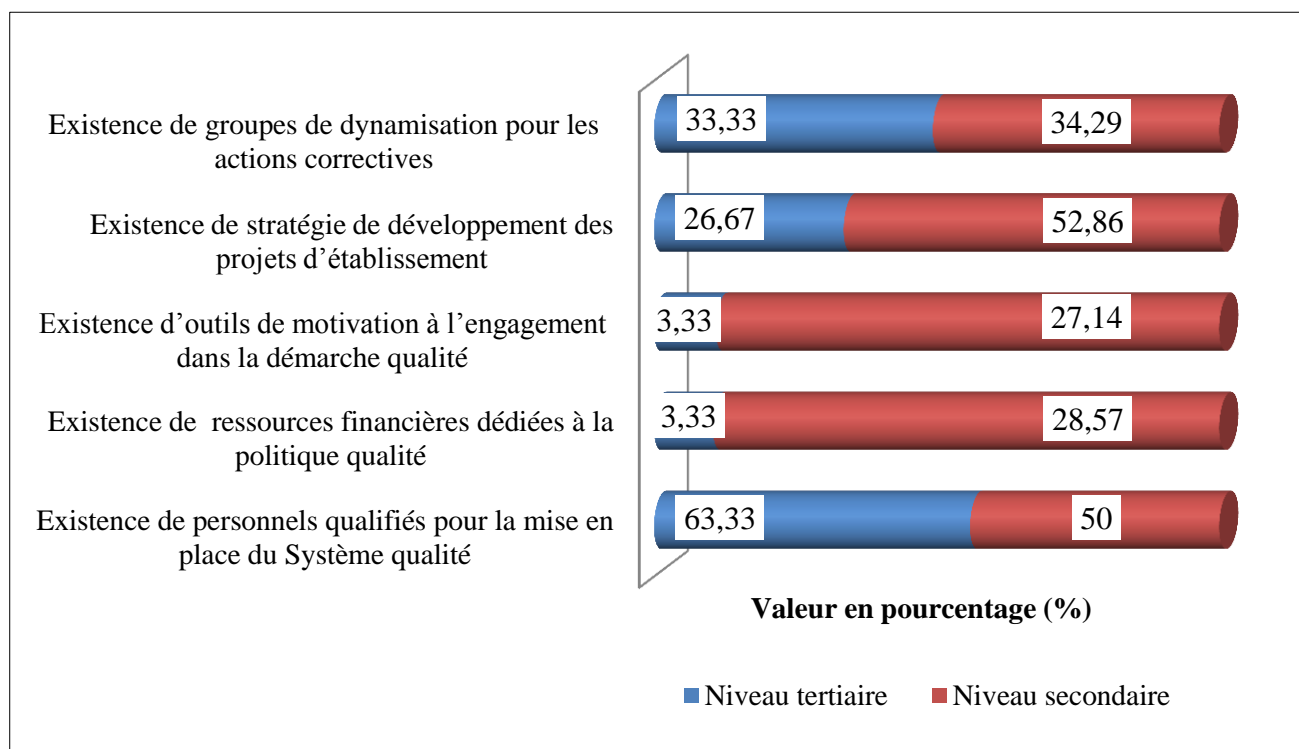


Figure 8 : Répartition des taux de conformité sur l'existence d'outils techniques et méthodologique de la démarche qualité dans les établissements de santé

Taux de conformité moyen : 32,28%

Le taux moyen est de 32,28% traduisant une qualité inacceptable concernant les outils techniques et méthodologique de la démarche qualité.

II.2.2.4 Normes et standards de soins obstétricaux

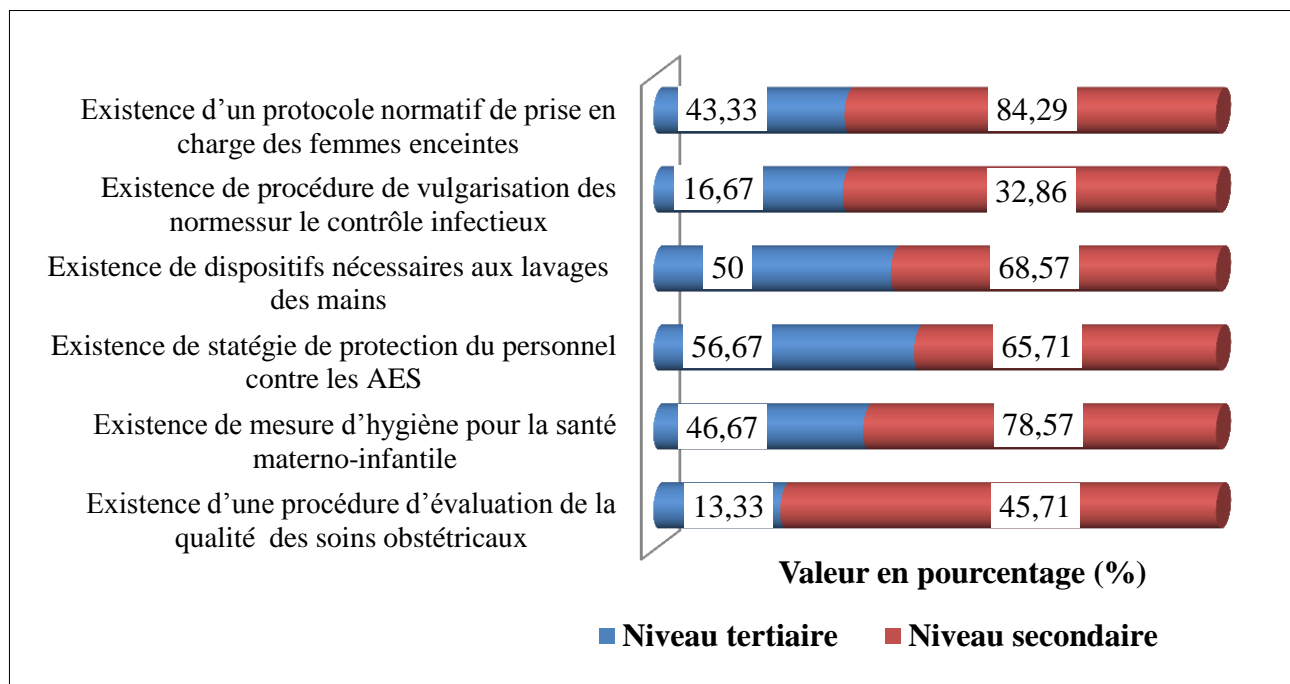


Figure 9 : Répartition des taux de conformité sur l'existence de normes et standards de soins obstétricaux

Taux de conformité moyen : 50,19%

Le taux de conformité moyen est de 62,61% au niveau secondaire traduisant une qualité acceptable quant à l'existence de normes et standards de qualité de soins.

II.2.3 Synthèse volet organisation institutionnel des normes de qualité de soins

Tableau IX: Répartition des exigences du volet organisation institutionnel des normes de qualité de soins

| Echelle de qualité | | Items | (%) | |
|--------------------|----------------------|---|-------|-----|
| Qualité présente | Excellente (80-100) | - | 0 | 0 |
| | Acceptable (40-59) | - | 0 | |
| Qualité absente | Insuffisante (40-59) | Cadre institutionnel de management qualité Dispositifs normatifs et réglementaires sur la qualité des soins Instances de la démarche qualité Normes et standards de soins obstétricaux | 66,67 | 100 |
| | Inacceptable (0-39) | Ancrage de la démarche qualité Outils de la démarche qualité | 33,33 | |

Les items évalués au volet organisation institutionnel sont de qualité absente.

II. 3 Volet organisation technique des normes de qualité de soins

Ce volet a été appliqué au trois niveaux de la pyramide sanitaire et a porté sur l'étude de la qualité de l'environnement et l'application des normes de qualité de soins dans les services d'obstétrique. Elle a concerné (03) points :

- Dispositifs matériels et équipements
- Dispositif de contrôle de la qualité de soins
- Application des normes de qualité de soins dans le processus de prise en charge de la mère et de l'enfant.

II.3.1 Etude de la disponibilité des équipements et matériels

II.3.1.1 Disponibilité et utilisation du matériel pour les activités de soins de la mère et de l'enfant

Tableau X: Disponibilité et utilisation du matériel pour les activités de soins de la mère et de l'enfant

| MATERIELS | DISPONIBILITE DU MATERIEL (%) | |
|-------------------------|-------------------------------|-------------------|
| | Niveau tertiaire | Niveau secondaire |
| Tensiomètre | 66,67 | 90,77 |
| Stéthoscope médical | 73,33 | 87,69 |
| Stéthoscope obstétrical | 46,67 | 90,77 |
| Thermomètre adulte | 66,67 | 75,38 |
| Ruban Métrique | 46,67 | 80,00 |
| Registre d'accouchement | 46,67 | 87,69 |
| Cahier de garde | 73,33 | 100,00 |
| Partogrammes | 46,67 | 81,54 |
| Table de gynécologie | 73,33 | 87,69 |
| Pèse- personne | 73,33 | 89,23 |

Taux de conformité moyen : 74,20%

Le taux moyen de 74,20% traduit une disponibilité et une utilisation de matériel, d'où la qualité de cet indicateur jugée acceptable.

II.3.1.2 Disponibilité des matériels médicotechniques de prise en charge obstétricale

Tableau XI : Disponibilité de matériels médicotechniques de prise en charge en milieu Obstétrical

| MATERIEL | DISPONIBILITE DU MATERIEL (%) | |
|---|-------------------------------|------------------|
| | Niveau secondaire | Niveau tertiaire |
| Alcool | 90,77 | 90,77 |
| Bétadine gynécologique | 55,38 | 55,38 |
| Thermomètre | 87,69 | 87,69 |
| Gants propres | 73,85 | 73,85 |
| Doigtiers | 43,08 | 43,08 |
| Brassard d'identification du nouveau-né | 41,54 | 41,54 |
| Table chauffante | 56,92 | 56,92 |
| Sondes d'aspiration (8 et 10) | 60,00 | 60,00 |
| Aspirateur manuel ou électrique | 61,54 | 61,54 |
| Ballon de ventilation auto-gonflable | 38,46 | 38,46 |
| Masque facial avec ballon auto-gonflable et enrichisseur d'oxygène. | 70,77 | 70,77 |
| Masques faciaux n° 00 pour nouveau-né de faible poids, n° 01 pour nouveau-né normal | 56,92 | 56,92 |
| Pèse-bébé | 87,69 | 87,69 |
| Boîtes d'accouchement stériles | 73,84 | 73,84 |
| Vitamine K | 53,85 | 53,85 |
| Gentamicine IV | 52,31 | 52,31 |
| Ampicilline IV | 47,69 | 47,69 |
| Eau distillée pour injection | 50,77 | 50,77 |
| Seringues 1 ml, 2 ml, 5 ml | 63,08 | 63,08 |
| Affiche sur la prise en charge des nouveau-nés de petits poids à la naissance | 36,92 | 36,92 |
| Affiche réanimation du nouveau-né | 40,00 | 40,00 |
| Affiche prévention contre les infections | 52,31 | 52,31 |

Taux de conformité moyen : 53,91%

Le taux de conformité moyen est de 53,91%, la qualité est jugée insuffisante en disponibilité des matériels médicotechniques de prise en charge obstétricale.

II.3.1.3 Disponibilité des équipements de préventions des infections en maternité et gynécologie

Tableau XII: Disponibilité des équipements de prévention des infections dans les services de soins de la mère et de l'enfant

| EQUIPEMENTS | DISPONIBILITE DU MATERIEL (%) | |
|-------------------------------|-------------------------------|------------------|
| | Niveau secondaire | Niveau tertiaire |
| Savon, savon liquide | 86,67 | 93,85 |
| Lavabo avec eau courante | 86,67 | 81,54 |
| Essuie main à usage unique | 86,67 | 46,15 |
| Désinfectants | 73,33 | 75,38 |
| Bacs de décontamination | 46,67 | 63,08 |
| Equipement pour stérilisation | 46,67 | 81,54 |
| Solution de décontamination | 66,67 | 89,23 |
| Boîte à tranchants | 73,33 | 67,69 |
| Poubelle à pédale couverte | 60,00 | 50,77 |
| de sachet plastique propre | | |
| Bombonne de gaz | 46,67 | 70,77 |

Taux de conformité moyen : 65,66%

Les établissements du niveau secondaire et tertiaire présentent un taux moyen de 69,66% traduisant une qualité acceptable de la disponibilité des équipements de prévention des infections.

II.3.2 Organisation des dispositifs de la qualité des soins dans les maternités

L'étude de la qualité des soins auprès du personnel de santé a été réalisée sur divers points :

- Dispositif de contrôle de la qualité des soins
- Système de signalement et traitement des non conformités liés aux soins
- Equipements, locaux et effectifs en milieux de soins

II.3.2.1 Dispositif de contrôle de la qualité des soins

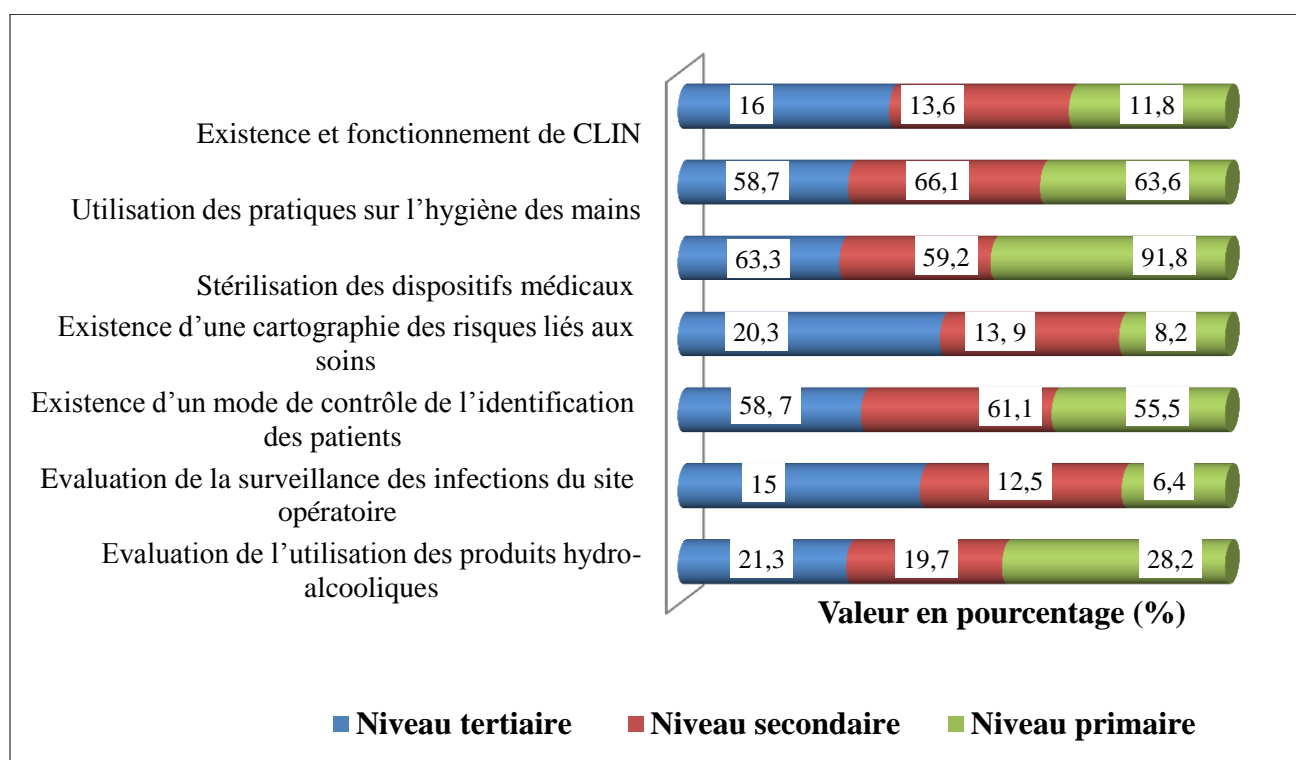


Figure 10: Répartition des taux de conformité sur le dispositif de contrôle de la qualité des soins en milieu obstétrical

