



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

ANNEE 2007

THESE N° 55

**EVALUATION DU SOUTIEN CLINIQUE UNIVERSITAIRE
DANS LES MATERNITES PROVINCIALES
"EXPERIENCE DU CHU MOHAMMED VI"**

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29/06/2007
PAR

Mme. Mouna NASSAF

Née le 21/03/1981 à Béni-Mellal

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS CLES

MATERNITES PROVINCIALES – MORTALITE MATERNELLE
QUALITE – SOUTIEN CLINIQUE

JURY

Mr. H. ABBASSI

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

PRESIDENT

Mr. A. SOUMMANI

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

RAPPORTEUR

Mr. M. SBIHI

Professeur de Pédiatrie

Mr. A. ABOUSSAD

Professeur de Pédiatrie

Mme. L. ESSAADOUNI

Maître de conférence agrégée de Médecine Interne

} **JUGES**



”

”
•



ABREVIATIONS

AMDD	: Averting Maternal Death and Disability
CIPD	: Conférence Internationale pour la Population et le Développement
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CPN	: Consultation Pré Natale
FARGO	: Association de formation et de recherche en gynéco obstétrique
IEC	: Information Education Communication
INAS	: Institut National d'Administration Sanitaire
MTH	: Marrakech Tensfit Al Haouz
MSR	: Maternité sans Risque
OMD	: Objectifs du millénaire pour le développement
PF	: Planification Familiale
PAPFAM	: Pan Arab Project for Family Health
PSGA	: Programme de la surveillance de la grossesse et de l'accouchement
SCOMA	: Soutien Clinique et Organisationnel des Maisons d'Accouchement
SCUMaP	: Soutien Clinique Universitaire des Maternités provinciales
SIAAP	: Service d'Infrastructure des Actions Ambulatoires provinciales
SONU	: Soins Obstétricaux et néonataux d'Urgence
SOU	: Soins Obstétricaux d'Urgence
SOUB	: Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
SOUC	: Soins Obstétricaux d'Urgence Complets
TA	: Tadra Azilal
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
VME	: Visite médicale externe

PLAN

	Page
INTRODUCTION.....	1
HISTORIQUE.....	4
CERTAINES DEFINITIONS.....	7
MATERIEL ET METHODES.....	20
1 – Matériel.....	21
2 – Méthode.....	21
1-1 Grille d’observation.....	21
1-2 Recommandations de la réunion de synthèse.....	22
1-3 Indicateurs de performance des provinces.....	22
1-4 Questionnaire.....	22
1-5 Visite sur le terrain.....	22
RESULTATS.....	23
1 – Grille d’observation.....	24
1-1 Au niveau de la province d’Azilal.....	24
1-2 Au niveau de la province d’El Kelaa des Sraghna.....	30
1-3 Au niveau d’Essaouira.....	36
2 – Recommandations de la réunion de synthèse.....	42
2-1 Au niveau de la province d’Azilal.....	42
2-2 Au niveau de la province d’El Kelaa des Sraghna.....	45
2-3 Au niveau d’Essaouira.....	47
3 – Indicateurs de performance des provinces.....	50
3-1 Au niveau de la province d’Azilal.....	50
3-2 Au niveau de la province d’El Kelaa des Sraghna.....	54
3-3 Au niveau d’Essaouira.....	58
4 – Questionnaire.....	61

DISCUSSION	68
5– Grille d’observation	68
1-1 Au niveau de la province d’Azilal.....	69
1-2 Au niveau de la province d’El Kelaa des Sraghna.....	70
1-3 Au niveau d’Essaouira.....	70
6– Recommandations de la réunion de synthèse	71
2-1 Au niveau de la province d’Azilal.....	71
2-2 Au niveau de la province d’El Kelaa des Sraghna.....	72
2-3 Au niveau d’Essaouira.....	72
7– Indicateurs de performance des provinces	73
3-1 Au niveau de la province d’Azilal.....	73
3-2 Au niveau de la province d’El Kelaa des Sraghna.....	73
3-3 Au niveau d’Essaouira.....	74
8– Questionnaire	75
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	85
ANNEXES	88
Annexe I : grille d’observation.....	89
Annexe II : questionnaire.....	109
RESUMES	
BIBLIOGRAPHIE	

INTRODUCTION

Dans un contexte d'amélioration de la santé de la population aussi bien quantitativement que qualitativement, le centre hospitalier universitaire CHU Mohammed VI a été créé en 2003. C'est un établissement public doté de la personnalité morale, de l'autonomie financière et soumis à la tutelle du ministère de la santé. Il dessert la population de la région Marrakech Tensift et Al Haouz, estimée à 3 millions d'habitants. Il dessert par ailleurs la population des régions sud estimée à 3 millions d'habitants. (1)

Durant l'année 2004, le CHU Mohammed VI a pu atteindre des performances et expériences satisfaisantes notamment sur le plan de l'accroissement de la production en matière de soins surtout sur le plan qualitatif.

L'une de ces expériences, est celle du service de gynécologie-obstétrique dans le cadre de l'ouverture et l'extension sur le monde extérieur, intitulé : « soutien clinique universitaire des maternités provinciales : SCUMaP ». Il s'agit d'apporter aux équipes locales exerçant dans ses structures un soutien technique, clinique et organisationnel par une équipe multidisciplinaire, composée d'enseignants universitaires et de gestionnaires, selon une approche intégrée, globale et participative, afin d'améliorer la qualité de prise en charge des accouchements, de résoudre les dysfonctionnements et les contraintes au niveau des provinces, le but est de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle qui constitue un problème de santé prioritaire depuis la première conférence internationale, sur la maternité sans risque de Nairobi en 1987(2).

Dans le monde en développement, 529 000 de femmes meurent chaque année de complications liées à la grossesse et à l'accouchement. C'est en Afrique que la mortalité maternelle est de loin la plus élevée, avec un risque, à la naissance, de décès lié à la maternité de 1 sur 16, contre 1 sur 2800 dans les pays riches (3,4).

Au Maroc, le taux de mortalité maternelle est estimé à 227 pour 100 000 naissances vivantes, selon les résultats de l'enquête PAFAM 2003-2004 (5, 6, 7). (4 fois plus élevé que celui enregistré en Tunisie et en Libye 70 à 75 pour 100 000 naissances vivantes) (8). D'après la même enquête; la mortalité néonatale, responsable de la moitié de la mortalité infantile, est de 19,7 pour mille naissances vivantes.

Le but de ce travail est d'évaluer l'impact de cette approche SCUMaP, sur les performances

des maternités dans les 2 régions Marrakech Tensift et Al Haouz – Tadla Azilal, MTH – TA, visitées par l'équipe du CHU Mohammed VI, en matière de prise en charge des accouchements et des complications obstétricales, aussi bien sur la plan quantitatif que qualitatif, en vue de contribuer à la réduction la mortalité maternelle et néonatale au niveau national.

Aucune étude sur l'apport du soutien clinique universitaire aux maternités hospitalières, n'a été faite à notre connaissance, notre travail est la première étude évaluative de cette approche.

HISTORIQUE

Dans le cadre de l'amélioration des conditions d'accouchement et la réduction de la mortalité maternelle, le Maroc a traversé des étapes depuis 1960 allant de l'accompagnement des accoucheuses traditionnelles, passant par la CPN et les stratégies mobiles, pour aboutir après la conférence de Marrakech sur la maternité sans risque MSR en 1991 et la CIPD 1994 (6, 9); à adopter le concept des soins obstétricaux d'urgence.

Entre 1995 et 1999, le Ministère de la santé a mis en œuvre un projet pilote de MSR dans 2 régions (Fès–Boulmane et Taouate Alhoceima Taza), avec l'assistance technique de l'AMDD qui a participé à la formulation, au suivi et à l'évaluation du projet pilote. Le projet visant la qualité de la prise en charge des soins obstétricaux d'urgence SOU, basé sur le concept des trois délais avait pour but d'améliorer l'accès, l'utilisation et la qualité des SOU.

La composante « assurance qualité » de soins et des services était parmi les principales actions stratégiques. Elle avait pour objet d'assurer l'introduction de toutes les fonctions essentielles de l'assurance qualité comme partie intégrante des activités des différents services de santé (10).

Durant la période 2000–2004, le ministère de la santé a développé le même projet avec le soutien technique et financier de l'AMDD (Université de Columbia). (11, 12, 13, 14)

Le projet avait deux composantes régionale; (Marrakech–Tensfit–Haouz) et nationale. Les interventions pilotes réussies localement prennent une portée nationale. Les activités opérationnelles sont essentiellement centrées sur les SOU.

Des améliorations importantes ont été enregistrées par le projet (intégration du concept des trois délais à travers le monitoring et priorité stratégique accordée à la qualité des soins, augmentation du taux d'accouchements et des césariennes..).

Toutefois certains aspects restent problématiques (ressources humaines, qualité des soins, faible utilisation des SOUB...). (15)

A la fin de 2002, le ministère de la santé et le UNFPA ont étudié une proposition de l'AMDD se rapportant à une activité intitulée « coordination du monitoring médical : la visite médicale externe (VME), défini comme une évaluation des services obstétriques d'un établissement ; par un superviseur externe ou par un expert technique. (16)

L'activité de la VME basée au départ sur l'usage d'une grille de supervision, faisant l'état des lieux des services obstétricaux et leur fonctionnement en suivant le circuit obstétrical, a été

enrichie par l'équipe d'experts marocains. La dénomination de l'activité est désormais « soutien clinique universitaire des maternités provinciales SCUMaP»

Plusieurs maternités ont été visitées entre 2003 et 2005 par deux entités : le FARGO (Rabat) et le département de gynéco obstétrique du CHU Mohamed VI de Marrakech en collaboration avec la cellule régionale de coordination du projet « santé de la reproduction ». (15)

CERTAINES DEFINITIONS

1- Définition

Le soutien clinique dans le domaine des soins obstétricaux d'urgence, consiste en l'amélioration de la qualité à travers une évaluation des services obstétricaux d'un établissement hospitalier provincial, de type SOUC, par une équipe de superviseurs externes, constituée de professeurs universitaires en gynéco obstétrique de la faculté de médecine, de spécialistes en santé publique et administration sanitaire, de gestionnaires de programmes de la MSR et des sages femmes enseignantes dans un institut de formation en carrière de santé. Cette évaluation est basée sur l'observation directe des prestations de soins et de services; ainsi que sur des entretiens avec les prestataires de soins, vise à créer une dynamique d'amélioration de la qualité avec le personnel local tout au long de la mission de visite. (2, 15, 17)

Le paquet d'activités du soutien clinique universitaire comporte sept éléments résumés dans la figure 1.

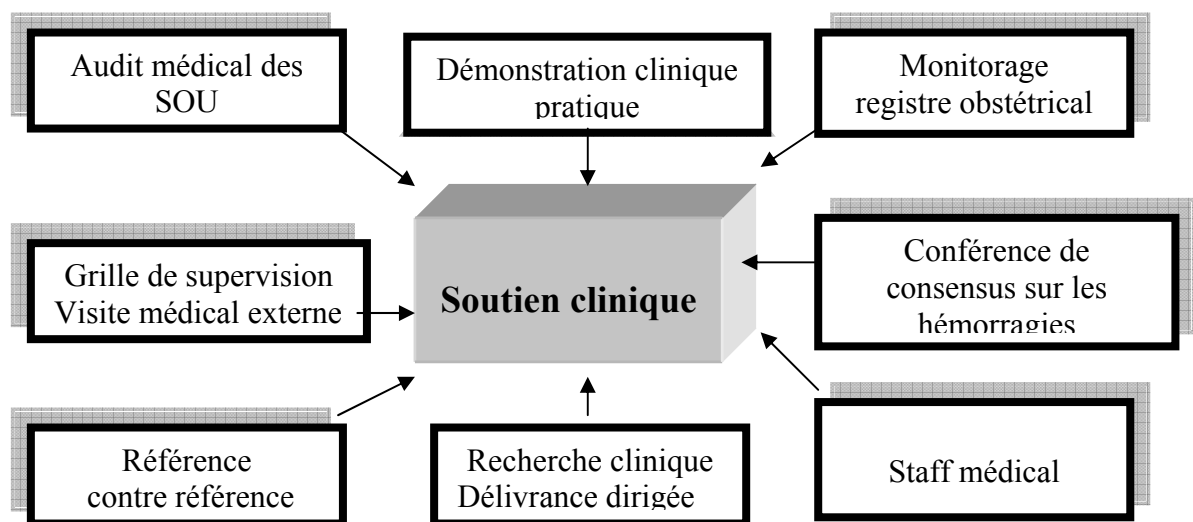


Figure 1 : Les composantes du soutien clinique universitaire (2, 15)

2- Objectifs

Le soutien clinique est une méthodologie qui a été testée avec succès au Maroc par les CHU vers les maternités hospitalières (en partenariat avec UNFPA et Université de Columbia). (2, 15, 17-21)

Le soutien clinique universitaire vise les objectifs suivants :

- Évaluation par les professionnels de CHU (œil externe) du fonctionnement des services d'obstétrique et de la maternité sans risque au niveau des provinces.
- Faire des démonstrations cliniques des bonnes pratiques médicales.
- Faire un bilan des dysfonctionnements et des contraintes relevées.
- Identifier les opportunités locales à saisir.
- Réaliser des réunions de feed back de la supervision et des recommandations pour l'intégrer dans les éléments de base pour le plan d'action, afin dévaluer les progrès réalisés.

3- Contenu

Le soutien clinique universitaire a une double portée : diagnostique de la situation (évaluation des besoins) et l'autre liée à l'amélioration de la qualité des SOU.

Il comporte un paquet d'actions focalisé sur le programme de la maternité sans risque : Les audits cliniques, le monitoring obstétrical à travers l'analyse des supports d'information, la supervision des structures et du processus de soins, les problèmes des références et contre références dans la province ; l'appui clinique à l'équipe soignante (staff, démonstration de la délivrance dirigée, etc..). La mission dure 5 jours.

Il est assuré par une équipe multidisciplinaire (CHU, direction de la population, INAS et IFCS). Il opère selon un programme préétabli complet qui vise une population cible composée de la plupart des acteurs impliqués dans le programme de la maternité sans risque au niveau de chaque province visitée.

L'approche utilisée est variée et adaptée aux circonstances et au contexte

Sur le plan méthodologique, une grille de supervision standard spécifique pour chaque niveau du circuit des patientes est utilisée. Les critères et les normes de référence étant les normes usuelles, l'expérience des experts, le "bon sens" et les résultats des recherches.

Les constats relevés sont validés auprès des professionnels de la maternité et les responsables de la province. (2,15)



Figure 3 : Equipe du soutien clinique de Marrakech 2000 (2, 15)

4-3 Lieu de la visite du soutien clinique :

L'activité du soutien se déroule particulièrement dans la maternité provinciale de type SOUC qui est au centre de l'activité. Les centres de santé et particulièrement les maisons d'accouchement de la province, ont également bénéficié ; soit directement ou indirectement ; des résultats de la mission. Les SOUB sont parfois visités, surtout dans le cadre de la démarche suivie par les deux équipes de Marrakech.

4-4 La population cible : (réf.15, 17)

- L'équipe provinciale
- L'équipe de direction de l'hôpital
- Le personnel de la maternité
- Le personnel des centres de santé ruraux et des maisons d'accouchement.

4-5 Le programme du soutien clinique : (Voir figure 4)

	Matin 8h 30 – 12h	Après midi	
		14h 30 – 17h 30	17h 30 – 18h 30
Lundi	Réunion : équipe locale (délégué, directeur, administ, ...) Grille de supervision	Préparer : <ul style="list-style-type: none"> • Monitoring (SIAAP, PSGA) • Les cas à auditer (médecin chef de la maternité) 	Réunion : <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation journée • Recommandations
Mardi	Staff (8h30 – 9h30) Grille de supervision <ul style="list-style-type: none"> • Démonstrations cliniques • Supervision de l'infrastructure 	Registre obstétrical : Personnel maternité <ul style="list-style-type: none"> • Personnel du SIAAP 	Réunion : <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation journée • Recommandations • Rédaction rapport
Merc.	Staff (8h30 – 9h30) Recommandations Conf. Consensus	Recherche clinique Réf. / contre-Réf. : <ul style="list-style-type: none"> • Personnel MA, MH de la province 	Réunion : <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation journée • Recommandations
Jendredi	Staff (8h30 – 9h30) Grille de supervision <ul style="list-style-type: none"> • Démonstrations cliniques • Supervision de l'infrastructure 	Audit clinique : <ul style="list-style-type: none"> • Équipe obstétricale et multidisciplinaire de l'hôpital. 	Réunion : <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation journée • Recommandations • Rédaction rapport
Vend.	Staff (8h30 – 9h30) Grille de supervision <ul style="list-style-type: none"> • Démonstrations cliniques • Supervision de l'infrastructure 	Réunion de synthèse (délégué, directeur, administ, ...)	Réunion : <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation journée • Recommandations • Rédaction rapport

Figure 4 : Programme du soutien clinique universitaire (2,15)

4-6 Durée de la mission du soutien clinique :

La durée moyenne nécessaire à la réalisation de cette activité est de 5 jours à plein temps, y compris les gardes en astreinte des professeurs durant les nuits accessibles par téléphone en cas de nécessité. L'équipe de Marrakech préconise 4 jours au SOUC et une journée dans un SOUB au choix.

