

Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé

Ecole Nationale de Santé  
Publique



المملكة المغربية  
وزارة الصحة

المدرسة الوطنية للصحة العمومية

Promouvoir des soins de qualité  
Pour la prise en charge de la mère  
et du nouveau-né au Maroc

*Chercheuses principales :*

*Dr Bouchra ASSARAG: MD, MPH, PhD\**

*Dr Amina ESSOLBI: MD, MPH\**

*Co-auteurs :*

*Dr Loubna Belaid : PhD\*\**

*Pr Amina Barkat : MD, MPH, PhD\*\*\**

École Nationale de santé publique, Maroc\*

Université de Montréal, école de santé publique\*\*

Université Mohammed V, CHU Ibn Sina de Rabat \*\*\*



## **Abstract**

**Objective:** To explore how to strengthen and make optimum the monitoring system of maternal and newborn health at delivery and immediate postpartum.

**Methods:** We did a mixed method research combining a cross-sectional study exploring the use of process quality indicators in five urban and rural maternity wards and two references maternity wards in Meknes, in Morocco. A literature review was conducted, supplemented by semi-structured interviews with key informants actors (midwives and managers) (n=46) at local and central level. Routine data were extracted from obstetric records (n=436) and through an observation checklist.

**Results:** At admission, taking the BCF and the reason for admission are reported for more than 75% of women with 75.7% and 79.1% respectively, the state of the presentation in 70% of cases. Indicators such as blood pressure at admission are not reported in 54.4% of women and 75% of cases on the pulse and temperature. The partogram is not filled out for 22% of women in labor, and the duration of the active phase is not mentioned for 53.6% cases. In immediate postpartum period, the pulse of the mother is taken for 56.6% women, blood pressure for 59%, and verification of bleeding for 77.5% and the temperature for only 5% of pregnant women. Regarding the newborn, the Apgar score is reported in 15% of cases. Two thirds of babies are not put in breastfeeding after delivery, and no baby had a temperature measurement. The lack of notification was attributed in most cases to the lack of time and the unconsciousness of the value of these parameters to assess the quality of care.

**Conclusion:** Necessity of developing an easy quality indicators grid, simple to analyze to make decisions timely would improve the quality care for mother and newborn.

## **Résumé**

**Objectif :** Renforcer et rendre optimal le système de suivi de la santé maternelle et néonatale lors de l'accouchement et en post-partum immédiat.

**Méthodes :** Nous avons mené une étude transversale mixte sur trois mois pour explorer l'utilisation des indicateurs de processus de qualité dans cinq maisons d'accouchements (urbaines et rurales) et deux maternités de références à Meknès. Une revue documentaire a été faite, complétée par des entretiens semi-structurés avec des informateurs au niveau local et central, une extraction de données de routine des dossiers obstétricaux et des données recueillies à travers une grille d'observation. Nous avons mené 46 entretiens auprès de sages-femmes et des gestionnaires au niveau local et central, et nous avons consulté 436 dossiers obstétricaux.

**Résultats :** À l'admission, la prise des BCF et le motif d'admission sont notés chez plus de 75% des femmes, la présentation du fœtus dans 70% des cas. La tension artérielle à l'admission n'est pas notifiée chez 54.4% des femmes, et le pouls et la température dans 75% des cas. Le partogramme n'est pas rempli chez 22% des parturientes, et la durée de la phase active n'est pas mentionnée pour 53.6% des femmes. En post-partum immédiat, le pouls de la mère n'est pris que chez 56.6 % des femmes, la tension artérielle chez 59%, la vérification du saignement chez 77.5% et la température chez 5% des parturientes. Concernant le nouveau-né, le score Apgar n'est notifié que dans 15% des cas. Les deux tiers des bébés ne se sont pas mis au sein après l'accouchement, et aucun bébé n'a eu une prise de température. Le manque de notification a été attribué dans la majorité des cas à l'insuffisance de temps et au manque de connaissance par rapport à l'importance de ces paramètres pour évaluer la qualité de prise en charge.

**Conclusion:** Regrouper les indicateurs de qualité de prise en charge de la mère et du nouveau-né dans une fiche simple à utiliser et à analyser, permettra une meilleure qualité de prise en charge de la mère et du nouveau-né.

## **Remerciements**

Nous tenons à remercier vivement, les responsables de la délégation de santé de Meknès, Monsieur le délégué, Monsieur le médecin chef du service de l'infrastructure et d'action ambulatoires préfectorales, l'animatrice de programme de suivi des grossesses et des accouchements et toute l'équipe qui nous a accordé du temps pour réaliser des entretiens avec eux. L'ensemble de ce travail a été rendu possible grâce à leur soutien, à leur implication et à leur disponibilité.

Nous remercions, les cadres du service de la protection de la santé maternelle au niveau de la direction de la population et les responsables de la division des soins ambulatoire à la direction des hôpitaux et des soins ambulatoires (DHSA), qui nous ont accordé leurs temps et leur écoute afin de réaliser cette recherche;

Nos vifs remerciements vont aussi aux femmes qui ont accepté la consultation de leurs dossiers et au personnel de santé participant aux différentes étapes de cette recherche.

Nous tenons à remercier d'une façon spéciale notre partenaire financier l'OMS/EMRO et l'Université de Beirzit pour leur collaboration, leur sens de l'organisation et leur soutien continu dans la bonne marche des travaux de ce projet de recherche.

## Table des matières

Introduction.....	8
Objectifs de la recherche.....	10
Stratégie de la recherche .....	10
Devis .....	10
Durée de l'étude.....	10
Sites de l'étude.....	10
Préfecture de MEKNES .....	11
Personnes à interviewer.....	11
Collecte des données.....	12
Les sources de données .....	16
Equipe de collecte de données .....	16
Analyse des données .....	16
Analyse quantitative.....	16
Analyse qualitative.....	17
Limites .....	17
Retombées de l'étude .....	17
Assurance-qualité.....	18
Éthique .....	18
Résultats et discussion .....	19
Résultats quantitatifs .....	19
Notification des indicateurs de qualité pour les accouchements par voie basse.....	19
Notification des indicateurs de qualité au moment de l'accouchement pour la mère et le nouveau-né. ....	20
Notification des indicateurs en post partum immédiat .....	21
Analyse des entretiens.....	24
Définition de la qualité des soins .....	25
Connaissance des indicateurs et leurs usages.....	26
Usage des indicateurs et les facteurs influençant leur usage .....	29
Perception des formations, guides et des protocoles .....	30
Traçabilité : Remplissage des outils.....	31
L'analyse des indicateurs dans les centres de santé .....	32
Les facteurs contextuels influençant l'usage des indicateurs .....	32
Analyse des observations .....	34
Attitudes des sages-femmes à l'égard des parturientes .....	34
Délais d'attente pour l'examen de la femme à l'entrée.....	35
Manque de matériel, mauvaise hygiène et effet sur la qualité de la prise en charge .....	35
Charge de travail des sages-femmes .....	36
Synthèse des résultats.....	36
Discussion .....	37
Recommandation et conclusion .....	40
Stratégie de l'implantation du changement .....	43
Processus de l'iPIER.....	46

Section 1. Contribution des résultats de l'étude pour éclairer les changements dans les politiques et programmes de santé.....	46
Section 2: Collaboration entre celui /celle responsable de l'implémentation (investigateur principal) et les chercheurs (s) .....	46
Section 3: Collaboration/support offert par Birzeit ICPH and EMRO? .....	47
Section 4: Défis.....	48
REFERENCES .....	48
ANNEXE : .....	49

## Liste des tableaux

Tableau 1 Couverture sanitaire par le secteur public .....	11
Tableau 2 Personnes interviewées par profil et par nombre.....	12
Tableau 3 Indicateurs de processus à collecter (pas tous mentionner dans le système d'information Marocain)...	15
Tableau 4 Indicateurs de qualité de la structure .....	15
Tableau 5 Principaux résultats qualitatifs .....	36

## Liste des Figures

Figure 1 Indicateurs de qualité non notifiés à l'admission.....	19
Figure 2 Nombre d'indicateurs de qualité notifiés à l'admission.....	20
Figure 3 Indicateurs de qualité notifiés lors de l'accouchement.....	20
Figure 4 Nombre d'indicateurs de qualité omis lors de l'accouchement.....	21
Figure 5 Indicateurs de qualité non notifiés pour la parturiente en post partum.....	21
Figure 6 Nombre d'indicateurs de qualité omis lors du post-partum.....	22
Figure 7 Indicateurs de qualité non notifiés pour le nouveau-né.....	23
Figure 8 Nombre total d'indicateurs de qualité omis en post partum immédiat pour le nouveau-né selon les structures.....	23
Figure 9 indicateurs de qualité de la structure selon les fonctions de SONUB.....	24

## Introduction

Entre 1990 et 2015, la mortalité maternelle a diminué dans le monde de près de 45% (OMS, 2014). Ces résultats ont pu être atteints grâce à un accès aux soins qualifiés et à une prise en charge des complications obstétricales (Pittrof R et al 2002). Au Maroc, depuis plusieurs années, la réduction de la mortalité maternelle est une priorité pour le gouvernement. Dans cette optique, le Ministère de la Santé a établi des plans d'action spécifiques pour accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et néonatale (2008-2012 et 2008-2016). Il a ainsi injecté des ressources financières considérables pour augmenter le nombre de sages-femmes et d'obstétriciens, pour améliorer l'approvisionnement en médicaments et en équipements, tout ceci, dans le but d'améliorer l'accès aux services de santé maternelle et néonatale. Le programme en charge de ces services est géré et financé principalement par le Ministère de tutelle et les services sont offerts aux différents niveaux du système de santé (préfectoral ou provincial (district), régional et central). Le réseau de soins de santé primaire est réparti dans toutes les communes, dans les zones rurales et urbaines, et également à travers des équipes mobiles pour atteindre les zones enclavées.

Grâce à la mise en œuvre des plans d'actions suscités, des progrès tangibles ont été réalisés sur le plan de la couverture et de l'accès aux soins (77% des CPN et 74% d'accouchements en milieu surveillés (ENPSF 2011) par rapport à 68% des CPN et 63% d'accouchements en milieu surveillés (EPSF 2003-2004). Les chiffres de la mortalité et de la morbidité maternelle et néonatale et ceux du postpartum sont restés cependant bien en deçà des espérances et des efforts fournis par le gouvernement. Différentes causes expliciteraient cela parmi lesquelles la qualité de prise en charge de la mère et du nouveau-né au moment de l'accouchement et du postpartum. En effet, les programmes de réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et néonatale mis en œuvre, ciblant particulièrement l'amélioration de l'accès aux soins ont eu des effets mixtes sur la qualité de ces derniers. L'utilisation des structures d'accouchement ayant augmenté avec l'amélioration de l'accessibilité aux soins obstétricaux, ceci eu des effets pervers sur la qualité des soins prodigués à la mère et à son nouveau-né. Par ailleurs, la qualité technique dépend des normes et des référentiels de prise charge, encore faut-il s'assurer que les prestataires utilisent les références et outils de notifications. Certes, pour mesurer cette qualité, la disponibilité d'un système d'information sanitaire réactif, simple et facile fournissant à temps suffisamment d'indicateurs de qualité de processus et l'utilisation de ce dernier sont des éléments indispensables. En effet, avoir des outils valides et fiables pour



évaluer la qualité des soins permet de prendre des décisions éclairées au moment opportun. (Hogan et al .2010, Souza et al, 2013).

Défis d'implantation et l'utilisation du système d'information concernant les indicateurs de qualité

Au Maroc, les programmes de santé maternelle et néonatale ont mis en place depuis plusieurs années un système d'information pour assurer le suivi des prestations SONU. Ce système n'est cependant pas utilisé de manière optimale et ne permet pas ainsi de mesurer la qualité de la prise en charge de la mère et du nouveau-né. Les principaux facteurs inhérents au système de soins pouvant éventuellement explicité ces défaillances pourraient être répertoriées comme suit :

Les prestataires n'utilisent pas les indicateurs de processus de qualité de soins (comme par exemple la mesure de température et la prise de la tension artérielle et ce, régulièrement (pendant les 2 heures qui suivent l'accouchement), la numération formule sanguine (NFS) avant la césarienne, la mise au sein du nouveau-né, les bruits du cœur du fœtus (BCF) à l'admission. Ne respectant pas cela, les prestataires de soins (PS) se retrouvent dans l'incapacité de noter et/ou de détecter toute défaillance de la qualité des services offerts aux mères et à leurs nouveau-nés. Le système de santé devient dans de telles conditions peu réactif pour une prise en charge adéquate et à temps évitant ainsi les complications maternelles et néonatales

Un système de redevabilité clair n'existe pas et de ce fait les PS ne se sentent pas responsables de recueillir et d'analyser les indicateurs à leur niveau.

Les indicateurs de qualité de processus sur les soins maternels et néonataux sont disponibles, mais dans différents supports de collecte de données (dossier obstétricaux, rapport, comptes rendu) au sein du système d'information de routine existant rendant ainsi difficile leur utilisation et leur compréhension par les PS.

Les prestataires de soins ne sont pas sensibilisés à l'importance et à la valeur ajoutée des indicateurs de processus de qualité des soins maternels et nouveau-né.

Les prestataires de soins ne s'approprient pas ces indicateurs dans leur travail quotidien. Ceci est probablement en rapport avec un manque de motivation, un manque de formation et de capacitation par rapport à ces indicateurs de surveillance de la qualité des soins de la mère et du nouveau-né et à la charge de travail supportée par les PS dans leur fonction.

Pour explorer toutes ces hypothèses, notre recherche se propose de répondre à la question suivante: Comment pouvons-nous rendre optimal le système de suivi de la santé maternelle et néonatale lors de l'accouchement et en post-partum immédiat en utilisant des indicateurs de processus de qualité de la prise en charge de la mère et du nouveau -né?

## Objectifs de la recherche

Cette étude avait comme objectifs d'établir :

1. le degré d'utilisation des indicateurs de processus de qualité de prise en charge de la mère et du nouveau-né par les prestataires au moment de l'accouchement et en postpartum immédiat dans les structures de soins au Maroc
2. d'identifier les facteurs contextuels qui influent sur l'utilisation des indicateurs de processus de qualité de prise en charge de la mère et du nouveau-né au moment de l'accouchement et en postpartum dans les structures de soins au Maroc.
3. A travers cette étude nous avons également exploré les différentes solutions contextualisées pour avoir des indicateurs de processus de qualité acceptables, adéquats et facilement utilisables par les prestataires de soins.

## Stratégie de la recherche

### Devis

Il s'agit d'une étude mixte combinant une étude de cas multiples transversale pour les données qualitatives, et rétrospective, transversale et prospective pour les données quantitatives.

### Durée de l'étude

La présente étude a débuté au mois de mars 2015. Elle a duré environ 6 mois incluant la préparation du protocole, le développement des outils, l'adaptation et la validation des outils, la collecte des données, l'analyse et la diffusion des résultats.

Durant toute la durée de l'étude, l'équipe de chercheuses a participé aux ateliers d'harmonisation et d'orientation de l'étude organisés par le bureau régional de l'OMS / EMRO (The WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean)

### Sites de l'étude

Cette recherche a été menée dans la région de Meknès, une des délégations sanitaires préfectorales (DSP) relevant des neuf régions prioritaires du plan d'action 2012-2016 pour la santé maternelle et néonatale (indicateurs d'accès et de couvertures pour les soins maternelle et néonatale insuffisants). La qualité de la prise en charge aussi bien de la mère et du nouveau-né comme un peu partout dans le territoire marocain nous interpelle au niveau de cette province.