Taux de conformité moyen : 36,42%

Le taux de conformité moyen de 36,42% traduit une qualité du dispositif de contrôle des soins totalement inacceptable et cela à tous les niveaux du système de santé

II.3.2.2 Système de signalement et traitement des non-conformités liées aux procédures de soins

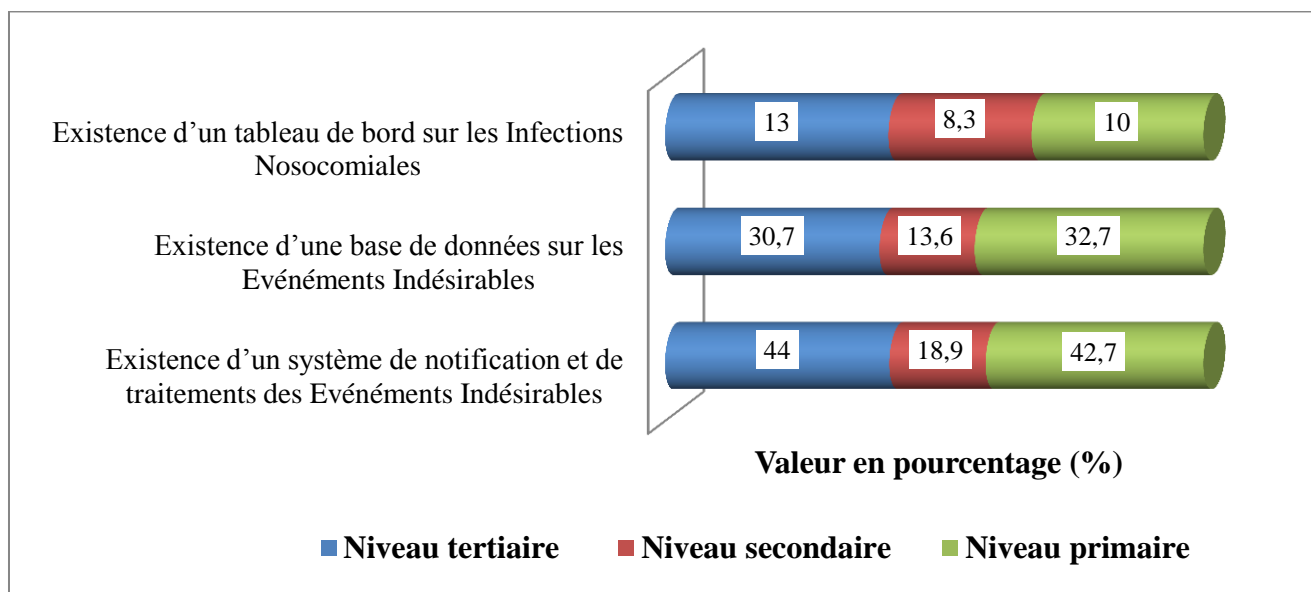


Figure 11: Répartition des taux de conformité sur le système de signalement et de traitement des non conformités liées aux procédures de soins

Taux de conformité moyen : 23,76%

Le taux de conformité moyen de la connaissance du personnel sur le système de signalement et de traitement des non conformités est de 23,76% traduisant une qualité inacceptable.

II.3.2.3 Equipement, locaux et contrôle des effectifs en milieux de soins

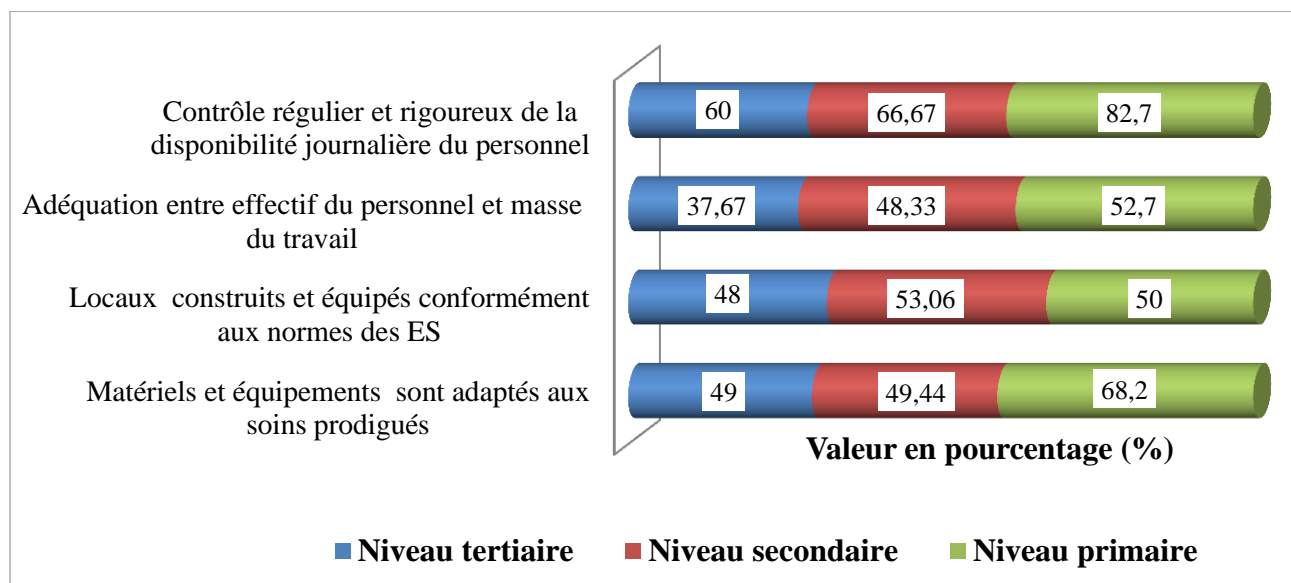


Figure12 : Répartition des taux de conformité sur de la qualité des équipements, locaux et effectifs dans les services enquêtés

Taux de conformité moyen : 55,48%

L'évaluation de la qualité des équipements, locaux ainsi que des effectifs dans tout le système de santé donne un taux moyen de 55,48%. La qualité est ainsi jugée insuffisante.

II.3.3 Application des normes de qualité de soins

Cette évaluation a porté sur l'application des normes de qualité de soins dans la prise en charge des patientes.

II.3.3.1 Application des normes de qualité dans l'organisation des soins

Cette évaluation a porté sur sept (07) points :

II.3.3.1.1 La qualité de l'accueil dans les services

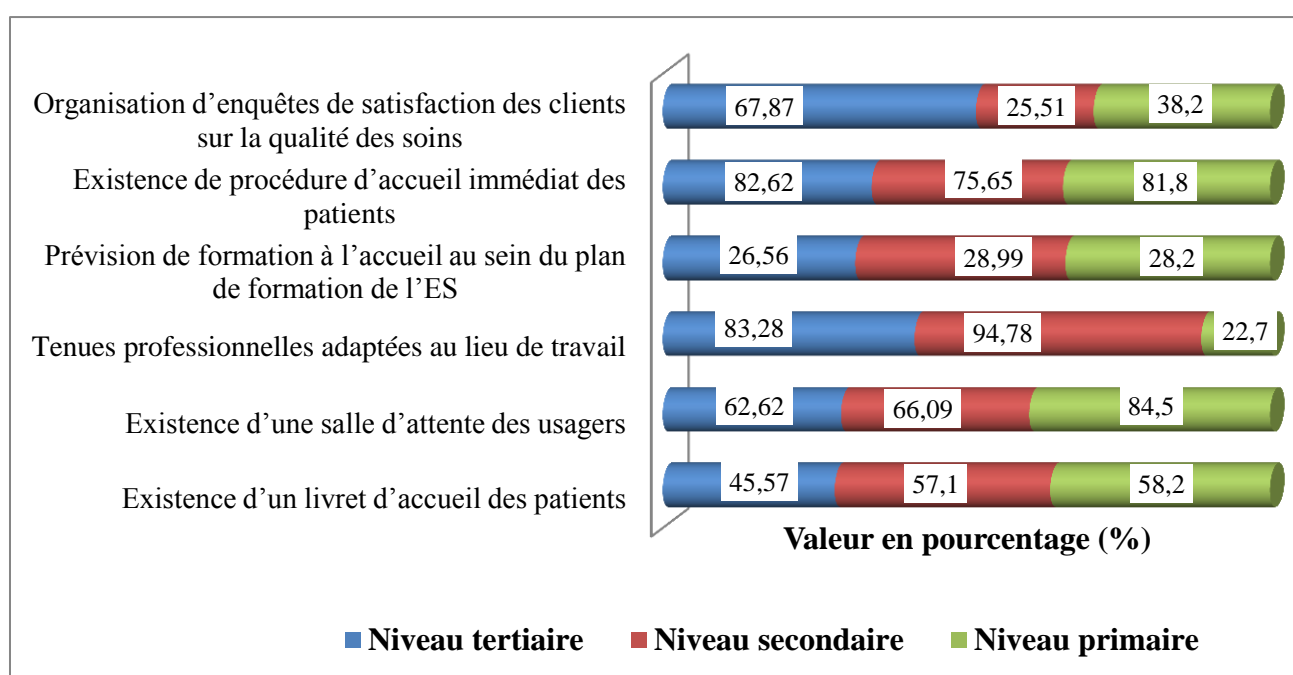


Figure 13: Répartition des taux de conformité sur l'évaluation de la qualité de l'accueil dans les établissements de santé

Taux de conformité moyen : 57,23%

L'application de la qualité à l'accueil dans nos établissements de soins est jugée insuffisante avec un taux de conformité moyen de 57,23%.

II.3.3.1.2 Actes et protocoles de soins médicaux

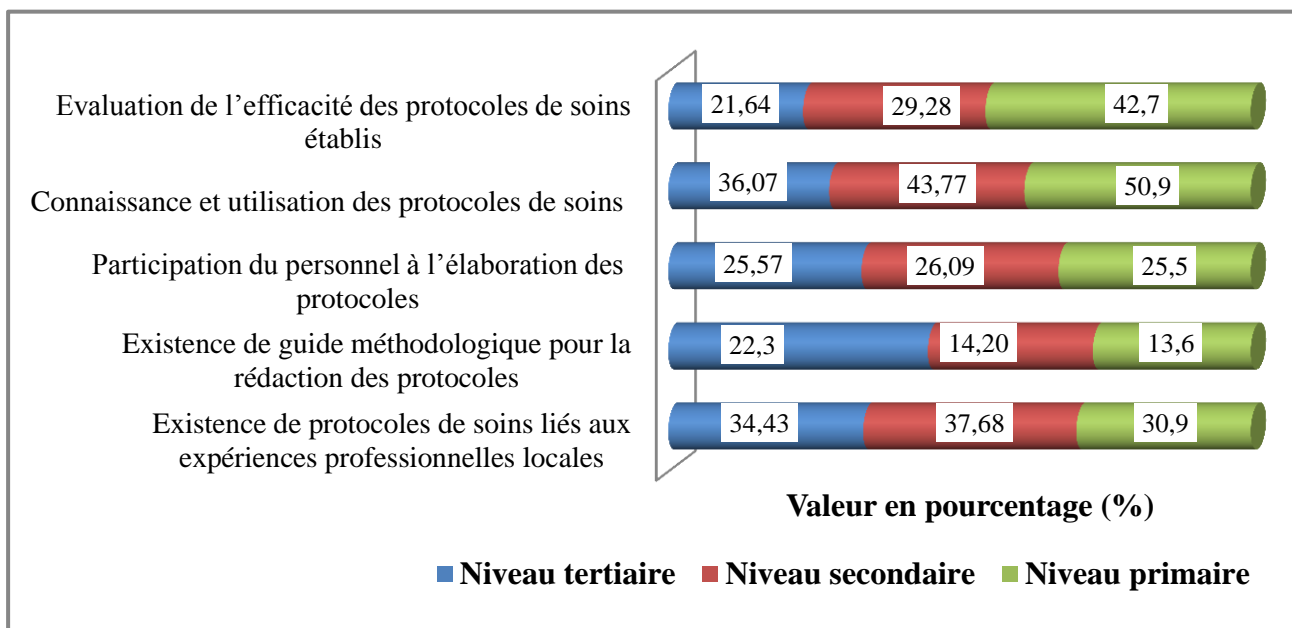


Figure 14 : Répartition des taux de conformité sur l'application des normes relatives aux actes et protocoles de soins

Taux de conformité moyen : 39,58%

La qualité liée à l'application des normes relatives aux actes et protocoles de soins dans l'ensemble des structures sanitaires est jugée inacceptable avec un taux de conformité moyen de 39,58%.

II.3.3.1.3 Prévention du risque infectieux

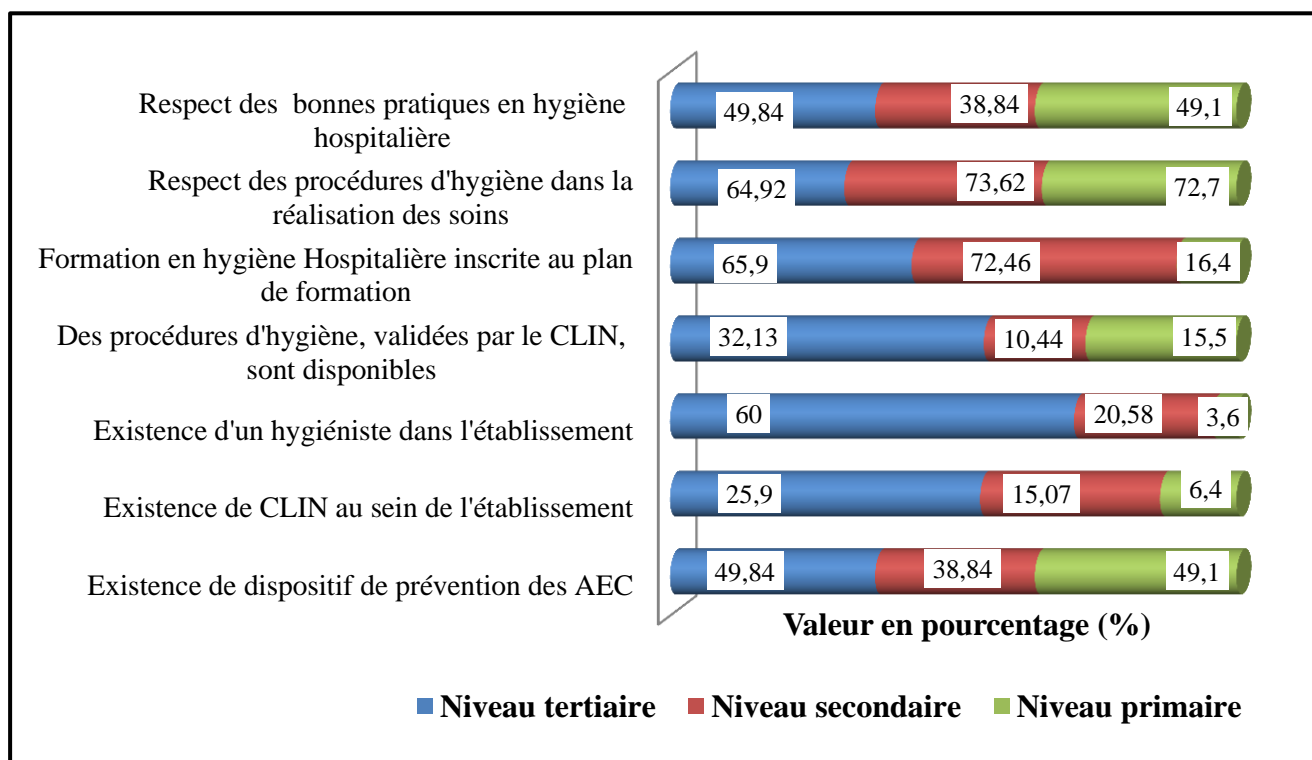


Figure 15: Répartition des taux de conformité sur de normes de prévention du risque infectieux dans les services de soins maternels et néonataux

Taux de conformité moyen : 37,03%

Le taux moyen de 37,03% traduit une qualité inacceptable quant à l'application de normes relatives à la prévention du risque infectieux.