5- Outils

5-1 Les démonstrations pratiques cliniques :

C'est l'axe le plus intéressant sur lequel les superviseurs peuvent insister au cours de la mission. Les professeurs et les enseignantes sages femmes accordent plus de temps à ce volet. A travers des entretiens avec le personnel médical et des sages femmes et au cas échéant l'observation de la pratique clinique, les professeurs apprécient les besoins en terme de diagnostic, de traitement et de prise en charge des accouchements et des complications

obstétricales et néonatales qui pourraient faire l'objet d'une démonstration pratique ou de recommandations cliniques pratiques. Dans ce cas, les professeurs peuvent introduire par exemple la technique de la délivrance dirigée, la réanimation du nouveau-né en détresse respiratoire, la prise en charge des éclampsies, l'extraction par ventouse, et autres pratiques, dont le besoin sera exprimé par le personnel local.

5-2 La référence et contre référence :

Cet axe peut être exploré de la manière suivante :

- Collecte des informations à partir d'une maternité hospitalière : Avoir une idée sur les parturientes référées à la maternité de deuxième niveau par une collecte d'information à priori avant la mission sur une période et un effectif suffisamment représentatif pour savoir les raisons de la référence et les issues des femmes et des nouveau-nés.
- Collecte des informations du SOUB sur les raisons de la référence vers un niveau SOUC et comparer avec les données collectées
- Discuter la problématique de la contre référence aussi bien sur le plan du support que sur le plan des procédures et mécanismes à mettre en place pour encourager la culture de Feed back
- Discuter dans quelles mesures et quelles conditions est-il possible d'utiliser la communication téléphonique pour établir en cas de nécessité impérieuse un contact entre le référant et le service accueillant.
- Le SOUB dispose-t-il d'une compétence de mise en conditions des urgences à référer, d'un standard ou des critères d'évacuation des complications obstétricales graves par ambulance et possibilité d'accompagnement par un professionnel.

5-3 Les fonctions du SOUB

- S'assurer à travers la discussion, l'observation et la compilation des documents que le SOUB assure ses fonctions.

Les soins de néonatalogie dispensés aux SOUB et les moyens d'évacuations des urgences peuvent être également appréciés par les superviseurs.

Les fonctions SOUC ont deux autres fonctions supplémentaires de césarienne et de transfusion sanguine.

La discussion de la réalisation des fonctions du SOUB peut aboutir à des fonctions qui ne sont pas pleinement accomplies et pour lesquelles un soutien peut être apporté.

5-4 La délivrance dirigée :

- Les professeurs informent le personnel sur l'intérêt de la délivrance dirigée.
- Les professeurs peuvent faire une démonstration pratique sur place de la technique de la délivrance dirigée si une parturiente nécessitant cette technique est en cours d'accouchement.

5-5 Le dossier d'accouchement, partogramme :

Les sages femmes enseignantes apprécient cet axe avec les accoucheuses sur place à travers un échantillon d'une dizaine de dossiers. L'exploration portera sur les points suivants :

- La qualité de la transcription d'une manière générale et identifier les sections les moins correctement remplies
- Le moment de la transcription est-t-il à temps ou à posteriori ?
- Les croix sont-t-elles transcrites aux endroits souhaités? (ligne d'alerte)
- L'interprétation des données aide-t-elle à la prise de décision ?
- La recherche des informations sur la grossesse actuelle n'est-t-elle pas confondue avec les antécédents des grossesses antérieures ?
- Les informations sur la grossesse actuelle telles que les CPN sont-t-elles fiables à partir des documents de suivi ou basées sur des déclarations orales ?
- Les trois phases de l'accouchement sont-t-elles respectées au moment de la transcription ?
- Le nom de la responsable de l'accoucheuse est-t-il indiqué ?
- La case thérapeutique du dossier d'accouchement est-t-elle bien transcrite au moment de l'accouchement et après la délivrance ?
- Les anomalies du cordon sont-t-elles transcrites correctement ?

- Les actes infirmiers de suite de couche sont-ils transcrits correctement ?
- Les informations se rapportant au nouveau-né se limitent-elles à l'APGAR, le sexe et le poids ou comportent-elles également des informations sur les malformations, sur l'examen neurologique et du délivre ?
- Les actes infirmiers sont-ils réalisés tels que l'instillation oculaire, l'IEC en matière de PF, allaitement maternel, suivi d'hygiène de soins d'épisiotomie et soins au nouveau-né; la consultation postnatale. ?
- La partie transfert/référence et support double de fiche de liaison est-elle adéquate ?
- Le volet médical : niveau d'implication et d'encadrement du médecin dans la prise en charge des parturientes et la tenue du dossier d'accouchement ?

5-6 Le monitoring des SOU :

Cet axe relate les indicateurs de disponibilité, d'utilisation et de qualité :

- Indicateurs de disponibilité :
 - Hôpital local SOUB et SOUC accessibles 24h/24h
 - Population couverte : 125000 habitants environ pour le SOUB et 500.000 pour le SOUC
 - Ressources humaines : effectif, type de permanence, performance (moyenne d'accouchement par sage femme et moyenne de césarienne par gynéco obstétricien), chauffeur disponible
- Indicateurs d'utilisation :
 - Accouchement : nombre d'accouchement en milieu surveillé par rapport aux naissances attendues
 - Nombre de complications obstétricales prises en charge rapporté à 15% des naissances attendues.
 - Besoins satisfaits dans la prise en charge des complications obstétricales : 100% des femmes présentant des complications.
 - Césariennes réalisées entre 5 à 15% par rapport aux naissances attendues.
- Indicateur de qualité :

Taux de létalité : niveau maximum acceptable 1% : proportion des décès maternels survenus parmi les cas compliqués pris en charge, motif des décès survenus

5-7 Conférences de consensus

Les conférences de consensus s'inscrivent dans le cadre de « la prise en charge des complications obstétricales » à travers les bonnes pratiques médicales. Ces conférences soutiennent un processus d'implantation de l'audit clinique basé sur des protocoles et des critères.

Au cours de la mission, les superviseurs choisissent le ou les thèmes à présenter en fonction des résultats du monitoring et les besoins identifiés par les prestataires de soin.

5-8 L'audit clinique des décès maternels et des complications graves

La formation en technique d'audit a concerné plus de 1000 personnes dans 40 maternités environ à travers le royaume entre 2000 et 2004. Tous les éléments constitutifs de la démarche d'audit sont désormais présents (standards des SONU, critères cliniques et organisationnels d'appréciation de la qualité de prise en charge, les supports de conduite des séances d'audit et les constitutions des comités provinciaux de pilotage).

Les objectifs de déroulement d'une séance d'audit vise à :

- Apprécier l'importance de l'incidence des complications obstétricales graves à travers l'analyse du registre obstétricale des admissions d'une année.
- Analyser les variables des audits conciliés dans le registre des audits : il s'agit d'un registre spécialement conçu pour y transcrire les cas de "near miss" et décès au fur et à mesure de leurs survenus et de procéder à des audits cliniques.
- Préparer des dossiers des cas à auditer en collaboration avec le gynéco obstétricien pour l'impliquer à gérer les dossiers des audits.
- Réaliser une séance d'audit des décès maternels et des cas de near miss

Le déroulement de la séance d'audit comporte les éléments suivants :

- La répartition des tâches entre les membres du comité d'audit (animateur, rapporteur, présentateur du cas d'audit).
- La présentation du résumé clinique minimum du cas à auditer par le médecin gynéco obstétricien, suivi d'une discussion.

- La vérification de la conformité de la prise en charge du cas audit avec les critères cliniques et organisationnels
- Le relevé des dysfonctionnements
- L'élaboration du plan d'action des mesures correctrices.

5-9 Grille d'observation

Les superviseurs utilisent la grille d'observation (voir annexe I) qui inclue toutes les unités et services offrant des soins aux patientes y compris les services annexes participant à la prestation SOU.

Durant la tournée, les superviseurs se concentrent sur l'observation, en parlant aux clients et à toutes les catégories de personnel, en dispensant une formation à l'assistance technique sur le terrain, et en examinant les registres.

Durant la tournée, les grandes catégories énumérées dans la grille d'observation doivent être gardées à l'esprit et ne peuvent être utilisées en tant que check-list. De cette manière, le superviseur est libre d'observer, d'enseigner et de discuter.

L'objectif de cette observation à travers la grille est de :

- Faire un bilan des dysfonctionnements et des contraintes relevées.
- Identifier les opportunités locales à saisir.
- Réaliser des réunions de Feed back de la supervision et des recommandations pour l'intégrer dans les éléments de base pour le plan d'action.

L'analyse de la grille d'observation est reportée dans un tableau de synthèse.

5-10 Le staff médical matinal

Il vise comme objectifs de :

- Apprécier la qualité de prise en charge des cas obstétricaux (complications, accouchements...)
- Créer une opportunité d'échange entre les différents intervenants dans les soins obstétricaux de différents niveaux.
- Standardiser la prise en charge des cas obstétricaux.
- Instaurer l'esprit d'équipe.

- Insister sur l'importance de l'utilisation du registre obstétrical et du registre dans ses différents paramètres.

Sur le plan méthodologique, l'activité du staff médical se déroule de la manière suivante :

- Analyse au préalable d'une dizaine de dossiers d'accouchement et du registre obstétrical.
- Relever des lacunes susceptibles de susciter des discussions.
- Réunion le matin, de tous les intervenants dans la prise en charge des soins obstétricaux (le gynéco obstétricien et l'équipe de garde du jour et de la nuit (sages-femmes et infirmières accoucheuses) la majeure de la maternité, l'animateur du PSGA et les médecins généralistes affectés à la maternité
- On présente et on commente les résultats de l'analyse des dossiers d'accouchement et du registre obstétrical
- Discussion des cas pris en charge par l'équipe pendant les 24 heures précédentes.
- Proposer des corrections à apporter au fur et à mesure selon les lacunes identifiées.
- Des recommandations sont émises à la fin de la séance.

5-11 Rapport standard de la mission du soutien clinique

Le rapport doit être le plus simple et concis possible pour une diffusion plus large des personnes concernées et garantir sa lecture par le maximum de personnel prestataire et gestionnaire.

Le rapport de 10–15 pages y compris les annexes peut être rédigé, à titre d'orientation, de la manière suivante :

- Page de garde : Titre / rapport de mission / Soutien clinique universitaire des maternités provinciales/ Province/Hôpital /Date de la mission/ Equipe des superviseurs /Logo du ministère de la santé et logo éventuellement de l'organisme d'appui.
- Page 2 : Abstract (résumé très synthétique de la mission y compris les résultats obtenus)
- Page 3 : description de la mission/cadre général, objectif, déroulement ; Contexte et situation des SOU dans la province
- Page 4 à 9 : Présentation des résultats de chaque activité du soutien clinique (la grille d'observation, le monitoring, le registre obstétrical, le dossier accouchement, le staff médical, l'audit, les références, les démonstrations pratiques, les conférences de consensus).

- Page 10 : Synthèse des discussions de la réunion finale. / recommandations générales
- Page 11 : conclusion
- Page 12 : Plan d'action final de mise en place des solutions proposées.
- Page 13-14 : quelques annexes si nécessaires.

Le rapport de mission doit être adressé aux responsables de toutes les structures concernées.

Un feed back doit être donné automatiquement à toutes les personnes prestataires de soins et gestionnaires locaux qui ont participé à la mission.

MATERIEL ET METHODES

1 – Matériel

Nous avons inclus dans cette étude :

- Les SOUC (soins obstétricaux d'urgence complets) des 2 régions Marrakech Tensift Al Haouz et Tadla Azilal, visités par l'équipe du CHU de Marrakech
- Nous avons pris 3 provinces : Azilal, El Kelaa des Sraghna, Essaouira
- Nous avons visité les mêmes maternités hospitalières que l'équipe du SCUMaP :
 - Hôpital « Haut Atlas central » d'Azilal
 - Hôpital « Essalama » d'El Kelaa des Sraghna
 - Hôpital « Sidi Mohammed Ben Abdellah » d'Essaouira

2. Méthodes

Notre travail est une étude prospective, évaluative de l'apport du soutien clinique universitaire et du degré de son intégration dans la gestion des provinces, de son impact sur les performances des maternités hospitalières et sur les professionnels de santé.

Nous nous sommes déplacés sur le terrain, site de l'étude. Nous avons fait une tournée, avec un personnel désigné par le délégué afin de nous faciliter l'attache, et on a visité toutes les unités mentionnées sur la grille d'observation, on a constaté sur place et on a rapporté les différents changements.

Nous avons utilisé :

1-1 Grille d'observation

Les superviseurs visitent le terrain, posent les questions figurées sur la grille, aux différentes catégories du personnel.

Nous avons utilisé, durant notre visite sur le terrain, la même grille d'observation, utilisée par l'équipe du soutien clinique universitaire, au niveau des 3 provinces (voir annexe I).

Les différentes unités étudiées et observées sont les mêmes au niveau des 3 provinces, les remarques sont notés par l'équipe du CHU de Marrakech et rapportées dans un tableau de synthèse (18, 19, 20). Nous avons comparé ces remarques avec les résultats de notre visite, pour voir s'il y a eu une amélioration et par quel degré.

1-2 Recommandations de la réunion de synthèse

A la fin de la visite du soutien clinique universitaire, l'équipe élabore des recommandations générales et les discute dans la réunion de synthèse. La délégation doit élaborer un plan d'action afin de réaliser les différentes recommandations. (18, 19, 20)

Nous avons visité le terrain, et on a constaté le degré de réalisation du plan d'action et des recommandations.

1-3 Indicateurs de performance

Nous avons rapporté, auprès du SIAAP et du bureau des statistiques; les indicateurs d'utilisation, de qualité et de disponibilité afin de pouvoir évaluer l'impact du soutien clinique.

1-4 Questionnaire

Nous avons utilisé un questionnaire adressé aux responsables administratifs (délégué du ministère de la santé et directeur de l'hôpital), le personnel médical (gynécologues, pédiatre) et paramédical (sages femmes qui ont bénéficiées de la visite du soutien clinique) au niveau des maternités hospitalières de chaque province, afin de pouvoir évaluer l'apport de cette approche de point de vue du personnel concerné. (Voir annexe II)

1-5 Visite sur le terrain

Nous avons visité le terrain, site de l'étude :

- Province d'Azilal durant 2 jours, du 19 au 20 Mars 2007
- Province d'El Kelaa des Sraghna, du 22 au 23 Mars 2007
- Province d'Essaouira, du 28 au 29 Mars 2007

RESULTATS

1- Grille d'observation

Pour nous permettre d'apprécier les changements apportés par l'équipe du soutien clinique universitaire, nous avons rapporté sur le tableau, une comparaison entre le constat de l'équipe du CHU de Marrakech en 2003/2004 et le notre en 2007. Les points positifs au niveau de chaque unité sont restés les mêmes (18, 19, 20).

Les résultats de chaque province sont rapportés dans les tableaux ci-dessous :

1-1 Au niveau de la province d'Azilal :

Tableau I : comparaison entre les résultats du constat 2003 et 2007
(Porte d'entrée, accueil, admission)

Unité visitée au niveau de l'hôpital	Constat Avril 2003 (Equipe du CHU de Marrakech)	Constat Mars 2007 (Notre constat)	Degré d'amélioration
Porte d'entrée de l'hôpital	<ul style="list-style-type: none">- Pas de sanitaire- Pas de signalisation montrant la maternité- Pas de chariot ni chaise roulante	<ul style="list-style-type: none">- Pas de sanitaire- Pas de signalisation montrant la maternité- Même constat	<ul style="list-style-type: none">- Non amélioré- Non amélioré- Non amélioré
L'accueil	<ul style="list-style-type: none">- Le local pour l'accueil et le personnel n'est pas disponible	<ul style="list-style-type: none">- Non disponible	<ul style="list-style-type: none">- Non amélioré
L'admission	<ul style="list-style-type: none">- La salle d'admission fait défaut, les patientes sont examinées dans la salle d'accouchement (SA)- Pas de pratique pour la prévention des infections, doigtier non stérile	<ul style="list-style-type: none">- Pas de salle d'admission, l'examen se fait sur l'un des boxes de la SA- La dotation par les kits, a amélioré la pratique pour prévention des infections	<ul style="list-style-type: none">- Non amélioré- Amélioration

Tableau II : comparaison entre les résultats du constat 2003 et 2007 (admission, expectantes)

Unité visitée au niveau de l'hôpital	Constat Avril 2003 (Equipe du CHU de Marrakech)	Constat Mars 2007 (Notre constat)	Degré d'amélioration
L'admission (suite)	<ul style="list-style-type: none"> - Problème de feed back sauf pour les cas de renvois des faux travaux. - Le registre comporte des lacunes d'inscription. - L'examen est sommaire et sans notification systématique sur les supports d'information - La multiplication des accès à la salle compromet l'intimité - La compulsions des documents a mis en évidence certain retard de prise en charge. 	<ul style="list-style-type: none"> - Feed back s'est amélioré - Le registre est disponible et bien rempli - Notification sur le support d'information est plus ou moins correcte - L'intimité est lésée vu la multiplication des accès à la salle - Problème d'appel du gynécologue hors l'horaire normal (1 chauffeur de garde qui fait appel), retard de prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration - Amélioration - Amélioration - Non amélioré - Non amélioré
Expectantes	<ul style="list-style-type: none"> - Salle commune pour expectantes, accouchées et grossesse à risque - Salle non chauffée - Absence de source d'eau et de lavabo pour les gestantes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Même constat - Chauffage central est disponible - Source d'eau et lavabo disponibles en bon état. 	<ul style="list-style-type: none"> - Non amélioré - Amélioration - Amélioration

Tableau IV : comparaison entre les résultats du constat 2003 et 2007 (SA, SDC, bloc, réa.)