## Préfecture de MEKNES

MEKNES constitue le pôle de développement de la région Meknès -Tafilalet. Sur le plan administratif la préfecture de Meknès compte : 3 cercles, 6 communes urbaines, 15 communes rurales. Meknès compte 823000 habitants ce qui constitue 36% de la population totale de la région Meknès -Tafilalet. Contrairement à ce qu'il en est au niveau régional, Meknès est en majorité urbaine (86%).

**Tableau 1. Population cible des programmes de santé 2015 (Source, Ministère de la Santé):**

Milieu	Naissances attendues	Enfants (Age en mois)				Femmes (Age/an)			
		0 – 11	12 – 23	24 – 59	0 – 59	FAR	FMAR	30- 49 ans	45-69 ans
Urbain	11007	10748	10694	32785	54227	207492	105821	108198	<b>79763</b>
Rural	2671	2570	2531	6288	11389	30736	15675	13919	<b>10549</b>
<b>Total</b>	<b>13678</b>	<b>13318</b>	<b>13225</b>	<b>39073</b>	<b>65616</b>	<b>238228</b>	<b>121496</b>	<b>122117</b>	<b>90312</b>

Tableau 1 Couverture sanitaire par le secteur public

Préfecture	Hôpitaux	CSUA	CSU	CSCA	CSC	DR	Structures d'appui
Meknès	05	02	30	03	12	16	CRSR CDTMR Centre de diabétologie Centre de santé mentale L.E.H.M

La délégation du Ministère de la Santé à la préfecture de Meknès dispose de 05 hôpitaux, de 63 formations sanitaires de base, 05 structures d'appui et de 02 espaces santé jeunes.

### Ressources Humaines (année 2015) :

La préfecture de Meknès dispose de 6 gynécologues obstétriciens (5 à l'hôpital Pagnon et 1 à l'hôpital Sidi Saïd) et 1 réanimateur à l'hôpital Pagnon, 25 sages-femmes et accoucheuses au niveau des SSP (18 en urbain et 7 en milieu rural) et 14 au niveau de l'Hôpital Sidi Saïd, 47 au niveau de l'hôpital Pagnon (source DSP 2015)

Nous avons suivi la filière de soins (Maison d'accouchement au niveau du centre de santé, maternité hospitalière) et de prise en charge de la mère et du nouveau-né au moment de l'accouchement et en post partum immédiat dans les maisons d'accouchements et les deux hôpitaux de références (provinciale et régionale) de Meknès.

### Personnes à interviewer

Les répondants ont été recrutés à quatre niveaux.

**Au niveau central:** les responsables du service de santé maternelle et néonatale au niveau de la direction de la population et un cadre au niveau de service des études et de l'information Sanitaire

Au niveau de la DSP: Les membres de l'équipe cadre de la délégation et du SIAAP

**Au niveau opérationnel :** Au niveau des maisons d'accouchements du réseau ambulatoire urbain et rural de la DSP (médecins, sage-femmes et accoucheuses)

Au niveau des maternités hospitalières : Les prestataires de soins intervenant dans les maternités (médecins, sages-femmes et accoucheuses).

**Tableau 2 Personnes interviewées par profil et par nombre**

	Gestionnaires de programme	Maternités hospitalières	CSUA <sup>1</sup>	CSCA <sup>2</sup>	TOTAL
Niveau central	4				4
DSP	3				3
Gynéco		1			1
Sages-femmes et accoucheuse		17	13	7	37
Médecins généralistes des CSA				1	1
Total	7	18	13	8	46

Centre de santé avec module d'accouchement urbain

Centre de santé avec module d'accouchement rural

Au total, 46 entretiens ont été menés entre 24 Aout 2015 et le 30 Avril 2016

## Collecte des données

Les données ont été recueillies par le biais d'entretiens semi-structurés avec des informateurs clés. Ces données ont été complétées par une revue documentaire, une extraction des données de routine et des données recueillies à travers une grille d'observation.

Pour les **entretiens**, des rendez-vous ont été obtenus en négociant les calendriers surtout auprès des gestionnaires et une programmation a été faite sur la base de leur disponibilité. Les personnes à interviewer ont été invitées à participer à cette étude par lettre envoyée à travers l'ENSP. Un formulaire de consentement éclairé a été présenté et expliqué au début de l'entretien. Les guides d'entretien ont été utilisés pour structurer l'entretien. Si accepté par la personne, l'entretien a été enregistré. L'entretien s'est déroulé en français et ou en arabe selon la volonté de l'interviewé(e).

Concernant la **revue documentaire:**

Les indicateurs de qualité de processus de soins en accouchement et en postpartum immédiat mesurent la survenue des oublis, retards et/ou échecs de prise en charge. Nous avons choisis de travailler sur ces indicateurs afin de mesurer la performance des équipes obstétricales dans

les différentes structures œuvrant dans la prise en charge de la mère et du nouveau-né au Maroc. Les résultats de l'analyse vont nous permettre d'identifier les barrières, et les obstacles de notification et de l'utilisation de ces indicateurs par les prestataires de soins et leurs effets potentiels sur la qualité des soins au Maroc.

Une augmentation importante du nombre de femmes ayant recours à des établissements pourrait compromettre le bon suivi des parturientes et leurs nouveau nés. Ceci en partie est dû à la surcharge de travail, les professionnels de santé ne sont pas toujours en mesure de répondre aux attentes des femmes et leur famille. La qualité des soins obstétricaux pendant l'accouchement et en postpartum immédiat dépendent de plusieurs déterminants, dont l'environnement du travail, la qualité des gestes à visée préventive et curative, l'interaction sage-femme -parturiente, ainsi que les attentes des femmes et la façon dont les sages femmes et les médecins ont répondu à ces attentes. Comment pouvons-nous mesurer au mieux la performance des équipes obstétricales à partir d'une évaluation dont les intérêts principaux sont l'accouchement et les soins du postpartum immédiat ?

Les structures de soins maternels et néonataux sont des services fréquentés où la réflexion et l'action doivent être rapides (Filippi et al, 2005). Plusieurs indicateurs de qualité de soins nécessitent des études spécifiques et détaillées, des observations et interviews, ou peuvent être difficile à collecter quand les dossiers médicaux et les registres d'admission font défaut. Pendant le projet FEMHEALTH, un travail conduit sur les «near miss maternal», certains indicateurs liés aux « health care near-miss » ont été développés (Femhealth, 2013, UK DoH, 2000). Ces indicateurs étaient notre source de collecte de nos indicateurs. En effet, pour notre étude, nous avons développé une liste d'indicateurs potentiels basé sur une revue de la littérature sur la qualité des soins, ceux du projet de Femhealth et la consultation des dossiers obstétricaux et les différents guides et fiches élaborés par le programme de la santé maternelle et néonatale au Maroc (femhealth, 2014, UK DoH, 2000, Souza et al, 2013, dossier obstétricale, Guide de suivi de la grossesse, l'accouchement et post partum.2013, fiche de suivi du prénatale et du post partum.2014 ) et après consultation des experts en santé maternelle et néonatale nationaux et internationaux. L'utilité de ces indicateurs est d'évaluer par l'analyse de la fréquence de et de la proportion de données manquantes, si des variations pouvaient être observées entre les établissements ou entre les sages-femmes ainsi que le degré de succès dans la mise en œuvre de la politique de santé et l'utilisation de ces indicateurs.

Les **données quantitatives**: une collecte des données rétrospectives et prospectives ont été extraites à partir des dossiers de prise en charge obstétricale de la mère et du nouveau-né au

niveau des maisons d'accouchements et des hôpitaux de références. Une grille de collecte de données a été utilisée pour guider la collecte de données. Ces données rétrospectives ont couvert les données recueillies par toutes les équipes de gardes au niveau de chaque structure (3jours au maximum). Les données prospectives ont été collectées à travers une grille d'observation. Ces observations se sont concentrées sur (1) les modalités de prise en charge au niveau des différentes salles, de l'entrée à la sortie de la parturiente de la salle d'accouchement (2) l'identification des retards éventuels de prise en charge, l'examen des dossiers de parturientes pour clarifier et documenter les pratiques cliniques menées (3) des observations qui se sont concentrées sur le nouveau-né.

Cette collecte a été faite par les chercheurs de l'ENSP et des enquêteurs pour couvrir toutes les équipes de garde.

**Les données concernant les indicateurs de processus de qualité sur les soins maternels et néonataux au moment de l'accouchement et en postpartum immédiat** ont été extraites à partir des:

- Dossiers obstétricaux, système d'information de routine, au niveau des maisons d'accouchement et des maternités hospitalières et des comptes rendus du bloc opératoire au niveau des maternités hospitalières
- Informations reçues des entrevues avec les PS au niveau des maisons d'accouchement et des maternités hospitalières, les questionnaires et décideurs au niveau opérationnel, et au niveau central
- Information sur les indicateurs du système d'information de santé de routine.
- Pour la qualité des soins, nous avons établi les indicateurs les plus pertinents dans la prise en charge de la mère et du nouveau-né au moment de l'accouchement et en postpartum immédiat. Pour ce faire, nous nous sommes concentrés sur les indicateurs portant sur l'admission, la prise en charge, le traitement et le suivi de la femme au cours de son séjour à l'hôpital ou à la maison d'accouchement lors de son accouchement, en postpartum et à la sortie.

Tableau 3 Indicateurs de processus à collecter (pas tous mentioner dans le système d'information Marocain)

Phases	Indicateurs de processus
Admission	Motif d'admission Tension artérielle Bruit du cœur foetal Température
<b>Accouchement : Accouchement par voie basse et instrumental</b>	
<b>Pour la mère</b>	Bruit du cœur du fœtus mesuré au moins 1 fois pendant la phase active du travail Utilisation du partogramme Durée de la phase active Si ventouse ou forceps, position de l'occiput a été déterminée
<b>Pour le nouveau né</b>	Type de présentation - Sexe Poids (g) AG Complications néonatales Etat du nouveau-né à la sortie
Postpartum immédiat	
Pour la femme	Dans les 6h suivant l'accouchement, les signes suivants ont-ils été mesurés au moins une fois? Pouls Pression artérielle Saignements utérins Température
Pour le bébé	Dans les 6h suivant la naissance, les signes suivants ont-ils été mesurés au moins une fois? Couleur Respiration Apgar à 5min Mise au sein Température

Tableau 4 Indicateurs de qualité de la structure

Indicateurs de qualité dans la structure (voir s'il existe dans un outil du système d'information)	
Structure assure	Administration d'antibiotiques par voie parentérale Administration d'ocytociques par voie parentérale Administration d'anticonvulsivants par voie parentérale Délivrance artificielle Révision utérine Utilisation de la ventouse Réalise Secourisme néonatal Recherche systématique de malformations congénitales Réalise une Glycémie capillaire si indiquée Mise en condition avant transfert Examen de pré -sortie Fiche de transfert
Maternité hospitalière	Transfusion sanguine Césarienne

### **Les sources de données**

Les données concernant les indicateurs de processus de qualité sur les soins maternels et néonataux au moment de l'accouchement et en postpartum immédiat ont été extraites des:

- Dossiers obstétricaux et la grille d'observation
- Système d'information de routine
- Des entrevues avec les PS au niveau des maisons d'accouchement et des maternités hospitalières
- Des entrevues avec les gestionnaires et décideurs au niveau opérationnel et au niveau central

En résumé les outils sont:

1. Les fiches d'extraction de données sur les indicateurs de processus de qualité de la prise en charge de la mère et du nouveau-né utilisés dans le cadre du projet Femhealth au Maroc<sup>1</sup> (Annexe 1)
2. Le guide d'entretien pour le personnel de santé au niveau des maisons d'accouchement et des maternités hospitalières. Le guide d'entretien semi structuré pour les gestionnaires des programmes SMNN au niveau des DSP/P, et national sera administré en arabe (Annexe2)
3. La grille d'observation pour la collecte des indicateurs de processus de qualité de la prise en charge de la mère et du nouveau-né (Annexe3)

### **Equipe de collecte de données**

Elle a été composée de:

4 chercheuses impliquées dans l'élaboration du protocole, des outils, de la supervision des enquêtes terrains et de l'observation et de l'analyse des données

6 enquêteurs /trices /DSP qui ont participé à la collecte des données

2 transpositeurs/trices d'entretiens

Deux personnes pour la saisie des données quantitatives

### **Analyse des données**

#### **Analyse quantitative**

La saisie des données a été réalisée en double entrée sur SPSS avec contrôle de cohérence (1 agent de saisie et un contrôleur de saisie). La gestion des données a pour la prise en charge de la mère et du nouveau-né au cours de l'accouchement et en postpartum immédiat au niveau

---

<sup>1</sup>The FEMHealth project: see [www.abdn.ac.uk/femhealth](http://www.abdn.ac.uk/femhealth). FEMHealth was funded by the European Union.



central et local été assurée par un personnel formé. Nous avons procédé dans un premier temps à une analyse descriptive et après nous avons fait des tests statistiques simples (Khi<sup>2</sup>, T-test). Ces tests sont utilisés pour comparer les incidences et les odd-ratios en utilisant le logiciel SPSS 20.

#### **Analyse qualitative**

Tous les entretiens ont été enregistrés sous support numérique et transcrits intégralement. Les notes observations ont également été transcrites. Un échantillon de transcription d'entretiens a été comparé avec les enregistrements audio correspondant afin de vérifier l'adéquation et la qualité. Les transcriptions des entretiens et des notes d'observations constituent notre corpus de donnée qualitative. Une analyse thématique a été réalisée pour organiser et analyser nos données. La formulation des thèmes reflète nos questions de recherche.

#### **Limites**

L'exactitude et la complétude des informations enregistrées dans les divers documents et registres ont été des contraintes majeures. La sous notification des paramètres de suivi (indicateurs de qualité) ne pourra pas être liée directement à l'oubli de faire le geste mais aussi à la non traçabilité relative au surcharge de travail.

#### **Retombées de l'étude**

La mesure de la qualité de prise en charge de la mère et du nouveau-né n'est pas assez explorée à travers les indicateurs de processus de mesure de la qualité de prise en charge de la mère et du nouveau-né mis en place par le SNIS et disponible au niveau de différents outils de collecte. Nous pensons que ce dysfonctionnement est en partie dû aux barrières au niveau opérationnel et d'autre part à des facteurs inhérents à des défaillances du système de santé dans sa globalité. Ainsi, l'objectif premier était de rendre disponible des indicateurs de processus de qualité des soins pour la mère et le nouveau-né faisables et acceptables par les prestataires de soins afin d'obtenir un outil de processus de qualité approprié. La diffusion des résultats de cette étude au Ministère de la Santé, y compris les directions centrales et le personnel impliqué dans la stratégie de réduction de la mortalité maternelle (Direction des hôpitaux et des soins ambulatoires, Direction de la population) s'est fait dans un atelier de dissémination des résultats, durant le deuxième semestre de 2016. Ces décideurs, partenaires avec nous dans cette recherche, utiliseront ces résultats pour institutionnaliser la surveillance et l'utilisation d'indicateurs faciles à collecter au niveau du système de routine. Les résultats de notre étude devraient aider à identifier les insuffisances du système de santé afin de réduire les complications de l'accouchement et en post-partum immédiat.

Les communications scientifiques issues de cette étude seront présentées à des colloques et des conférences sur la santé maternelle et néonatale dans le cadre d'échanges d'expériences (en 2017) et seront publiés dans des revues internationales.

Les bénéficiaires directs de l'étude sont les femmes et leurs nouveau-nés et les gestionnaires de programme de réduction de la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales au niveau régional et central.

### **Assurance-qualité**

Des fiches récapitulatives ont été rédigées après chaque entrevue/contact avec un informateur clé afin de permettre l'enregistrement des premières impressions et des idées émergeant des entrevues/discussions.