II.3.3.1.4 Evaluation de l'application des normes relatives aux mesures de maîtrise des risques professionnelles

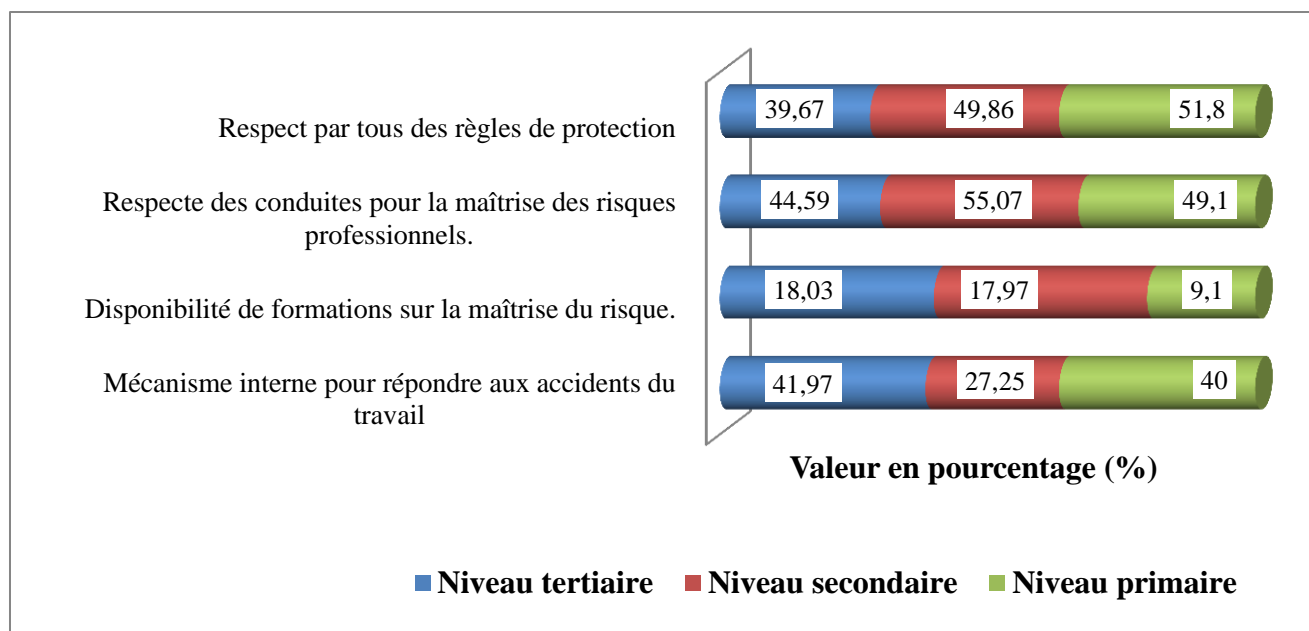


Figure 16: Répartition des taux de conformité sur l'application de mesures relatives à la maîtrise des risques professionnelles dans les services de santé materno-infantile

Taux de conformité moyen : 37,03%

La qualité liée à l'application des normes relatives à la maîtrise des risques est jugée inacceptable dans l'ensemble des établissements sanitaires avec un taux moyen de 37,03%.

II.3.3.1.5 Evaluation de l'application des normes relatives à la désinfection des matériels médicaux

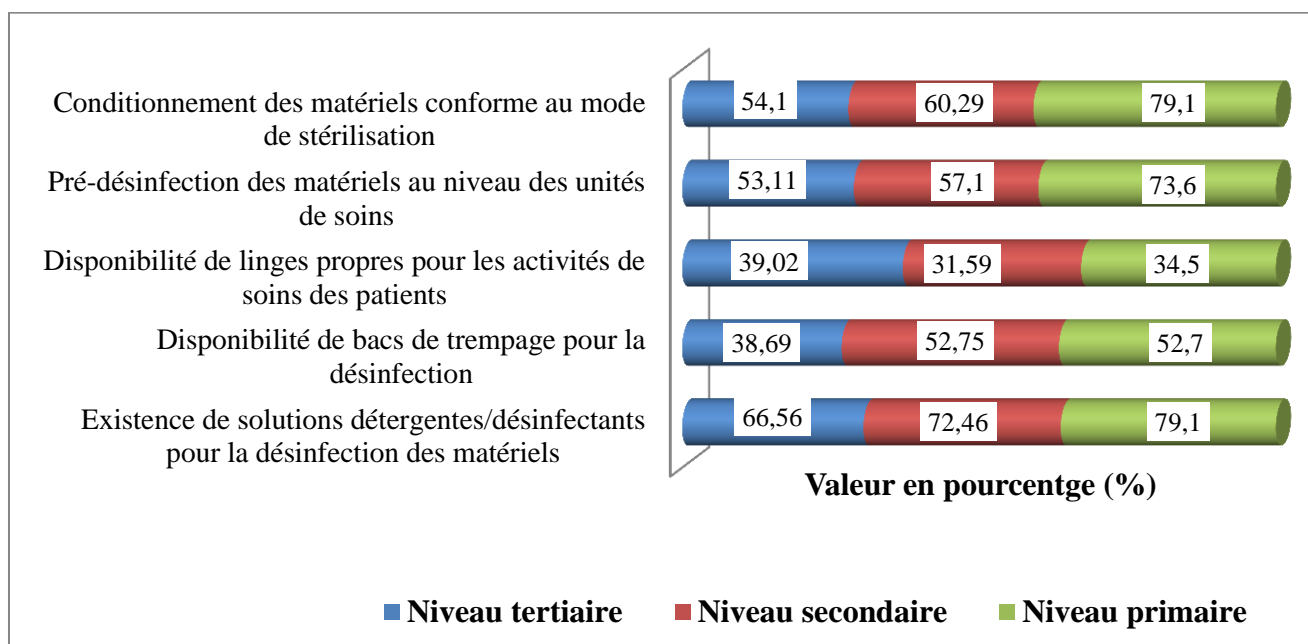


Figure 17 : Répartition des taux de conformité sur l'application de normes relatives à la désinfection des matériels médicaux

Taux de conformité moyen : 56,31%

La qualité liée à l'application des normes relatives à la désinfection de matériels est jugée insuffisante, d'où un taux moyen de 56,31%

II.3.3.1.6 Evaluation de l'application des normes relatives à la gestion des déchets médicaux

Tableau XIII: Avis des enquêtés sur l'existence de normes relatives à la gestion des déchets médicaux

| INDICATEURS | DISPONIBILITE(%) | | |
|--|------------------|-------------------|-----------------|
| | Niveau tertiaire | Niveau secondaire | Niveau primaire |
| Tri et traitement des déchets médicaux | 56,00 | 56,39 | 71,8 |
| Existence d'un lieu de stockage des déchets médicaux | 60,98 | 76,23 | 95,5 |
| Disponibilité de boîtes de sécurité | 75,74 | 77,68 | 99,1 |
| Existence de poubelles au sein des unités | 80,98 | 94,49 | 99,1 |
| Disponibilité de sacs à poubelles | 49,84 | 42,61 | 77,3 |
| Disponibilité d'un incinérateur fonctionnel | 40,66 | 30,43 | 60,0 |
| Existence d'un responsable de gestion des déchets médicaux | 43,61 | 23,77 | 49,1 |
| Collecte régulière des ordures dans les services de soins | 16,07 | 58,55 | 96,4 |
| Disponibilité de contenants de stockage des déchets | 60,98 | 31,30 | 74,5 |
| Existence de procédure de traitement des déchets | 75,74 | 76,23 | 40,9 |

Taux de conformité moyen : 28,61%

L'application des normes relatives à la gestion des déchets médicaux dans les formations sanitaire est de qualité acceptable avec un taux moyen supérieur à 60%.

II.3.2.1.7 Evaluation de l'application des normes relatives au développement continu de la qualité des soins.

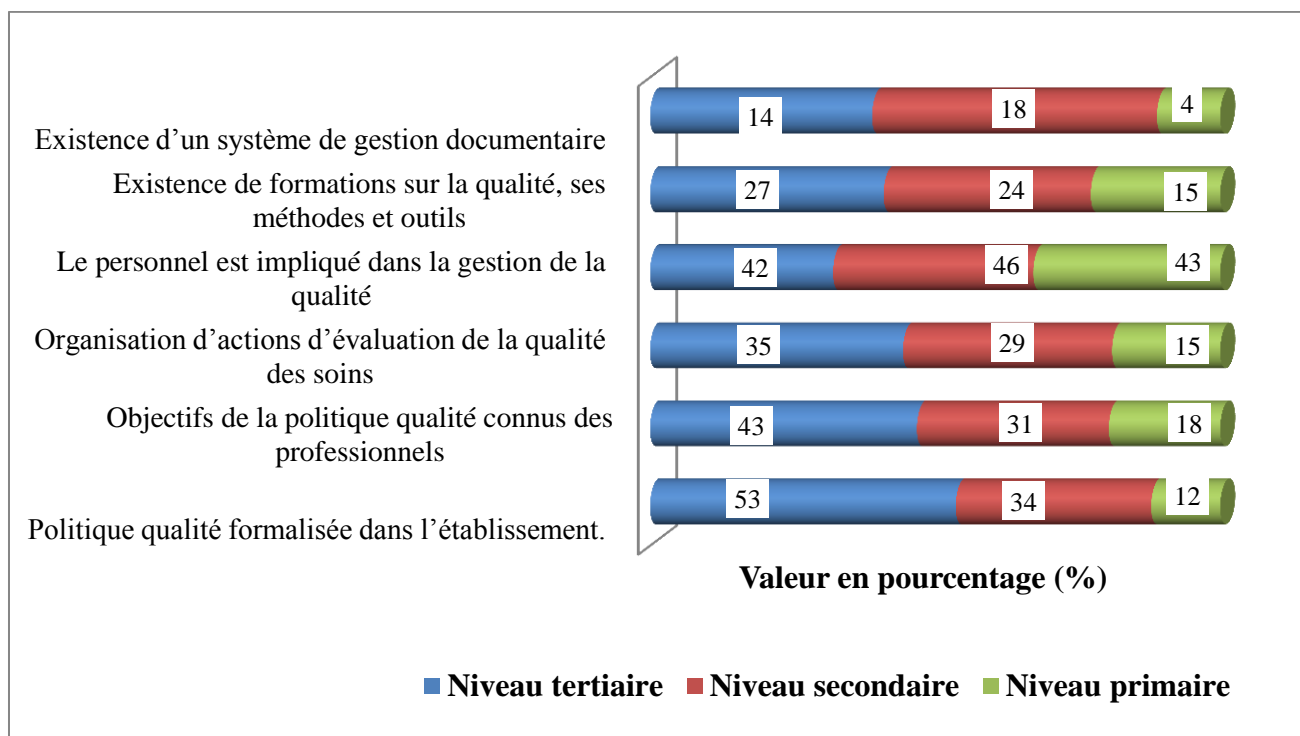


Figure 18: Répartition des taux de conformité de l'application d'une démarche qualité au sein de l'établissement.

Taux de conformité moyen : 28,61%

Le taux de conformité moyen de 28,61% traduit une qualité inacceptable quant à l'application des normes relatives au développement de la qualité continu.

II.3.2.2 Application des pratiques de qualité lors de la prise en charge des patientes

II.3.2.2.1 Soins physiques

Tableau XIV: Répartition des enquêtés selon l'existence d'activités de soins physiques liées à un accouchement normal

| INDICATEURS | DISPONIBILITE(%) | | |
|--|------------------|-------------------|-----------------|
| | Niveau tertiaire | Niveau secondaire | Niveau primaire |
| Vaccination des femmes enceintes contre le tétanos | 93,04 | 96,67 | 95,8 |
| Dépistage du VIH avec le consentement éclairé de la mère | 93,04 | 98,33 | 94,7 |
| Prophylaxie rhésus chez les femmes rhésus négatif | 94,78 | 95,56 | 83,2 |
| Surveillance fœtale avec auscultation intermittente | 80,00 | 93,33 | 93,7 |
| Port de gants et masques stériles pour les soins | 55,65 | 59,44 | 60,0 |
| Monitoring électronique du fœtus | 41,74 | 13,333 | 7,4 |
| Examen systématique du placenta et des membranes | 78,26 | 80,56 | 83,2 |

Taux de conformité moyen : 75,79%

La qualité liée aux activités de soins physique pour un accouchement normal dans l'ensemble des formations est jugée acceptable pour un taux de conformité moyen de 75,79%.

II.3.2.2.2 Assistance psychosociale

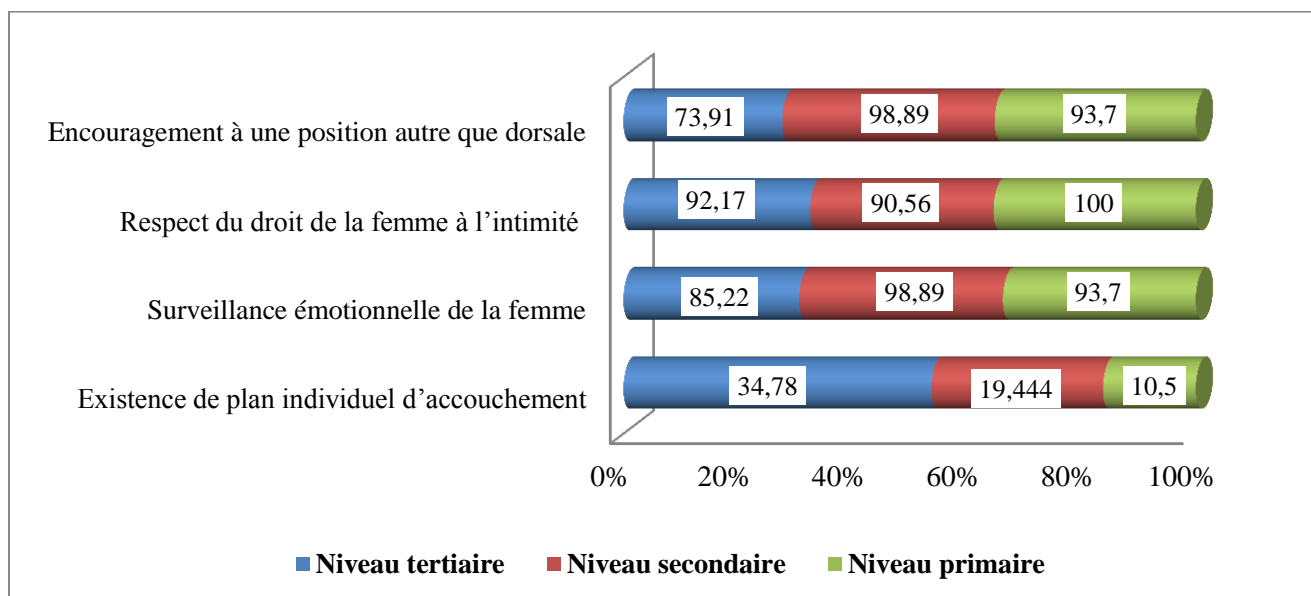


Figure 19: Avis des enquêtés sur l'existence d'activités de soins psychosociales liées à un accouchement normal.

Taux de conformité moyen : 74,31%

Un taux de conformité moyen de 74,31% observé traduisant une qualité acceptable quant aux pratiques de soins liée à l'assistance psychosociale de la mère dans les structures sanitaires.

II.3.2.2.3 Activités de soins liés à la mère et au nouveau-né dans le post-partum

Tableau XV: Répartition des enquêtes selon l'existence d'activités de soins liés à la mère dans le post-partum

| INDICATEURS | DISPONIBILITE(%) | | |
|---|------------------|-------------------|-----------------|
| | Niveau tertiaire | Niveau secondaire | Niveau primaire |
| Supervision du débit urinaire 8-12 après l'accouchement | 34,78 | 33,33 | 31,6 |
| Inspection du périnée dans le post-partum | 65,22 | 36,11 | 57,9 |
| Respect et application des mesures d'hygiène pour la mère | 75,65 | 92,22 | 98,9 |
| Allaitement maternel et ses avantages privilégiés | 96,52 | 98,89 | 100,0 |
| Assistance conseil aux mères porteuses du VIH SIDA | 91,30 | 75,00 | 83,2 |
| Prescription de fer aux femmes dans le post partum | 100,00 | 98,89 | 100,0 |

Taux de conformité moyen : 76,03%

Un taux de conformité moyen de 76,03% a été observé pour les activités de soins liés à la mère et au nouveau-né dans le post partum, traduisant ainsi une qualité acceptable de ces activités dans les structures sanitaires.