Unité visitée au niveau de l'hôpital	Constat Avril 2003 (Equipe du CHU de Marrakech)	Constat Mars 2007 (Notre constat)	Amélioration
SA (suite)	<ul style="list-style-type: none"> - Les champs sont en nombre insuffisant. - La situation de la salle d'accouchement ainsi que la disposition des tables ne permet pas une intimité minimale - Les partogrammes sont incorrectement remplis ainsi que le registre obstétrical. A former le personnel 	<ul style="list-style-type: none"> - Champs disponibles - Une porte qui sépare la SA, le bloc et déchoquage, est toujours fermée, intimité respectée - Les partogrammes sont incorrectement remplis (on a pris 10 dossiers au hasard sur différentes périodes), 3^{ème} section, partie des SDC 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration - Amélioration - Non amélioré
Suites de couches (SDC)	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de toilette pour les femmes, pas de sources d'eau - La surveillance des accouchées n'est pas au point - Le matériel est commun avec la salle d'accouchement 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de sources d'eau et de toilettes - Surveillance pas au point du fait de l'effectif réduit du personnel -Idem 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration - Non amélioré - Non amélioré
Bloc opératoire	<ul style="list-style-type: none"> - La maternité dispose de son propre bloc (une salle bien équipée) mais non fonctionnel - Absence de registre et d'archives 	<ul style="list-style-type: none"> - La maternité dispose de son propre bloc devenu fonctionnel -Présence de registre 	<ul style="list-style-type: none"> - Grande amélioration - Amélioration
Réanimation	<ul style="list-style-type: none"> - Le service n'est pas fonctionnel (absence du personnel spécialisé) - Salle de réveil fait défaut 	<ul style="list-style-type: none"> - Service non fonctionnel malgré l'affectation d'un réanimateur - Idem 	<ul style="list-style-type: none"> - Non amélioré - Non amélioré

**Tableau V: comparaison entre les résultats du constat 2004 et 2007
(Echographie, pharmacie, transfusion sanguine)**

Unité visitée au niveau de l'hôpital	Constat Avril 2004 (Equipe du CHU de Marrakech)	Constat Mars 2007 (Notre constat)	Degré d'amélioration
Echographie	- L'échographie est disponible et accessible dans le bureau du médecin au sein de la maternité	- Une salle a été déménagée pour l'échographie en face de la salle d'accouchement	- Amélioration
Pharmacie	- La pharmacie n'est accessible que la journée pendant les heures de travail - Seule la pharmacie de la province dispose d'un PC - Des retards de livraison sont notés ainsi que des ruptures de stock - La dotation de la maternité se fait périodiquement selon les commandes et la disponibilité des produits, la population achète systématiquement leurs produits	- Même constat -Tous les services disposent d'un PC. - Retard de livraison rapporté par le personnel - Même constat	- Non amélioré - Amélioration - Non amélioré - Non amélioré
Transfusion sanguine	- Pas de banque de sang	- Pas de banque de sang	- Non amélioré

Afin d'évaluer le degré de réalisation des remarques de la grille d'observation, de l'équipe du CHU de Marrakech, au niveau de la maternité d'Azilal. Nous avons rapporté le nombre des remarques citées dans les tableaux I-V, et on a calculé le pourcentage d'amélioration depuis la visite de l'équipe du SCUMaP jusqu'au 2007, comme l'explique le tableau VI :

**Tableau VI : Degré d'amélioration des remarques de la grille d'observation
de l'hôpital d'Azilal**

	Nombre de remarques de la grille d'observation	Remarques améliorées	Remarques non améliorées	Degré d'amélioration
Porte d'entrée	3	0	3	0/3 (0 %)
Accueil	1	0	1	0/1 (0 %)
Admission	7	4	3	4/8 (50 %)
Expectantes	3	2	1	2/3 (66,7 %)
Salle d'accouchement	13	9	4	9/13 (69,2 %)
Suites de couches	3	1	2	1/3 (33,3 %)
Bloc opératoire	2	2	0	2/2 (100 %)
Réanimation	2	0	2	0/2 (0 %)
Echographie	1	1	0	1/1 (100 %)
Transfusion sanguine	1	0	1	0/1 (0 %)
Pharmacie	4	1	3	1/4 (25 %)
TOTAL	40	20	20	20/40 (50 %)

On constate que sur les 40 remarques d'améliorations suggérées lors de la visite du soutien clinique universitaire, à l'hôpital d'Azilal, 20 sont réalisées, soit (50 %).

Les changements les plus importants :

- Bloc opératoire devenu fonctionnel
- Déménagement de la salle d'échographie
- Affectation d'un gynécologue marocain en plus de l'équipe chinoise
- Dotation par les équipements, médicaments et fongibles nécessaires.

L'équipe du CHU a élaboré des recommandations générales (18) au niveau de la province d'Azilal, et qu'on va évaluer par la suite ainsi que son degré de réalisation sur le terrain

1-2 Au niveau de la province d'El Kelaa des Sraghna

Nous allons comparer les 2 constats, le notre en 2007 et celui de l'équipe du CHU de Marrakech.

**Tableau VII : comparaison entre les résultats du constat 2004 et 2007
(Porte d'entrée, accueil, admission)**

Unité visitée au niveau de l'hôpital	Constat Avril 2004 (Equipe du CHU de Marrakech)	Constat Mars 2007 (Notre constat)	Degré d'amélioration
Porte d'entrée de l'hôpital	<ul style="list-style-type: none"> -La garde est assurée à raison de 2agents le jour 2agents la nuit, ce rythme est astreignant; par conséquent il retentit sur la qualité de service à ce niveau -Un effort pour améliorer l'état d'hygiène est à déployer, de même que pour l'installation électrique. 	<ul style="list-style-type: none"> -Même constat -Etat de salubrité de l'abri du portier reste médiocre 	<ul style="list-style-type: none"> - Non amélioré -Non amélioré
L'accueil	<ul style="list-style-type: none"> - Il n'y a pas de local réservé à l'accueil 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de local réservé à l'accueil 	<ul style="list-style-type: none"> - Non amélioré
L'admission	<ul style="list-style-type: none"> -Prévoir un local plus grand pour examiner les femmes -Mettre du savon, les doigtiers stériles pour lutter contre l'infection -Revoir les horaires de travail et les répartitions du personnel 	<ul style="list-style-type: none"> -Même local, chauffée, bien entretenue, aérée - Règles d'hygiène respectées -une réunion a été fixée pour proposer 4 équipes de garde au lieu de 5 (4 sages femmes/équipe) 	<ul style="list-style-type: none"> - Non amélioré - Amélioration - Amélioration

**Tableau VIII : comparaison entre les résultats du constat 2004 et 2007
(Admission, expectantes, SA)**

Unité visitée au niveau de l'hôpital	Constat Avril 2004 (Equipe du CHU de Marrakech)	Constat Mars 2007 (Notre constat)	Degré d'amélioration
L'admission (suite)	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer un autre accès aux visiteurs pour éviter de compromettre l'intimité de la femme - Développer l'I.E.C et la communication interpersonnelle avec la femme - Entretenir et mettre à jour le registre des admissions pour la fiabilité des données 	<ul style="list-style-type: none"> - Non réalisé - Très bien développé, avec système vidéo pour la PF, éducation des accouchées - Réalisé et bien entretenu 	<ul style="list-style-type: none"> - Non amélioré - Grande amélioration - Amélioration
Expectantes	<ul style="list-style-type: none"> - Faire fonctionner le chauffage en hiver - Scinder le personnel et le matériel avec les autres entités surtout la salle d'accouchement - Assurer la surveillance des parturientes et leur préparation à l'accouchement. 	<ul style="list-style-type: none"> - Chauffage mobile disponible - Réalisé - Une sage femme s'occupe de la surveillance 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration - Amélioration - Amélioration
SA	<ul style="list-style-type: none"> - Revoir la disposition des tables d'accouchement - Aménager les sanitaires - Revoir la mise en place du bureau des S.F 	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisé et entretenue - Réalisé - Réalisé 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration - Amélioration - Amélioration

Tableau IX: Comparaison entre les résultats du constat 2004 et 2007 (SDC, bloc opératoire)

Unité visitée au niveau de l'hôpital	Constat Avril 2004 (Equipe du CHU de Marrakech)	Constat Mars 2007 (Notre constat)	Degré d'amélioration
Suites de couches SDC	<ul style="list-style-type: none"> -Chauffer les suites de couches en hiver -Séparer le personnel des suites de couches de celui de la salle pour prévenir l'infection -Mettre les femmes avec des grossesses à risques à l'abri des bruits des visiteurs -Reprendre les activités d'I.E.C. de P.F. dans le post partum en utilisant les télévisions et les cassettes prévues à cet usage -Scinder le matériel avec celui de la salle d'accouchement pour prévenir l'infection des accouchées et des nouveau-nés -Dispenser les soins aux accouchées et leurs nouveau-nés 	<ul style="list-style-type: none"> - Chauffage mobile disponible - Sage femme de l'admission qui s'en occupe - Non réalisé - Très bien développées et bien entretenues - Chaque salle a son propre matériel - Réalisé 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration - Non amélioré -Amélioration -Amélioration -Amélioration -Amélioration
Bloc opératoire	<ul style="list-style-type: none"> - Revoir le regroupement du bloc obstétrical/urgence et froid) à proximité de la salle (garder le même bloc) -Equiper le bloc avec du matériel suffisant -Revoir la répartition des équipes et les horaires de travail. 	<ul style="list-style-type: none"> -Ce bloc opératoire sert pour la maternité (urgence et froid) et pour les urgences de chirurgie - Réalisé -Une réunion a été fixée pour revoir la répartition 	<ul style="list-style-type: none"> - Non amélioré -Amélioration -Amélioration

**Tableau X : comparaison entre les résultats du constat 2004 et 2007
(Réanimation, bureau de la majeure, support d'information)**

Unité visitée au niveau de l'hôpital	Constat Avril 2004 (Equipe du CHU de Marrakech)	Constat Mars 2007 (Notre constat)	Degré d'amélioration
Réanimation	<ul style="list-style-type: none"> -Affecter un médecin réanimateur dans ce service -Revoir le système de travail médical et les horaires 	<ul style="list-style-type: none"> -Réalisé -Une réunion a été fixée pour revoir la répartition 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration - Amélioration
Bureau de la majeure	<ul style="list-style-type: none"> -veillez à ce que l'application soit mise en cours -Ranger les placards -Respecter la répartition des activités sur l'ensemble du personnel et faire le suivi -Entretien le frigo pour assurer la conservation des médicaments type syntocinon 	<ul style="list-style-type: none"> - Bien entretenue - Bien rangés -Une liste de répartition du travail est affichée avec la liste de garde -Frigo bien entretenu et réservé pour les médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration -Amélioration -Amélioration -Amélioration
Support d'information	<ul style="list-style-type: none"> -Uniformiser la formation en le support pédagogique -Veiller à l'entretien du registre à jour -Lutter contre les transcriptions erronées. -Prêter attention avant la transcription pour éviter les oublis. -Respecter les colonnes 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioré -Entretenu -Moins de transcriptions erronées -Amélioré -Respecté 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration - Amélioration - Amélioration - Amélioration - Amélioration

Tableau XI : comparaison entre les résultats du constat 2004 et 2007
(Dossier d'accouchement, échographie, pharmacie, pharmacie de l'hôpital)

Unité visitée au niveau de l'hôpital	Constat Avril 2004 (Equipe du CHU de Marrakech)	Constat Mars 2007 (Notre constat)	Degré d'amélioration
Dossier d'accouchement	-Remplir toutes les sections (5ème)	-Réalisé (on a pris 10 dossiers d'une manière aléatoire) : La 3ème section du partogramme nécessite plus d'attention	-Amélioration
Echographie	-Remettre l'échographe dans le service -Le doter de papier	-Réalisé (a été mis dans une boîte de la salle d'accouchement) -Réalisé	- Amélioration - Amélioration
Pharmacie de la maternité	-La gestion de la pharmacie est assurée par la majeure, ce type de gestion reste difficile à être supervisé	- Pas de changement	- Non amélioré
Pharmacie de l'hôpital	-L'état des locaux nécessite un effort en matière d'aménagement et d'entretien -Malgré un effort d'organisation, il existe encore un mélange de matériel neuf et de matériel à réformer -L'affectation d'un pharmacien va certainement améliorer la gestion.	- Entretenu -Amélioré -Affectation d'un pharmacien il y a 1 semaine	- Amélioration - Amélioration - Amélioration

Afin d'évaluer le degré de réalisation des remarques de la grille d'observation, de l'équipe du CHU de Marrakech, au niveau de la maternité d'El Kelaa des Sraghna, nous avons rapporté le nombre des remarques, cités dans les tableaux VII-XI, et on a calculé le pourcentage

d'amélioration depuis la visite de l'équipe du soutien clinique universitaire jusqu'au 2007, comme l'explique le tableau XII:

Tableau XII : Degré d'amélioration des remarques de la grille d'observation de l'hôpital d'El Kelaa des Sraghna

	Nombre de remarques de la grille d'observation	Remarques améliorées	Remarques non améliorées	Degré d'amélioration
Porte d'entrée	2	0	2	0/2 (0 %)
Accueil	1	0	1	0/1 (0 %)
Admission	6	4	2	4/6 (66,7 %)
Expectantes	3	3	0	3/3 (100 %)
Salle d'accouchement	3	3	0	3/3 (100 %)
Suites de couches	6	5	1	5/6 (83,3 %)
Bloc opératoire	3	2	1	2/3 (66,7 %)
Réanimation	2	2	0	2/2 (100 %)
Bureau de la majeure	4	4	0	4/4 (100 %)
Support d'information	5	5	0	5/5 (100 %)
Dossier d'accouchement	1	1	0	1/1 (100 %)
Echographie	2	2	0	2/2 (100 %)
Pharmacie	4	3	1	3/4 (75 %)
TOTAL	42	34	8	34/42 (80,9 %)

On constate que sur les 42 remarques d'améliorations suggérées au niveau de l'hôpital d'El Kelaa des Sraghna, 34 sont réalisées, soit (80,9 %).

Les changements les plus importants :

- Suivi des recommandations de la visite par les responsables provinciaux et hospitaliers
- Nette amélioration de l'activité de la majeure et un bon encadrement du personnel
- Amélioration de la transcription des données dans les différents supports (registre obstétrical, dossier accouchement)
- IEC en post partum bien développée
- Affectation d'un pharmacien au niveau de la pharmacie de l'hôpital

L'équipe du CHU a élaboré des recommandations générales (19) au niveau de la province d'El Kelaa des Sraghna, et qu'on va évaluer par la suite ainsi que son degré de réalisation sur le terrain.