Pour vérifier l'exactitude de l'extraction des données faites sur les dossiers médicaux par les enquêtrices, nous avons fait quelques tests pour chaque structure sanitaire à partir d'un échantillon aléatoire.

### **Éthique**

Une autorisation des prestataires de soins et des responsables sanitaires a été obtenue pour accéder aux dossiers médicaux. Nous avons veillé à obtenir le consentement éclairé des PS et des cadres interviewés c'est-à-dire que nous leur avons expliqué i) que leur participation est volontaire ; ii) qu'ils/elles peuvent poser toutes les questions qu'ils/elles souhaitent et iii) des risques et des efforts à fournir en participant à l'étude ; iv) du bénéfice à participer à l'étude ; v) qu'ils/elles peuvent se retirer à tout moment de l'étude et reprendre les données de l'étude les concernant n'importe quand et sans conséquence pour ils/elles.

Les données seront gardées par une seule personne et copiées dans un seul disque dur externe avec un mot de passe complexe. Une fois les données complétées par toutes les sources, nous les avons anonymisé et conservé par la coordinatrice du projet de recherche.

Le protocole a été soumis au comité d'éthique au Maroc et au comité d'éthique de l'EMRO et a eu l'approbation des deux comités d'éthique.

## Résultats et discussion

### Résultats quantitatifs

Au total 436 dossiers obstétricaux ont été dépouillés pour établir si les indicateurs de qualité à l'admission, au cours de l'accouchement et en post partum immédiat pour la parturiente et le nouveau-né ont été notifiés ou pas.

#### Notification des indicateurs de qualité pour les accouchements par voie basse

Les indicateurs devant être notifié à l'admission sont le motif d'admission, la prise de tension artérielle, les battements cardiaques du fœtus et la température.

A travers les résultats de l'étude, il a été établi que les indicateurs principalement notifiés sont les motifs d'admission (81,88%) et les BCF (75,7%). La tension artérielle n'est pas notifiée dans plus de 54,4%. La température de la femme n'est pas du tout notifiée.

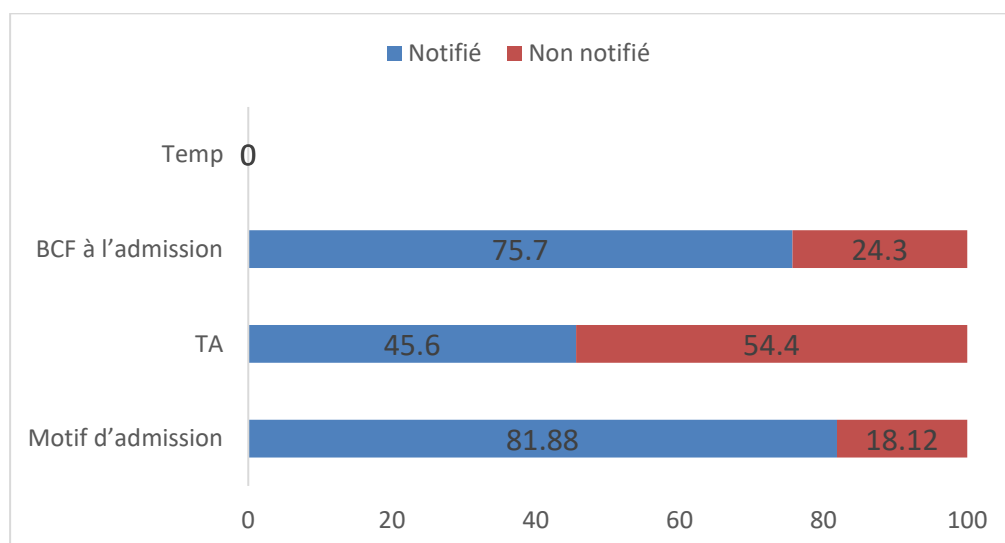


Figure 6 Indicateurs de qualité non notifiés à l'admission

Dans plus de 98% des cas, toutes structures confondues, il y a au moins un indicateur non notifié à l'admission dans les sites d'étude. Dans 10% des cas, aucun indicateur de qualité n'est notifié à l'admission. Dans une des cinq maisons d'accouchement site d'étude, dans 64% des cas, la totalité des indicateurs d'admission ne sont pas notifiés.

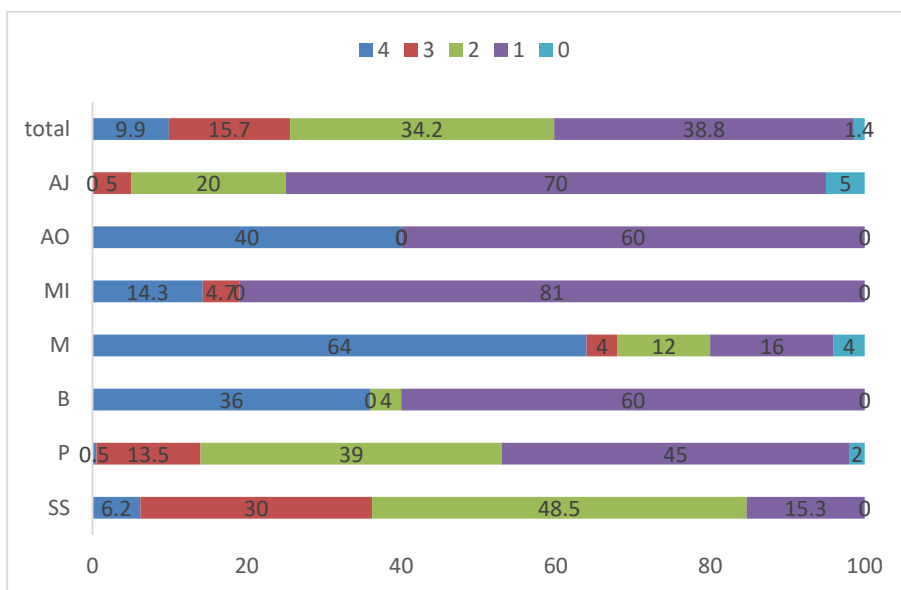


Figure 7 Nombre d'indicateurs de qualité notifiés à l'admission

### Notification des indicateurs de qualité au moment de l'accouchement pour la mère et le nouveau-né.

Lors de l'accouchement, il ressort que la présentation du fœtus n'est pas notifiée dans 29 des cas, la durée de la phase active est non notifiée dans 54,8%, le partogramme dans 20% et les BCF dans 24,3%. , ceci toutes structures confondues.

Au total, on retrouve une sous notification de la totalité des indicateurs dans 9,2% des cas.

Il est encore à noter qu'à la maternité rurale M, les infirmières ne notifient aucun indicateur dans 64% des cas.

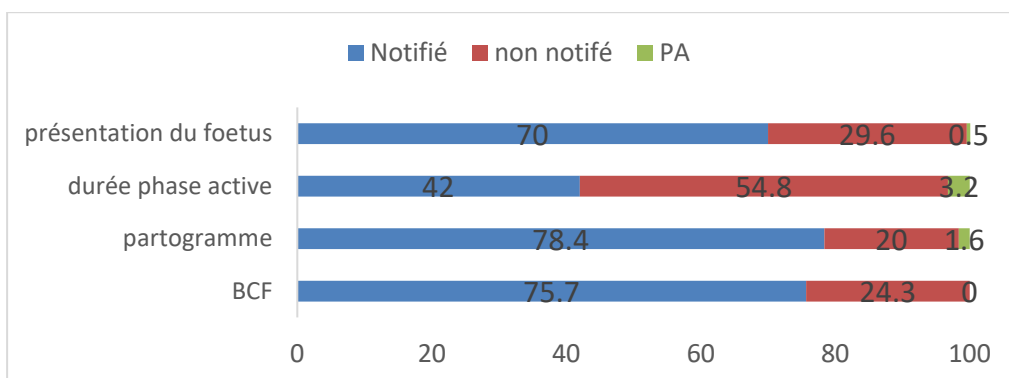


Figure 8 Indicateurs de qualité notifiés lors de l'accouchement

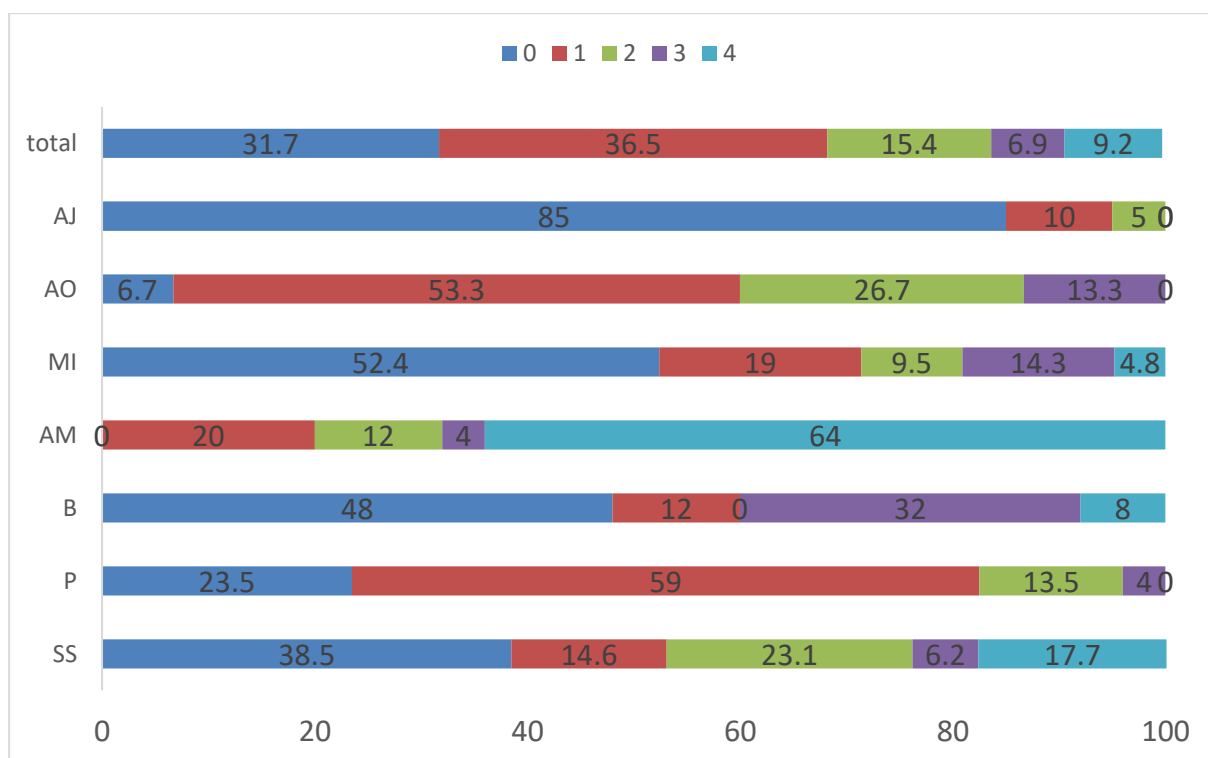


Figure 9 Nombre d'indicateurs de qualité omis lors de l'accouchement

Nous avons constaté que au moins un indicateur est omis lors de l'accouchement chez 68% des femmes

#### Notification des indicateurs en post partum immédiat

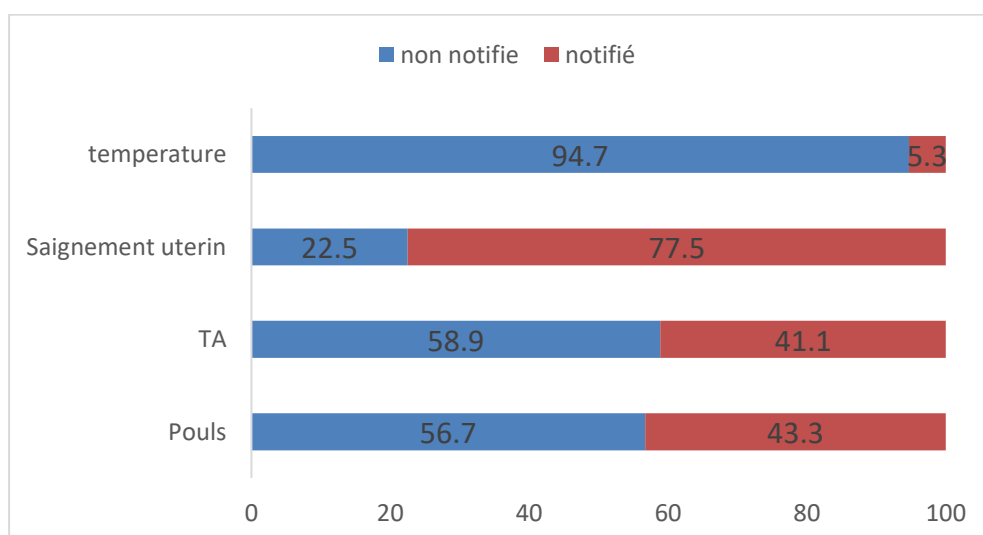


Figure 10 Indicateurs de qualité non notifiés pour la parturiente en post partum

Sur les quatre indicateurs de qualité devant être notifiés, la température de la femme n'est pas retrouvée dans 94,7% suivi du pouls (56,7%) et de la TA (58,9%).

Il est à noter que même le saignement utérin lequel est l'indicateur le plus notifié, est cependant omis dans 22,5% des cas.

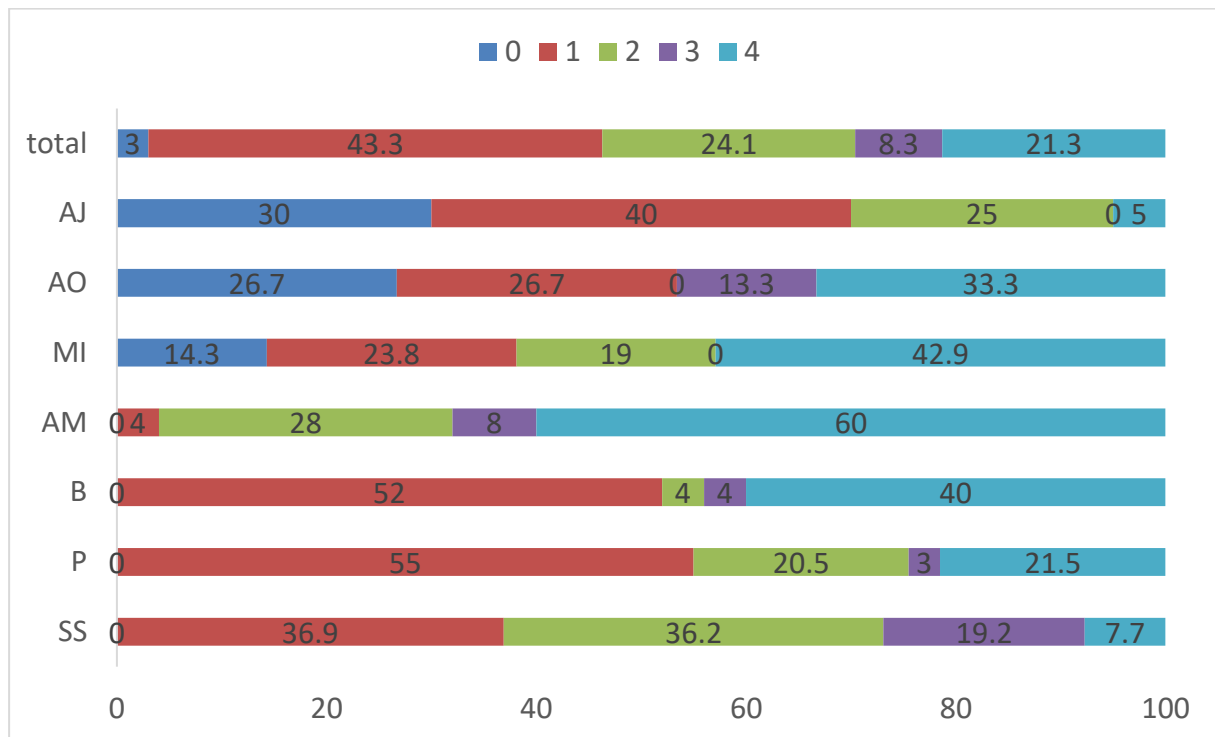


Figure 6 Nombre d'indicateurs de qualité omis lors du post-partum

En globalité nous retrouvons une omission d'au moins un des indicateurs de qualité du post partum dans 97% des cas.