Tableau XVI: Répartition des enquêtés sur l'existence les activités de soins liés au nouveau-né dans le post-partum

| INDICATEURS | DISPONIBILITE (%) | | |
|---|-------------------|-------------------|-----------------|
| | Niveau tertiaire | Niveau secondaire | Niveau primaire |
| Respect et application des mesures d'hygiène pour le nouveau-né | 75,65 | 92,22 | 98,9 |
| Observations du nouveau-né à la première semaine | 73,91 | 34,44 | 69,3 |
| Existence de mesure de prévention de l'hypothermie | 91,30 | 67,78 | 63,2 |
| Vaccination possible par le BCG | 99,13 | 100 | 100 |
| Administration de la vitamine K | 95,65 | 72,22 | 87,4 |

Taux de conformité moyen : 84,14%

La qualité des activités se soins liés au nouveau-né dans le post partum est jugée excellente avec un taux de conformité moyen de 84,14%

II.3.3 Synthèse volet technique des normes de qualité de soins

Tableau XVII : Répartition des exigences du volet organisation technique des normes de qualité de soins

| Echelle de qualité | | Items | (%) | |
|--------------------|----------------------|---|-------|-------|
| Qualité présente | Excellente (80-100) | Activités de soins liés au nouveau-né dans le post-partum | 5,88 | 41,17 |
| | Acceptable (60-79) | Disponibilité et utilisation du matériel pour les activités de soins de la mère et de l'enfant Disponibilité des équipements de prévention et de désinfection des infections Gestion des déchets médicaux Soins physique liés à la prise en charge de la mère Assistance psychosociale de la mère Soins liés à la mère dans le post partum | 35,29 | |
| Qualité absente | Insuffisante (40-59) | Disponibilité des matériaux médico techniques de prise obstétricale Equipement, locaux et contrôle des effectifs en milieu de soins Qualité de l'accueil dans les services de soins Désinfection des matériaux médicaux | 23,53 | 58,83 |
| | Inacceptable (0-39) | Dispositif de contrôle de la qualité des soins Système de signalement et de traitement des non conformités liées aux soins Actes et protocoles de soins médicaux Prévention du risque infectieux Maitrise de risque professionnel Développement continu de la qualité des soins | 35,30 | |

Plus de la moitié des items évalués dans ce volet sont de qualité absente

II.4 Volet opérationnel des normes de qualité de soins

L'étude de ce volet a essentiellement porté sur les facteurs de résistance de l'application et de la diffusion des normes standards de qualité de soins dans notre système de santé. Ces facteurs ont été regroupés en (03) catégories :

- Facteurs liés aux recommandations des bonnes pratiques elles-mêmes
- Facteurs individuels liés aux personnels médical et paramédical
- Facteurs liés à l'environnement professionnel

II.4.1 Facteurs liés aux recommandations de bonnes pratiques

II.4.1.1 Pertinence des thèmes des RBP de qualité de soins

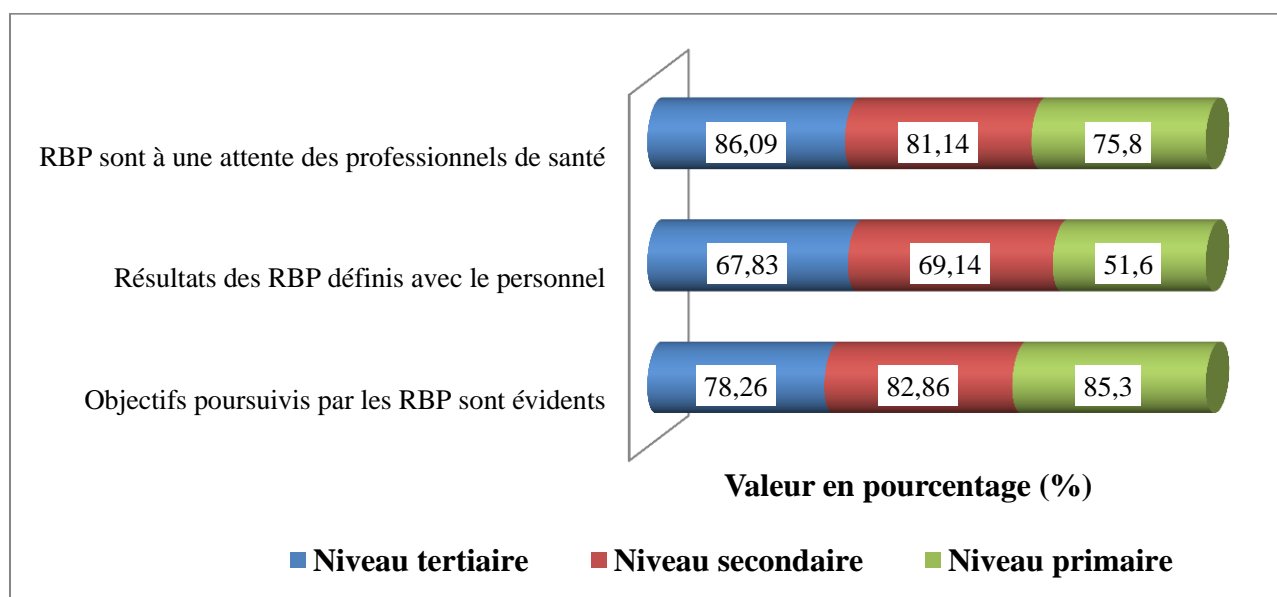


Figure 20 : Répartition des taux de conformité sur la pertinence des thèmes des RBP de qualité de soins

Taux de conformité moyen : 73,33%

Le taux moyen est de 75,33% pour l'ensemble des structures sanitaires, traduisant une qualité acceptable sur la pertinence des thèmes de RBP.

II.4.1.2 Applicabilité des RBP de qualité de soins

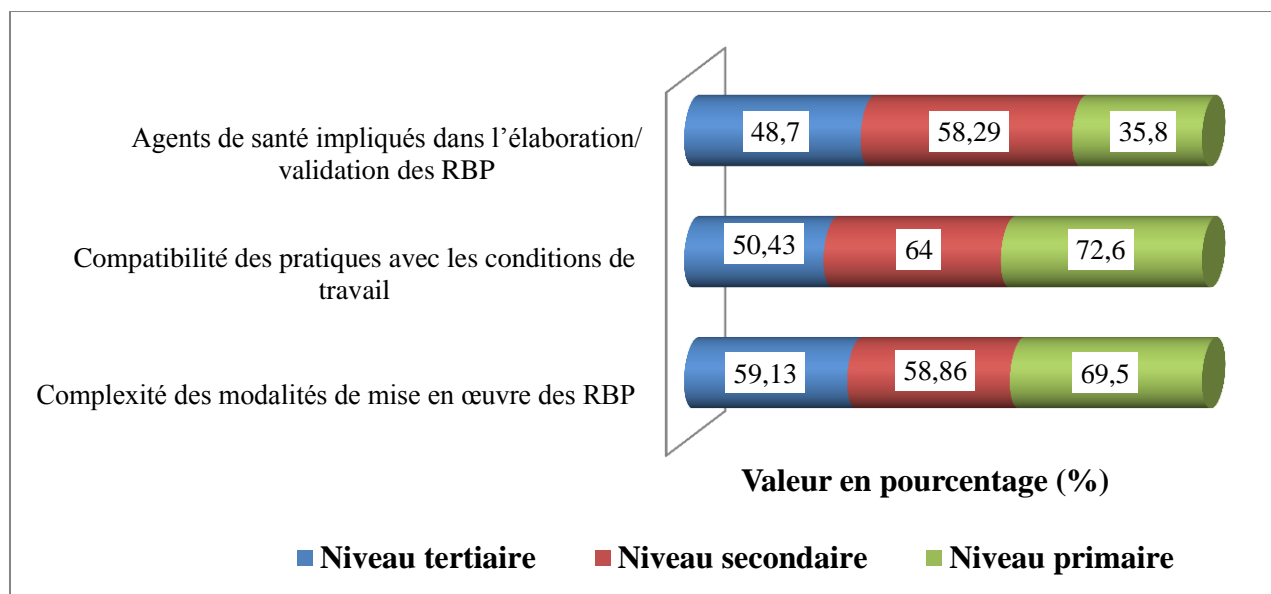


Figure 21: Répartition des taux de conformité sur l'applicabilité des RBP de qualité des soins

Taux de conformité moyen : 57,47%

Un taux moyen de 57,47% est observé traduisant une qualité insuffisance quant à l'applicabilité des RBP dans notre système de santé

II.4.1.3 Impact des RBP sur la qualité de soins

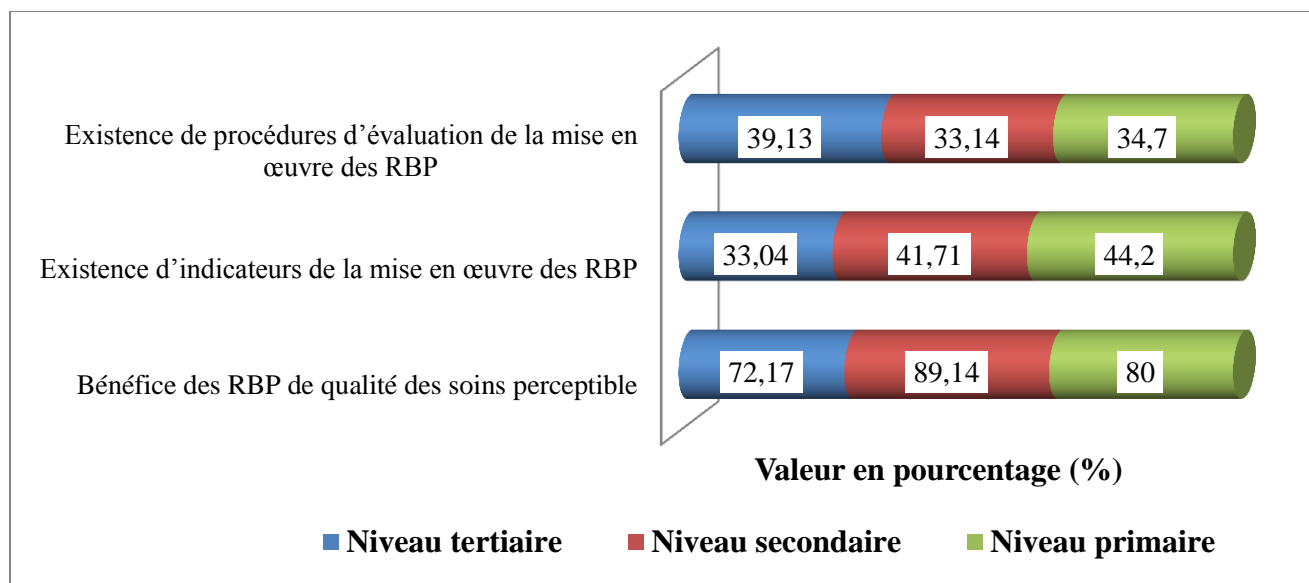


Figure 22: Répartition des taux de conformité sur l'impact des RBP de qualité des soins

Taux de conformité moyen : 51,91%

Le taux moyen est de 51,91% traduisant une qualité insuffisante quant à l'impact des RBP.

II.4.2 Facteurs liés à l'environnement professionnel

II.4.2.1 Contraintes liées à l'organisation interne

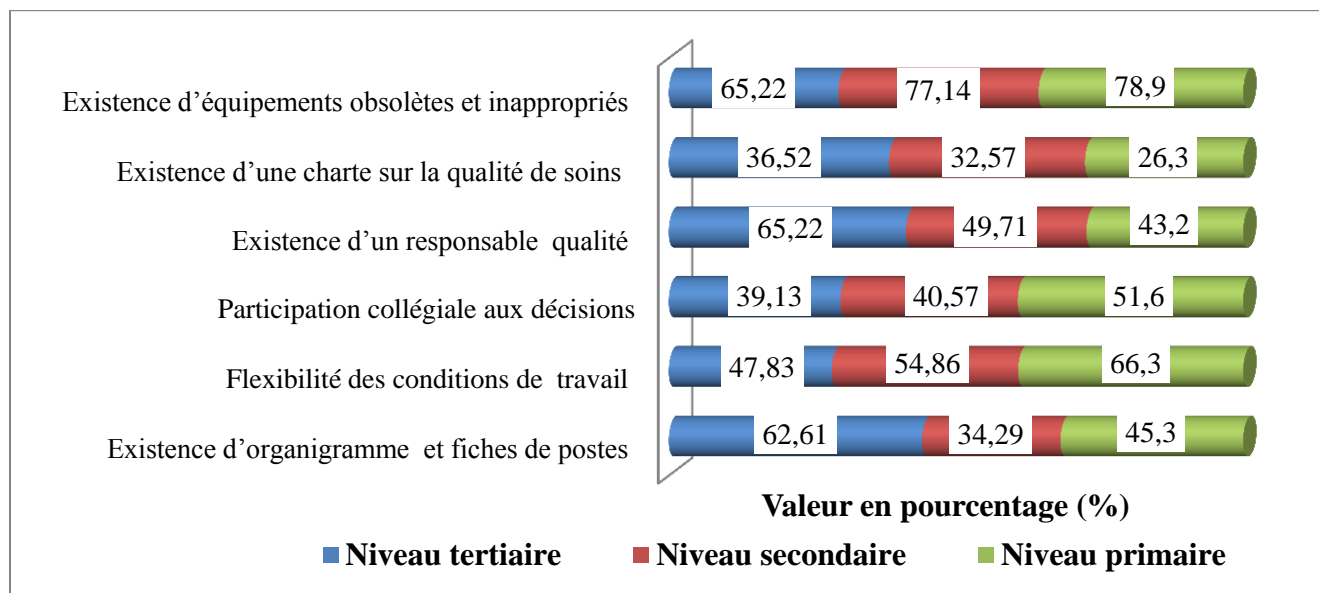


Figure 23 : Répartition des taux de conformité sur l'existence de contraintes organisationnelles d'application des RBP de qualité des soins

Taux de conformité moyen : 50,95%

Le taux moyen est de 50,95% traduisant une qualité insuffisante quant à l'organisation interne de l'application des RBP de qualité.

II.4.2.2 Contraintes économiques et financières

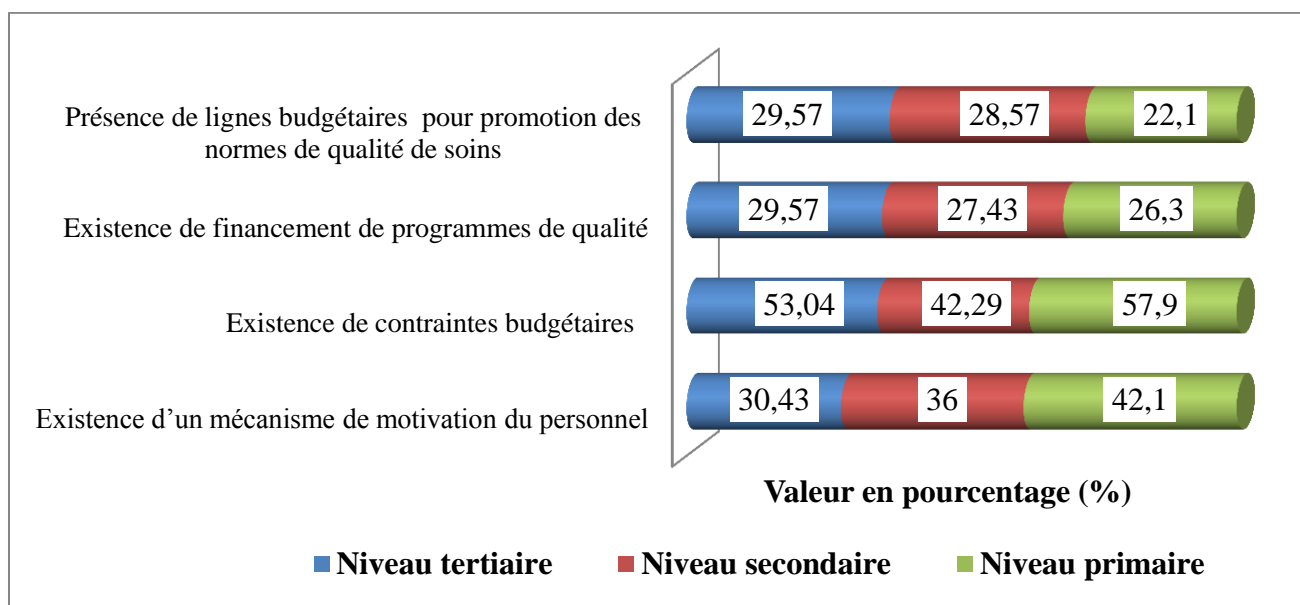


Figure 24: Répartition des taux de conformité sur l'existence de contraintes financières d'application des RBP de qualité des soins

Taux de conformité moyen : 35,42%

Le taux moyen est de 35,42% traduisant une contrainte financière et économique dans l'ensemble de nos établissements de santé d'où la qualité jugée inacceptable.