1-3 Au niveau de la province d'Essaouira

Tableau XIII : comparaison entre les résultats du constat 2004 et 2007
(Porte d'entrée, accueil)

Unité visitée au niveau de l'hôpital	Constat Avril 2004 (Equipe du CHU de Marrakech)	Constat Mars 2007 (Notre constat)	Degré d'amélioration
Porte d'entrée de l'hôpital	<ul style="list-style-type: none"> - Les locaux sont à améliorer, il faut également revoir la propreté du local de la chambre de garde -La tenue du personnel manque d'uniforme -Les moyens de communications tel le téléphone et les fiches de signalisation sont inexistantes 	<ul style="list-style-type: none"> -Salubrité des locaux est dans un état médiocre -Portier avec uniforme -Pas de système de communication, ni signalisation 	<ul style="list-style-type: none"> - Non amélioré - Amélioration -Non amélioré
Accueil	<ul style="list-style-type: none"> -Unité non disponible -Manque de personnel d'accueil 	<ul style="list-style-type: none"> -Pas de local réservé à l'accueil - Même constat 	<ul style="list-style-type: none"> -Non amélioré -Non amélioré

**Tableau XIV : comparaison entre les résultats du constat 2004 et 2007
(Admission, expectantes et SA)**

Unité visitée au niveau de l'hôpital	Constat Avril 2004 (Equipe du CHU de Marrakech)	Constat Mars 2007 (Notre constat)	Degré d'amélioration
Admission	<ul style="list-style-type: none"> -Pas de local propre pour l'admission -Pas d'équipement propre à l'admission -Il y a le problème d'intimité, car les fenêtres donnent directement sur l'admission et la SA 	<ul style="list-style-type: none"> -Unité non disponible, les parturientes sont admises en SA -Idem -Vitres des fenêtres peinturées, intimité respectée 	<ul style="list-style-type: none"> - Non amélioré - Non amélioré - Amélioration
Expectantes	<ul style="list-style-type: none"> -Bonne qualité de prestation 	<ul style="list-style-type: none"> -Un lit a été ajouté, avec un matériel propre 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration
Salle d'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> -L'éclairage est assuré par l'électricité 24/24 heures : dépenses énormes -Toutes les fenêtres sont souvent fermées (manque d'aération) -L'intimité des parturientes n'est pas respectée, les visiteurs regardent leurs familles par les fenêtres et rentrent jusqu'à SA -Gestion des déchets à améliorer -Le local de réserve du service en désordre, à ranger pour faciliter l'accès au besoin du service 	<ul style="list-style-type: none"> -Même constat -Problème d'aération - Fenêtres peinturées et une porte construite pour séparer la SA et SDC -Gestion améliorée (poubelles avec couvercles et plastiques) -Arrangement du local de réserve du service 	<ul style="list-style-type: none"> - Non amélioré - Non amélioré - Amélioration - Amélioration -Amélioration

Tableau XV : comparaison entre les résultats du constat 2004 et 2007 (SA, suite)

Unité visitée au niveau de l'hôpital	Constat Avril 2004 (Equipe du CHU de Marrakech)	Constat Mars 2007 (Notre constat)	Degré d'amélioration
SA (suite)	-Tables d'accouchements mal entretenues, rouillées non adaptées aux accouchements	-Le service a été doté par des tables d'accouchement	-Amélioration
	-1 seule cupule moyenne utilisée pour tous les accouchements par ventouse, non stérile	- Cupules disponibles	-Amélioration
	-Manque de népressol	- Rupture de stock du Nepressol	-Non amélioré
	-Conservation du syntocinon n'est pas adéquate (réfrigérateur non disponible dans la SA)	-Réfrigérateur disponible et médicaments bien conservés	-Amélioration
	-Le système de sécurité à prévoir	-Système de sécurité est installé dans le service	-Amélioration
	-La gestion des équipes de gardes à améliorer	-Pas de changement	-Non amélioré
	-les SF assurent l'entretien du matériel, l'accueil, le transport des accouchées et des parturientes vers le bloc central	-Affectation d'un agent de service qui s'occupe du transport des parturientes	-Amélioration
	-Moyens de communication non disponible	-Moyen de communication non disponible (sage femme se déplace pour appeler l'obstétricien)	-Non amélioré
	-Manque de liste de garde des médecins ainsi que les coordonnées du personnel	-Liste de garde affichée avec coordonnées du personnel	-Amélioration
	-Tenue du personnel à améliorer	- Tenue améliorée	-Amélioration

Tableau XVI : comparaison entre les résultats du constat 2004 et 2007 (suites de couches)

Unité visitée au niveau de l'hôpital	Constat Avril 2004 (Equipe du CHU de Marrakech)	Constat Mars 2007 (Notre constat)	Degré d'amélioration
Suites de couches SDC	-Manque d'intimité, les visiteurs regardent à travers les fenêtres de l'extérieur, souvent fermées : manque d'aération	-vitres des fenêtres peinturées, mais souvent fermées	-Amélioration
	-La disposition des lits et des berceaux est anarchique : 40 lits encombrement des salles	-Disposition anarchique des lits : 32 lits sans berceaux à côté	-Non amélioré
	-L'effectif des accouchées et autres pathologies dépassent la capacité litière du service (26 lits)	-Même constat, parfois 2 patientes/lit	-Non amélioré
	-Un sanitaire utilisé par les accouchées non aéré	-Manque d'aération	-Non amélioré
	-Le dossier accouchement (partie SDC non remplie) remplacée par une feuille de surveillance mise au sein du dossier	-Remplissage du dossier est amélioré, on a pris 10 dossiers de manière aléatoire	-Amélioration
	-D'après un entretien avec 7 accouchées, aucune d'elles n'a bénéficié des conseils en matière d'allaitement maternel...	- I.E.C et planification familiale se font par des cassettes vidéo	-Amélioration
	-3 agents de service font l'horaire normal (leurs fonctions se limitent à l'accueil, les petites courses)	- Même constat	-Non amélioré
	-manque de personnel d'accueil pendant les horaires de visite	-La majeure et un agent de service se sont chargées de l'accueil.	-Amélioration

**Tableau XVII : comparaison entre les résultats du constat 2004 et 2007
(Bloc opératoire, stérilisation, échographie, pharmacie)**

Unité visitée au niveau de l'hôpital	Constat Avril 2004 (Equipe du CHU de Marrakech)	Constat Mars 2007 (Notre constat)	Degré d'amélioration
Bloc opératoire	<ul style="list-style-type: none"> - Bloc opératoire non fonctionnel (les urgences sont transférées directement au bloc central) -Les ascenseurs tombent en panne ce qui constitue un danger pour les patients surtout en cas d'urgence, problème de la maintenance 	<ul style="list-style-type: none"> - Tous les cas, programme et urgence, se transfèrent au bloc central, loin de la maternité, au 1^{er} étage - Besoin toujours d'un ascenseur qui peut tomber à tout moment en panne 	<ul style="list-style-type: none"> -Non amélioré -Non amélioré
Stérilisation	<ul style="list-style-type: none"> -De la maternité n'est pas fonctionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> - La stérilisation du bloc de la maternité n'est fonctionnelle par manque de personnel 	<ul style="list-style-type: none"> -Non amélioré
Echographie	<ul style="list-style-type: none"> -Fonctionnement non connu, car pas de registre des malades, ni de compte rendu d'échographie -Pas d'entretien de l'appareil 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de registre ni compte rendu des parturientes examinées - Non entretenu 	<ul style="list-style-type: none"> -Non amélioré -Non amélioré
Pharmacie	<ul style="list-style-type: none"> -Non accessible 24/24heures -Gestion : fiche de stock non mis à jour régulièrement -Pas de moyen de sécurité 	<ul style="list-style-type: none"> -Non accessible 24/24heures -Gestion : fiche de stock est mis à jour régulièrement -Système de sécurité installé dans tout le service 	<ul style="list-style-type: none"> -Non amélioré - Amélioration - Amélioration

Afin d'évaluer le degré de réalisation des remarques de la grille d'observation, de l'équipe du CHU de Marrakech, au niveau de la maternité d'Essaouira, nous avons rapporté le nombre des

remarques, cités dans les tableaux XIII–XVII, et on a calculé le pourcentage d'amélioration depuis la visite de l'équipe du soutien clinique universitaire jusqu'au 2007, comme l'explique le tableau XVIII:

Tableau XVIII : Degré d'amélioration des remarques de la grille d'observation de l'hôpital d'Essaouira

	Nombre de remarques de la grille d'observation	Remarques améliorées	Remarques non améliorées	Degré d'amélioration
Porte d'entrée	3	1	2	1/3 (33,3 %)
Accueil	2	0	2	0/2 (0 %)
Admission	3	1	2	1/3 (33,3 %)
Expectantes	1	1	0	1/1 (100 %)
Salle d'accouchement	15	10	5	10/15 (66,7 %)
Suites de couches	8	4	4	4/8 (50 %)
Bloc opératoire	2	0	2	0/2 (0 %)
stérilisation	1	0	1	0/1 (0 %)
Echographie	2	0	2	0/2 (0 %)
Pharmacie	3	2	1	2/3 (75 %)
TOTAL	40	19	21	19/40 (47,5 %)

On constate que sur les 40 remarques d'améliorations suggérées au niveau d'Essaouira, 19 sont réalisées, soit (47,5 %).

Les changements les plus importants au niveau de l'hôpital d'Essaouira :

- La porte entre la salle d'accouchement et les suites de couches a été refermée
- Dotation de la salle d'accouchement : réfrigérateur pour le Syntocinon, Anti D
- Dotation en cupules pour ventouse et tables d'accouchement
- Vidéo et cassettes pour la planification familiale en post partum
- IEC des accouchées en matière d'allaitement maternel, espacement des naissances et d'hygiène générale

- Intimité : la peinture en blanc et réparation des vitres des fenêtres.

2- Recommandations de la réunion de synthèse

Afin de nous permettre d'apprécier l'apport du soutien clinique universitaire, nous avons évalué le degré de réalisation des recommandations de la réunion de synthèse, de l'équipe du CHU de Marrakech, au niveau des 3 provinces sites de l'étude, d'après notre constat en 2007 et s'il y a un écart d'amélioration ou pas.

Les résultats sont rapportés dans les tableaux ci-dessous :

2-1 Au niveau de la province d'Azilal :

Tableau XIX : Degré de réalisation des recommandations de la réunion de synthèse (structure)

Unité	Constat équipe CHU	Constat notre visite pour thèse
STRUCTURE	1. Prévoir un local (bureau des SF) ou doivent être disposé tous les supports d'information, accessibles à l'ensemble du personnel.	-Réalisé
	2. Transférer la maternité aux locaux à proximité de la porte d'entrée	-Non réalisé
	3. Créer un service d'accueil d'admission de la maternité	-Non réalisé

**Tableau XX : Degré de réalisation des recommandations de la réunion de synthèse
(Structure, ressources humaines, équipement et gestion)**

Unité	Constat équipe CHU	Constat notre visite pour thèse
STRUCTURE (Suite)	<p>4. Créer une unité de consultation à l'hôpital en dehors de la maternité</p> <p>5. Réserver le maximum de lits aux soins obstétricaux et des prises en charge des cas graves</p> <p>6. Prévoir une salle de réanimation maternelle.</p> <p>7. Prévoir une salle pour PEC des N nés des femmes césarisées et nouveaux nés souffrants.</p>	<p>- Non réalisé</p> <p>-Réalisé</p> <p>-Réalisé</p> <p>-Non réalisé</p>
RESSOURCES HUMAINES	<p>8. Affectation d'un gynécologue marocain</p> <p>9. Affecter une personne à l'accueil</p> <p>10. Affecter une personne aux expectantes, et la doter de matériel nécessaire à la surveillance des parturientes.</p> <p>11. Formation des professionnelles en monitoring obstétricale</p> <p>12. Encourager des médecins généralistes formés en SOU au niveau de la maternité.</p> <p>13. Gérer le personnel disponible en évitant qu'une SF travaille sur les infections et vient accoucher des femmes.</p> <p>14. Former le personnel en matière de prévention d'infection nosocomiale.</p>	<p>-Réalisé</p> <p>-Non réalisé</p> <p>-Non réalisé</p> <p>-Réalisé</p> <p>-Réalisé</p> <p>-Non réalisé</p> <p>-Réalisé</p>
EQUIPEMENT ET GESTION	15. Assurer la maintenance du matériel disponible	-Réalisé

**Tableau XXI : Degré de réalisation des recommandations de la réunion de synthèse
(Equipement et gestion, recommandations générales)**

Unité	Constat équipe CHU	Constat notre visite pour thèse
EQUIPEMENT ET GESTION (suite)	16. Former le personnel en matière de dossier accouchement et du registre obstétrical et informatisation du système d'information	-Réalisé
	17. Soutenir le pharmacien de l'hôpital en matière de gestion informatique	-Réalisé
	18. Instaurer une banque de sang.	-Non réalisé
RECOMMANDATIONS GENERALES	19. Elaborer un plan d'action pour la mise en oeuvre de ces recommandations	-Réalisé

Afin d'évaluer le degré de réalisation des recommandations de la réunion de synthèse, de l'équipe du CHU de Marrakech, au niveau de la maternité d'Azilal, nous avons rapporté le nombre des recommandations citées dans les tableaux XIX-XXI, et on a calculé le pourcentage de réalisation depuis la visite de l'équipe du SCUMaP jusqu'au 2007, comme l'explique le tableau XXII :

Tableau XXII: Degré de réalisation des recommandations de la réunion de synthèse

Recommandations	Nombre des recommandations	Réalisé	Non réalisé	Degré de réalisation des recommandations
Structure	7	3	4	3/7 (42,8 %)
Ressources humaines	7	4	3	4/7 (57,1 %)
Equipement et gestion	4	3	1	3/4 (75 %)
Recommandations générales	1	1	0	1/1 (100 %)
Total	19	11	8	11/19 (57,9 %)

On constate que sur les 19 recommandations qui ont été précisées dans la réunion de synthèse, 11 ont été réalisées, soit 57,9 %

2-2 Au niveau de la province d'El Kelaa des sraghna

**Tableau XXIII : Degré de réalisation des recommandations de la réunion de synthèse
(Structure, ressources humaines, équipement et gestion)**

Unité	Constat équipe CHU	Constat notre visite pour thèse
STRUCTURE	1. Circuit obstétrical, (salle d'accouchement), intimité lors des visites 2. Le fonctionnement de la salle de déchoquage 3. Salle de déchoquage à implanter 4. Humanisation de la salle d'accouchement	-Réalisé -Réalisé -Réalisé -Réalisé
RESSOURCES HUMAINES	5. La gestion des systèmes de roulement et des gardes du personnel médical et infirmiers 6. Encadrement individualisé des SOUB par les obstétriciens, réanimateur, pédiatre et SIAAP	-Réalisé -Réalisé
EQUIPEMENT ET GESTION	7. La transcription des données dans la 3ème section du Partogramme 8. L'envoi des fiches de contre référence à temps (1 semaine au maximum) 9. L'audit doit être réalisé régulièrement (1 fois par mois au minimum, avec implication du réanimateur, pédiatre, SOUB concerné, SIAAP) 10. Rentabiliser les lits disponibles à la maternité 11. Qualité de la référence	-Amélioré -Amélioré -Amélioré -Non réalisé -Amélioré

**Tableau XXIV : Degré de réalisation des recommandations de la réunion de synthèse
(Médicaments et fongibles)**

Unité	Constat équipe CHU	Constat notre visite pour thèse
MEDICAMENT ET FONGIBLES	12. Disponibilité des médicaments d'urgence (anti-hypertenseurs)	-Non réalisé

Afin d'évaluer le degré de réalisation des recommandations de la réunion de synthèse, de l'équipe du CHU de Marrakech, au niveau de la maternité d'El Kelaa des Sraghna, nous avons rapporté le nombre des recommandations citées dans les tableaux XXIII-XXIV, et on a calculé le pourcentage de réalisation depuis la visite de l'équipe du SCUMaP jusqu'au 2007, comme l'explique le tableau XXV :

Tableau XXV : Degré de réalisation des recommandations de la réunion de synthèse

Recommandations	Nombre des recommandations	Réalisé	Non réalisé	Degré de réalisation des recommandations
Structure	4	4	0	4/4 (100 %)
Ressources humaines	2	2	0	2/2 (100 %)
Equipement et gestion	5	4	1	4/5 (80 %)
Médicaments et fongibles	1	0	1	0/1 (0 %)
Total	12	10	2	10/12 (83,3 %)

On constate que sur les 12 recommandations qui ont été précisées dans la réunion de synthèse, 10 ont été réalisées, soit 83,3 %

2-3 Au niveau de la province d'Essaouira

**Tableau XXVI: Degré de réalisation des recommandations de la réunion de synthèse
(Porte d'entrée, maternité, unité d'accouchement)**

<i>Unité</i>	<i>Constat équipe CHU</i>	<i>Constat notre visite pour thèse</i>
PORTE D'ENTREE DE L'HOPITAL	1. Entretien et amélioration de l'hygiène, téléphone, signalisation	- Non réalisé
MATERNITE	2. Circuit proposé : Adopter l'ancien circuit qui est mieux adapté : accueil, admission et expectantes 3. Refermer la porte entre la salle d'accouchement et les suites de couches	- Non réalisé - Réalisé
UNITE D'ACCOUCHEMENT	4. Fonctionnement du bloc opératoire (rendre le bloc fonctionnel, problème de retard dans les urgences) 5. Réparation et peinture des fenêtres === aération 6. Gestion des déchets (prévoir un incinérateur) 7. Renforcement des équipes de garde (équipe d'appui SF) 8. Gestion du personnel (affectation d'un personnel d'accueil et répartition des agents de service au niveau de la salle d'accouchement) 9. Dotation de la salle d'accouchement : réfrigérateur pour le Syntocinon, Anti D	- Non réalisé - Réalisé - Réalisé - Réalisé - Non réalisé - Réalisé

**Tableau XXVII: Degré de réalisation des recommandations de la réunion de synthèse
(Unité d'accouchement, unité des suites de couches)**

Unité	Constat équipe CHU	Constat notre visite pour thèse
UNITE D'ACCOUCHEMENT (suite)	10. Système de sécurité à prévoir 11. Dotation en cupules pour ventouse, et en tables d'accouchement 12. 1 cahier pour les gestantes retournées chez elles (pas en travail plus de 10 femmes consultent/ jour sans être enregistrées) 13. Remplissage des dossiers accouchements et partogramme au fur et à mesure de la surveillance du travail 14. Dotation du service en moyen de communication, d'un logiciel SONU	- Réalisé - Réalisé - Non réalisé - Réalisé - Non réalisé
UNITE DES SUITES DE COUCHES	15. Aération à améliorer 16. Réduction de la durée de séjour des accouchées selon l'état des accouchées (12h) 17. Vidéo et cassettes à prévoir pour la planification familiale en post partum 18. IEC des accouchées en matière d'allaitement maternel, espacement des naissances et d'hygiène générale 19. Remplissage systématique de la partie SDC 20. Rendre fonctionnel le bloc opératoire de la maternité 21. Responsabiliser 2 personnes de la maternité pour la stérilisation	- Non réalisé - Réalisé - Réalisé - Réalisé - Non réalisé - Non réalisé - Non réalisé

**Tableau XXVIII: Degré de réalisation des recommandations de la réunion de synthèse
(Unité des suites de couches, suite)**

<i>Unité</i>	<i>Constat équipe CHU</i>	<i>Constat notre visite pour thèse</i>
UNITE DES SUITES DE COUCHES (suite)	22. L'équipe de garde du bloc central peut se déplacer à la maternité au lieu de déplacer la parturiente	- Non réalisé
	23. Intimité : la peinture en blanc des vitres des fenêtres	- Réalisé
	24. Accueil : penser au problème rompu à cette tache	- Non réalisé
	25. Echographie : mettre à jour un registre et un compte rendu des patientes examinées	- Non réalisé
	26. Optimiser les SOUB de la province pour diminuer le flux des parturientes.	- Amélioré

Afin d'évaluer le degré de réalisation des recommandations de la réunion de synthèse, de l'équipe du CHU de Marrakech, au niveau de la maternité d'Essaouira, nous avons rapporté le nombre des recommandations citées dans les tableaux XXVI-XXVIII, et on a calculé le pourcentage de réalisation depuis la visite de l'équipe du SCUMaP jusqu'au 2007, comme l'explique le tableau XXIX:

Tableau XXIX : Degré de réalisation des recommandations de la réunion de synthèse

Recommandations	Nombre des recommandations	Réalisé	Non réalisé	Degré de réalisation des recommandations
Porte d'entrée de l'hôpital	1	0	1	0/1 (0 %)
Maternité	2	1	1	1/2 (50 %)
Unité d'accouchement	11	7	4	7/11 (63,6 %)
Unité des suites de couches	12	5	7	5/12 (41,7 %)
Total	26	13	13	13/26 (50 %)

On constate que sur les 26 recommandations qui ont été précisées dans la réunion de synthèse, 13 ont été réalisées, soit 50 %.