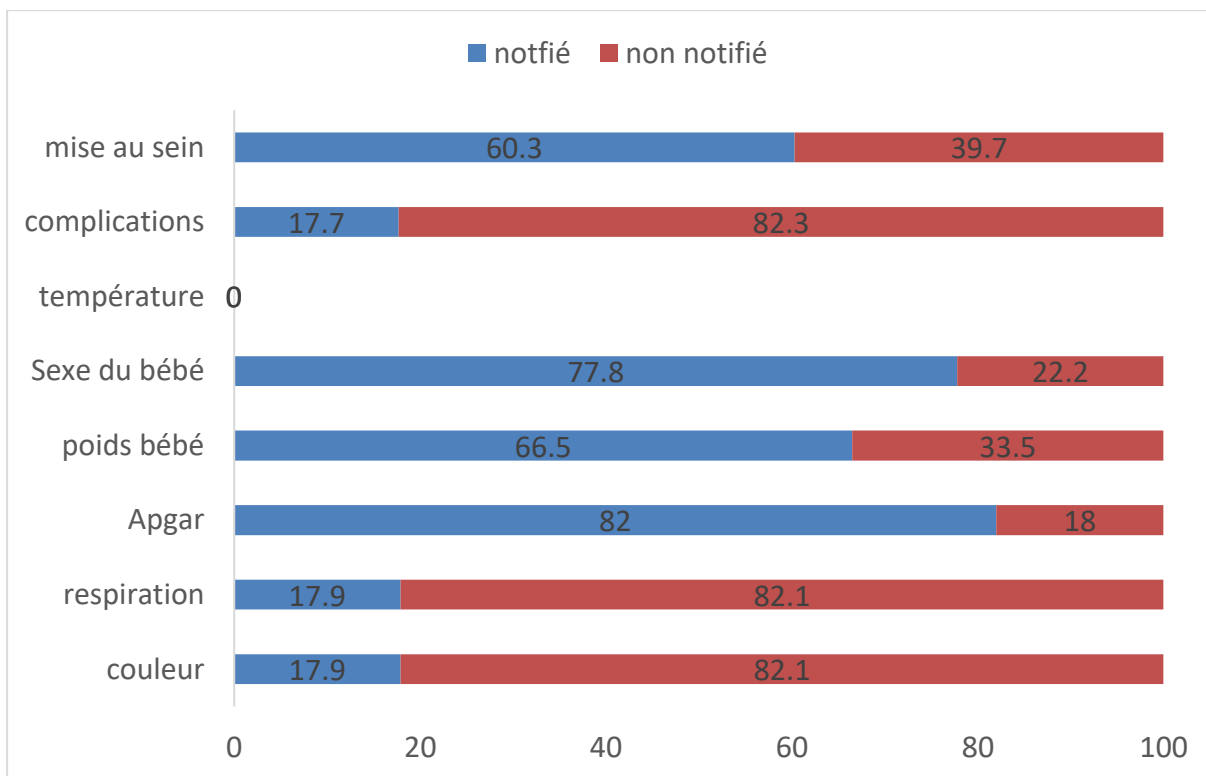


Figure 7 Indicateurs de qualité non notifiés pour le nouveau-né

Concernant le nouveau-né, nous relevons que parmi les indicateurs les moins notifiés, nous retrouvons la température qui est totalement omise, les complications dans 82,3% et la respiration et la couleur du bébé ne sont pas notifiés dans 82,1%.

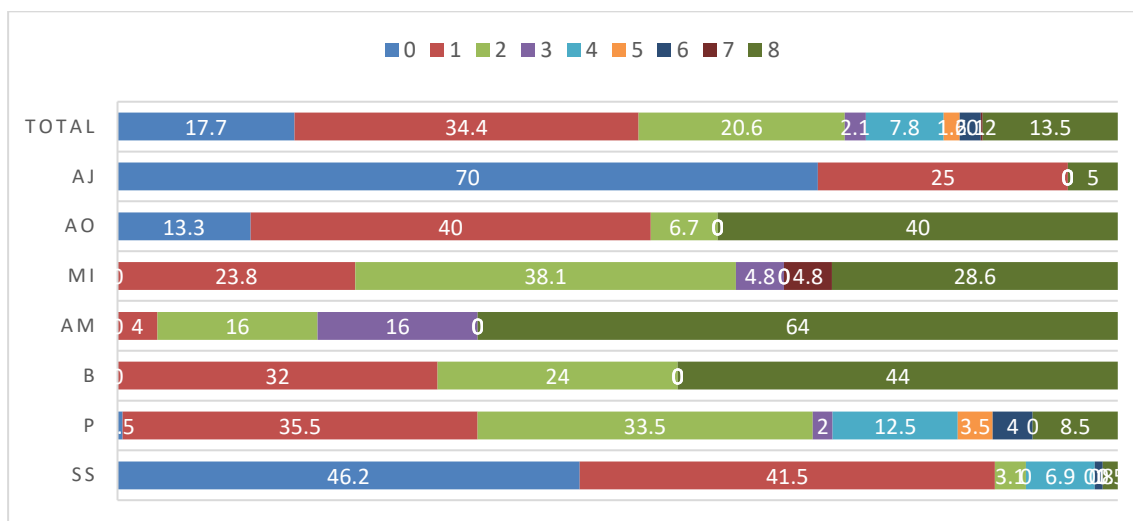


Figure 8 Nombre total d'indicateurs de qualité omis en post partum immédiat pour le nouveau-né selon les structures

Toutes structures confondues, il est à noter que dans 13,5% des cas aucun des 8 indicateurs de qualité du post partum pour le nouveau n'est notifié dans le dossier. Dans 3 structures sites de

l'étude la non notification des indicateurs de qualité pour le nouveau-né dépasse les 40% atteignant 64% dans un de ces sites.

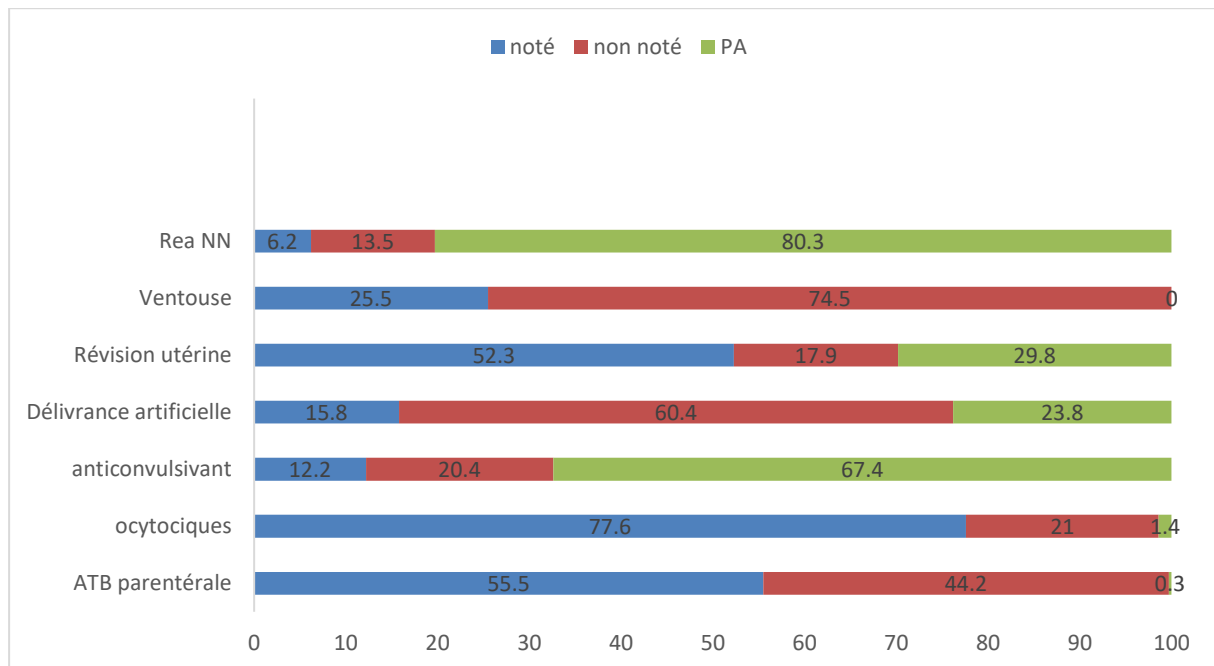


Figure 9 indicateurs de qualité de la structure selon les fonctions de SONUB

## Analyse des entretiens

Au total, 46 entretiens ont été menés dans le cadre de notre étude, 21 entretiens ont été menés au niveau des maisons d'accouchements, 20 avec des sages-femmes et un avec un médecin chef d'une maison d'accouchement rurale. La majorité des SF au niveau des maisons d'accouchements ont plus de dix ans d'expérience et sont âgées de 26 ans à 50 ans.

Concernant les entretiens en milieu hospitalier, nous avons mené 18 entretiens, 17 avec des sages-femmes travaillant en milieu hospitalier et un entretien avec un gynécologue. Pour les sages-femmes exerçant en milieu hospitalier, elles sont âgées entre 38 et 60 ans et ont capitalisé plus d'une quinzaine d'années d'expérience.

Quant aux gestionnaires, nous avons réalisé 7 entretiens au niveau centrale ou opérationnel, dont trois avec des managers au niveau opérationnel (médecin chef SIAAP, un délégué du Ministère de la Santé et une animatrice en santé de la reproduction) et 4 entretiens avec les gestionnaires au niveau central. Pour le profil sociodémographique des gestionnaires quatre sont des hommes âgés d'une quarantaine d'années et trois avec les femmes d'à peu près plus une quinzaine d'années d'expérience.



## Définition de la qualité des soins

Les sages-femmes n'ont pas une idée claire et précise de ce qu'est la qualité des soins. La définition qu'ils suggèrent est assez hétérogène, variable d'une sagefemme à l'autre et englobe plusieurs dimensions de la qualité dont les dimensions techniques (compétences dans la prise en charge, respect des normes, adéquation des normes, notion de surveillance) mais également des dimensions sociales et humaines (satisfaction de la femme enceinte, accueil, communication, écoute):

*« C'est un processus et la qualité c'est la satisfaction des besoins des patientes en respectant la dignité des femmes et leurs besoins » (Sage-femme, 46 ans, 15 ans d'expérience).*

*« Pour moi la qualité c'est que l'accouchement se passe dans de bonnes conditions, la sage-femme doit faire tout ce qu'elle peut pour que l'accouchement se passe bien la femme et le nouveau doivent sortir sains et saufs, la sage-femme doit tout faire pour que tout se passe bien » (sage-femme, 42 ans, 15 ans d'expérience).*

*« La première des choses c'est la surveillance des paramètres de l'accouchement et du postpartum pour moi la surveillance c'est la qualité » (Sage-femme, 34 ans, 11 ans d'expérience).*

De manière similaire aux sages-femmes travaillant dans les maisons d'accouchement, les sages-femmes dans les maternités hospitalières définissent la qualité des soins à partir de plusieurs dimensions dont les qualités humaines, la disponibilité du matériel et les compétences leur permettant d'assurer le bon déroulement de l'accouchement. Toutefois, les sages-femmes insistent sur l'importance de la relation humaine établie entre elles et leurs parturientes.

*« Le bon accueil, le matériel doit être stérilisé, et mon bébé doit être bien aussi, il ne doit pas souffrir de quoi que ce soit » (entretien 1# 49 ans SF, 17 ans d'expérience )« normalement la qualité des soins c'est avoir tout pour servir les prestataires (...) avec qualité ça veut dire quand il y'a une confiance entre sagefemme et la parturiente il existe une relation de respect, on peut même dire de fraternité, genre la femme ne doit pas sentir qu'elle va chez un médecin, mais comme si elle allait rendre visite à sa sœur ou sa mère. Genre il y'a une relation" (Entretien #5, SF, 42 ans, 17 ans d'expérience)*

Contrairement aux sages-femmes, les managers ont une perception de la qualité axée sur le respect des normes et des procédures:

*« La qualité des soins pour la mère et le nouveau-né peut être défini par la délivrance des prestations de soins et des services conformément aux procédures de références retenues par le département compétent toute en évitant les problèmes d'accessibilité et le retard d'accès aux soins » (Entretien #1, gestionnaire préfectorale, 14 ans d'expérience).*

*« Le respect des standards et des normes par le prestataire en matière de prise en charge de la sante de la mère et du nouveau-né et la documentation du processus de cette prise en charge pour une éventuelle évaluation et amélioration » (Entretien #2, gestionnaire préfectorale).*

*« La qualité des soins pour la mère et le né est défini par l'ensemble des soins corrects prodigés au couple, qui doivent répondre à leurs besoins particuliers et comporte la prévention ; la détection précoce et le diagnostic des anomalies ainsi que la prise en charge des complications, tout en respectant l'arbre décisionnel et le circuit réservé au couple....» (Entretien # 3, gestionnaire au niveau préfectorale, 58 ans, 36 ans d'expérience)*

Au niveau centrale, les responsables ont associé la qualité des soins aux indicateurs de processus et aux indicateurs d'impact, « .....à travers un certain nombre d'indicateurs, de suivi que vous dites des indicateurs de processus tels que par exemple taux de létalité pour la mère au niveau des maternités hospitalière et à ce niveau c'est la qualité de façon global aussi bien pour la mère que pour le nouveau-né, et puis un certain nombre d'indicateurs concernant par exemple le taux, le décès périnatale, au niveau de l'établissement ce sont des indicateurs qu'on calcul dans le système d'informations de routine, pour évaluer la qualité de la mère et du nouveau-né aussi....»(Entretien # 4, gestionnaire au niveau centrale, 49 ans, 18 ans d'expérience)

### **Connaissance des indicateurs et leurs usages**

#### **Connaissances**

Toutes les sages-femmes utilisent les indicateurs de qualité mais n'ont pas de connaissances ni conscientes qu'il s'agit d'indicateurs de qualité. Elles sont plus familières avec les termes de « gestes », de « fonctions ». Si certaines d'entre elles ont une connaissance vague des indicateurs de processus, très peu d'entre elles ont une connaissance des indicateurs de résultats (comme le nombre d'accouchement, le nombre de référence). Durant leur formation,

ce concept de qualité et d'indicateurs de processus et de résultats n'ont pas été formellement explicité et décrit comme tels. De ce fait, cette méconnaissance de ces termes a entraîné quelques difficultés à identifier clairement les facteurs facilitants et les obstacles à leurs usages.

Cette méconnaissance de ces concepts s'expliquerait par le manque d'information et de formation sur la qualité. En effet, aucune d'entre elles, n'a eu une formation sur la qualité et ses indicateurs. Toutefois, certaines ont eu des formations sur la réanimation du nouveau-né.