II.4.2.3 Contraintes inhérentes à la formation du personnel

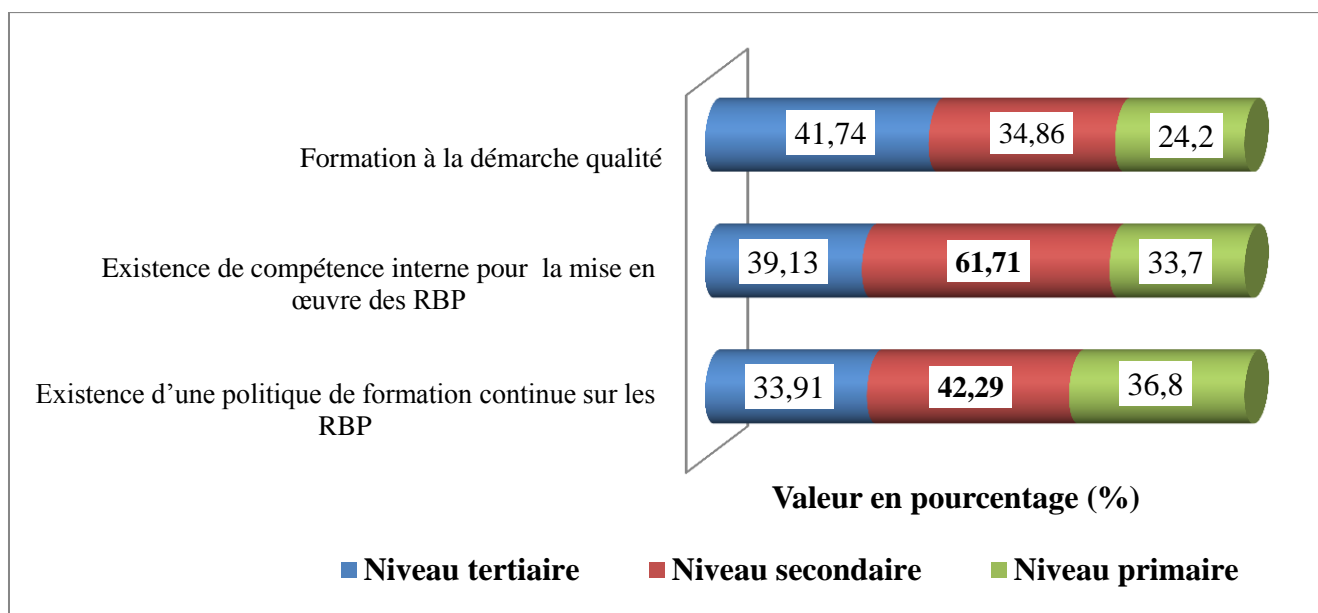


Figure 25: Répartition des taux de conformité sur la politique de formation sur les RBP de qualité des soins

Taux de conformité moyen : 38,70%

Une contrainte liée à la formation du personnel de santé est observé avec un taux moyen de 38,70% traduisant ainsi une qualité inacceptable.

II.4.2.4 Contraintes liées à la disponibilité des outils de diffusion des RBP en services de soins

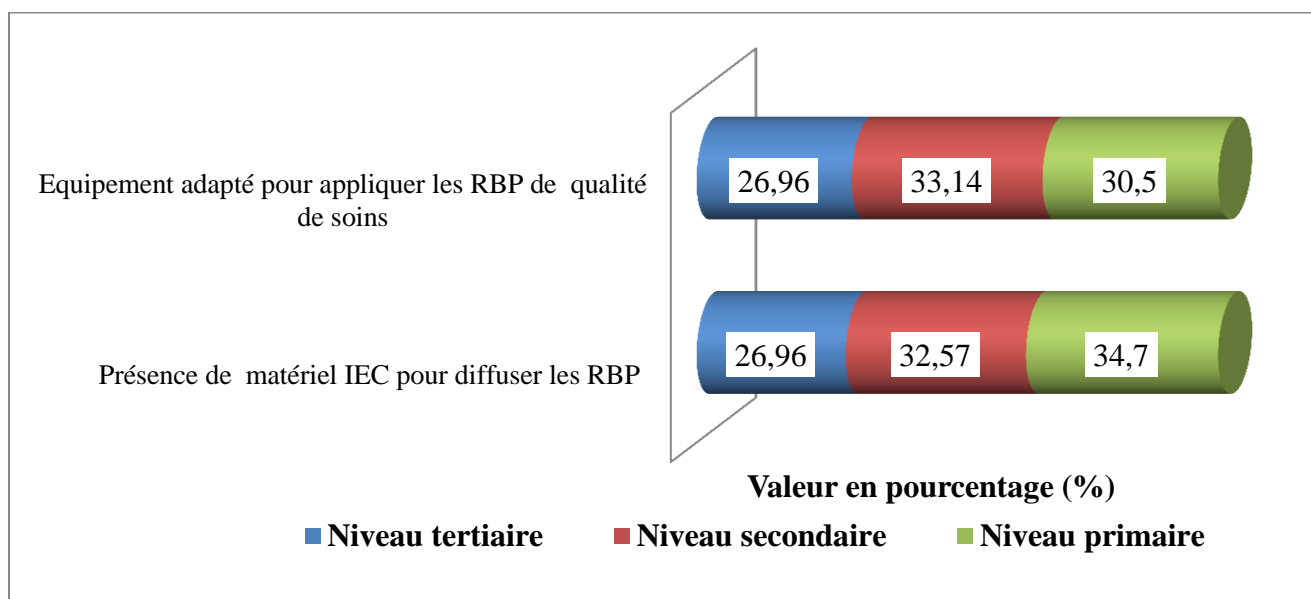


Figure 26 : Répartition des taux de conformité sur les outils de diffusion des RBP de qualité de soins dans les services de soins maternels et néonataux de base

Taux de conformité moyen : 30,80%

Une contrainte liée à la disponibilité des outils de diffusion est observé, avec le taux moyen de 30,80% traduisant une qualité inacceptable.

II.4.2.5 Contraintes liées aux relations avec les partenaires/ interfaces

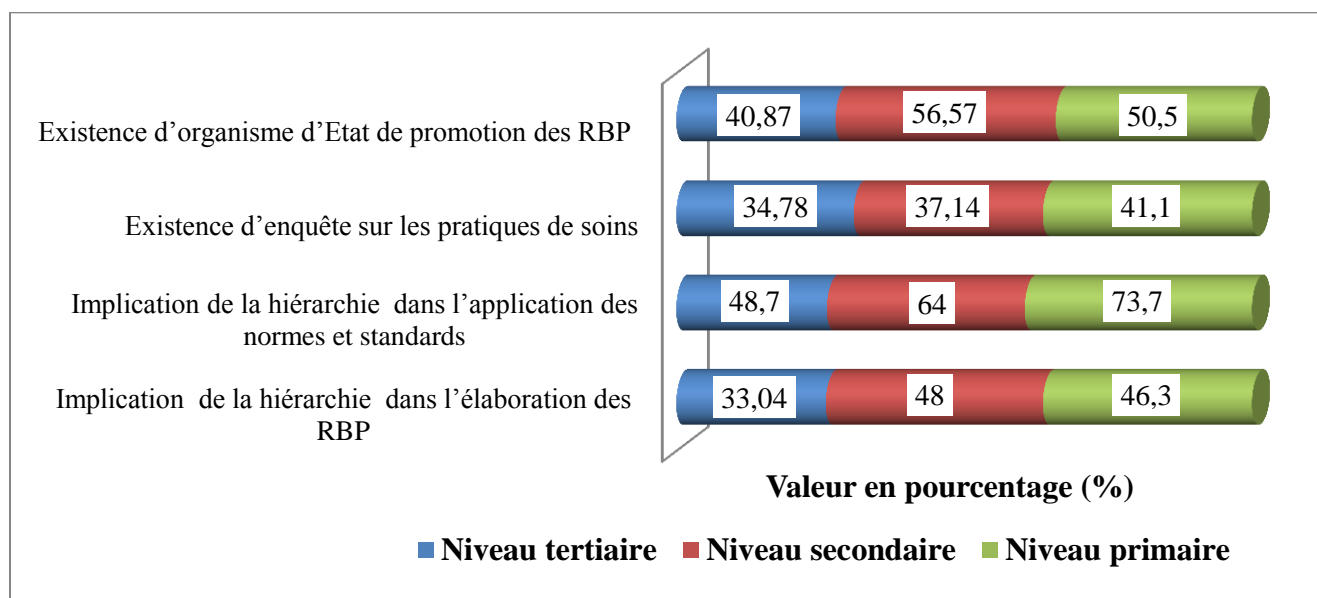


Figure 27: Répartition des taux de conformité sur les contraintes relationnelles d'application des RBP de qualité des soins

Taux de conformité moyen : 47,89%

La qualité liée aux relations avec les interfaces est jugé insuffisante, soit un taux moyen de 47,89%.

II.4.3 Facteurs individuels liés aux professionnels de la santé

II.4.3.1 Connaissance du contenu des RBP

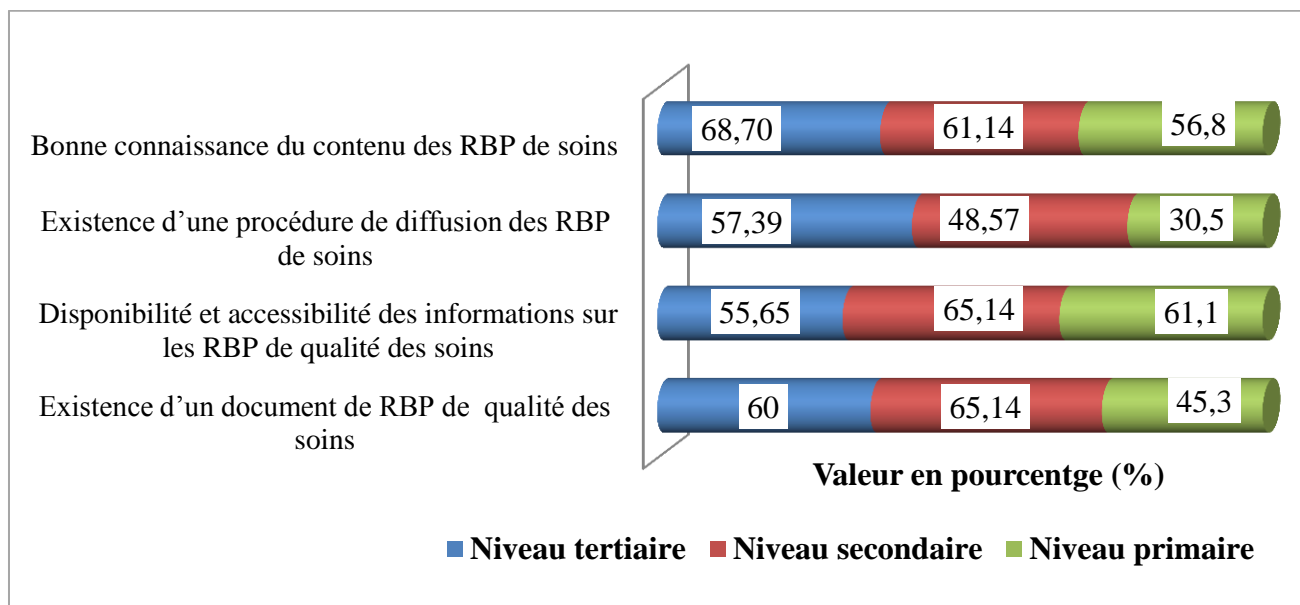


Figure 28: Répartition des taux de conformité sur la connaissance des RBP de qualité des soins

Taux de conformité moyen : 56,28%

La qualité liée à la connaissance des RBP par le personnel de santé est jugée insuffisante à tous les niveaux de la pyramide sanitaire soit un taux moyen de 56,28%.

II.4.3.2 Attitude du personnel vis-à-vis des RBP de qualité des soins

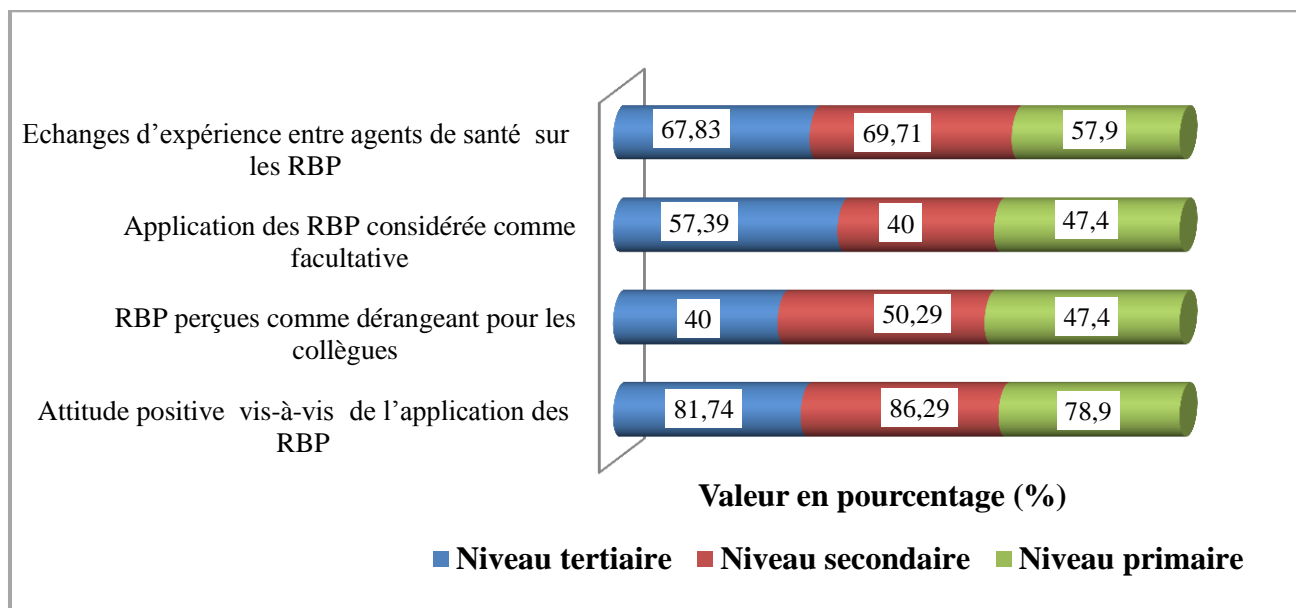


Figure 29: Répartition des taux de conformité de l'attitude du personnel vis-à-vis des RBP de qualité des soins

Taux de conformité moyen : 50,40%

Le taux moyen est de 50,40% traduisant une qualité insuffisante de l'attitude du personnel de santé vis-à-vis des normes de RBP.