3- Indicateurs de performance :

Notre 3^{ème} méthode d'évaluation, concerne les indicateurs de performance des provinces, indicateur d'utilisation et de qualité, avant ou au cours d'application et après le SCUMaP, afin de pouvoir évaluer l'impact de cette approche.

3-1 Au niveau d'Azilal :

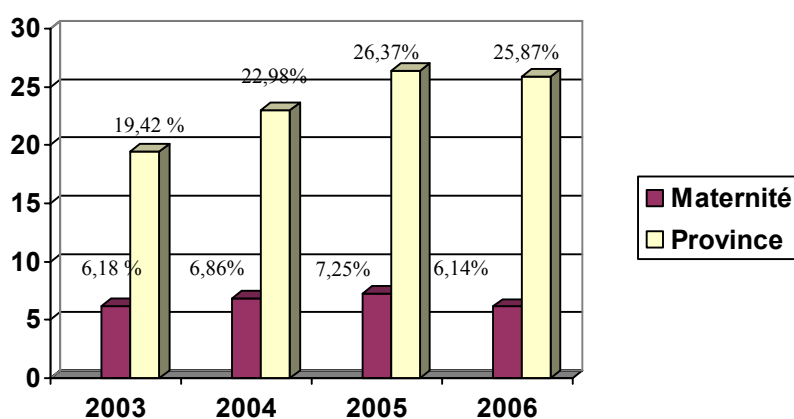


Fig. 5 : Taux d'accouchement

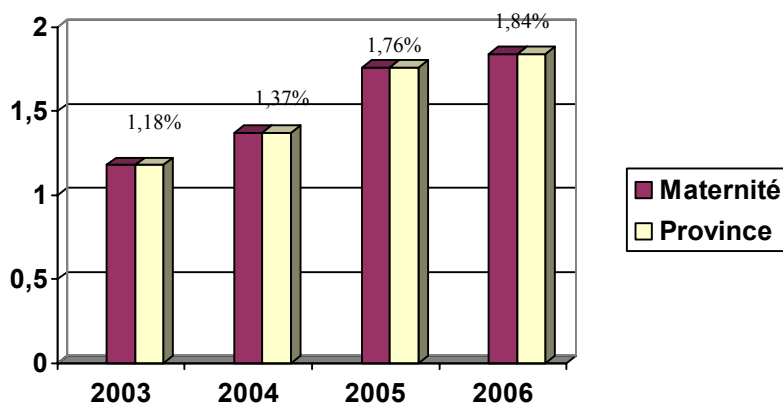


Fig. 6 : Taux de césarienne

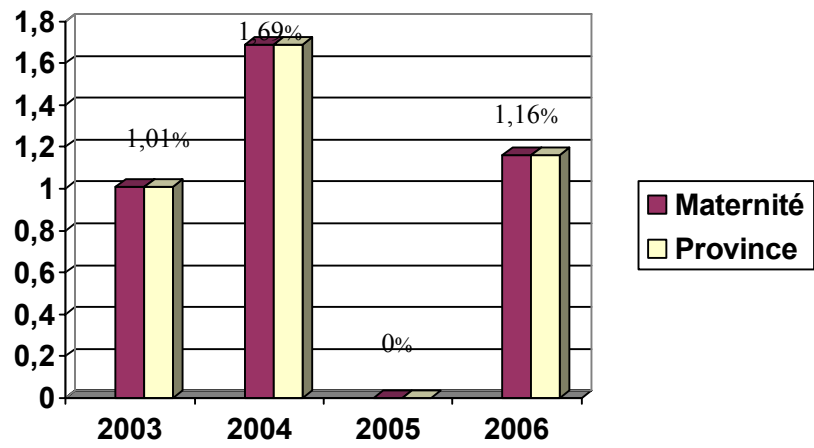


Fig. 7 : Taux de létalité

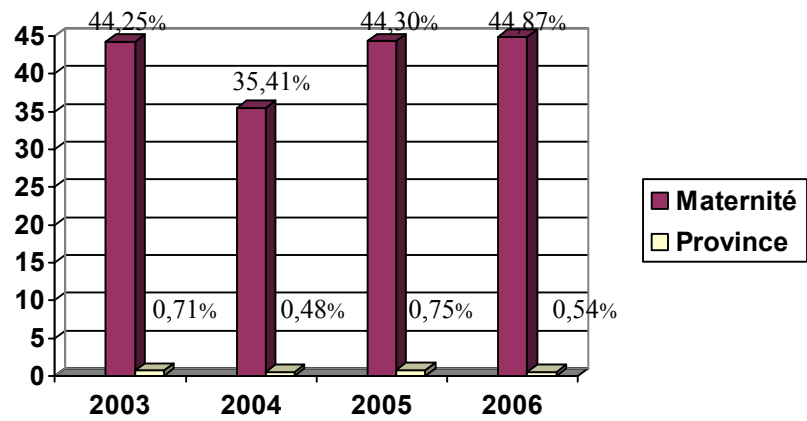


Fig. 8 : Taux des cas compliqués pris en charge

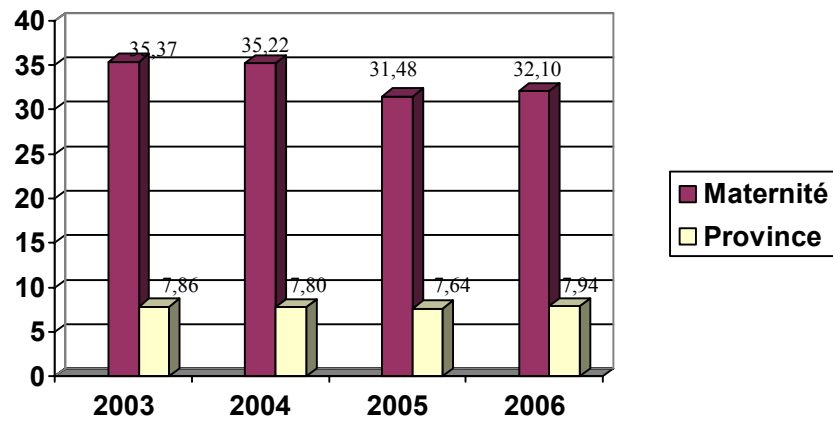


Fig. 9 : Taux de mortalité maternelle

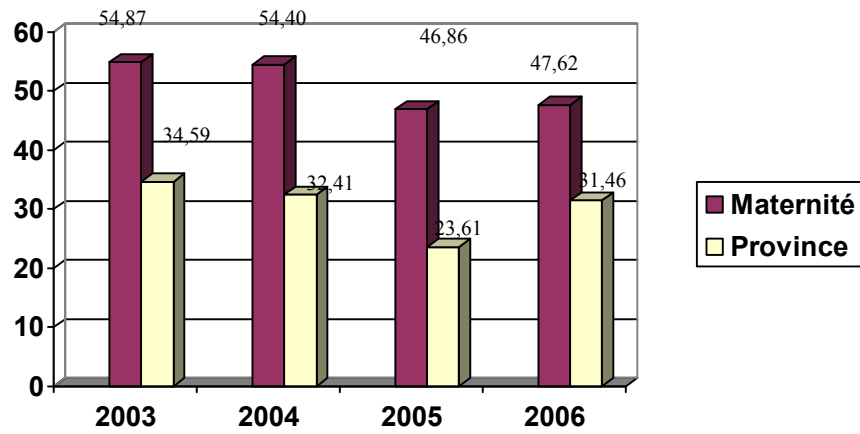


Fig. 10 : Taux de mortalité périnatale

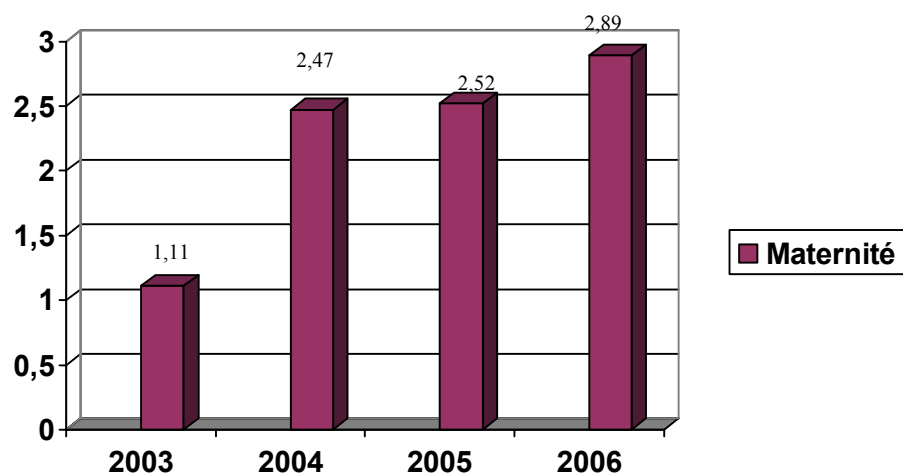


Fig. 11 : Taux de mortalité néonatale (Moins de 24h)

On a rapporté l'évolution des indicateurs de performance au niveau de la province d'Azilal. (Voir tableau XXX)

Tableau XXX : Evolution des indicateurs au niveau de la province d'Azilal

Indicateur	Evolution 2003-2004	Evolution 2004-2005	Evolution 2005-2006
Taux d'accouchement	+3,56 %	+3,39 %	-0,5%
Taux de césarienne	+0,19 %	+0,39 %	+0,08 %
Taux de létalité	+0,68 %	-1,69 %	+1,16 %
Taux de cas compliqués pris en charge	+0,23 %	+0,27%	-0,21%
Taux de mortalité maternelle pour 1000 NV	-0,06	-0,16	+0,3
Taux de mortalité périnatale pour 1000NV	-2,18	-8,80	+7,85
Taux de mortalité néonatale pour 1000 NV (maternité)	+1,36	-0,05	+0,37

3-2 Au niveau d'El Kelaa des Sraghna :

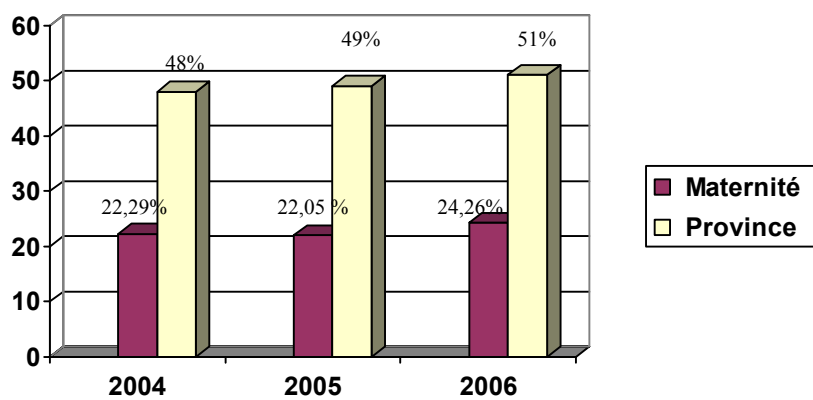


Fig. 12 : Taux d'accouchement

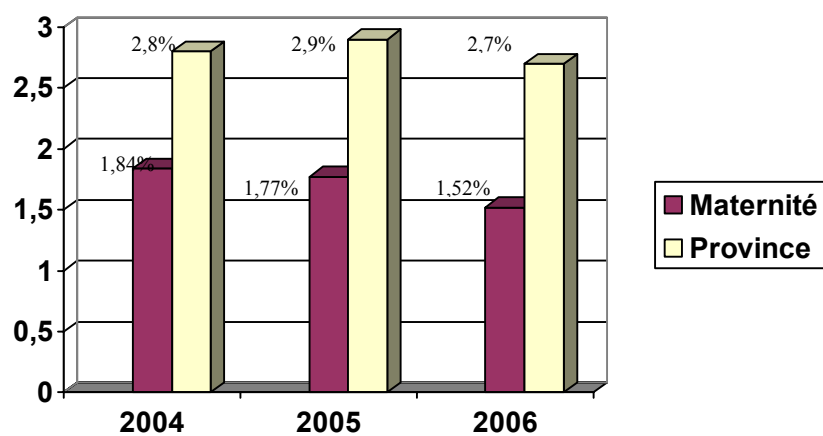


Fig. 13 : Taux de césarienne

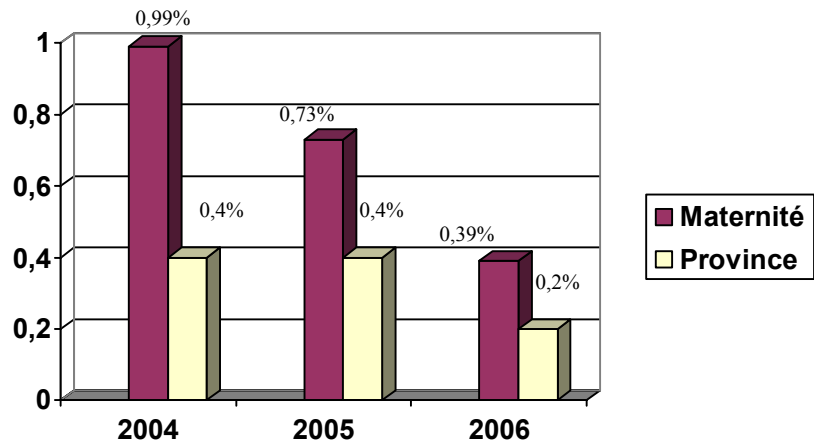


Fig. 14 : Taux de létalité

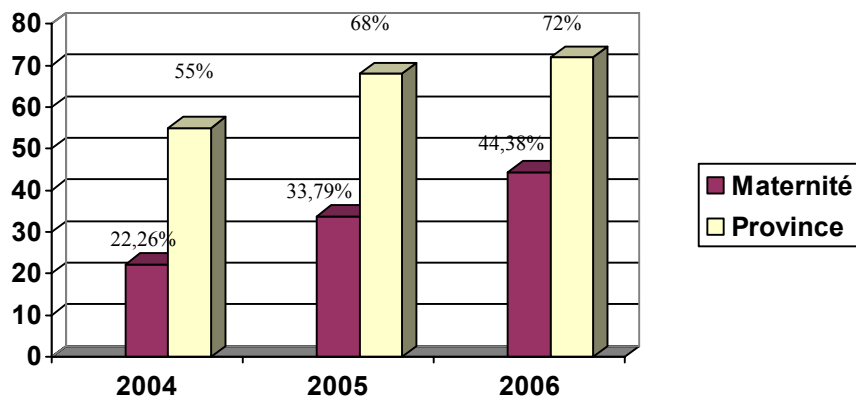


Fig. 15 : Taux des cas compliqués pris en charge

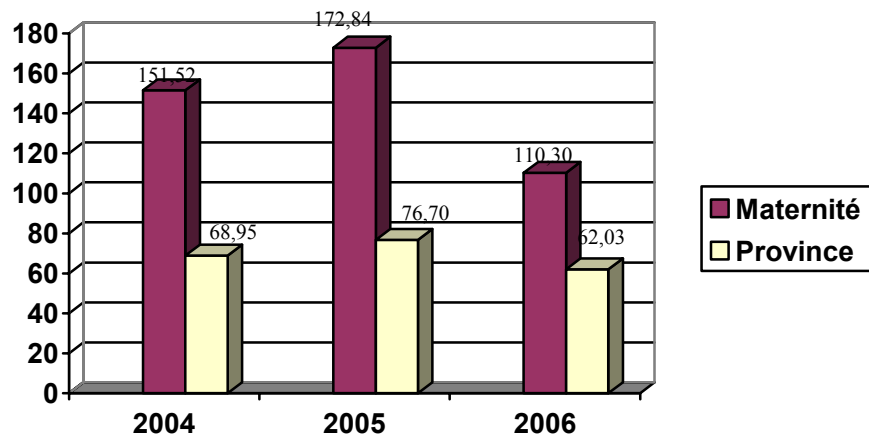


Fig. 16 : Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)