*« Vous ne les utilisez pas en tant qu'indicateurs de qualité, alors pourquoi vous ne les utilisez pas en tant qu'indicateurs de qualité? »*

*« ..... Moi je les considère comme un examen normal... je ne sais pas le nom... »  
(Sage-femme, 46 ans, 15 ans d'expérience).*

*« ...Je travaille toujours avec et je vérifie mon travail mais je ne sais pas que ce sont des indicateurs de qualité pour moi ce sont les gestes qu'il faut faire donc le savoir-faire par un personnel qualifié » (SF, 26 ans, 6 ans d'expérience)*

*« SONU c'est des gestes (...). Ces indicateurs on peut les faire comme fonction et gestes..... » (SF, 34 ans, 12 ans d'expérience)).*

*« Q: est-ce que tu sais que ces gestes ce sont des indicateurs de la qualité ? »*

*« .....Je ne sais pas qu'ils sont de la qualité..... je les remplis sans le savoir, on n'a jamais su que ce sont des indicateurs de qualité...» (Sage-femme, 42 ans, 15 ans d'expérience).*

*« .....Non je ne savais pas que ce sont des indicateurs de qualité, je sais que ce sont des indicateurs avec lesquels on travaille et c'est obligatoire pour la femme ou le nouveau-né (entretien 7) »*

De manière similaire aux sages-femmes travaillant dans les maisons d'accouchement, les sages-femmes n'ont pas connaissance des indicateurs de qualité mais reconnaissent leurs importances. Elles utilisent ces indicateurs sans savoir qu'il s'agit d'indicateurs de qualité.

Selon l'ensemble des sages-femmes, la méconnaissance de ces indicateurs s'explique par la défaillance de la formation et le manque de transmission d'information par leurs responsables.

*« Je ne sais pas que ce sont des indicateurs de qualité (..) « Il n'y a personne ne va nous dire ce qu'on a appris lors du stage on le fait..... tu dois le faire mais on ne dit pas l'intérêt.... » (Entretien #1, SF, 49 ans)*

*« Dans le parcours de la formation personne n'a jamais dit que c'est une qualité des soins, on la pratique tout le temps on le sait mais sans se rendre compte que c'est une qualité des soins » (entretien# 2 SF, 46 ans).*

*On n'a pas fait de formation sur ça et personne ne nous a jamais dit quelque chose sur ça, c'est la première fois que j'entends parler. Mais reconnaissent l'importance de faire les gestes de qualité parce que c'est primordial pour la prise en charge de la femme et le nouveau-né (entretien #7, SF, 38 ans, 17 ans d'expérience).*

À l'inverse, les managers ont connaissance des indicateurs de qualité et les perçoivent de façon positive. Par contre, ils soulignent leurs nombres importants et la surcharge de travail qui en découle pour le remplissage des formulaires et outils:

*« Ils sont pertinents et utiles mais trop nombreux impliquant une surcharge de travail pour les professionnels » (Entretien #1, MD chef SIAAP).*

*« Ils sont pertinents, permettant de suivre et d'évaluer les actions relatives à la prise en charge de la santé de la mère et du nouveau-né, mais il se trouve qu'ils sont assez nombreux et nécessitent par conséquent de la part des Professionnels de santé un temps non négligeable pour le renseignement des différentes informations de l'établissement » (Entretien #2, gestionnaire préfectorale).*

*« ....À travers la collecte d'un certain nombre de données au niveau des établissements offrant les soins d'urgence auprès de la population globale, la mère et le nouveau-né spécifiquement de la mère et du nouveau-né. (Entretien # 4, gestionnaire au niveau centrale, 49 ans, 18 ans d'expérience)*

« .....Les indicateurs de la prise en charge du couple nous permet de donner une idée sur l'efficacité des soins aussi d'apprécier les efforts consentis par le personnel et identifier les contraintes qui pourraient entraver ces efforts ils sont utilisés au cours de L'exercice d'évaluations, d'analyse des SONU » (Animatrice, 58 ans, 36 ans d'expérience)

### Usage des indicateurs et les facteurs influençant leur usage

Toutes les sages-femmes qu'elles exercent dans les maisons d'accouchement ou à l'hôpital rapportent l'usage des 'indicateurs' autant que gestes. Les plus souvent cités sont la pression artérielle, les saignements, les soins du nouveau-né, la hauteur utérine, BCF. Toutefois, certains indicateurs tels que la prise de la température, l'état du nouveau-né ne sont pas pris systématiquement en raison du manque de temps, de manque de matériel et de la complexité du cas.

Sur le plan de la fréquence de l'usage des indicateurs, la majorité des SF rapportent leur utilisation en moyenne toutes les demi-heures, heures, dépendamment de l'état de santé de la femme. Si une femme a une pression artérielle élevée, une attention plus particulière lui sera accordée.

Certains indicateurs sont perçus comme importants tels que la prise de la pression artérielle, les saignements, la couleur du nouveau-né ce qui entraîne une utilisation systématique. Toutefois, sa fréquence va dépendre de l'état de santé de la femme sans suivre un protocole ou standard.

Enfin, les deux facteurs majeurs identifiés comme barrières dans l'usage des indicateurs est le manque de formation et le manque de matériels, d'équipements et rupture de stock de certains médicaments.

« Il y a une seule chose, c'est qu'en général ces guides si je fais une comparaison entre la décision et les moyens qu'on a ici, il y a une grande qu'est ce je dois vous dire, moi je trouve des difficultés pour réaliser l'acte point par point; sérieusement ici il y a manque de matériel, médicaments, manque d'ambulance, il y a pas mal de choses qui nous font obstacle » (SF, 32 ans, 13 ans d'expérience).

*« Par exemple il se peut que la femme aurait besoin de ventouse pour l'expulsion mais on avait une ventouse qui ne marche pas mais la femme a finalement accouché ou bien s'il lui faut le sérum glucosé et nous avons un manque on lui met juste un seul pour elle ne sait pas tout ça elle est satisfaite puisque tout s'est bien passé mais pour nous ce n'est pas ça (SF, 34 ans, 12 ans d'expérience).*

Toutefois, les sages-femmes exerçant en milieu hospitalier ont beaucoup insisté sur le manque de matériel et d'infrastructures comme obstacle majeur à la qualité

*« Tout d'abord vous ne trouvez pas l'appareil de tension c'est ça le plus important le manque de matériel, si ne trouve pas de quoi faire les analyses des urines tu ne les fais pas, et tu es là pour travailler tu lui fais la perfusion tu vas prendre la tension et tout faire mais s'il n'y a pas de matériel tu ne vas rien faire » (entretien # 8, 57 ans, 36 ans d'expérience).*

Enfin une SF qui travaille dans une maison d'accouchement a rapporté le sentiment d'insécurité dans l'usage du magnésium comme facteur. Ce sentiment d'insécurité est expliqué par le manque de formation et d'information sur le protocole nouveau à suivre.

*« Il y a des choses qu'on applique qui est proche de la réalité comme le magnésium on te donne dans la fiche ses techniques, mais quand tu vas sur la réalité tu vois que le gynéco a peur il appelle le réanimateur, il a peur et tu te dis celui-là a beaucoup étudié, et nous avons juste un quart d'heure entre nous avec l'ambulance on n'a pas besoin de ce magnésium, et on prend en charge correctement les femmes on n'a pas beaucoup ces crises, et même pour un quart d'heure on fait le valium mais pas le magnésium même pour les antibiotiques, on n'a un problème, personne ne vous donne avec précision ce qu'il faut faire on nous dit il y a les fiches de fonctions qui sont suffisantes personne ne te donne quelque chose de précis (SF, 40 ans, 19 ans d'expérience)*

### **Perception des formations, guides et des protocoles**

Les sages-femmes ont une perception positive des formations, des guides et des protocoles et en ont fait usage mais pas de manière systématique. La majorité des SF dans les maisons d'accouchement rapportent une accessibilité facile à l'usage de ces guides. Par contre, les SF en milieu hospitalier ont rapporté que ces guides sont retenus au niveau de l'administration ce qui entraîne des difficultés d'accès à ces informations. Une autre SF a rapporté que les guides et protocoles sont relativement anciens.

Contrairement aux sages-femmes, les managers rapportent qu'il en existerait plusieurs qui permettent de former les professionnels de la santé à utiliser ces indicateurs, à les monitorer et à les évaluer. « *Plusieurs documents sont élaborés et mis en place pour initier et former le prestataire en termes de la qualité de la prise en charge de la mère et du nouveau-né* » (entretien#1, gestionnaire, Préfecture). Par contre, l'un des répondants a indiqué que ces guides ne sont pas suffisamment formalisée: « *Oui, mais à standardiser et formaliser* » (Entretien #2, gestionnaire, préfecture).

### Traçabilité : Remplissage des outils

Les SF rapportent la notification des actes faits aux mères et aux nouveaux nés. Par contre, cette notification n'est pas systématique et exhaustive. En effet, certaines oublient de noter des indicateurs tels que le pouls ou la température. Parfois, par manque de temps également, les SF ne notent pas l'ensemble des actes faits.

Toutefois, les SF semblent accorder une importance à la notification de leurs actes. Pour certaines d'entre elles, c'est par mesure de sécurité, dans un cadre de prévention pour les problèmes juridiques en cas des décès maternels ou néonataux.

De manière similaire, les sages-femmes exerçant dans les hôpitaux rapportent qu'elles n'ont pas le temps de tout noter mais reconnaissent l'importance de la traçabilité

« *On n'a pas le temps pour tracer ça, on suit le partogramme, je ne peux pas pour tant de femmes prendre la tension et noter telle heure ce n'est pas possible* » (Entretien 1, SF 49 ans, 17 ans d'expérience).

Toutefois, plusieurs d'entre elles indiquent qu'elles rapportent systématiquement tous les gestes posés sur les femmes et le nouveau-né.

« *Chaque geste est noté par ce que je sais très bien que si je ne note pas c'est comme si je n'ai rien fait (...) il faut toujours garder la traçabilité* » (Entretien 2, SF, 46 ans),

Les données quantitatives vont nous permettre de trianguler ces données.

La barrière majeure au niveau du système de santé à la traçabilité des indicateurs est la rupture fréquente des fiches de surveillance ce qui a entraîné certaines SF à payer elles-mêmes pour faire des photocopies de ces fiches. .

« *R : parfois on a des ruptures on nous dit il n'y en a plus Q : et les fiches de la surveillance des accouchements et du post partum ? R : parfois il n'y en a pas (..) si on peut faire des photocopies on les fait sinon je remplie le partogramme et je demande au responsable de*

nous apporter les fiches Q : donc il y a beaucoup de rupture ? R : oui Q : donc vous êtes obligé de faire des photocopies sur vos propres moyens R : oui » (SF).

### **L' analyse des indicateurs dans les centres de santé**

Très peu de SF (maisons d'accouchement et centres hospitaliers) analysent l'ensemble des dossiers des mères et nouveaux nés. Parfois, certains cas de femmes sont discutés en équipe. Toutefois de manière générale, il n'y a pas d'analyse des données de l'ensemble des accouchements qui sont fait en équipe dans les maisons d'accouchement.

« Q : Vous avez 40 accouchements alors est ce que vous analysez ces dossiers ? R on ne le fait pas Q : pourquoi tu ne le fais pas? R : parce que je ne sais pas que ce sont des indicateurs, du moment que je fais mon travail comme il faut, je le termine, la femme est bien tout est bien.... » (SF, 10 ans d'expérience) »

### **Les facteurs contextuels influençant l' usage des indicateurs**

Plusieurs facteurs influenceraient l'usage des indicateurs de qualité. Nous les avons regroupés en deux catégories: système de santé (ressources humaines et matériels, équipements, infrastructures) et du fonctionnement et de l'organisation actuelle de ces indicateurs.

L'ensemble des répondants reconnaissant l'insuffisance importante de formation des professionnels de la santé sur ces indicateurs: « L'insuffisance des ressources humaines. L'insuffisance des connaissances et de maitrise de la portée et de l'intérêt de l'utilisation de ces indicateurs par les professionnels de santé, L'insuffisance de l'implication des professionnels de santé dans l'utilisation des indicateurs » (entretien #2, délégué MS, préfecture) « Formation du personnel en SNIS » (Entretien #3, animatrice SR).

« Connaissance des indicateurs et leur utilité par les utilisateurs, Disponibilité des ressources humaines qualifiées pour utiliser ces indicateurs Renforcement des compétences des ressources humaines en matière de ces indicateurs » (entretien #1, Médecin chef SIAAP).

À cela s'ajoute, le fonctionnement et l'organisation du système de ces indicateurs, les répondants notent la multiplicité des indicateurs et la multiplicité des outils de remplissage pour chaque département ce qui entraine une surcharge de travail supplémentaire pour les professionnels de la santé: « Les données multiples et répétées demandées par chaque département a part : SNIS, DP, région) entrave la bonne marche » (entretien #3, animatrice



SR ) « *La multiplicité des indicateurs utilisés au niveau des formations sanitaires d'une manière générale* » (entretien# 2, délégué MS, préfecture).

Contrairement aux sages-femmes qui ont identifié la pauvreté des infrastructures, des équipements et du matériel comme obstacle majeur à faire les gestes qui peuvent renseigner sur l'usage des indicateurs de qualité, les managers n'ont pas souligné ce facteur. Pour le matériel, c'est souvent le tensiomètre, le téléphone et l'ambulance qui sont souvent cités par les sages-femmes.

« *Regardez là où on travaille, est-ce vraiment une maison d'accouchement, ni ventouse, ni pouponnelle, plein de chats, est-ce une maison d'accouchement avec ces placard comment tu vas faire pour travailler dans ces conditions, pas d'ambulance, pas de téléphone, on appelle le SAMU il ne veut pas il nous dit d'appeler le médecin, on doit sortir vers les urgences pour appeler le médecin, comment on va faire pour travailler dans ces conditions* » (entretien #9, 56 ans, 36 ans d'expérience). « *Le manque de matériel, je ne peux pas par exemple vérifier le saignement parce que je vais le faire juste avec mes mains et mes yeux* (Entretien #7, 38 ans, 17 ans d'expérience.). « *On doit avoir l'appareil de tension, le matériel doit être de bonne qualité, il faut suffisamment de personnel, comme maintenant 3 sages-femmes c'est insuffisant* » (entretien #1, 49 ans, 17 ans d'expérience). « *Tout d'abord vous ne trouvez pas l'appareil de tension c'est ça le plus important le manque de matériel, si ne trouve pas de quoi faire les analyses des urines tu ne les fais pas, et tu es là pour travailler tu lui fais la perfusion tu vas prendre la tension et tout faire mais s'il n'y a pas de matériel tu ne vas rien faire* » (entretien # 8, 57 ans, 36 ans d'expérience).

À cela s'ajoute la pauvreté de la qualité des supervisions et du manque de leadership des responsables de la maternité qui sont déplorées par les sages-femmes et sont identifiées comme obstacle à l'usage des indicateurs de qualité.

« *Il faut un nouveau sang qui travaille cet hôpital avec toute franchise, les responsables ne bougent pas et attendent que l'infirmier fasse tout* » (entretien# 6, SF 50 ans, 11 ans d'expérience). « *Dernièrement la semaine dernière il y a eu une supervision qui ne voyait que les murs, ils ne nous ont même pas adressé la parole ils sont venus pour 5 minutes et sont partis* » (entretien #7, SF 38 ans, 15 ans d'expérience). « *Si au moins ils viennent faire des supervisions chaque jour ils vont voir une mauvaise chose, quand tu leur dis ça va pas il y a pleine de chose à changer ils te répondent, « l'œil observe mais la main est courte »* (entretien # 8, 57 ans 36 ans d'expérience).

## *Stratégie du Ministère de la Santé pour favoriser l'usage des indicateurs de qualité*

Dans son plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, le Ministère avait inclus des outils pour l'amélioration du processus de prise en charge de la mère et du nouveau-né tels que la fiche de suivi standard, audit des maisons d'accouchement, concours qualité, audit clinique autour des cas de décès maternelles et la volante d'extension des audits cliniques au cas de morti-naissance.