II.4.3.3 Qualification du personnel vis-à-vis des RBP

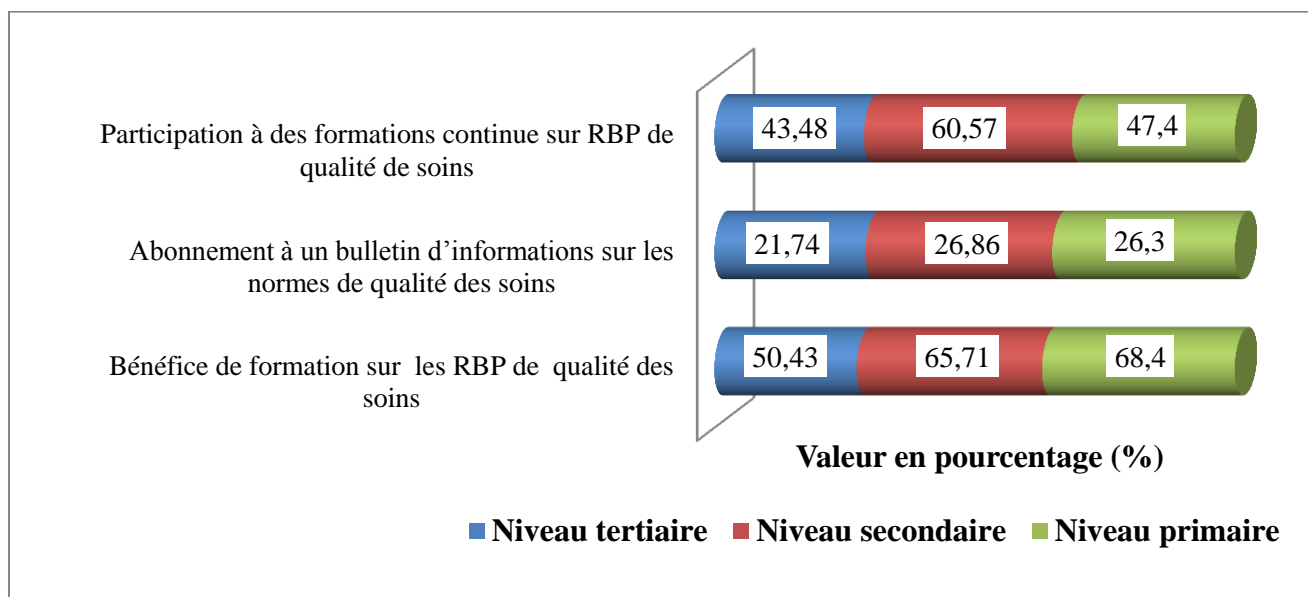


Figure 30: Répartition des taux de conformité de la qualification du personnel vis-à-vis des recommandations de bonnes pratiques de qualité des soins

Taux de conformité moyen : 45,65%

Le taux moyen est de 45,65%, traduisant une qualité insuffisante quant à la qualification du personnel de santé du système de santé.

II.4.3.4 Compréhension des normes et standards de qualité des soins

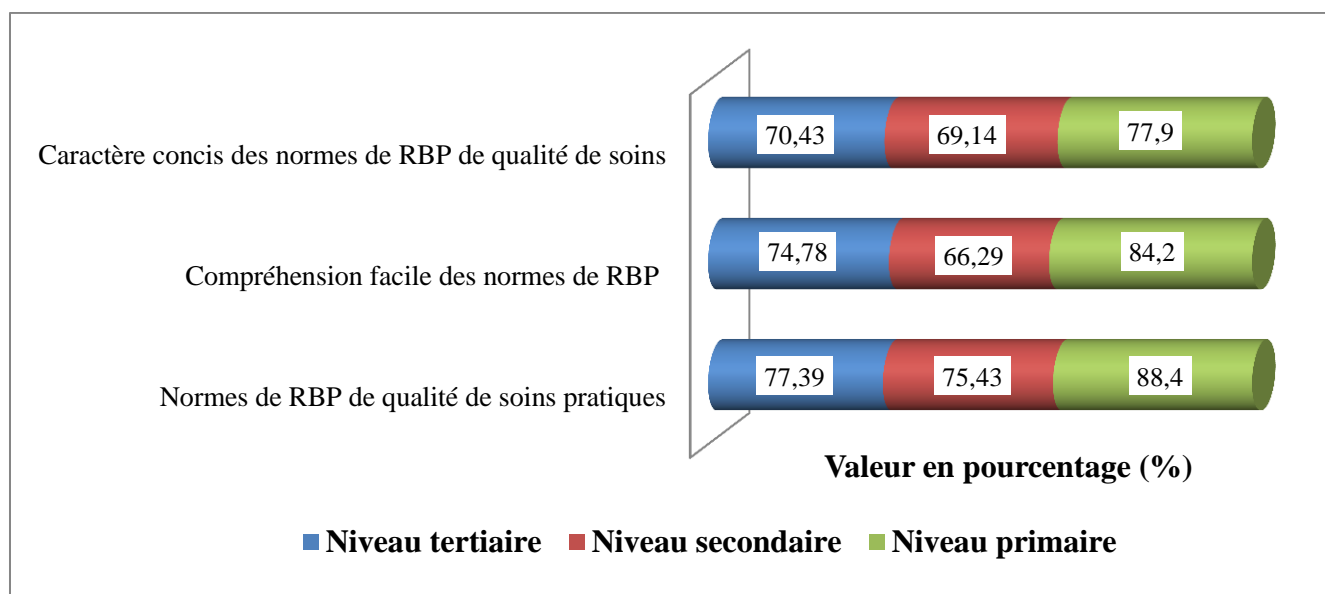


Figure 31: Répartition des taux de conformité de la compréhension des normes et standards de qualité de soins par le personnel

Taux de conformité moyen : 75,99%

La qualité liée à la compréhension des normes et standard d'assurance qualité est jugée acceptable avec un taux moyen de 75,99%.

II.4.4 Synthèse volet opérationnel des normes de qualité de soins

Tableau XVIII: Répartition des exigences du volet organisation opérationnelle des normes de qualité de soins

| Echelle de qualité | | Items | (%) | |
|--------------------|----------------------|--|-------|-------|
| Qualité présente | Excellente (80-100) | - | 0 | 16,67 |
| | Acceptable (60-79) | Pertinence des thèmes des RBP de qualité de soins Compréhension des normes et standards de qualité de soins | 16,67 | |
| Qualité absente | Insuffisante (40-59) | Applicabilité des RBP de qualité de soins Impact des RBP sur la qualité des soins Contraintes liés à l'organisation interne Contraintes liées aux relations avec les partenaires/interfaces Connaissance du contenu des RBP Attitude du personnel vis-à-vis des RBP de qualité de soins Qualification du personnel vis-à-vis des RBP | 58,33 | 83,33 |
| | Inacceptable (0-39) | Contraintes économiques et financières Contraintes inhérentes à la formation du personnel Contraintes liées à la disponibilité des outils de diffusion des RBP en service de soins | 25,00 | |

Environ le quart des items évalués au niveau opérationnel est de qualité présente.

CHAPITRE III

DISCUSSION

La discussion des résultats de cette étude, visant à l'analyse situationnelle de l'organisation et l'application des normes et standards de qualité de soins des établissements de santé d'Abidjan, a porté sur les quatre (04) volets suivants :

- Caractéristiques sociodémographiques du personnel de santé des établissements sanitaires
- Organisation institutionnelle des normes de qualité de soins
- Organisation technique des normes de qualité de soins
- Organisation opérationnelle des normes de qualité de soins

III.1 Caractéristiques sociodémographiques

L'étude relative à l'analyse situationnelle de l'organisation et l'application des normes de qualité de soins s'est déroulée dans les services obstétricaux de sept (07) structures sanitaires du district d'Abidjan(**Tableau III**), a permis de décrire les caractéristiques sociodémographiques du personnel soignant.

L'effectif, le genre, l'âge, la profession, l'ancienneté, et la durée hebdomadaire de travail ont constitué les paramètres étudiés.

Au total, 249 agents de santé ont été interrogés dans le cadre de cette étude (**Tableau V**). Cependant, nous avons noté parmi eux 49% exerçaient au niveau secondaire de la pyramide de santé, 35% au niveau tertiaire et 16% au niveau primaire (**Figure 2**). En effet, cette différence d'effectif entre les niveaux sanitaires et particulièrement au niveau primaire est liée à la non administration du questionnaire se rapportant au volet Institutionnel. Ceci justifie la faiblesse de l'effectif du personnel du niveau primaire.

Ce personnel de santé était majoritairement de sexe féminin quel que soit le niveau de la pyramide sanitaire, avec notamment 65,60% au niveau tertiaire, 75,20% au niveau secondaire et 75,60% au niveau primaire (**Figure 3**). Cette observation de la prédominance féminine parmi ce personnel a été également notée à Madagascar par [29]. Elle est en rapport avec les activités de soins menées en obstétrique, préférentiellement exercée par des femmes.

L'âge moyen du personnel de santé était de 42 ans, et les extrêmes de 20 ans à plus de 50 ans. Ceux âgés de 40 à 50 ans quel que soit le niveau sanitaire étaient les plus nombreux (supérieur à 40%), traduisant un vieillissement de ce personnel exerçant en milieu obstétrical. (**Figure 4**)

Toutes les professions de santé en rapport aux soins obstétricaux étaient représentées, avec notamment les gynécologues, les sages-femmes, les aides-soignantes. Parmi ce personnel les sages-femmes étaient les plus représentés dans le niveau primaire et secondaire avec respectivement 43,90% et 48,59%. Au niveau tertiaire, les gynécologues obstétriciens étaient les plus nombreux (soit 37,03%) (**Tableau VI**). En outre, il est noté une tranche horaire hebdomadaire de travail de 40-59 heures pour ce personnel quel que soit le niveau de la pyramide sanitaire (**Tableau VII**), témoin d'une surcharge du travail se rapportant à la consultation prénatale (CPN), à la maternité, aux urgences obstétrique, à la planification familiale. Ces activités sont exercées depuis 1 à 4 ans par 36,58% du personnel au niveau primaire, 37,19% au niveau secondaire et depuis 10 à 14 ans au niveau tertiaire par 31,03% des agents (**Tableau VIII**).

III.2 Organisation institutionnelle des normes de qualité de soins

L'étude de l'organisation institutionnelle des normes de qualité de soins n'a pas concerné les établissements du niveau primaire de la pyramide sanitaire et a consisté à la description du système de management qualité et son fonctionnement.

III.2.1 Description du système de management qualité

Celle-ci relative au cadre institutionnel et à l'existence du dispositif normatif et réglementaire sur les normes de qualité de soins.

III.2.1.1 Cadre institutionnel du management de qualité

L'existence de structure de certification, de point focal, de document de politique nationale de promotion et l'engagement politique ont concerné les quatre (04) exigences du cadre institutionnel du management qualité. Le taux de conformité moyen pour ces exigences noté à 50,65% a traduit de façon globale une qualité insuffisante du cadre institutionnel des structures sanitaires du niveau sanitaire et tertiaire. Cependant, il a été relevé un taux de conformité acceptable au niveau tertiaire pour la certification (60%) et le point focal (63,33%). Au niveau secondaire la qualité était insuffisante pour les exigences étudiées puisque le taux de conformité était entre 40-59% (**Figure 5**).

III.2.1.2 Dispositif normatif et réglementaire

Cet aspect concerne les normes et recommandations sur les pratiques des actes médicaux, la structure chargée de la veille normative, les documents de guide de bonnes pratiques et les textes réglementaires. Le taux de conformité moyen de 43,86% a montré une qualité insuffisante relative aux dispositifs et réglementaires. Au niveau secondaire la qualité était acceptable respectivement pour le document de guide de bonnes pratiques (62,86%) et les textes réglementaires (71,43%).

Au niveau tertiaire la qualité était acceptable que dans le seul domaine de la structure chargée de la veille normative (71%) (**Figure 6**).

III.2.2 Fonctionnement du système de management qualité

Son évaluation a porté sur les instances de généralisation, le niveau d'encrage et les outils techniques et méthodologiques de la démarche qualité relative aux normes aux normes de soins obstétricaux.

III. 2.2.1 Instances de généralisation de la démarche qualité

Ces instances permettant une diffusion large et régulière et une gestion de la démarche dans les établissements sanitaires ont été l'objet de notre analyse. L'existence d'un responsable qualité, de programmes d'audits internes de contrôle, d'évaluation de pratiques professionnelles ont constitué les différentes exigences de l'analyse des instances de généralisation. Un taux de conformité moyen de 48,80% a été observé traduisant une qualité insuffisante des instances de généralisation de nos formations sanitaires secondaire et tertiaire. Malgré cette qualité insuffisante, force a été de voir des qualités acceptables au niveau secondaire pour l'existence d'un responsable qualité et de procédures de contrôle interne de la qualité (63,33%). Les formations sanitaires urbaines à base communautaire présentaient pour les quatre exigences étudiées des taux de conformité inférieurs à 60% relevant ainsi une qualité insuffisante de ces instances à ce niveau de la pyramide sanitaire (**Figure 7**).

L'insuffisance de performance à ce niveau peut s'expliquer par la méconnaissance du processus de généralisation de la démarche qualité dans le système sanitaire par les responsables en charge de la promotion de la qualité des soins dans les établissements de santé.

III.2.2.2 Niveau d'encrage de la démarche qualité

L'analyse situationnelle du fonctionnement du système de management des établissements sanitaires a également porté sur le niveau d'encrage de la démarche qualité auxquels ils sont parvenus. Elle a été réalisée à partir de cinq (05) exigences : l'existence de programme de formation sur le management qualité, d'indicateurs nationaux de mesure de la qualité, d'une politique de qualité et de

l'évaluation de la culture qualité du personnel. Pour ces cinq exigences, il est observé un taux de conformité moyen de 40,21% en rapport avec une qualité insuffisante du niveau d'encrage. Toutefois il a été ressorti lors de cette analyse des qualités acceptable au niveau secondaire pour l'existence de l'existence d'indicateurs de mesure de la qualité (62,86%) et au niveau tertiaire pour l'existence d'adoption d'une politique qualité (66,67%). **(Figure 8)**

Le faible niveau de l'ancrage de la démarche qualité dans les établissements de santé, peut s'expliquer par la délicatesse du processus, qui constitue une véritable révolution culturelle pour les autorités et le personnel, qui doivent désormais remplacer la tradition orale par l'écriture et regrouper l'ensemble des dispositifs de fonctionnement au sein d'un document unique [17].

III.2.2.3 Outils techniques et méthodologiques de la démarche qualité

Sur les cinq (05) exigences de ce domaine, un taux de 32,28% a été obtenu traduisant ainsi une qualité inacceptable des outils techniques et méthodologiques des formations sanitaires du niveau secondaire et tertiaire de la pyramide. Il a été noté une inexistence, de groupe de dynamisation pour les actions correctives, d'outils de motivation, de ressources financières dédiées à la politique qualité avec des taux de conformité compris entre 0-39% au niveau secondaire et tertiaire ainsi qu'une insuffisance de stratégies de développement des projets (52,86%) et de personnels qualifiés pour la mise en place de système qualité (50%) uniquement au niveau secondaire. Cependant le centre hospitalier universitaire (CHU) de Cocody seul établissement du niveau tertiaire visité a montré qu'elle détenait un personnel compétent pouvant implanter une démarche qualité en son sein (63,33%). **(Figure 9).**

III.2.2.4. Normes et standards de soins obstétricaux

L'évaluation de l'existence des normes et standards de soins obstétricaux dans les établissements de santé, a porté essentiellement sur six (06) exigences dont l'existence de protocole normatif, de procédures de contrôle infectieux, de dispositif de lavage des mains, de stratégies de protection contre les AES, de mesures d'hygiènes materno-infantile et de procédures d'évaluation de la qualité des soins. Le taux de conformité moyen 50,52% est en rapport avec une qualité insuffisante de normes et standards de qualité de soins.

Au niveau tertiaire, des taux de conformité traduisant une qualité inacceptable étaient constatés pour des exigences telles que la procédure d'évaluation de la qualité des soins obstétricaux (13,33%), l'existence de procédures de vulgarisation des normes sur le contrôle infectieux (16,67%).(**Figure 10**).

Le niveau secondaire quant à lui présentait un taux de conformité de 84,29% en rapport avec une qualité excellente de l'existence de protocole normatif dans la prise en charge de femmes enceintes, et des taux compris entre 60-79% traduisant des qualités acceptables pour le dispositif des lavage des mains (68,57%), de stratégies de protection du personnel contre les AES (65,71%), et les mesures d'hygiène materno-infantile (78,57%).