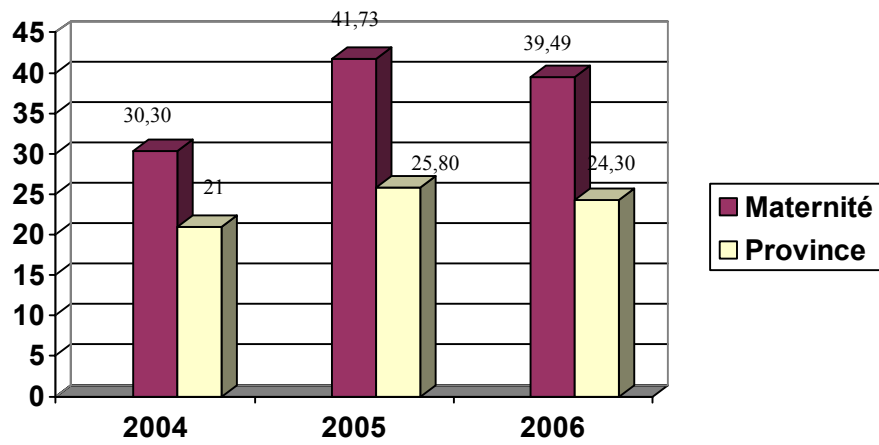


Fig. 17 : Taux de mortalité périnatale (pour mille)

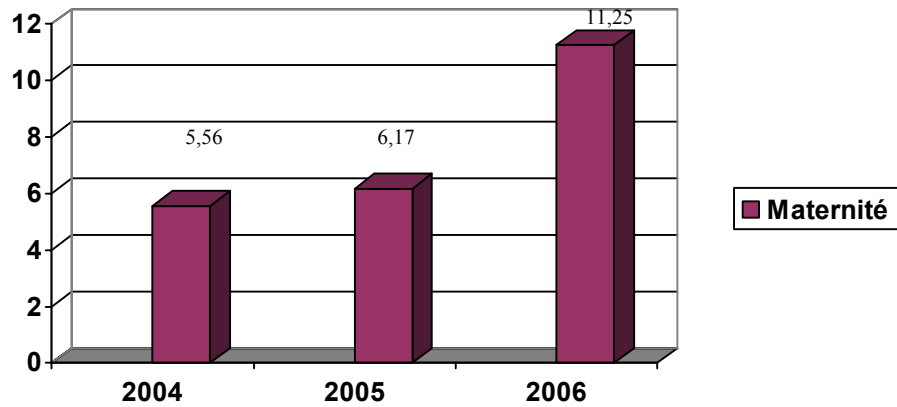


Fig. 18 : Taux de mortalité néonatale (moins de 24h)

Nous avons rapporté l'évolution des indicateurs de performance au niveau de la province d'El Kelaa des Sraghna. (Voir tableau XXXI)

Tableau XXXI : Evolution des indicateurs de la province d'El Kelaa des Sraghna

Indicateur	Evolution 2004-2005	Evolution 2005-2006
Taux d'accouchement	+1 %	+2 %
Taux de césarienne	+0,1 %	-0,2 %
Taux de létalité	0 %	-0,2 %
Taux de cas compliqués pris en charge	+13 %	+4 %
Taux de mortalité maternelle pour 100000 NV	+7,75	-14,67
Taux de mortalité périnatale pour 1000 NV	+4,8	-1,5
Taux de mortalité néonatale pour 1000 NV (maternité)	+0,61	+5,08

3-3 Au niveau d'Essaouira :

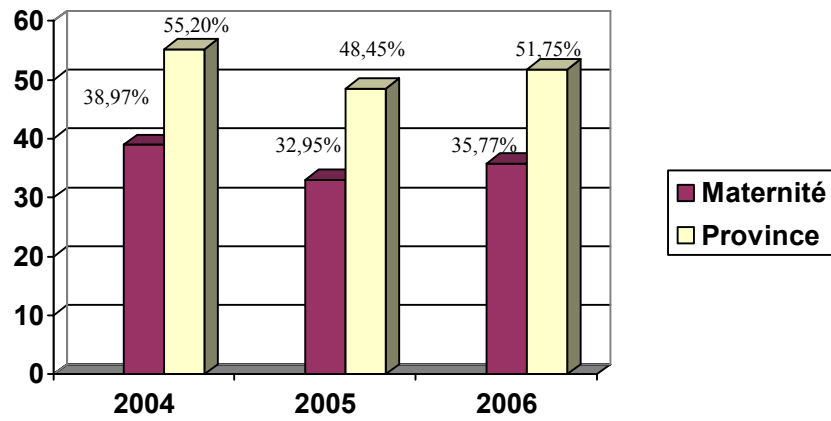


Fig. 19 : Taux d'accouchement

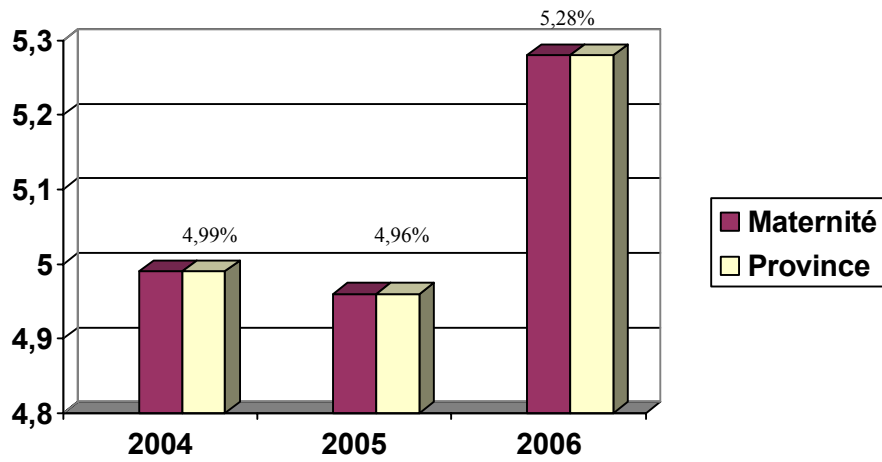


Fig. 20 : Taux de césarienne

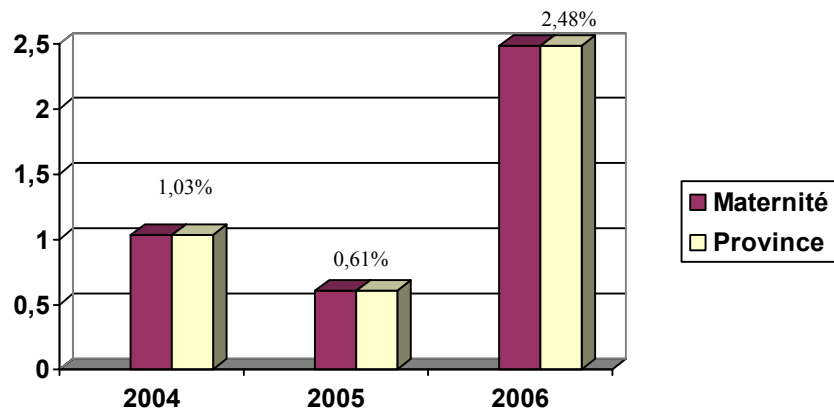


Fig. 21 : Taux de létalité

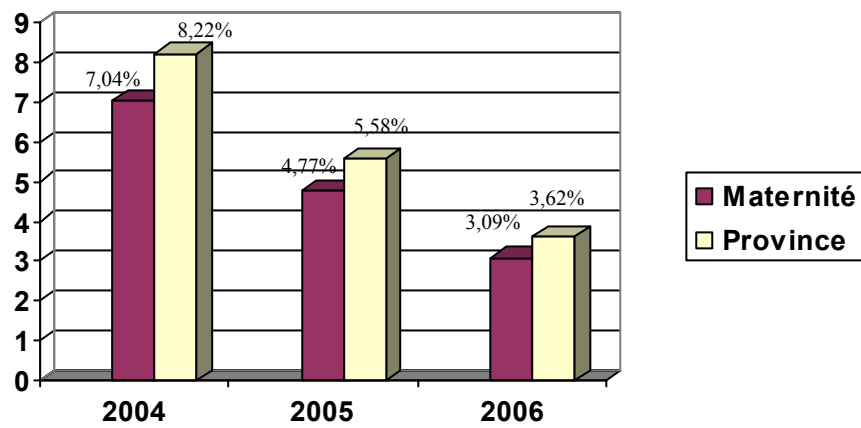


Fig. 22 : Taux des cas compliqués pris en charge

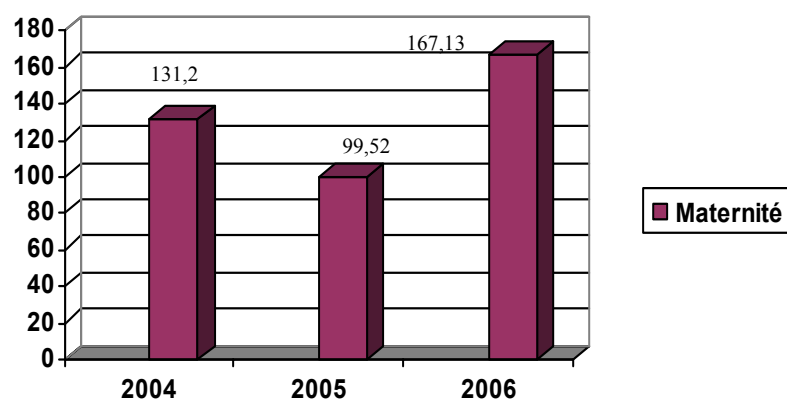


Fig. 23 : Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)

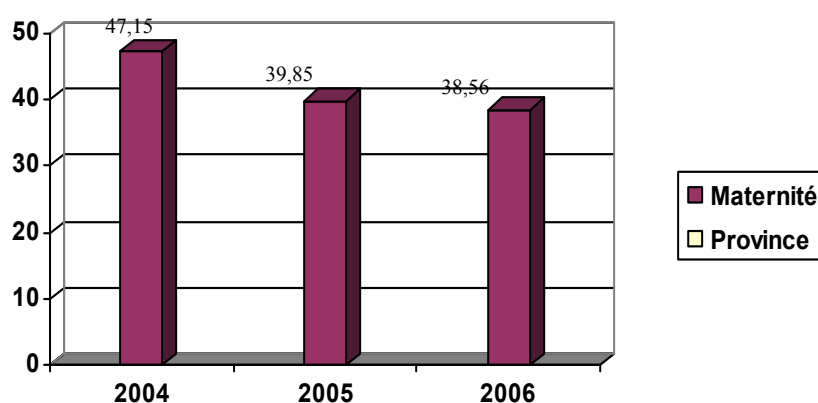


Fig. 24 : Taux de mortalité périnatale (pour mille)

Nous avons rapporté l'évolution des indicateurs de performance au niveau de la province d'Essaouira. (Voir tableau XXXII)

Tableau XXXII : Evolution des indicateurs de la maternité d'Essaouira

Indicateur	Evolution 2004-2005	Evolution 2005-2006
Taux d'accouchement	-6,02 %	+2,82 %
Taux de césarienne	-0,03 %	+0,32 %
Taux de létalité	-0,42 %	+1,87 %
Taux de cas compliqués pris en charge	-2,27 %	-1,68 %
Taux de mortalité maternelle pour 100000 NV	-31,68	+67,61
Taux de mortalité périnatale pour 1000 NV	-7,3	-1,29
Taux de mortalité néonatale pour 1000 NV	Non chiffré	Non chiffré

4- Questionnaire

Pour pouvoir évaluer le SCUMaP, selon le personnel des maternités hospitalières au niveau des 3 provinces, nous avons utilisé un questionnaire adressé aux responsables, personnel médical et paramédical.

Les résultats du questionnaire, se présentent comme suit :

4-1 Identification selon les provinces

Population ciblée : 30

Population qui a répondu au questionnaire : 19

(Voir tableau XXXIII)

Tableau XXXIII : Identification selon les provinces

Profil	Nombre de personnes répondant au questionnaire/ciblés	Provinces		
		AZILAL	EL KELAA DES SRAGHNA	ESSAOUIRA
Délégué	1 /3	-	-	1
Directeur de l'hôpital	3/3	1	1 (c'est aussi le gynéco-obst)	1
Gynéco-obstétricien	4/6	1 (chirurgien)	2	1
Pédiatre	1/3	-	1	-
Sage femme	6/6	3	3	-
Infirmière accoucheuse	2/5	-	-	2
Infirmière polyvalente	3/4	2	1	-

4-2 Nombre de personne qui ont participé au déroulement de l'approche intitulée : SCUMaP

(Voir tableau XXXIV)

Tableau XXXIV : participation au déroulement du soutien clinique et contribution au contact préliminaire

Provinces	Nombre de personne qui ont participé au déroulement du soutien clinique universitaire / nombre de personne interrogé	Nombre de personne qui ont contribué au déroulement et organisation de la réunion du contact préliminaire avec le personnel de la maternité / nombre de personne interrogé
AZILAL	6/7	5/7
EL KELAA DES SRAGHNA	5/7	3/7
ESSAOUIRA	3/5	1/5

4-3 Nombre de personne contribuant au déroulement et organisation de la réunion du contact préliminaire avec le personnel de la maternité : (Voir tableau XXXIV)

Les objectifs et résultats attendus du soutien clinique universitaire selon le personnel participant :

- Diminuer le taux de la mortalité maternelle
- Améliorer la qualité de la prise en charge des cas compliqués
- Identifier le dysfonctionnement et contraintes
- Organisation du travail (circuit de la parturiente)

4-4 La réalisation des activités (composantes du soutien clinique) programmées et expliquées durant la réunion préliminaire selon le personnel :

Nous avons vu si les activités du soutien clinique ont été réalisées, selon le personnel des maternités hospitalières, on a montré le nombre de personne avec réponse positive ou négative ou neutre/ le nombre des personnes interrogés au niveau de chaque province, le reste n'a pas participé et n'a aucune idée (voir tableau XXXV).

Tableau XXXV : réalisation des composantes du soutien clinique universitaire dans les maternités hospitalières selon le personnel interrogé au niveau des provinces

Composantes du Soutien clinique :				
Démonstration clinique		oui		
		non		
		nsp*		
Staff médical		oui		
		non		
		nsp		
Analyse des Indicateurs		oui		
		non		
		nsp		
Référence et contre référence des cas compliqués		oui		
		non		
		nsp		
Grille de supervision		oui		
		non		
		nsp		
Les audits cliniques des SOU		oui		
		non		
		nsp		
Gestion, planification des activités de la maternité		oui		
		non		
		nsp		
ESSAOUIRA	1/5	5/7	6/7	AZILAL
	2/5	-	-	
	-	-	-	
EL KELAA DES SRAGHINA	1/5	4/7	2/7	
	2/5	1/7	4/7	
	-	-	-	
	3/5	5/7	5/7	
	-	-	1/7	
	-	-	-	
	3/5	5/7	5/7	
	-	-	1/7	
	-	-	-	
	1/5	3/7	1/7	
	2/5	-	4/7	
	-	2/7	1/7	
	3/5	5/7	5/7	
	-	-	1/7	
	-	-	-	
	2/5	5/7	3/7	
	1/5	-	3/7	
	-	-	-	

(*) : Ne sait pas

4-5 Le nombre de personne qui ont bénéficié d'un appui/soutien technique et clinique ou organisationnel durant la visite du SCUMaP avec description de la nature et le contenu de cet appui :

(Voir tableau XXXVI)

Tableau XXXVI : appui et apport du soutien clinique universitaire selon le personnel

Provinces	Appui /soutien technique et clinique ou organisationnel durant la visite du SCUMaP	Apport des membres de l'équipe universitaire pour vos capacités techniques personnelles et pour la maternité
AZILAL	Oui : 2/7* Non : 4/7 NP** : 1/7 <ul style="list-style-type: none"> - Techniques d'accouchement - CAT devant des cas compliqués - Utilisation du syntocinon - Délai de prise en charge - Application de ventouses - Réfection de l'épisiotomie - Prévention de l'hémorragie de la délivrance 	Oui: 4/7 Sans réponse: 2/7 NP:1/7 <ul style="list-style-type: none"> - Bonne prise en charge des parturientes et surtout des cas compliqués - Amélioration de la qualité des soins et prise en charge des parturientes
EL KELAA DES SRAGHNA	Oui : 4/7 Non : 1/7 NP : 2/7 <ul style="list-style-type: none"> - Réorganisation (salle d'échographie, salle de déchocage...) - Staff - Démonstration de la délivrance dirigée - Méthodologie à suivre au cours des séances d'audit des cas near miss - Présentation et discussion des résultats du monitoring des SOU 	Oui: 4/7 Sans réponse:1/7 NP:2/7 <ul style="list-style-type: none"> - Positif - Prise en charge adéquate des d'urgence obstétricale - Amélioration des cas d'hémorragie de la délivrance par délivrance dirigée Amélioration de prise en charge des cas de near miss
ESSAOUIRA	Oui : 1/5 Non : 2/5 NP : 2/5 <ul style="list-style-type: none"> - Uniquement organisationnel, mais les modifications ne peuvent être appliquées, car la structure ne s'y prête pas (manque de chambre) Ex : durée d'hospitalisation 24h impossible	Pas d'apport : 3/5 NP : 2/5 <ul style="list-style-type: none"> - Aucun apport avec toute modestie, la prise en charge est équivalente au CHU, sauf problème de sang (peu de malade référé au CHU) - La visite de l'équipe universitaire était une visite de supervision en premier lieu