Toutefois, les répondants indiquent que la stratégie pour favoriser l'usage des indicateurs est essentiellement centrée sur le monitoring et l'évaluation systématique et périodique des indicateurs de qualité. « *La stratégie est axée sur Le monitoring de la performance de ces indicateurs, Les évaluations périodique et la planification des actions correctives* » (Entretien #1, Médecin, chef SIAAP).

L'un des répondants a indiqué que des formations sont prévues sur l'usage des indicateurs de qualité. À l'inverse, tous les sages-femmes qui travaillent en maison d'accouchement et en milieu hospitalier ont indiqué n'avoir reçu aucune formation sur ces indicateurs. De manière générale, les sages-femmes ont bénéficié de très peu de formation au cours de leurs carrières professionnelles. Elles estiment avoir reçu deux à trois formations en moyenne notamment celle sur la réanimation du nouveau-né et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

## **Analyse des observations**

Les observations se sont déroulées dans certaines structures de santé à la préfecture de Meknès (4MA et une maternité). L'observation a été effectuée pendant les jours des entretiens avec les sages-femmes ont été mené. Nous avons observé les interactions entre les sages-femmes et les parturientes, le délai d'attente des parturientes dans les structures, l'entretien des locaux et de la salle d'accouchement et la charge de travail des sages-femmes.

### **Attitudes des sages-femmes à l'égard des parturientes**

Nous avons noté une différence de traitement des parturientes selon les lieux d'accouchements. Alors que dans certaines structures, le comportement des sages-femmes vis-à-vis des parturientes paraît convenable, dans d'autres cela n'est pas le cas. En revanche la majorité, surtout parmi les anciennes, se comportent d'une manière incongrue avec les

parturientes, à la fois à l'accueil, l'examen et le temps d'attente. En effet, certaines sages-femmes passent directement à un interrogatoire presque 'policier' avec la femme.

Nous avons également observé une sage-femme qui a examiné une jeune femme avec une menace d'accouchement et elle l'a renvoyé pour aller chercher un moyen de transport pour aller à l'hôpital sans même expliquer pourquoi. De plus, trois ambulances étaient stationnées à l'entrée de la maison d'accouchement.

### **Délais d'attente pour l'examen de la femme à l'entrée**

Le temps d'attente à l'entrée est plus long dans la maternité hospitalière comparativement à la maison d'accouchement (entre 30 minutes à une heure parfois). Ceci peut s'expliquer par le flux plus important de femmes.

Toutefois, dans certaines maisons d'accouchements, certaines équipes font parfois attendre les femmes plus et elle l'a renvoyé, donc, il y'a un écart entre la pratique (l'observation) et les entretiens dans lesquels elles mentionnent l'importance de bien accueillir les parturientes.

Le retard dans l'accès aux soins est particulièrement important lorsque l'assistance d'un gynécologue est requise, les fins de semaine et lorsque l'effectif des sages femmes est très limité.

Le retard s'accroît lorsqu'il y a une nécessité d'évacuer les femmes dans un centre hospitalier.

### **Manque de matériel, mauvaise hygiène et effet sur la qualité de la prise en charge**

Plusieurs sages-femmes se plaignent du manque de matériel particulièrement les boîtes d'accouchement, les tensiomètres. Les tensiomètres sont souvent en panne.

La propreté des salles d'accouchement laisse n'est pas appropriée. Seulement trois structures sur les cinq avaient une salle d'accouchement propre.

De manière générale, la mauvaise hygiène était très importante. Lorsque je suis arrivée à 9heure, je suis rentrée librement dans la maternité, une odeur nauséabonde s'est dégagée de l'entrée de la maternité. Les poubelles jetées sont entassées dans un coin, près des toilettes. Les chats se baladaient aussi librement.

J'ai aperçu une stagiaire à qui j'ai demandé où se trouvent les sages-femmes de garde et elle a dit qu'elles sont parties alors qu'elles étaient dans la salle de repos... » (Observation dans une structure de santé).

#### Charge de travail des sages-femmes

Les sages-femmes des deux maternités hospitalières se plaignent de la surcharge du travail à cause du flux des femmes et son impact négatif sur la qualité de soins: « On fait toutes nos efforts et plus mais lorsqu'il y a la pression sur la maternité même si on fait très rapidement on est dépassé et on ne fait pas notre travail comme il faut ». .

### Synthèse des résultats

Usage des indicateurs de qualité sans savoir que ceux sont des indicateurs de qualité en raison du **manque d'information et de formation sur la qualité de la prise en charge. Aucune des participantes n'a reçu une formation spécifique sur la qualité des soins et ses indicateurs.**

L'usage de l'ensemble des indicateurs n'est pas **systematique**. Certains indicateurs sont priorisés tels que la pression artérielle au détriment de la prise de la taille ou du périmètre crânien. L'usage des indicateurs est influencé aussi par **l'état de santé de la femme**. Une femme présentant une pression artérielle élevée sera plus suivie. L'utilisation des indicateurs est également influencée par **le manque de temps, le manque d'information sur l'importance de l'usage de ces indicateurs** et parfois par un **sentiment d'insécurité** comme l'usage du magnésium. Enfin, **le manque d'équipement** (pour la réanimation du nouveau-né) **et de matériel** (ventouse, sérum) entrave également l'usage des indicateurs.

Les SF rapportent la notification des actes posés sur la mère et le nouveau-né mais non de manière systématique et exhaustive. Par contre, certains actes sont oubliés ou ne sont pas rapportés par manque de temps (plusieurs accouchements en même temps, peu de ressources humaines), par simple oubli. Enfin, la rupture fréquente des fiches de surveillance entrave également la notification des actes.

Thèmes	Perceptions des Sages-femmes	Perceptions des Managers
<b>Perception de la qualité</b>	- Importance des qualités humaines, relationnelles	- Importance du respect des normes et procédures (qualité technique)
<b>Connaissance des indicateurs</b>	- Méconnaissance des indicateurs de qualité en tant que tel mais effectue les gestes lorsque le matériel est disponible (tensiomètre, thermomètre)	- Connaissance des indicateurs de qualité mais les jugent trop nombreux
<b>Existences de guides, protocoles</b>	- Non existence des guides - Non disponible dans les maternités	- Existence de guides, protocoles
<b>Facteurs contextuels influençant les indicateurs de qualité</b>	- Pauvreté des équipements, matériels et infrastructures - Manque de formation, supervisions	- Lourdeur (multiplicité des indicateurs) et centralisation du système d'évaluation des indicateurs (niveau central) - Manque de compétences, formations des professionnels de la santé sur les indicateurs de qualité

## Discussion

Nous avons mené 46 entretiens auprès de sages-femmes et de gestionnaires au niveau local et central, et nous avons consulté 436 dossiers obstétricaux. Pour l'analyse préliminaire des dossiers obstétricaux, nous avons constaté que les sages-femmes rapportent la notification des actes faits aux mères et aux nouveau-nés. À l'admission, la prise des BCF et le motif d'admission sont notés chez plus des 75% des femmes avec 75.7% et 79.1% respectivement, aussi l'état de la présentation dans 70% des cas. Par contre, cette notification n'est pas systématique et exhaustive. En effet, certaines oublient de noter des indicateurs tels que la tension artérielle à l'admission chez 54.4% des femmes, et chez plus de 75% concernant le pouls ou la température, cette sous-notification est plus remarquée dans les hôpitaux. Pendant l'accouchement, le partogramme n'est pas rempli chez 22% des parturientes, et la durée de la phase active n'est pas mentionnée chez 53.6% des parturientes. En post-partum immédiat, nous avons constaté que le pouls de la mère est pris au moins une fois pendant les 6 heures qui suivent l'accouchement que chez 56.6 % des femmes, la tension artérielle que chez 59%, et la vérification du saignement chez 77.5% des parturientes, alors que la température n'est prise que chez 5% des parturientes. Concernant le devenir du nouveau-né, la mesure du score Apgar n'était pas notifiée chez 15% des nouveaux nés. L'état général du nouveau-né à la

naissance (couleur du bébé, respiration du bébé) n'était pas notifié chez 18% des cas, presque les deux tiers des bébés ne se sont pas mis au sein après l'accouchement, et aucun bébé n'a eu une prise de température. En effet, cette sous-notification s'explique en partie par manque de temps et de moyens pour faire ces actes comme nous l'avons exploré à travers les entretiens avec les SF, ou également ces dernières ne notent pas l'ensemble des actes faits. Toutefois, les SF semblent accorder une importance à la notification de leurs actes pour la mère et moins pour le nouveau-né. Pour certaines d'entre elles, c'est par mesure de sécurité, dans un cadre de prévention pour les problèmes juridiques en cas des décès maternels ou néonataux. De manière similaire, les sages-femmes exerçant dans les hôpitaux rapportent qu'elles n'ont pas le temps de tout noter mais reconnaissent l'importance de la traçabilité.

Quant au volet qualitatif, nous avons concentré notre intérêt pour explorer les connaissances des sages-femmes et des gestionnaires concernant la qualité de soins et ses indicateurs au moment de l'accouchement et en post-partum immédiat, et identifier les facteurs contextuels et ceux liés au système pour afin d'améliorer l'utilisation et pas seulement la notification de ces indicateurs par les sages-femmes.

Les messages clés de ces entretiens concernant la qualité des soins et les facteurs et les barrières à l'utilisation des indicateurs de qualité pendant l'accouchement et en post-partum immédiat sont liés en grande partie au système de santé.

Les sages-femmes n'ont pas une idée claire et précise de ce qu'est la qualité des soins. La définition qu'ils suggèrent est assez hétérogène, variable d'une sage-femme à l'autre et englobe plusieurs dimensions de la qualité, dont les dimensions techniques (compétences dans la prise en charge, respect des normes, adéquation des normes, notion de surveillance) mais également des dimensions sociales et humaines (satisfaction de la femme enceinte, accueil, communication, écoute); « *Pour moi la qualité c'est que l'accouchement se passe dans de bonnes conditions, la sage-femme doit faire tout ce qu'elle peut pour que l'accouchement se passe bien la femme et le nouveau doivent sortir sains et saufs, la sage-femme doit tout faire pour que tout se passe bien* » (sage-femme, 42 ans, 15 ans d'expérience). Contrairement aux sages-femmes, les managers ont une perception de la qualité axée sur le respect des normes et des procédures, « *.....pour nous qualité c'est d'abord les normes et les standards ; normaliser et standardiser les protocoles de prise en charge auprès des professionnels de santé.....* » (Gestionnaire au niveau central, 50 ans, 20 ans d'expérience).

Toutes les sages-femmes rapportent utiliser les indicateurs de qualité mais n'ont pas consciences qu'il s'agit d'indicateurs de qualité. Elles sont plus familières avec les termes de « gestes », de « fonctions ». Toutefois, si certaines d'entre elles ont une connaissance vague

des indicateurs de processus, très peu d'entre elles ont une connaissance des indicateurs de résultats (comme le nombre d'accouchements, le nombre de références). Durant leur formation, ce concept de qualité et d'indicateurs de processus et de résultats n'a pas été formellement explicité et décrit comme tel. De ce fait, cette méconnaissance de ces termes a entraîné quelques difficultés à identifier clairement les facteurs facilitants et les obstacles à leurs usages.

Les gestes concernant les indicateurs de qualité sont prodigués à un certain degré comme nous l'avons montré dans le volet d'analyse des dossiers obstétricaux, mais sans savoir qu'ils sont des indicateurs de qualité en raison du manque d'information et de la formation sur la qualité de la prise en charge de la mère et du nouveau-né. Aucune des participantes n'a reçu une formation spécifique sur la qualité des soins et ses indicateurs, l'usage de l'ensemble des indicateurs n'est pas systématique.

De plus, certains indicateurs sont priorisés tels que la vérification du saignement, la pression artérielle chez au moins la moitié des parturientes au détriment de la prise de la température ou du pouls, encore moins chez le nouveau-né.

En outre, l'usage des indicateurs est influencé aussi par l'état de santé de la femme. Une femme présentant une pression artérielle élevée sera plus suivie et par un sentiment d'insécurité comme l'usage du magnésium.

Enfin, le manque d'équipement (pour la réanimation du nouveau-né) et de matériel (ventouse, sérum, fiches de surveillance) entrave également l'usage de ces indicateurs.

À cela s'ajoute la pauvreté de la qualité des supervisions et du manque de leadership des responsables de la maternité qui est déplorée par les sages-femmes et est identifiée comme obstacle à l'usage des indicateurs de qualité.

« Si au moins ils viennent faire des supervisions chaque jour ils vont voir une mauvaise chose, quand tu leur dis ça va pas il y a pleine de chose à changer ils te répondent. Concernant l'analyse des indicateurs dans les maisons d'accouchements et les maternités hospitalières concernées par l'étude, très peu de SF analysent l'ensemble des dossiers des mères et nouveau-nés. Parfois, certains cas de femmes sont discutés en équipe. Toutefois de manière générale, il n'y a pas d'analyse des données ou des indicateurs de qualités qui se fait pour l'ensemble des accouchements qui sont faits dans les maisons d'accouchement.

Le Ministère avait inclus des outils pour l'amélioration du processus de prise en charge de la mère et du nouveau-né tels que la fiche de suivi standard, audit des maisons d'accouchement, concours qualité, audit clinique autour des cas de décès maternels et la volante d'extension des audits cliniques au cas de morti-naissance. Toutefois, les répondants indiquent que la

stratégie pour favoriser l'usage des indicateurs est essentiellement centrée sur le monitoring et l'évaluation systématique et périodique des indicateurs de qualité.

En conclusion, plusieurs facteurs influenceraient l'usage des indicateurs de qualité. Nous les avons regroupés en deux catégories: les facteurs relatifs au système de santé (ressources humaines (manque de formation sur la qualité) et matérielles, équipements, infrastructures) et ceux relatifs au fonctionnement et à l'organisation actuelle de ces indicateurs (multiplicité) au niveau opérationnel.