III.3. Organisation technique des normes de qualité de soins

L'analyse de l'organisation technique a concerné les établissements de chaque niveau de la pyramide sanitaire, et a consisté à l'évaluation de la disponibilité d'équipements et matériels dans les services de soins, de l'organisation du dispositif de la qualité des soins, et de l'application des normes de qualité de soins.

III.3.1. Evaluation de la disponibilité d'équipements et matériels

Le matériel pour les activités de soins pour la mère et l'enfant, le matériels médico technique de prise en charge obstétricale, l'équipement de prévention des infections en maternité ont constitué les paramètres étudiés.

III.3.1.1 Disponibilité d'équipements et matériels pour les Activités de soins de la mère et de l'enfant

Le taux de conformité moyen de 74,20%, traduit une qualité acceptable de la disponibilité d'équipements et matériels pour les activités de soins de la mère et de l'enfant dans les formations sanitaires du niveau secondaire et tertiaire. L'évaluation a été réalisée selon dix (10) exigences (Tensiomètre, stéthoscope médical et obstétrical, thermomètre adulte, ruban métrique, registre d'accouchement, cahier de garde, partogrammes, table de gynécologie, pèse personne). Malgré ce taux de conformité moyen élevé, il a été constaté au niveau secondaire des taux de conformité supérieurs à 80% pour neuf (09) exigences traduisant une qualité excellente de la disponibilité des dits matériels, sauf pour le thermomètre adulte qui présentait un taux de 75,38%. Au niveau tertiaire, une qualité insuffisante a été notée pour quelque exigences : le stéthoscope obstétrical, le ruban métrique, le registre, le cahier de garde, le partogrammes, tous à un taux de 46,67%. (**Tableau X**).

III.3.1.2 Disponibilité du matériel médico technique pour la prise en charge obstétrical

La disponibilité du matériel médico technique pour la prise en charge obstétrical a été évaluée sur vingt-deux (22) exigences, une qualité insuffisante de cette disponibilité a été relevée avec un taux de conformité de 53,91%. Une qualité excellente notée pour la disponibilité de l'alcool (90,77%) de thermomètre et pèse bébé (87,69%) au niveau secondaire, et au niveau tertiaire la disponibilité d'alcool (100%), de gants propres (93,33%). Egalement il a été observé une qualité acceptable de la disponibilité de certains matériels tels l'aspirateur manuel ou électrique, le masque facial, les boîtes d'accouchements stériles et des seringues.

Certaines exigences tels le doigtiers, l'affiche sur la prise en charge des nouveaux nés de petits poids à la naissance et de l'affiche de réanimation du nouveau-né (20%), brassard d'identification du nouveau-né, de l'eau distillée (33,33%), la vitamine K, la gentamicine IV, l'ampicilline IV (26,67%) tous a des taux compris entre 0-39% traduisant une qualité inacceptable au niveau secondaire voir une indisponibilité de ces différents matériels. (**Tableau XI**).

III.3.1.3 Disponibilité des équipements de prévention des infections

Concernant la disponibilité des équipements de prévention des infections, dix (10) exigences ont été également utilisées. Suite à l'évaluation une qualité acceptable a été observée pour un taux de conformité de 69,66%. Les fournitures nécessaires à la prévention des infections étaient disponibles dans les formations sanitaires, les articles dont la disponibilité était élevée étant : les récipients pour instruments tranchants (70,51%), le savon et l'eau pour le lavage des mains (87,18%), et la solution de décontamination (77,95%). Ceci est en accord avec le rapport de l'étude de l'évaluation de la qualité des soins en obstétrique menée par [29]. Cependant une qualité insuffisante a été perçue pour trois (03) exigences au niveau tertiaire : bombonne de gaz, solution de décontamination et l'équipement de

stérilisation tous à des taux de 46,67% et (02) exigences au niveau secondaire : essuie main à usage unique (46,15%) et la poubelle à pédale de sachets propres (50,77%) (**Tableau XII**).

Nos résultats sont en accord avec ceux du rapport final de l'étude d' *"Evaluation des besoins en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence à Madagascar"*[31] où il est mentionné une insuffisance en termes de disponibilité et utilisation des matériels et infrastructures medicotechniques de prise en charge obstétricale à tous les niveaux du système de soins de santé.

III.3.2 Organisation du dispositif de la qualité des soins

Cette partie a consisté à apprécier l'organisation des établissements de santé quant à l'ensemble du dispositif adopté pour le contrôle de la qualité de soins prodigués, pour le système de traitement de non-conformité dans la procédure des soins données aux patientes et pour les équipement, locaux et effectifs.

III.3.2.1 Dispositif de contrôle de la qualité des soins

Différentes exigences au nombre de sept (07) ont été évalué pour ainsi apprécier l'existence de dispositif relative au contrôle de la qualité des soins. Ce sont l'existence de comité de lutte des infections nosocomiales CLIN, l'utilisation de pratique sur l'hygiène des mains, la stérilisation du dispositif médicaux, les cartographies de risque liés aux soins, le mode de contrôle de l'identification des patients, la surveillance des infections du site opératoire, et l'utilisation de produits hydro alcooliques. Un taux de conformité moyen de 36,80% a été observé traduisant ainsi une qualité inacceptable du dispositif de contrôle des structures sanitaires. Au niveau primaire un taux de 91,80% témoignait d'une qualité excellente du dispositif de stérilisation, puis au niveau secondaire on observait une qualité acceptable pour l'utilisation de pratiques sur l'hygiène des mains (66,10%) et l'existence de mode de contrôle de l'identification des patients (61,10%) (**Figure 11**).

III.3.2.2 Système de signalement et traitement des non-conformités liés aux procédures de soins

Cet aspect concerne les tableaux de bord sur les infections nosocomiales, les bases de données sur les événements indésirables et le système de notification et de traitement des événements indésirables. Une qualité inacceptable du système de signalement des non conformités des établissements sanitaires est notée pour un taux de conformité moyen de 23,76% a été noté. Une insuffisance a été observé pour les systèmes de notification des effets indésirables au niveau primaire et tertiaire avec respectivement des taux de 42,70% et 44% (**Figure 12**).

III.3.2.3 Equipement, locaux et contrôle des effectifs

L'évaluation de la qualité des équipements, locaux ainsi que de l'effectif a été réalisée à partir de quatre (04) exigences, le contrôle régulier de l'effectif du personnel, l'adéquation entre l'effectif et la masse de travail, la construction des locaux et les équipements conformes aux normes standards, le matériel adapté aux soins prodigués. Il a été observé un taux de conformité moyen de 55,49% à l'issue de cette évaluation, traduisant une qualité insuffisante de l'équipement, des locaux et effectifs des établissements sanitaires visités.

Mais également était noté au niveau primaire des taux de conformité de 82,70% et de 68,20% traduisant respectivement une qualité excellente du contrôle du personnel de santé, et une qualité acceptable du matériel assigné aux soins dans les structures sanitaires (**Figure 13**).

III.3.3 Evaluation de l'application des normes de qualité

Elle a concerné l'évaluation de l'application de normes de qualité préalablement définies de paramètres pouvant conduire à l'obtention de soins de qualité plus amélioré dans les structures sanitaires. Ce sont, l'organisation des soins et l'application des pratiques de qualité lors de la prise en charge des patientes.

III.3.3.1 L'organisation des soins

Ce point a été relatif à l'application des normes de qualité sur l'accueil des patientes, les actes et protocoles de soins, la prévention du risque infectieux, la maîtrise des risques professionnels, la désinfection des matériels médicaux, la gestion des déchets médicaux et le développement continu de la qualité des soins.

III.3.3.1.1 Qualité de l'accueil

L'organisation d'enquête de satisfaction des clients, les procédures d'accueil, la formation à l'accueil, la tenue professionnelle adaptée, l'existence de salle d'attente et de livret d'accueil des patients sont là les six (06) exigences qui ont été utilisées au fin d'évaluer l'application des normes relatives à la qualité de l'accueil dans les établissements de santé. Une qualité insuffisante a été notée avec un taux de conformité de 57,23% pour l'ensemble du système sanitaire. Cependant il a été constaté une qualité excellente pour l'existence de procédures d'accueil des patientes au niveau tertiaire (82,62%), et au niveau primaire (81,80%), ainsi que pour la tenue professionnelle adaptée au lieu de travail pour les hôpitaux (94,78%) et CHU (85,62%) (**Figure 14**).

III.3.3.1.2 Actes et protocoles de soins médicaux

L'analyse de cet autre point a été menée sur l'efficacité des protocoles de soins établis, la connaissance de ses protocoles, la participation du personnel à l'élaboration de ces protocoles, de l'existence de guide méthodologique pour la rédaction des protocoles et de l'existence de protocoles de soins liés aux expériences professionnelles. De cette évaluation il a été montré une qualité inacceptable de l'application des normes de qualité relatives aux actes et protocoles de soins dans quel que soit le niveau de la pyramide sanitaire (**Figure 15**).

III.3.3.1.3 Prévention du risque infectieux

Le respect des bonnes pratiques en hygiène hospitalière, et des procédures d'hygiène, la formation en hygiène hospitalière, les procédures d'hygiène validée par le CLIN, la présence d'un hygiéniste dans l'établissement du CLIN et de dispositif de prévention des AEC ont été les sept (07) exigences utilisées pour réaliser l'évaluation de l'application des normes relatives à la prévention du risque infectieux. Un taux de conformité moyen de 37,03% à montrer la qualité inacceptable de l'application de ces normes. Néanmoins certaines exigences présentaient des taux de conformité compris entre 60-79% traduisant une qualité acceptable pour le respect de procédures d'hygiène dans la réalisation des soins à tous les niveaux de la pyramide, et également pour l'existence d'une formation d'hygiène hospitalière pour le personnel de santé pour le niveau tertiaire et secondaire (**Figure 16**).

Les pratiques de prévention des infections [30] visent à prévenir l'infection et la transmission de maladies, tant aux patientes qu'au personnel de santé. Aussi, les pratiques de Prévention des Infections doivent-elles être intégrées de manière suivante à chaque volet des soins maternels et néonataux[24], tel que nécessaire pour protéger la mère, le nouveau-né, et l'agent de santé.

III.3.3.1.4 Maitrise des risques professionnels

Les exigences évaluées ont porté sur, le respect des règles de protection, le respect des conduites pour la maîtrise des risques, la disponibilité de formation sur la maîtrise du risque et le mécanisme interne pour répondre aux accidents de travail. Il a été observé pour l'ensemble des établissements des trois (03) niveaux de la pyramide sanitaire un taux de conformité moyen de 37,03% en rapport avec une qualité inacceptable de l'application des normes de maîtrise des risques professionnels (**Figure 17**).

III.3.3.1.5 Désinfection du matériel médical

Cet aspect concerne le conditionnement des matériels, la pré désinfection des matériels, la disponibilité de linges propres pour les activités et également de bacs de trempage pour la désinfection, et l'existence de solutions détergentes/désinfectants pour le matériel. Le taux de conformité moyen résultant de cette analyse est de 56,31% traduisant une qualité insuffisante de l'application de normes relatives à la désinfection du matériel médical.

Des points important ont été relevé sur certaines exigences telles le conditionnement de qualité conforme au mode de stérilisation avec un taux traduisant une qualité acceptable au niveau primaire (60,29%) et secondaire (79,10%), ainsi qu'une qualité également acceptable pour l'existence de solutions détergentes pour la désinfection du matériel à tous les niveaux de la pyramide. Il a été noté une indisponibilité de linges propres pour tout le système sanitaire soit un taux compris entre 0-39% (**Figure 18**).

III.3.3.1.6 Gestion des déchets médicaux

Dix (10) exigences ont été utilisées en vue de l'évaluation de l'application de normes relatives à la gestion des déchets médicaux des établissements de santé. Une qualité acceptable a été notée en rapport avec un taux de conformité moyen de 63,06%. Au niveau primaire, (02) exigences présentaient des taux de conformité de 49,10% et de 40,90% traduisant une qualité insuffisante respectivement pour l'existence d'un responsable de gestion des déchets médicaux et de procédure de traitement des déchets.

Une qualité excellente a été observée pour l'existence de poubelles au sein des unités pour un taux de 99,10% au niveau primaire, 94,49% au niveau secondaire et 80,93% au niveau tertiaire. Egalement il y avait une qualité insuffisante des tris et traitements de déchets médicaux, de la disponibilité de de sacs à poubelles au niveau secondaire et tertiaire. Des taux de conformité compris entre 0-39% traduisant une qualité inacceptable pour la disponibilité d'un incinérateur

fonctionnel, de disponibilité de contenants de stockage des déchets au niveau secondaire et l'absence de collecte régulière des ordures dans les services de soins au niveau primaire (16,07%) (**Tableau XIII**).

III.3.3.1.7 Développement continu de la qualité des soins

L'évaluation ce paramètre a été faite à partir de six (06) exigences : L'existence d'un système de gestion documentaire, de formation sur la qualité ses méthodes et outils, le personnel impliqué dans la gestion de la qualité, l'organisation d'actions d'évaluation de la qualité des soins, les objectifs de la politique qualité connus des professionnels, la politique qualité formalisée dans l'établissement. Un taux de conformité moyen de 28,61% a été noté traduisant une qualité inacceptable de l'application de normes relatives au développement continu de la qualité des soins dans les établissements sanitaires et quel que soit le niveau de la pyramide (**Figure 19**).

III.3.3.2 Application des pratiques de qualité lors de la prise en charge des patientes

III.3.3.2.1 Soins physiques

Les exigences qui ont été utilisées pour apprécier les activités de soins physiques liées à un accouchement normal étaient : la vaccination des femmes enceintes, le dépistage du VIH avec le consentement de la mère, la prophylaxie rhésus chez la femme rhésus négatif, la surveillance fœtale avec une auscultation intermittente, le port de gants et de masques stériles, le monitoring électronique du fœtus et l'examen systématique du placenta et des membranes. Une qualité acceptable des activités de soins physiques a été notée pour un taux de conformité moyen de 75,79%. Des taux de conformité traduisant une qualité excellente de certaines activités de soins telles que la vaccination des femmes enceintes, le dépistage du VIH, la prophylaxie et la surveillance fœtale étaient observés à tous les niveaux de la pyramide (soit 80%). Le monitoring électronique du fœtus étant

une activité très importante lors de la prise en charge de la mère, n'était pas exercé dans les établissements du niveau secondaire et primaire respectivement avec des taux de 13,33% et 7,8%. L'activité de port de gants n'était pas également réalisée dans leur entièreté d'où l'insuffisance de l'exécution de cette activité par les professionnels de la santé du niveau tertiaire (55,65%) et secondaire (59,44%) (**Tableau IV**).

III.3.3.2.2 Assistance psychosociale

L'encouragement à une position autre que dorsale, le respect des droits de la femme à l'intimité, la surveillance émotionnelle de la femme, et l'existence de plan d'accouchement individuel ont constitué les quatre (04) exigences étudiées. Une qualité acceptable a été retenue pour l'assistance psychosociale des femmes dans les formations sanitaires (74,31%). Au trois (03) niveaux de la pyramide sanitaire des taux de conformité supérieurs à 80% ont été noté pour les trois premières exigences. Des taux relativement bas inférieur à 40%, traduisait l'inexistence de plan d'accouchement individuel dans les services de soins obstétricaux (**Figure 20**).

III.3.3.2.3 Activités de soins liés à la mère et au nouveau-né dans le post partum

L'analyse des activités de soins de la mère dans le post partum a été réalisée à partir de six (06) exigences : la supervision du débit urinaire (8h -12h) après accouchement, l'inspection du périnée, le respect et application des mesures d'hygiène pour la mère, l'allaitement maternel et ses avantages, l'assistance conseil aux mères porteuses du VIH, et la prescription de fer aux femmes. Un taux de conformité moyen de 76,03% a été observé traduisant une qualité acceptable de ces activités. Pour certaines exigences, il était noté des taux de conformité supérieurs à 80% traduisant une qualité excellente pour l'allaitement maternel, et la prescription de fer aux femmes à tous les niveaux de la pyramide, également pour l'assistance apporté aux mères porteuses du VIH au niveau tertiaire (91,30%) et

primaire (83,28%) et pour le respect et l'application des mesures d'hygiènes au niveau secondaire (92,22%) et primaire (98,9%). Par contre une qualité inacceptable a été notée pour la supervision du débit urinaire à tous les niveaux de la pyramide ainsi que pour l'inspection du périnée au niveau secondaire (36,11%) (**Tableau XV**).