(*) Nombre de personne bénéficiant/nombre de personne interrogé

(**) NP : n'a pas participé au soutien clinique

4-6 Décrire de l'apport des membres de l'équipe universitaire aux capacités techniques personnelles et pour la maternité selon le personnel

(Voir tableau XXXVI)

4-7 Description du déroulement de la réunion de synthèse et principales conclusions selon le personnel :

(Voir tableau XXXVII)

Tableau XXXVII : conclusions de la réunion de synthèse et degré de mise en œuvre du plan d'action des recommandations du soutien clinique

Provinces	Déroulement de la réunion de synthèse et conclusions	Plan d'action pour la mise en œuvre des recommandations du soutien clinique et degré de sa mise en œuvre
AZILAL	<p>Sans réponse : 4/7* NP** : 1/7</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboration d'un plan d'action - Donner des recommandations - Synthèse sur la prise en charge des 7 complications obstétricales 	<p>Réalisé : 2/7 Non réalisé : 3/7 Sans réponse : 1/7 NP : 1/7</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réalisé : un plan d'action a été élaboré pour être mise en œuvre au niveau des 3 structures d'accouchement - Degré de sa mise en œuvre est faible (salle d'admission...)
EL KELAA DES SRAGHNA	<p>Sans réponse : 3/7 NP : 2/7</p> <ul style="list-style-type: none"> - Après avoir fini les différentes étapes du soutien clinique par l'équipe multidisciplinaire, un rassemblement des différents membres a été organisé pour la formulation de synthèse Conclusions concernant, surtout, l'organisation du travail du personnel 	<p>Réalisé : 3/7 Non réalisé : - Sans réponse : 2/7 NP : 2/7</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réalisé : certaines recommandations - Degré de mise en œuvre est moyennement satisfaisant - Pratique de la délivrance dirigée - Instauration de l'audit clinique - Organisation du circuit de la parturiente (salle d'admission, des expectantes, d'accouchement, des suites de couches, sensibilisation du personnel de la maternité)
ESSAOUIRA	<p>Sans réponse : 2/5 NP : 2/5</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sous forme de conseils : modifier le circuit obstétrical - Modification de l'accueil (portail, gardien..) - Manque de salle de déchoquage - Porte à la SA et SDC - Peinture des vitres transparentes 	<p>Réalisé : 2/5 Non réalisé : 1/5 Sans réponse :- NP : 2/5</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en marche de l'unité d'urgence /salle de déchoquage

4-8 Idée du personnel sur l'élaboration du plan d'action des recommandations du soutien clinique et le degré de sa mise en œuvre

(Voir tableau XXXVII)

4-9 Appréciation du personnel sur le Soutien Clinique universitaire des maternités hospitalières

(Voir tableau XXXVIII)

**Tableau XXXVIII : Appréciation sur le soutien clinique
selon le personnel interrogé**

Appréciation sur le Soutien clinique :	Durée			Composition de l'équipe			Contenu			Etapas			Apport		
	Bon	Moyen	Faible	Bon	Moyen	Faible	Bon	Moyen	Faible	Bon	Moyen	Faible	Bon	Moyen	Faible
AZILAL	-	4/7	2/7	4/7	2/7	-	4/7	2/7	-	3/7	2/7	1/7	5/7	1/7	-
EL KELAA DES SRAGHNA	5/7	-	-	5/7	-	-	5/7	-	-	5/7	-	-	3/7	2/7	-
ESSAOUIRA	1/5	2/5	-	3/5	-	-	2/5	1/5	-	2/5	-	1/5	-	1/5	2/5

4-10 Propositions pour améliorer cette approche selon le personnel au niveau des 3 provinces :

♣ Au niveau d'Azilal :

- Augmenter le nombre des visites
- Organiser des sessions de formation des prestataires au niveau des structures de haute compétence
- Formation continue du personnel (sage femme) concernant les techniques d'accouchement et soins obstétricaux d'urgence
- CAT devant les 7 complications
- Techniques d'accouchement
- Réfection de l'épisiotomie.

^ Au niveau d'El Kelaa des Sraghna :

- Les visites du soutien clinique doivent être rapprochées, multiples et continues, surtout, dans le but d'une amélioration de qualité et d'un apport des actualités
- Motiver le personnel médical et paramédical à collaborer dans cette approche, ceci ne peut qu'apporter un point positif à la maternité
- Le soutien clinique universitaire a permis d'améliorer les conditions de travail et aussi, l'amélioration du plateau technique
- Indemniser le personnel paramédical
- Régularité des visites.

^ Au niveau d'Essaouira :

- Pas de démonstrations pratiques
- Choisir un moment convenable avec information de toutes les équipes de la salle d'accouchement et suites de couches (surtout au milieu de la semaine)
- Régularité des visites
- Expliquer à l'équipe provinciale le concept du soutien clinique, avant le déplacement
- Faire des propositions logiquement réalisables sur le terrain, en fonction de l'environnement de chaque hôpital.

DISCUSSION

La discussion nous a permis de relever les points forts ainsi que les limites de l'approche du soutien clinique universitaire au niveau des maternités provinciales.

L'analyse, au niveau des 3 provinces, site de l'étude :

- Des résultats de la grille d'observation en pré et post SCUMaP
- De l'application des recommandations de la réunion de synthèse
- Des indicateurs de performance des provinces
- Du questionnaire adressé aux personnels au niveau des 3 provinces

a permis de mettre en évidence les changements enregistrés au niveau des maternités hospitalières après la visite de l'équipe du soutien clinique universitaire.

L'importance de ces changements varie selon le type du paramètre étudié.

1- Grille d'observation :

1-1 Au niveau de l'hôpital d'Azilal :

Nous constatons que sur les 40 remarques de la grille d'observation suggérées lors de la visite du soutien clinique universitaire, 20 sont réalisées, soit (50 %).

L'analyse des différentes recommandations d'améliorations suggérées (tableaux I-VI), montrent que :

Les changements les plus positifs ont été :

- Bloc opératoire devenu fonctionnel (100 % des recommandations ont été réalisées à ce niveau)
- La salle d'accouchement : 9/13 des recommandations ont été réalisées soit 69,2 %
- Déménagement de la salle d'échographie
- L'admission : 4/8 (surtout en ce qui concerne la prévention de l'infection)
 - o Raisons : l'équipe du soutien clinique qui a pu mettre le point sur les dysfonctionnements et contraintes
 - o Vigilance des responsables dirigeant
 - o Affectation d'un gynécologue marocain, en plus de l'équipe chinoise
 - o Implication du chirurgien viscérale en gynécologie
 - o Affectation de plus de personnel paramédical
 - o Dotation par les kits d'épisiotomie et d'accouchement.

Ceux négatifs ont été au niveau de :

- Porte d'entrée, où aucune recommandation n'a été réalisée,
 - o Raisons : problème d'un nouveau contrat de sous-traitance, en cours d'amélioration de l'état actuel.
- Et une seule sur le plan de l'accueil
 - o Raisons : problème de manque de personnel.
 - o Accès difficile de la maternité

1-2 Au niveau de l'hôpital d'El Kelaa des Sraghna :

Nous constatons que sur les 42 recommandations de la grille d'observation suggérées lors de la visite du soutien clinique universitaire, 34 sont réalisées, soit 80,9 % d'après notre évaluation (au bout de 3 ans de la visite de l'équipe du CHU)

Ceci ne peut que montrer l'intérêt de la continuité d'une telle approche.

L'analyse des différentes recommandations d'améliorations suggérées (tableaux VII-XII), montrent que :

Les changements les plus positifs ont été presque au niveau de toutes les unités étudiées, saufs au niveau de la porte d'entrée et l'accueil

- o Raisons : la maternité d'El Kelaa des Sraghna avait surtout un problème d'équipement et gestion contrairement à Essaouira
- o L'accès facile et la structure de la maternité prête à effectuer un changement à l'opposé des autres provinces.

1-3 Au niveau d'Essaouira :

Nous constatons que sur les 40 recommandations de la grille d'observation suggérées, 19 sont réalisées, soit 47,5 %

L'analyse des différentes recommandations d'améliorations suggérées (tableaux XIII-XVIII), montrent que :

Les changements les plus positifs ont été au niveau de la salle d'accouchement et la pharmacie

- o Raisons : les remarques ont concernés surtout l'équipement et la gestion à ce niveau

Ceux négatifs :

Le grand problème c'est au niveau du bloc opératoire, les suites de couches, accueil et admission

- Raisons : manque de personnel, ce qui bloque même le fonctionnement du bloc
- Problème de structure, du local et des façades de la maternité qui donne sur la porte d'entrée de l'hôpital ce qui compromet l'intimité des parturientes, contrairement à l'hôpital d'ElKelaa, dont la maternité est d'accès facile, avec des locaux adéquats. Alors qu'au niveau d'Azilal, le problème est surtout d'accès.
- La mauvaise aération est parmi les problèmes majeurs au niveau de la maternité, due à son aménagement au niveau de ce local inadapté
- Les structures et l'architecture de la maternité ne prêtent pas un grand changement concret
- La capacité litière de la maternité qui ne répond pas aux besoins.

2- Recommandations de la réunion de synthèse :

2-1 Au niveau de l'hôpital d'Azilal :

Nous constatons que sur les 19 recommandations qui ont été précisées dans la réunion de synthèse, 11 ont été réalisées, soit 57,9 %. D'après l'analyse des tableaux XIX-XXII :

Les changements les plus positifs : ont été rapportés au niveau d'équipement et gestion 75 % des recommandations ont été réalisées ainsi qu'au niveau de l'élaboration du plan d'action qui a été réalisée.

- Raisons : dotation de la maternité par le ministère de la santé et les bienfaiteurs
- Formation continue du personnel
- Les accouchements à domicile continuent à se faire dans cette région à un taux élevé selon le personnel et la population, soit par un problème d'accès ou de coût élevé, ce qui diminue relativement de la pression exercée sur cette maternité, malgré son taux d'accouchement considérable.

Mais, on doit noter qu'au niveau des structures, une des principales recommandations, a été réalisée ; c'est le déménagement d'une réanimation médicale à côté de la salle d'accouchement pour améliorer la prise en charge des urgences obstétricales.

Ceux plus ou moins négatifs : concernent les ressources humaines

- Raisons : manque de personnel

2-2 Au niveau de l'hôpital d'El Kelaa des Sraghna :

Nous constatons que sur les 12 recommandations qui ont été précisées dans la réunion de synthèse, 10 ont été réalisées, soit 83,3 %. D'après l'analyse des tableaux XXXIII-XXV Le changement a touché les structures, les ressources humaines, gestion et équipement

- Raisons : les dirigeants sont restés les mêmes; ceux-ci ont participé et ont suivi le soutien clinique universitaire (délégué et directeur de l'hôpital), ce qui a permis une meilleure application des recommandations avec un bon suivi, contrairement aux autres provinces.

2-3 Au niveau de l'hôpital d'Essaouira :

Nous constatons que sur les 26 recommandations qui ont été précisées dans la réunion de synthèse, 13 ont été réalisées, soit 50 % surtout au niveau de la salle d'accouchement, d'après l'analyse des tableaux XXVI-XXIX.

- Raisons : affectation des dirigeant à une autre province sans passation des consignes, probablement, concernant le soutien clinique universitaire dans les maternités provinciales, comme va le montrer notre questionnaire par la suite. Alors qu'au niveau d'Azilal, il y avait un départ du directeur de l'hôpital qui a participé au soutien clinique universitaire, ce qui n'était pas en faveur d'un suivi meilleur. Ce ci, ne doit pas influencer sur la continuité de l'application du plan d'action des recommandations ou leurs suivies.

3- Indicateurs de performance des provinces :

La comparaison et l'analyse de certains indicateurs de performance au niveau des maternités hospitalières des 3 provinces, entre les périodes avant ou d'application, et après le soutien clinique universitaire (2003, 2004, 2005 et 2006), montrent une tendance plus ou moins favorable qui se manifeste par :

3-1 Au niveau d'Azilal :

D'après l'analyse des figures 5-11 et du tableau XXX, nous avons remarqué :

- L'augmentation du pourcentage des accouchements en milieu surveillé en 2003-2004, 2004-2005 puis une diminution en 2005-2006
- L'augmentation du taux de césariennes
- L'augmentation du pourcentage des complications prises en charge en 2003-2004 2004-2005 puis une diminution en 2005-2006
- La diminution du taux de létalité en 2004-2005 puis une augmentation en 2005-2006
- La diminution du taux de mortalité maternelle, périnatale et néonatale (moins de 24h) en 2004-2005 puis une augmentation après le soutien clinique.

3-2 Au niveau d'El Kelaa des Sraghna :

D'après l'analyse des figures 12-18 et du tableau XXXI, nous avons remarqué :

- L'augmentation du taux d'accouchement
- Une augmentation du taux de césarienne en 2004-2005, puis une légère diminution en 2005-2006
- L'augmentation du pourcentage des complications prises en charge
- La diminution du taux de létalité
- L'augmentation du taux de mortalité maternelle et périnatale en 2004-2005 puis une diminution en 2005-2006
- L'augmentation du taux de mortalité néonatale (moins de 24h).

3-3 Au niveau de l'hôpital d'Essaouira :

D'après l'analyse des figures 19-24 et du tableau XXXII, nous avons remarqué :

- La diminution du taux d'accouchement, du taux de césarienne en 2004-2005 puis une augmentation en 2005-2006
- La diminution du taux de létalité en 2004-2005, puis une augmentation après l'arrêt de l'approche
- La diminution du pourcentage des complications prises en charge

- Une diminution considérable du taux de mortalité maternelle en 2004–2005 puis une augmentation en 2005–2006
- Une diminution remarquable du taux de mortalité périnatale en 2004–2005, puis une légère diminution en 2005–2006
- La mortalité néonatale est non chiffrée au niveau de cette province.

On rapporte ainsi les normes acceptables : (15, 18)

- Moyenne nationale du taux d'accouchement est de 60,8 % (33)
- Nombre de complications obstétricales prises en charge rapporté à 15% des naissances attendues.
- Besoins satisfaits dans la prise en charge des complications obstétricales : 100% des femmes présentant des complications.
- Césariennes réalisées entre 5 à 15% par rapport aux naissances attendues.
- Taux de létalité (Indicateur de qualité) : niveau maximum acceptable 1% : proportion des décès maternels survenus parmi les cas compliqués pris en charge, motif des décès survenus

On remarque que certaines provinces ont une tendance favorable au cours du soutien clinique universitaire, puis défavorable après l'arrêt de cette approche, c'est le cas au niveau d'Azilal ainsi qu'au niveau d'Essaouira dans certains indicateurs (taux de mortalité maternelle, périnatale et de létalité). Au niveau d'El Kelaa, le taux de létalité est acceptable.

Cependant, on ne peut pas rattacher toute tendance dans l'utilisation des maternités hospitalières, qu'elle soit favorable ou défavorable, à l'intervention seule, de l'approche « soutien clinique universitaire dans les maternités provinciales », car d'autres déterminant à explorer peuvent intervenir dans ce changement, tels que le renforcement des ressources humaines en nombre et en capacité, l'équipement et les conditions climatiques à titres d'exemple.

4- Questionnaire administré aux personnels des 3 provinces :

4-1 Question 1 :

Le nombre de personnel interrogé ne représente que 19 parmi 30 qui ont été ciblés au niveau des 3 sites de l'étude:

- Raisons : parmi les difficultés trouvées à cette étape, c'est que parmi les responsables ou le personnel qui ont participé au soutien clinique, ont été mutés à une autre province et a été difficile de les contacter
- Le personnel de la maternité n'était pas informé sur la visite de l'équipe du soutien clinique à l'avance, c'est-à-dire que seulement 2 équipes de garde qui ont bénéficié de l'encadrement, vu le problème de récupération du personnel (puisque l'équipe est resté 3 jours en moyenne).
- Les responsables étaient très occupés, n'ont pas pu remplir le questionnaire
- Mais un bon accueil avec facilité de l'attache est à mentionner.