## **Recommandation et conclusion**

Les recommandations tirées des entretiens avec les prestataires et les gestionnaires à différents niveaux nous ont permis d'identifier tous les indicateurs de qualité éparpillés dans les différents supports et de proposer une liste d'indicateurs de qualité de processus de l'accouchement et de post partum immédiat pour une utilisation élargie. Cette liste va d'établir: des scores d'oubli pour la notification des indicateurs de qualité au moment de l'accouchement par voie basse et ceux de prise en charge du nouveau-né. Nous avons aussi identifié les barrières de l'utilisation de ces indicateurs, soit celles liées au système de santé ou celles en rapport avec le niveau opérationnel. En effet pour surmonter ces barrières nous proposons ces recommandations :

### **Pour l'organisation des services:**

#### **Au niveau du Ministère et de la délégation**

Les principales recommandations sont de :

- Former les SF à la qualité de la prise en charge de la mère et du nouveau,
- Faire des formations continues afin d'actualiser les bonnes pratiques dans la prise en charge de la mère et du nouveau-né
- Rendre plus équitable l'accès aux formations
- Faire des supervisions dans les maisons d'accouchement. Les supervisions devraient être locales et non pas seulement venir du Ministère.
- Disséminer les informations sur les pratiques et améliorer la coordination dans le passage d'information surtout entre la délégation et les maisons d'accouchement
- Rendre disponible le matériel (ventouse, sérum, magnésium), l'équipement (ambulance), les médicaments (les antibiotiques)
- Rendre disponible et accessible les fiches de surveillance



- Informatiser les fiches de surveillance

### **À l'égard des professionnels de la santé**

- Responsabiliser les sages-femmes, les impliquer dans la traçabilité des indicateurs
- Travailler en équipe
- Résoudre les problèmes en équipe

### **Pour l'utilisation des indicateurs de la qualité**

Au niveau du système et du fonctionnement des indicateurs de qualité :

- Réduire le nombre des indicateurs (sélections des plus pertinents et adaptés au contexte et au niveau d'analyse)
- Avoir une grille pour pouvoir cocher des cases (nécessite d'avoir une grille du suivi de l'accouchement et du suivi de post partum immédiat pour maman et nouveau-né)
- Proposer un tableau avec des indicateurs de qualité avec des écritures mentionnées en rouge pour les urgences

### **Au niveau du système de santé et de l'organisation des services de santé**

- Former et renforcer les compétences des professionnels de la santé et des responsables des maternités,
- Les impliquer activement dans tout le processus (usage des indicateurs, traçabilité, évaluation et monitoring)
- Standardiser et réviser le curriculum des professionnels impliqués dans la santé de la mère et du nouveau-né par formation (maisons d'accouchement, maternité) avec descriptif de poste et engager une réflexion nationale sur l'élaboration d'un référentiel des compétences
- Mettre à la disposition des professionnels de la santé des guides de bonnes pratiques standardisés et formalisés sur les indicateurs de qualité
- Augmenter les supervisions et améliorer leurs qualités
- Augmenter les ressources humaines (surtout les médecins dans les maisons d'accouchement)
- Approvisionner en matériels, équipements, infrastructures (tensiomètre, thermomètres, moyen de communication, ambulance)

Au niveau de l'évaluation des indicateurs et de leurs monitorages

- Instaurer un système d'évaluation basé sur la performance pour motiver les professionnels de la santé
- Instaurer un système d'évaluation systématique et périodique du processus de PEC des mères et de nouveau-né.
- Renforcer l'analyse des indicateurs d'impact pour évaluer la portée et l'objectif final des indicateurs de processus.
- Décentraliser l'analyse des indicateurs au niveau des maisons d'accouchement et dans les hôpitaux afin de mettre en place des interventions pour favoriser l'usage des indicateurs de qualité à leur niveau.

En conclusion, notre recherche a exploré la situation et a relevé deux principales causes au dysfonctionnement du système d'information au cours et en postpartum immédiat

1. la première est relative à la conception même du système d'information : Il est complexe et fragmenté
2. la 2<sup>ème</sup> cause est liée à la non adoption de ce système par les sages-femmes et le manque de sensibilisation à l'importance de l'utilisation des informations collectées pendant et après l'accouchement pour prise de décision.

Pour renforcer et rendre optimal le système de suivi au cours de l'accouchement et en postpartum immédiat, nous proposons donc une fiche (en annexe ci-dessous) simple contenant l'information essentielle à collecter et nous proposons de former les sages-femmes pour son utilisation en vue de prise de décision rapide et à temps au niveau local.

Cette fiche sera intégrée dans le dossier obstétrical de la femme et ne nécessitera pas de ressources additionnelles aussi bien humaines que financière. Elle capitalisera les ressources existantes et permettra une amélioration évidente de la qualité de prise en charge de la mère et du nouveau-né.

**Table 1 Fiche de collecte des indicateurs processus de qualité à l'accouchement et en post partum immédiat :**

Phases	Indicateurs de processus
Admission	Motif d'admission
	Tension artérielle
	Bruit du cœur fœtal
	Température
Accouchement <b>Accouchement par voie basse et instrumental</b>	Bruit du cœur du fœtus mesuré au moins 1 fois pendant la phase active du travail
	Utilisation du partogramme
	Durée de la phase active
	Position de l'occiput a été déterminée
	Prise en la TA
	Prise du pouls
	Prise de la température
<b>Césarienne</b>	NFS faite avant la chirurgie
	Administration de l'antibiotique systématique avant pendant et après chirurgie,
	Administration d'ocytociques pendant chirurgie
	Réadmission pour complication liée à la césarienne
Post partum immédiat	
Pour la femme	Dans les 6h suivant l'accouchement, les signes suivants ont-ils été mesurés au moins une fois?
	Pouls
	Pression artérielle
	Saignements utérins
Pour le bébé	Température
	Dans les 6h suivant la naissance, les signes suivants ont-ils été mesurés au moins une fois?
	Couleur
	Respiration
	Fréquence cardiaque
	Apgar à 5min
	Recherche des malformations
Mise au sein	
Etat du nouveau-né	Température
	Type de présentation
	Sexe
	Poids (g)
	Complications néonatales
	Etat du nouveau-né à la sortie

## Stratégie de l'implantation du changement

La grille des indicateurs sur la qualité des soins en accouchement et en post partum immédiat à mettre en œuvre a été élaborée suite aux recommandations des prestataires. Actuellement le ministère de la santé est en train de préparer le plan stratégique de la santé maternelle et

néonatale 2017 à 2021 dont les principaux objectifs sont de cibler des services de qualité, assurer et un continuum des soins (prénatals aux soins post-partum),

Pour pouvoir implanter cette grille, nous allons répondre à deux importantes questions :

1. Quelles sont les besoins en ressources (humains, technologiques, financières) nécessaires pour mettre en œuvre le changement?

Concernant ces préoccupations nous pouvons être rassurés par notre implication à former l'équipe locale pour mettre en œuvre le changement (comprendre la qualité des soins, les indicateurs de qualité des soins, la façon de les recueillir). Nous allons de ce fait élaborer des lignes directrices pour expliquer l'utilité des indicateurs de qualité, nous allons contribuer à l'informatisation de la grille pour faciliter l'analyse en collaboration avec le service des statistiques à la DPRF et le service de la protection de la santé de la mère et du nouveau-né, Ceci ne pourra cependant être possible sans un budget réservé pour la formation du personnel et la production des pour la mise en œuvre du changement

2. Est-ce que le soutien politique et l'approbation est nécessaire pour mettre en œuvre le changement que nous proposons?

Le soutien des responsables de différents services et niveau d'intervention, l'engagement et le leadership au niveau central pour fournir la logistique (tensiomètre, etc.), soutenir l'implantation de la grille (production des guides et des feuilles, les fournisseurs de formation) et assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la grille par le niveau opérationnel est essentiel. Des actions seront menées auprès des différents responsables pour les sensibiliser à l'importance des indicateurs de qualité.

Nous estimons mettre en œuvre et implanter la grille des indicateurs selon le plan suivant :

**Table 2 Echéancier d'implémentation de la nouvelle grille de collecte des indicateurs de qualité de processus de la prise en charge de la mère et du nouveau-né**

Actions	objectifs	Echéancier	Responsable
Atelier national	Partager les résultats de la recherche et ses recommandations Présenter le processus de la mise en œuvre de l'implantation de la grille des indicateurs Élaborer le rapport finale de la recherche	Septembre	ENSP
Atelier local avec les prestataires et les gestionnaires		Octobre	ENSP
2 réunions de consensus avec les responsables nationaux et locaux	Validation de la grille avec les prestataires et les gestionnaires	Novembre	ENSP/DP
Formation des prestataires et les gestionnaires au niveau local concernant la qualité des soins obstétricaux et les indicateurs de suivi	Sensibiliser les prestataires et les gestionnaires locaux sur l'intérêt et l'importance des soins de qualité et les indicateurs de processus e la qualité	Decembre-janvier 2017	ENSP/DP/DPRF
Atelier de validation pour l'utilisation de la grille	Définir le processus de la mise en œuvre de la grille avec les différents acteurs impliqués	Fevrier	ENSP/DP/ISPITS/delegation de Meknès
Formation des prestataires sur l'utilisation de la grille	Sensibiliser les prestataires sur l'importance de l'utilisation de la grille	mars	ENSP/DP/niveau local
Test de la grille	Tester la grille pendant 15 jours dans les maisons de l'accouchement et la validation de son utilisation sur le terrain	mars	ENSP/DP/niveau local
Préparation de la logistique (duplication de la grille /même nombre des dossiers obstétricaux)	Mise en œuvre de la grille au niveau local	Avril jusqu'à septembre	ENSP/DP/niveau local
Supervision et suivi de la mise en œuvre de l grille	Identifier les obstacles et les solutions pour la mise en œuvre de la grille	Juin - Decembre	ENSP/DP
Evaluation rapide de la mise en œuvre de grille	Définir le protocole de l'évaluation de la mise en œuvre de la grille (quantitative et qualitative)	Janvier-Fevrier	ENSP
Dissémination des résultats et la généralisation de l'utilisation de la grille des indicateurs	Institutionnaliser l'utilisation de la grille	mars	DP/ENSP

Pour toutes ces activités, un budget est nécessaire pour mettre en œuvre cette stratégie.

Le plaidoyer pour le budget avec EMRO, Ministère de la santé et des organismes des Nations Unies nous semble primordiale.

## **Processus de l'iPIER**

### **Section 1. Contribution des résultats de l'étude pour éclairer les changements dans les politiques et programmes de santé**

Les résultats de cette étude sont importants car ils ont contribué à apporter des changements aux différents niveaux du système de santé.

Au niveau local, au niveau du site d'étude, les prestataires de services ont été sensibilisés à l'importance des indicateurs de processus de qualité de prise en charge de la mère et du nouveau-né au moment de l'accouchement et en post-partum immédiat et à leur utilisation effective pour améliorer cette prise en charge. .

Les prestataires ont été ainsi confrontés au fait qu'ils/elles sous notifient ces indicateurs (résultats quantitatifs). Elles ont également questionné leur connaissances et comportement par rapport à l'utilisation de ces indicateurs et ont fait ressortir les facteurs responsables de cette sous-utilisation lesquels sont la méconnaissance de l'importance de ces indicateurs pour une prise en charge et un suivi de qualité (résultat qualitatif). Ils/elles ont proposés des recommandations pratiques et faciles à implanter susceptibles d'améliorer la situation.

Les gestionnaires de programmes au niveau local, intermédiaire et central, ont également perçu de manière effective l'existence du problème de mise en œuvre des indicateurs de qualité dans le cadre du processus de prise en charge de la mère et du nouveau-né au moment de l'accouchement et du post-partum immédiat. Ils /Elles ont mis en exergue les facteurs responsables de cette situation et ont émis à leur tour des recommandations (élaboration de la grille simple à remplir et à analyser, formation, sensibilisation des prestataires et managers)

### **Section 2: Collaboration entre celui /celle responsable de l'implémentation (investigateur principal) et les chercheurs (s)**

Tout au long du processus une collaboration étroite a été établie entre chercheurs et personnes responsables de l'implémentation aussi bien de la recherche que de ces recommandations.

Le questionnement sur la problématique de la mise en œuvre des indicateurs de processus de qualité de la prise en charge a été initié à travers une réflexion commune entre gestionnaires

de programmes de SMI et des prestataires locaux et chercheurs académiques. La définition de la problématique a été ardue car il a été difficile au départ de reconnaître qu'en fait les barrières se situaient au niveau de la mise en œuvre d'un processus de notification et d'utilisation des indicateurs. Afin de mieux cerner la problématique cette dernière a été étayée par une revue de littérature exhaustive faite par les chercheurs de l'ENSP pour éclairer sur les indicateurs de qualité et l'importance de leur utilisation.

La principale force de cette démarche est que l'équipe de chercheurs est composée de responsable-manager du programme de SMI et de chercheuses elles-mêmes particulièrement impliquées dans la réflexion et prise de décision vis-à-vis du programme SMI et responsables directes avec les managers et prestataires locaux de la mise en œuvre des recommandations de l'étude sur le terrain.

### **Section 3: Collaboration/support offert par Birzeit ICPH and EMRO?**

Tout au long du processus, un appui effectif a été offert à travers Birzeit ICPH et EMRO.

La réflexion sur la problématique véritable a été approfondie et établie avec nos partenaires qui nous ont aidé à mieux cerner l'importance et les types de défis de mise en œuvre d'un programme/projet. Cette réflexion nous a permis de mieux entrevoir ce qui est entrepris au niveau du terrain par rapport à la mise en œuvre des indicateurs de qualité. Nos nous ont ainsi permis de clarifier notre questionnement quant aux barrières de mise en œuvre des indicateurs de qualité, de ressortir nos hypothèses de départ par rapport aux facteurs contextuels en rapport avec ces barrières à la mise en œuvre et enfin ils nous ont appuyés pour mieux définir nos objectifs pour l'étude.

Tout au long du processus, un échange et un appui permanents étaient établis avec nos partenaires, des renforcements en méthodologie de recherche sur la mise en œuvre et sur les méthodes d'analyse qualitative et quantitative nous ont permis d'aborder l'étude avec aisance. A travers la conceptualisation du protocole qu'au moment de mise en œuvre de l'étude (une première rencontre au Caire à EMRO pour identifier les questions et les hypothèse ainsi q de notre recherche ainsi qu'un premier draft du protocole, suivi une fois retourné aux pays de Trois webinars focalisés sur la méthode et les outils de collecte des données ( qualitative) , et dernièrement en mai une rencontre pour présenter les résultats préliminaires de la recherche. A noter que durant la période des séances via skype avec les chercheurs de Beirzeit n'ont pas manqué pour nous orienter si besoin.

## Section 4: Défis

Les principaux défis étaient d'ordre administratifs (retard d'établissement du contrat pour le projet, retard d'acquisition du budget) ; cependant

**Le principal défi restant est la mise en application effective des recommandations de l'étude laquelle étape nécessite un appui de la part d'EMRO et Birzeit et de ce fait une continuité de la collaboration avec nos partenaires.**

## REFERENCES

FEMHealth project (2014): see [www.abdn.ac.uk/femhealth](http://www.abdn.ac.uk/femhealth). FEMHealth was funded by the European Union.

Hogan, M.C. et al .2010. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5, *Lancet*, 375, 1609- 1623

Ministère de la Santé du Royaume du Maroc.: Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale [EPSF 2011] Rabat, Direction de la Planification et des Ressources Humaines, Ministère de la Santé du Maroc; 2012.

Pittrof R, Campbell O, Filippi V (2002). What is quality in maternity care? An international perspective. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 81(4):277-83

Souza JP, Gulmezoglu AM, Vogel J et al. Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study. *Lancet* 2013, 381:1747-55

WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank.: Trends in maternal mortality 1990 to 2010. Geneva: World Health Organization, 2012.



## **ANNEXE :**

### **Outils de collecte des données et le consentement éclairé**

#### **Annexe 1 :**

**Grille d'extraction des critères d'indicateurs de qualité de processus durant la prise en charge de la mère et du nouveau-né  
Pendant l'accouchement et en postpartum immédiat :**

#### **Caractéristiques socio démographiques de la femme :**

Nom de l'établissement :

Numéro d'identification de la femme :

Date de remplissage de la fiche :

Nom de la femme :

Village/quartier :

Préfecture :

Milieu                    U                    R

Numéro du dossier obstétrical :

Date d'admission :

Heure d'admission :

Heure prise en charge :

Mode d'admission

Venue d'elle-même            Référée/évacuée d'une autre structure

Age (années)

Etat civil

Mariée            Célibataire            Veuve            Autre

La femme a-t-elle un antécédent de césarienne ou de cicatrice abdominale?

Oui    Non    NSP

Motif d'admission

Accouchement normal            GEU            Complication durant la grossesse

Complication postpartum            Complication post-abortum

Avortement, fausse couche,

Est ce que la femme a eu une complication durant l'hospitalisation ?

Oui    Non    NSP

Etat et Diagnostic de la femme à la sortie :

### **Admission**

La pression artérielle a-t-elle été mesurée à l'admission?

Oui Non NSP

Le bruit du coeur foetal a-t-il été enregistré à l'admission?