Le respect et l'application des mesures d'hygiènes pour le nouveau-né, l'observation du nouveau-né à la première semaine, l'existence de mesure de prévention de l'hypothermie, la vaccination par le BCG et l'administration de la vitamine K constituent là les exigences utilisées pour l'évaluation de l'application des activités liées à la prise en charge du nouveau-né. Une qualité excellente a été notée pour l'ensemble de ces activités (84,14%). Néanmoins un faible de taux de conformité apparaissait au niveau des établissements sanitaire du niveau secondaire (34,44%) pour l'observation du nouveau-né à la première semaine de naissance traduisant ainsi une qualité absente de cette activité (**Tableau XVI**).

III.4 Organisation opérationnelle des normes de qualité de soins

Cette quatrième partie de notre étude a également concerné les FSU COM, les hôpitaux généraux ainsi que les CHU. Elle a consisté essentiellement à l'analyse de différents facteurs de résistance à l'application et à la diffusion des normes de qualité de soins. Elle s'est articulée autour de trois (03) points que sont les facteurs liés aux RBP elles même, les facteurs liés à l'environnement professionnel et les facteurs individuels liés aux personnels de santé.

III.4.1 Facteurs liés aux recommandations des bonnes pratiques

Ces facteurs sont relatifs à la pertinence des thèmes des RBP, à l'applicabilité et à l'impact des RBP de qualité de soins dans les structures sanitaires.

L'évaluation de la pertinence des thèmes des RBP dans les établissements de santé a été fait à partir de trois (03) exigences, les RBP répondent aux attentes des professionnels de la santé, les résultats des RBP sont définis avec le personnel, les objectifs poursuivis par les RBP sont évidents. Il a été noté un taux de conformité moyen de 75,33% en rapport avec une qualité acceptable de la pertinence des thèmes de RBP de qualité de soins que les professionnels de santé observent dans les structures sanitaires.

Les RBP répondent aux attentes des professionnels de santé interrogés (supérieur à 80%) pour qui les objectifs poursuivis par ces RBP sont évidents (**Figure 20**).

Cependant, les agents de santé ne sont pas impliqués dans l'élaboration/validation des RBP (47,6%). Cela impacte sur la compatibilité des pratiques avec les conditions de travail (62,34%) qui bien qu'elle soit présente dans l'ensemble des structures visitées ne soit pas excellente.

Les structures sanitaires du niveau primaire présentaient une qualité acceptable concernant la compatibilité des RBP avec les conditions de travail (72,60%) (**Figure 21**).

Les exigences utilisées pour évaluer l'impact des RBP ont été les procédures d'évaluations de mise en œuvre des RBP, l'existence d'indicateurs de mise en œuvre des RBP et la perception des bénéfices des RBP. Le taux de conformité issue de cette évaluation était de 51,91% traduisant une qualité insuffisante. Nous avons noté une absence totale de procédures d'évaluation de la mise en œuvre de RBP pour tous les niveaux de la pyramide (inférieur à 40%). Malgré l'impact moindre des RBP dans les centres, le personnel de santé a une perception excellente du bénéfice des RBP sur la qualité de soins (80,44%) surtout au niveau secondaire (89,14%) (**Figure 22**).

III.4.2 Facteurs liés à l'environnement professionnel

L'étude a porté sur un certain nombre de contraintes liées à l'environnement professionnel du personnel qui influence l'application et la diffusion des RBP de qualité de soins. Ce sont celles liées : à l'organisation interne des services, aux finances, à la formation du personnel, à la disponibilité des outils de diffusion des RBP et à la relation avec les partenaires.

Des contraintes liées à l'organisation interne ont été observé sur l'ensemble des six (06) exigences évaluées : l'existence d'équipements obsolètes et inappropriés, d'une charte sur la qualité des soins, d'un responsable qualité, d'organigramme et fiches de poste, de participation collégiale aux décisions et la flexibilité des conditions de travail, pour un taux de conformité moyen de 50,95%. Une qualité acceptable a été notée pour l'existence de responsable de qualité (65,22%) et pour l'existence d'organigramme et de fiches de postes au niveau tertiaire de la pyramide et également pour la flexibilité des conditions de travail (66,30%) au niveau primaire (**Figure 23**).

Une contrainte économique et financière a été observée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (35,42%). L'absence de lignes budgétaires pour la promotion des normes de qualité de soins et de financement de programme pour la qualité

(taux inférieurs à 30%) a un impact sur la motivation du personnel (35,42%) **(Figure 24)**.

Au niveau des contraintes liées à la formation, des insuffisances ont été perçues dans tous les établissements sanitaires des trois niveaux de la pyramide avec un taux de conformité moyen de 38,70%. Cela s'explique par l'absence de politique de formation continue sur les RBP (37,7%). On a cependant observé l'existence de compétence interne de qualité acceptable (61,71%) au niveau des hôpitaux généraux pour la mise en œuvre des RBP **(Figure 25)**.

Concernant la diffusion des RBP, On a noté une inexistence d'outils de diffusion à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (30,80%) **(Figure 26)**. Ces structures ne disposaient ni d'équipements pour l'application des RBP, ni de matériels IEC pour leur diffusion dans les services de soin.

La qualité des relations avec les partenaires/interfaces a été jugée insuffisante (47,89%) pour les quatre (04) exigences évaluées qui sont : l'existence d'organisme d'état de promotion des RBP, d'enquête sur les pratiques de soins, l'implication de la hiérarchie dans l'application des normes et l'implication de la hiérarchie dans leur élaboration. Cependant les taux de conformité observés aux niveaux primaire (73,70%) et secondaire (64%) ont montré une implication acceptable de la hiérarchie dans l'application des normes et standards de qualité de soins **(Figure 27)**.

III.4.3 Facteurs individuels liés aux professionnels de la santé

Quatre (04) paramètres ont été évalués pour ainsi détecter les différents facteurs liés au professionnel de santé qui constitueraient un frein dans l'application des RBP de soins de qualité. Ce sont, la connaissance des RBP, l'attitude du personnel vis-à-vis des RBP, la qualification du personnel vis-à-vis des RBP et la compréhension des RBP.

Le personnel de santé possède une connaissance insuffisante des RBP (56,28%). Malgré cette insuffisance, il a été noté une connaissance meilleure dans

les hôpitaux généraux et au CHU en raison de la disponibilité de document de RBP respectivement de 65,14% et de 60% (**Figure 28**).

La participation à des formations continue sur les RBP, l'abonnement à un bulletin d'information sur les normes de qualité, la formation sur les RBP, sont les exigences évaluées pour apprécier la qualification du personnel de santé en ce qui concerne les RBP. Une qualité insuffisante a été notée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (45,65%). Au niveau secondaire, des taux de conformité traduisant une qualité acceptable ont été observés pour la participation à des formations continue sur les RBP (60,57%) et pour le bénéfice de formation sur les RBP (65,71%). Les établissements de santé visités ne sont nullement abonnés à un bulletin d'information sur les normes de qualité soit un taux conformité inférieur à 40% (**Figure 30**).

Le personnel de santé appartenant à tous les niveaux de la pyramide sanitaire a montré une compréhension acceptable des normes et RBP de qualité de soins (75,99%) (**Figure 31**).

CONCLUSION

L'évaluation de l'organisation et de l'application des normes de qualité de soins obstétricaux du district d'Abidjan rapporte en terme de taux de conformité moyen, une connaissance insuffisante des normes et standards (50,19%), un faible niveau d'engagement des directions dans la démarche qualité (50,65%), une indisponibilité des documents de normes (47%), une absence de système de signalement et de traitement des non conformités des soins (23,76%) et d'application des normes et protocoles de soins obstétricaux (39,58%), et enfin l'existence de résistance à l'application des normes de soins liés à la formation des professionnels de la santé (38,78%), à leur culture qualité (51%), et à leur motivation (35,82%).

Ainsi, la mise à jour des normes de qualité, la promotion de la démarche qualité, et la motivation des professionnels de santé s'avèrent indispensable pour une bonne prise en charge de la mère et de l'enfant.

RECOMMANDATIONS

Après analyse, nous formulons les recommandations suivantes :

I-A L'INTENTION DES AUTORITES SANITAIRES

- ✓ Elaborer les documents de politiques nationales de promotion de la qualité des soins dans les pays.
- ✓ Diffuser la charte sur la qualité des soins et la gestion des risques dans les établissements de santé.
- ✓ Mise en place d'un programme d'appui à l'amélioration de la qualité dans les systèmes de santé.
- ✓ Appuyer financièrement les structures de santé engagées dans la démarche qualité et l'application des normes de qualité des soins.

II-A L'INTENTION DES RESPONSABLES DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

- ✓ Accompagnement des établissements de santé dans la mise en place de système de management de la qualité et de la sécurité.
- ✓ Renforcement des capacités des personnels des établissements de santé à la démarche de management de la qualité et de la gestion des risques.
- ✓ Mettre en place des procédures obligatoires de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles de soins.
- ✓ Mettre en place des mécanismes internes de motivation du personnel de santé sur l'application de la démarche qualité.
- ✓ Veiller à la disponibilité des équipements d'accouchements dans les services de maternité.

III- A L'INTENTION DU PERSONNEL SOIGNANT DES SERVICES D'OBSTETRIQUES

- ✓ Organisation de conférence de consensus pour la validation des thèmes des normes de la qualité des soins.
- ✓ Mettre en place un système de signalement et de recueils des non-conformités dans les pratiques professionnelles.
- ✓ Organiser des séminaires de renforcement des capacités des agents de santé sur l'application des normes.
- ✓ Organisation périodique d'enquêtes de satisfaction des usagers des services de soins.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Ahmed S.** Evaluation de la qualité de l'accouchement au centre de santé Communautaire de Doumanzana en commune I du district de Bamako. Thèse médecine Bamako, 2005.
2. **Arah O, Klazinga N, Delnoij D, Asbroek A, Custers T.**, Conceptual frameworks for health system performance : a quest for effectiveness, quality and improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 2003.
3. **Barbara K.** : Soins maternels et néonataux de base : Un guide destiné au prestataire qualifié. JHPIEGO, USAID 2004
4. **Cote d'Ivoire, Direction régionale de la santé publique** DSRP, 2009-2013.
5. **Cote d'Ivoire, Ministère de la Coordination du programme national de la santé de la reproduction** : Etude de la disponibilité des soins obstétricaux d'urgences (SOU) à Abidjan, DCPNSR/PF 2006.
6. **Cote d'Ivoire, Ministère de la santé et de la lutte contre le Sida.** Document de politique nationale de sécurité des patients et gestion des risques en milieux de soins en Côte d'Ivoire, DGS, Octobre 2011.
7. **Cote d'Ivoire, Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique, Côte d'Ivoire.** EIS 2005.
8. **Cote d'Ivoire, Ministère de la santé et de la Lutte contre le Sida, DIPE.** Rapport d'évaluation du système national d'information sanitaire ivoirien par l'outil du réseau de métrologie sanitaire RMS/HMN, 2009,

9. **Cote d'Ivoire, Ministère de la santé et de la lutte contre le Sida.** PSDRH du secteur de la santé en Côte d'Ivoire 2009-2013.
10. **Cote d'Ivoire, Ministère de la santé et de l'hygiène publique.** Données enregistrés en 2006.
11. **Diarra M.** Evaluation de la qualité des soins à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. These médecine Bamako, 2004,
12. **Donabedian A.** *The definition of quality and approaches to the management*, volume 1: *Explorations in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press. 1980
13. **Donabedian A.** *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford : Oxford University Press; 2003.
14. **Donabedian A** "Evaluating the quality of medical care", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1966
15. **Dr Lyonel R, Dr Jacqueline R-**, Doctissimo l'accouchement 2004.
16. **Grande Encyclopédie Médicale.** EDDIF INTERNATIONAL 116, av. des Champs-Élysées 75008
17. **Institute of Medicine** *Crossing the quality chasm: A new health system for 21st century*. Washington DC, National Academy Press. 2001
18. **Kelly E, Hurst J.**, Health care quality indicators project: Conceptual framework paper. *OECD Health Working Papers*, OCDE Paris 2006.
19. **Koeck C.** Time for organisational development in health organisations. *Br Med J* 1998.
20. **Le Cœur Y.** Le guide de bonne exécution des analyses : son application et son évolution. Annales pharmaceutiques françaises, Edit. Marson, Paris, 1998.
21. **Mars de wagner M. D.** Technology in Birth : First Do No Harm, wifery Today, Inc. Traducteur Mary pascal Beauregard, mai 2001.

22. **National Patient Safety Foundation**, *Agenda for research and development in patient safety*. Chicago IL, National Patient Safety Foundation 2000.
23. **ONUSIDA/OMS**, Le point sur l'épidémie du SIDA, 2002
24. **OMS**. 1996. *Puerperal Sepsis Module, Safe Motherhood*. OMS : Genève 1996.
25. **Programme national de lutte contre le paludisme**, Rapport annuel d'activités, 2002.
26. **Roemer MI, Montoya-Aguilar C**, Quality assessment and assurance in primary health care. Geneva, WHO Offset Publication 1988.
27. **Raffié A, Paolagi F, Fabri J, Simon M, Launay M, Bertrand D**. Promotion d'une démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations fournies par un service de biochimie. Journal d'économie, 1999.
28. **R. Merger, J. Levy, J. Melchior**. Précis d'obstétrique 4ème Edition.
29. **Ranjalahy.R et Rakotovao.JP, Eva B , Vanda T**. qualité des soins dans la prévention et la prise en charge des complications courantes chez la mère et le nouveau-né dans les formations sanitaires de Madagascar, 2011.
30. **Tietjen L, D Bossemeyer, N McIntosh**. Infection Prevention Guidelines for Health care Facilities with Limited Resources (Directives pour la prévention des infections pour les établissements de santé avec des ressources limitées). Corporation JHPIEGO : Baltimore, MD. 2003.
31. **UNFPA**, Rapport final " Evaluation des besoins en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence à Madagascar, mars 2010.

ANNEXES

RESUME

Introduction

Les soins de qualité améliorent le bien-être des patients et font intervenir des normes, des référentiels et une logistique en vue de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients. L'objectif de cette étude est de réaliser un état des lieux de l'organisation et de l'application des normes de qualité des soins dans les services de maternité.

Méthodes : Il s'agit d'une étude pilote de type transversal d'une durée de 3 mois (Juin à Aout 2012) menée auprès de 249 agents de santé toute catégorie professionnelle de 7 établissements sanitaires du district d'Abidjan.

La collecte de données a été basée sur une approche combinant les enquêtes d'opinion (échelle de Likert) et les observations. Elle s'est déroulée à partir d'un questionnaire de 405 items portant sur les volets institutionnel, technique et opérationnel de l'organisation de la qualité des soins.

Résultats :

Au niveau institutionnel nous rapportons en terme de taux de conformité moyen, une connaissance insuffisante des normes et standards de soins obstétricaux (50,19%), un faible niveau d'engagement des directions dans la démarche qualité (40,21%) et une indisponibilité des documents de normes (47%).

Au plan technique, il s'est agi d'une insuffisance d'équipements appropriés (53,91%), d'une absence du système de signalement et de traitement des non conformités (23,76%) et d'application des normes et protocoles de soins obstétricaux (39,58%).

Les facteurs de résistance à l'application des normes de soins obstétricaux sont liés à la formation (38,70%), la culture qualité (51%) et à la motivation des professionnels de santé (35,82%).

Conclusion:

La mise à jour des normes de qualité, la promotion de la démarche qualité, et la motivation des professionnels de santé s'avèrent indispensable pour une bonne prise en charge de la mère et de l'enfant.

Mots clés : Evaluation, Normes, Qualité de soins, Obstétricaux, District d'Abidjan.