Oui Non NSP

Si oui est ce qu'il est positif :

Toutes les femmes avec jumeaux:

Quand le diagnostic a-t-il été fait?

Avant l'admission

A l'admission

Toutes les femmes avec présentation du siège:

Quand le diagnostic a-t-il été fait?

Avant l'admission

A l'admission

Pendant l'accouchement

### **Traitement et suivi de la parturiente**

Toutes les femmes:

Le bruit du coeur foetal a-t-il été mesuré au moins 1 fois pendant la phase active du travail?

Oui Non NSP

Toutes femmes admises durant la phase latente ou active:

Le partogramme a-t-il été utilisé?

Oui Non NSP

Toutes les femmes avec manoeuvre (ventouse ou forceps)

Est-ce que la position de l'occiput a été déterminée?

Oui Non NSP

Est-ce que la présentation était engagée?

Plancher pelvien/détroit inférieur

A mi-cavité/détroit moyen

Plus haut/détroit supérieur

Non

Quelle a été la durée de la phase active du travail? (min)

### **Après l'accouchement et avant la sortie**

Pour la femme:

dans les 6h suivant l'accouchement, les signes suivants ont-ils été mesurés au moins une fois?

	Pouls	Oui	Non	NSP
Pression artérielle		Oui	Non	NSP
Saignements utérins		Oui	Non	NSP
Température		Oui	Non	NSP

Pour le bébé:

Dans les 6h suivant la naissance, les signes suivants ont-ils été mesurés au moins une fois?

Couleur	Oui	Non	NSP
Respiration	Oui	Non	NSP
Mise au sein	Oui	Non	NSP
Température	Oui	Non	NSP

La femme a-t-elle reçu des conseils sur le planning familial et l'espacement des naissances avant la sortie ?

Oui Non NSP

La femme a-t-elle reçu des informations sur la consultation du post partum

Oui Non NSP

**Indicateurs de la qualité pour les césariennes**

**Avant la chirurgie :**

Le taux d'hémoglobine a-t-il été vérifié?

Oui Non NSP

Les bruits du coeur foetal ont-ils été contrôlés juste avant l'anesthésie?

Oui Non NSP

Des antibiotiques prophylactiques ont-ils été prescrits?

Oui Non NSP

Si oui ; Quand ont-ils été administrés?

Avant l'intervention au cours de l'intervention Après l'intervention

**Durant la procédure chirurgicale**

Des ocytociques prophylactiques ont-ils été administrés?

Oui Non NSP

**Durant le suivi post-chirurgical**

A-t-on mesuré toutes les 30min durant les deux premières heures:

La pression artérielle	Oui	Fait à un rythme inférieur	Non	NSP
La fréquence respiratoire	Oui	Fait à un rythme inférieur	Non	NSP
Le pouls	Oui	Fait à un rythme inférieur	Non	NSP

**Morbidité durant ou après césarienne**

Transfusion sanguine	Oui	Non	NSP
Suppuration de la cicatrice	Oui	Non	NSP
Fièvre puerpérale	Oui	Non	NSP
Evacuation d'un hématome	Oui	Non	NSP
Hémorragie secondaire postpartum	Oui	Non	NSP
Anémie du postpartum grave	Oui	Non	NSP
Septicémie	Oui	Non	NSP
Hystérectomie	Oui	Non	NSP

### Incidents graves liés aux césariennes

Admission >1 semaine à cause d'une infection post-chirurgicale	Oui	Non	NSP
Accident anesthésique	Oui	Non	NSP
Accident de transfusion	Oui	Non	NSP
Percement de l'artère utérine	Oui	Non	NSP
Accident d'autres viscères/organes	Oui	Non	NSP
Autres, spécifiez !			

### Etat du nouveau-né

Type de présentation :

Céphalique Siège Transverse/front/face Autre (préciser: \_\_\_\_\_)

Sexe

Fille Garçon

Poids (g)

Etat à la naissance

Vivant Mort-né frais Mort-né macéré Mort-né non-spécifié

Apgar à 5min

Complications néonatales?

Oui Non

Si oui, laquelle ?

Etat du nouveau-né à la sortie :

Vivant Décédé

### Est-ce que la structure assure :

Administration d'antibiotiques par voie parentérale	Oui	Non	NSP
Administration d'ocytociques par voie parentérale	Oui	Non	NSP
Administration d'anticonvulsivants par voie parentérale	Oui	Non	NSP
Délivrance artificielle	Oui	Non	NSP
Révision utérine	Oui	Non	NSP
Utilisation de la ventouse	Oui	Non	NSP

### Pour maternité hospitalière en plus des critères dessus,

Transfusion sanguine	Oui	Non	NSP
Césarienne	Oui	Non	NSP

### Annexe 2 : Guide d'entretien pour les professionnels de la santé

## **Données sociodémographiques**

Genre :

Age

Niveau d'étude

Formation (type, lieu, année)

Trajectoire professionnelle :

Nombre d'années dans la profession,

Nombre d'années de services dans la formation sanitaire à l'étude,

Nombre d'affectation :

Responsabilités (tâches dans la formation sanitaire) :

### **Formation**

Avez-vous eu une formation sur la qualité des soins pour la prise en charge de la mère et du nouveau né ?

Si oui, combien de formation avez vous eu ?

Si oui, comment avez vous perçu la formation ?

Dans quel cadre avez vous eu la formation (organisation internationale : UNFPA, local, Ministère de la Santé)

Qu'avez vous appris de cette formation ?

Comment définissez-vous la qualité des soins dans la prise en charge de la mère et du nouveau né ?

### **Facteurs individuels (professionnel de la santé)**

Dans votre pratique quotidienne : Utilisez-vous de support sur la qualité des soins de la mère et du nouveau né ?

Si Oui comment les utilisez-vous ?

Savez vous qu'il ya des indicateurs de qualité de processus de prise en charge de la mère et du nouveau-né?

Si non, Pourquoi?

Quelle est votre perception de ces supports (protocoles, guidelines, check-list) pour la prise en charge de la mère et du nouveau né ?

### **Facteurs liés au système de santé**

Est ce que vous avez dans votre formation sanitaire des supports sur la qualité des soins pour la prise en charge de la mère et du nouveau né ?

De quel type de supports disposez-vous (protocole, guidelines, check-list) dans votre formation sanitaire ?

Avez-vous un accès facile à ces supports ?

Comment percevez-vous ces supports ? est ce qu'ils contiennent des indicateurs pour informer sur la qualité de prise en charge ?

Si oui, lesquels?

Selon vous, quelles sont les facilitateurs ou les barrières à l'usage de ces supports ?

Est ce que vous notez l'ensemble des actes que vous faites pour la mère et le nouveau-né ? pourquoi ?

Connaissez-vous les indicateurs de qualité de processus pour la prise en charge de la mère et du nouveau-né ?

Si oui lesquels ?

Si non, pourquoi?

### **Recommandations**

Selon vous quelles seraient vos recommandations pour utiliser les indicateurs de qualité dans la prise en charge des mères et des nouveaux nés ?

Comment devriez nous faire le monitoring dans l'usage de ces indicateurs de qualité des soins :

Recommandations pour le Ministère de la Santé ?

Recommandations pour les responsables des maisons d'accouchement, service de maternité ?

Recommandations pour les professionnels de la santé ?

### **Annexe 3 :**

**Grille d'observation des critères d'indicateurs de qualité de processus durant la prise en charge de la mère et du nouveau-né**

## **Pendant l'accouchement et en postpartum immédiat :**

**Attitudes des sages femmes à l'égard des parturientes**

**Délais d'attente pour l'examen de la femme à l'entrée**

**Manque de matériel, mauvaise hygiène et effet sur la qualité de la prise en charge**

**Charge de travail des sages femmes**

## **Formulaire de consentement éclairé pour les personnes interviewées**

L'Ecole Nationale de Santé Publique mène une recherche sur la mise en œuvre des indicateurs de processus de qualité de prise en charge de la mère et du nouveau-né au moment de l'accouchement et en postpartum immédiat dans les structures de soins au Maroc. Cette étude va nous permettre d'identifier les facteurs contextuels qui influent sur cette mise en œuvre et pouvant ainsi expliciter la non utilisation de soins des indicateurs de processus de qualité de prise en charge de la mère et du nouveau-né par les prestataires au moment de l'accouchement et en postpartum dans les structures de soins au Maroc. Nous sommes intéressés également explorer différentes solutions basées sur des bases factuelles pour avoir des indicateurs de processus de qualité acceptables, adéquats et facilement utilisables par les prestataires de soins. Le but de cet entretien est donc de recueillir vos opinions, vos perceptions et vos expériences et recommandations que vous avez à ce sujet. Plus précisément, cette rencontre cherchera à capturer les raisons, les arguments et les explications que vous avez en ce qui concerne la non utilisation ou la non conscience de l'existence de certains indicateurs de qualité, et comment l'analyse de ces indicateurs pourra améliorer la prise en charge de la mère et du nouveau-né, le bien-être et la capacité d'accéder aux services de santé maternels et néonataux de qualité au Maroc.

Vos réponses sincères à nos questions nous aideront à investiguer les facteurs liés à votre pratique et/ou au système de soins concernant la non utilisation des indicateurs de processus de la qualité de prise en charge maternelle et néonatale au moment de l'accouchement et en post partum immédiat au Maroc, et d'explorer les pistes et stratégies pour les mettre en place. Il s'agit d'un entretien qui dure environ entre 40 à 60 mn.

Il est très important de préciser que les opinions et les contributions que vous fournissez seront utiles pour éclairer les décideurs pour améliorer la qualité de prise en charge maternelle et néonatale au moment de l'accouchement et en post partum immédiat au Maroc. En conséquence, nous vous remercions de votre soutien enthousiaste.

Vos réponses resteront confidentielles. Votre nom ne sera pas mentionné et tous les documents seront détruits une fois que les renseignements seront enregistrés dans un ordinateur. Vous pouvez refuser de participer à l'étude et vous ne devez pas répondre aux questions auxquelles vous ne voulez pas répondre; vous pouvez interrompre l'entretien à tout moment.

La protection des données personnelles est légalement établie.

Nous vous remercions beaucoup en acceptant de répondre à cet entretien. Avez-vous des questions? Acceptez-vous d'être interrogée?

J'ai été informé(e) de l'objectif de l'étude intitulée « Promouvoir des soins de qualité pour la prise en charge de la mère et du nouveau-né ». Je comprends les objectifs de l'étude. Je suis conscient(e) que je suis libre d'accepter et que je peux arrêter l'entrevue à tout moment. Je suis d'accord de participer volontairement à l'étude

Nom du/de la participant(e) \_\_\_\_\_

Adresse

Signature (ou empreintes digitales):

Date: \_\_\_\_\_

Les responsables de cette étude peuvent être contactées à tout moment au numéro de téléphone suivant:

**Dr Bouchra ASSARAG : 0664077802**

**Dr Amina Essolbi : 0661 351 377**

Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP)

Ministère de la Santé

Rude Lameddal Cherkaoui

Madinat al Irfane

Rabat



## **Instructions pour l'enquêteur**

Informez le répondant de l'objet général de l'étude (points sous « Formulaire de consentement »)

Informez le répondant que l'entretien est volontaire et qu'il n'y aura pas de rémunération pour la participation à l'entretien

Informez le répondant que l'information qu'il fournira sera gardée confidentielle et rendue anonyme

Assurez le répondant que les noms ou toute autre information qui permettraient l'identification ne seront pas enregistrés

Informez le répondant de son droit de s'abstenir de répondre et de participer à l'entretien s'il/elle le souhaite

Conservez les données dans un endroit sécurisé et de manière appropriée

Le répondant signe le formulaire de consentement ou donne son consentement oral (enregistré) d'être enregistré

J'ai expliqué à la personne interviewée les objectifs de l'étude. Je suis prêt à répondre à toute autre question concernant les droits de la personne interviewée, maintenant ou plus tard.

Nom de l'enquêteur :

Signature de l'enquêteur :

Date :

Les responsables de cette étude peuvent être contactés à tout moment au numéros de téléphones suivants:

Dr Bouchra ASSARAG : 0664077802

Dr Amina Essolbi : 0661 351 377

## Formulaire de consentement éclairé pour les personnes interviewées en Arabe

### نموذج الموافقة للمستجوب على المقابلة

المدرسة الوطنية للصحة العمومية التابعة لوزارة الصحة كتدبير واحد الدراسة لتعزيز جودة الرعاية الأم والمولود في المغرب. بهاد الدراسة بغينا نعرفو استخدام مؤشرات عمليات نوعية الرعاية للأم والمولود عند الولادة، والرعاية الولادة في

بعد المغرب.

سوف تسمح لنا هذه الدراسة إلى التعرف على العوامل السياقية التي تؤثر على استخدام مؤشرات عمليات نوعية رعاية الام والمولود وبالتالي يمكن أن تفسر اكتمال مؤشرات عمليات نوعية الدعم الأم والوليد من قبل مقدمي في وقت التسليم والرعاية بعد الولادة مباشرة في المراكز الصحية في المغرب.

وهذه الدراسة أيضا سوف تساعدنا على استكشاف الحلول التي تمكن استخدام مؤشرات عملية نوعية مقبولة وكافية بسهولة من قبل القابلات و الاطر الصحية. و هنا بغيت نأكد ليك بلي الأراء و المعلومات مهمة بزاف و كنشكركم على الدعم ديالكم.

إجاباتكم سوف تظل سرية. و اسمائكم لن تذكر في هذه الاستمارة وسيتم تدمير الاستبيان وجميع الوثائق بمجرد تخزين المعلومات في جهاز الكمبيوتر. كما يمكنكم رفض المشاركة في الدراسة وعدم الاجابة على الاسئلة التي لا ترغبون في الاجابة عنها، و يمكنكم التوقف عن المقابلة في أي وقت.

رفض المشاركة في هذه الدراسة او الاجابة على الاسئلة لن تمسكم. و تجدر الاشارة ان حماية البيانات الشخصية مبيبة في قانون لحماية الخصوصية.

شكرا جزيلاً لكم من خلال الموافقة على استكمال هذه الدراسة.

المقابلة ستستمر 40-60 د

هل لديكم أسئلة؟ هل أنتم على استعداد لإجراء المقابلة؟

بلغ الى علمي الهدف من هذه الدراسة

إنني أدرك انني حر في القبول ويمكنني ايقاف هذه المقابلة في أي وقت.. أوافق على المشاركة طوعا في الدراسة

اسم المشارك (ق)

عنوان

توقيع (أو البصمة) :

التاريخ :

و يمكن الاتصال بالمسئولين عن هذه الدراسة في أي وقت:

الدكتورة بشرة اسرك -0664077802

الدكتورة أمينة الصولبي-0661351377

المدرسة الوطنية للصحة العمومية :

وزارة الصحة

مدينة العرفان شارع لمفضل الشراوي

الرباط

## تعليمات للمحقق

اخبار المستجوب عن هدف الدراسة (النقط مبينة في ورقة المعلومات )  
اخبار المستجوب ان المقابلة طوعية وليست هناك تعويضات مادية  
اخبار المستجوب ان المعلومات التي سيقدمها ستبقى سرية  
اطمئنان المستجوب ان الاسماء او المعلومات التي تمكن اتعريفه سوف لن يتم تسجيلها  
اخبار المستجوب بحقه في عدم الاجابة او المشاركة في المقابلة  
تخزين المعطيات في مكان امن و بطريقة ملائمة  
المستجوب يوقع على مطبوع القبول في المشاركة او بصمه  
انني ابلغت المشارك باهداف الدراسة كما انني مستعد للاجابة عاجلا او اجلا على أي سؤال يتعلق بحقوق الشخص  
المستجوب

اسم المحقق

توقيع المحقق