4-2 Question 2 :

La majorité du personnel interrogé a participé au déroulement du soutien clinique universitaire :

- Au niveau d'Azilal 6/7 qui ont participé
 - 5/7 au niveau d'El Kelaa des Sraghna
 - 3/5 au niveau d'Essaouira
 - Raisons : les mêmes citées ci-dessus
 - On a administré le questionnaire
 - aux dirigeants, participant ou non, pour voir leurs idées sur le SCUMaP et est ce qu'il y avait une continuité dans l'application de l'approche
 - aux gynécologues et pédiatres participant ou non
 - et aux sages femmes et infirmières seulement celles qui étaient présentes lors de la visite du soutien clinique universitaire.
- Mais la réponse était négative pour les non participant, ce qui montre, probablement, un manque, ou non application, des passations des consignes, ce qui peut retentir sur les résultats d'une telle approche.
- On a trouvé certains personnels en congés ou récupération, lors de notre visite.

Les participants ont répondu que l'objectif et le résultat attendu du soutien clinique universitaire, vise la diminution du taux de mortalité ainsi que l'amélioration de la qualité de prise en charge des accouchements.

On a remarqué que le personnel participant a bien compris l'approche avec ses différentes composantes.

4-3 Question 3 :

Concernant la contribution à la réunion du contact préliminaire avec le personnel de la maternité

- Au niveau d'Azilal 5/7
- 3/7 au niveau d'El Kelaa des Sraghna
- 1/5 au niveau d'Essaouira
 - o Raisons : le personnel n'a pas été convoqué notamment à Essaouira et El Kelaa
 - o Seulement les responsables qui ont assisté : dirigeants, gynécologues, major du service...

4-4 Question 4 :

Concernant la réalisation des composantes du soutien clinique universitaire, les réponses du personnel étaient différentes d'une province à l'autre.

Presque 5/7 des composantes du soutien clinique qui ont été réalisées, selon la majorité du personnel dans les 3 provinces : l'analyse des indicateurs de performance, la référence et contre référence des cas compliqués, les audits cliniques des SOU ainsi que la gestion et planification de la maternité

- Les facteurs favorisant :
 - o La qualité des encadrant et leur capacité d'animation et d'écoute
 - o L'homogénéité des équipes de soutien et leur complémentarité, ce qui a facilité la mise en œuvre d'un paquet diversifié et complet
 - o Le sérieux et la bonne écoute du personnel des provinces
 - o La jeunesse de l'équipe paramédicale au niveau de certaines provinces, leurs activités et dynamisme, a contribué en la bonne compréhension et participation active dans cette approche

- Les facteurs inhibant :
 - o Quelques sages femmes ne se rappellent pas de certains paramètres, cela est dû à la non-continuité de cette approche
 - o Un manque d'intérêt et de motivation a été remarqué chez certaines personnes interrogées, vu le peu de temps consacré pour le remplissage du questionnaire
 - o On a remarqué que la majorité du personnel ignore la composante ; grille de supervision, dû au manque d'explications au préalable
 - o La durée du soutien clinique qui était réduite dans certaines provinces, au lieu de 5 jours.
 - o Les sages femmes n'ont pas participé au staff médical à cause, soit de la charge du travail, ou de la récupération d'autre part
 - o Quant à la démonstration clinique, il n'y avait pas une grande participation au niveau d'Essaouira, l'argument avancé par les sages femmes est le manque de démonstrations à l'opposé du seul gynécologue disponible au cours de l'évaluation.

4-5 Question 5 :

On a interrogé le personnel est ce qu'ils ont bénéficié d'un appui du soutien clinique, technique ou organisationnel

- Au niveau d'Azilal : 4/7 ont donné une réponse négative, 2/7 une réponse positive et un seul n'a pas participé au soutien qu'est le directeur de l'hôpital, affecté après le soutien clinique
- Au niveau d'Essaouira : 2/5 ont donné une réponse négative, 1/5 une réponse plus ou moins positive, 2/5 n'ont pas participé au soutien qu'est le délégué du ministère et le directeur de l'hôpital
 - o Raisons : l'incompréhension de la question malgré les explications
 - o Certaines personnes ont été moins impliquées que d'autre dans les différentes étapes du soutien clinique (soit nouvellement affecté, soit non informé de cette approche..)

4-6 Question 6 :

Concernant l'apport des membres de l'équipe universitaire pour les capacités techniques personnelles et pour la maternité selon le personnel interrogé :

- Au niveau d'Azilal et El Kelaâ des Sraghna : 4/7 personnes interrogées ont donné une réponse positive
 - o Les raisons rejoignent celles citées ci-dessus
- Au niveau d'Essaouira : 3/5 ont donné une réponse négative
 - o Raisons : principalement, le reproche à certain encadrant des équipes enseignantes d'être peu accessible et trop dirigiste

4-7 Question 7 :

Réalisation du Plan d'action pour la mise en œuvre des recommandations du soutien clinique et degré de sa mise en œuvre

- o Les résultats ont été tellement disparates de la part des interrogés, qu'aucune analyse objective ne pourra être avancé
- o Probablement, la non-convocation du personnel à la réunion de synthèse, dont le plan d'action a été élaboré.
- o Lors de notre enquête, peu de personnel rattache les changements apportés par le SCUMaP, à l'application des recommandations du plan d'action de cette approche, ce ci est due au manque d'information et d'implication du personnel.

4-8 Question 8 :

Déroulement de la réunion de synthèse, la majorité non pas donné de réponses

- o Seulement les responsables qui ont assisté à cette réunion

4-9 Question 9 :

Appréciation sur le soutien clinique par le personnel au niveau des 3 provinces Permet de souligner les points suivants :

- Au terme de durée, l'appréciation a été jugée majoritairement moyenne, sauf à El Kelaâ où elle a été jugée bonne
- Au terme de composition de l'équipe, contenu et équipe, est majoritairement bon

- Au terme d'apport, selon le point de vue du personnel, a été jugé d'après 2/5 du personnel participant au soutien clinique ; faible au niveau d'Essaouira et 2/7 moyen au niveau d'Azilal, tout en mettant des réserves quant aux personnels interrogés et participant à cette approche.
 - o Certaines composantes n'ont pas été respectées, ainsi que la durée du soutien clinique dans certaines provinces
 - o On a remarqué par ailleurs, que certains paramètres n'ont pas été évalués de la même manière par l'équipe du SCUMaP, ou que certaines unités sur la grille d'observation, n'ont pas été mentionnées lors de l'élaboration du rapport final de mission, ce qui crée une certaine variabilité inter équipe, d'où l'intérêt de standardiser le contenu et les composantes d'une telle approche, ainsi que des réunions de concertation et coordination entre les différents intervenants.

5- Comparaison de nos résultats avec d'autres travaux

5-1 Particularités de l'approche SCUMaP par rapport à d'autre stratégie :

L'approche du « soutien clinique universitaire dans les maternités provinciales » est une première expérience en son genre, réalisée au Maroc.

Notre étude est la première évaluation de cette approche, à notre connaissance.

De point de vue comparatif de notre approche, avec d'autres dans le même domaine, on peut dire que, pour résoudre le problème de mortalité maternelle et néonatale, des actions avaient déjà été réalisées par le ministère de la santé publique dans le cadre du Programme national de la maternité sans risques, qui avaient surtout porté sur le recyclage technique des personnels et de l'équipement des maternités périphériques.

Toutefois, certains aspects restent problématiques au niveau des maternités hospitalières (34).

Ces problèmes concernaient en particulier :

- L'accessibilité
- Les conditions d'accueil, de confort et d'hygiène qui font que de nombreuses femmes préfèrent accoucher à domicile
- Des insuffisances dans la gestion et l'organisation du travail
- Des déficits dans le plateau technique tant en matière de diagnostic que de traitement
- Une communication interpersonnelle peu développée avec les parturientes

- L'absence de relations fonctionnelles avec les services des soins de santé de base chargés de la santé maternelle
- L'absence d'autoévaluation.

Or, ces maternités assurent 60 % des accouchements effectués dans les services de santé au Maroc, (ce qui correspond à environ 20 % du total des accouchements) et leur vocation est d'être des centres de référence au niveau des provinces ou des préfectures pour la prise en charge des grossesses et des accouchements ainsi que des nouveau-nés à risque.

Ce qui n'est pas le cas pour le SCUMaP, qui contient un paquet d'activité diversifié et utilise une trousse d'outils complète.

L'une des stratégies choisies, a été l'approche d'équipe pour la solution des problèmes de santé (AESP), mais son impact au niveau clinique n'a pas été démontré, ainsi qu'elle n'avait pas une richesse de son paquet, comparativement au SCUMaP.

5-2 Autres expériences nationales :

Et si on veut comparer le soutien clinique universitaire dans les maternités provinciales, avec les autres approches d'assurance qualité de soins de santé :

▲ Par rapport à l'audit :

- Une étude a été faite concernant le projet d'implantation de l'audit clinique au niveau de la maternité de l'hôpital Hassan II de Settat 2004–2006. (35)

Cette étude a montré que 55 % des recommandations du plan d'action étaient réalisées, ce qui est proche de notre étude au niveau d'Azilal et Essaouira

Mais l'audit concerne surtout les urgences obstétricales, alors que le SCUMaP concerne le circuit obstétrical de la parturiente, en plus d'un paquet d'activité, y compris l'audit, global, pertinent en matière de résolution des problèmes liés à la qualité, l'organisation, le suivi et l'évaluation des soins.

▲ Par rapport au soutien clinique et organisationnel des maisons d'accouchement SCOMA :

- Une étude a été faite concernant l'évaluation de l'apport du SCOMA, cas de la maison d'accouchement rurale Loudaya. (36)

Cette stratégie du SCOMA a été inspirée de l'approche du SCUMaP, les résultats de cette étude ont montré qu'il y avait une amélioration avec la survenue de cette stratégie au niveau de la maison d'accouchement site de l'étude, ce qui rejoint nos résultats.

▲ Par rapport au soutien clinique universitaire des maternités provinciales au niveau d'autres régions :

D'une façon générale, on a presque les mêmes résultats par rapport à l'expérience du CHU de Rabat (37).

Mais cette évaluation a été faite entre la 1^{ère} et 2^{ème} visite (évaluation qui fait partie de la stratégie du soutien clinique universitaire), faite par l'équipe elle-même et non par un œil externe évaluatif.

On n'a pas trouvé des chiffres évaluatifs pour pouvoir comparer de manière objective.



1



2



3



4

Photos de l'hôpital d'Azilal en 2007

(1 : porte d'entrée de l'hôpital, 2 : porte d'entrée de la maternité, 3 : bloc opératoire de la maternité devenu fonctionnel grâce au soutien clinique, 4 : salle des suite de couches)



1



2



3



4

Photos de l'hôpital d'El Kelaï des Sraghna en 2007
(1 : porte d'entrée de l'hôpital, 2 : porte d'entrée de la maternité,
3 : salle d'admission, 4 : support d'information)



1



2



3



4

Photos de l'hôpital d'Essaouira en 2007

(1 : porte d'entrée de l'hôpital, 2 : porte d'entrée de la maternité, 3 : bloc opératoire de la maternité non fonctionnel, 4 : la maternité avec une porte au fond séparant la salle d'accouchement des suites de couches, construite après l'intervention du soutien clinique

CONCLUSION

&

RECOMMENDATIONS

L'approche « soutien clinique universitaire des maternités provinciales » est une première expérience faite au Maroc. C'est une stratégie pilote, dont le CHU de Marrakech a participé vivement.

Notre étude est la première étude évaluative d'une telle approche et qui montre l'amélioration significative au niveau des maternités hospitalières, site de l'étude, le bénéfice est aussi grand pour le personnel local qui a apprécié l'apport et la philosophie d'un encadrement de proximité par des experts médicaux et techniques, aussi par des superviseurs qui créent un cordon ombilical entre deux niveaux d'encadrement et de formation, les professeurs du CHU et experts nationaux d'une part, et les prestataires de soins et de services d'autres part.

On peut conclure que le soutien clinique universitaire est un moyen :

- Pour une meilleure utilisation des maternités hospitalières
- De prise en charge de point de vue qualitative, des accouchements et des complications obstétricales
- Réflexion sur l'amélioration du circuit obstétrical
- Mettre le point sur les dysfonctionnements, les contraintes au niveau des maternités, ainsi que sur l'opportunité locale à saisir.
- La création d'une dynamique autour de la problématique liée aux déterminants socioculturels de la mortalité maternelle et néonatale
- Encadrement de proximité du personnel local
- Amélioration d'avantage de l'interface professionnel de santé et population.

Quant aux facteurs facilitant et contraintes de cette approche :

- ◆ Facteurs facilitant
 - Implication active et effective d'experts de domaines différents mais complémentaires : médecins spécialistes universitaires, gestionnaires de l'INAS, et de cadres du ministère de la santé.
 - La mobilisation de tous les acteurs provinciaux cliniciens et gestionnaires

◆ Contraintes

- Le coût élevé
- L'appui du central parfois fait défaut
- La disponibilité des superviseurs externes, en particulier celle des universitaires
- Les outils non standardisés d'une province à l'autre.
- L'instabilité des postes des dirigeants au niveau des provinces

Pour surmonter ces limites, il est recommandé de :

- Améliorer les outils d'appréciation de la performance des sites visités, et les intégrer d'une manière standard dans un Kit de soutien clinique, pour harmoniser la démarche et garantir l'évaluation des résultats à un moment donné.
- Mener d'autres enquêtes plus grandes
- Faire des réunions entre les différents membres du soutien clinique, au niveau des régions pour l'échange des idées et expériences, ainsi que pour diminuer la variabilité inter équipe
- Désigner un comité ministériel veillant en la généralisation et le suivi d'une telle approche
- Pérenniser cette expérience
- Promouvoir et d'engager les responsables à tout les niveaux (centra, régional, provincial et local) pour répondre aux besoins en matière d'équipement et de participation effective à la prise de décision et l'instauration des mesures assurant la régularité et continuité.
- La généralisation et l'extension nationale est également recommandée, mais il est conseillé de faire mûrir l'expérience et la documenter suffisamment.

ANNEXES

ANNEXE I

Annexe I : Grille d'observation (2, 15, 17)

Catégorie	Comment évaluer ?	Que faut-t-il évaluer ?	Bon	A amé liore r	C o d e
⇨ PORTE D'ENTREE DE L'HOPITAL Mission : - Orientation des parturientes vers la maternité sans délai. - Orientation des visiteurs.					
Local	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observer l'entrée principale de l'hôpital. ▪ Vérifier s'il y a un portier en permanence. 	▪ Gestion de la porte : fermée la nuit ?			1
		▪ Existe-t-il un abri pour le portier ?			2
		▪ Etat de salubrité du (propreté, toilettes, ...)			3
		▪ Existe-t-il un système de communication avec les services ?			4
Personnel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faire un entretien avec le portier ; ▪ Observer un cas d'urgence depuis son arrivée à la porte de l'hôpital, 	▪ Profil du portier (agent de la santé ou société de sécurité) ?			5
		▪ le portier est-il apte à reconnaître les patientes qui doivent être orientées vers la maternité.			6
		▪ Le portier est-il disponible 24 heures sur 24			7
Ortème	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observer le portier comment il se comporte avec les patientes, leur entourage et le personnel de l'hôpital 	▪ Traitement avec respect			8
		▪ Traitement avec amabilité et empathie			9
		▪ Orientation avec information			10

Code	Observations (Porte d'entrée de l'hôpital)
------	--------------------------------------------

⇒ ACCUEIL

Mission : - Orientation des patientes vers l'admission, les urgences, la réanimation.

- Transport des cas dont l'état l'exige.

- Orientation des visiteurs et réponse aux besoins d'informations des utilisateurs.

Locaux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visite des lieux ▪ Observation des postes ▪ Entretien avec l'agent de service, l'ambulancier et le personnel d'accueil 	▪ L'espace d'accueil est-il facilement identifiable.			11
		▪ Existe-t-il une salle d'attente			12
		▪ Localisation par rapport aux autres unités du circuit obstétrical			12
		▪ Existe-t-il des toilettes			14
		▪ Etat de salubrité des lieux,			15
		▪ Existe-t-il un lieu de repos pour le personnel d'accueil ?			16

Personnel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observation des postes ▪ Entretien avec le personnel d'accueil ▪ Demander au personnel ses expériences lorsqu'il s'agit d'une urgence obstétricale. 	▪ Profil du personnel est-il adapté			17
		▪ Le personnel d'accueil est-il disponible 24 heures sur 24			18
		▪ Personnel formé à l'accueil (apte à identifier l'urgence et orienter les patientes)			19
		▪ Tenue appropriée et facilement identifiable (badge)			20

Equipment	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visite des lieux ▪ S'entretenir avec le personnel du site ▪ Examiner si l'espace d'accueil est facilement accessible 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe-t-il des bancs, chaises au niveau de l'espace d'accueil ? 			21
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe-t-il un système de communication avec les services ? 			22
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dispose-t-il de moyens pour transporter les parturientes en cas d'urgence (chaise roulante, brancard,...) 			23

Comportement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observer l'interaction entre le personnel d'accueil et les parturientes et/ou les accompagnants ▪ Cette étape doit être évaluée de préférence avant de s'entretenir avec le personnel d'accueil pour observer son vrai comportement avec les parturientes, leur accompagnant ainsi que les visiteurs. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La qualité d'accueil, le sourire, la façon de parler, ... 			24
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le respect des patientes et leurs entourages 			25
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'intimité et confidentialité 			26
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ la qualité de l'information 			27

Fonctionnement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vérifier le matériel du service d'accueil, faite bouger le chariot, la chaise roulante ▪ Vérifier le registre ou d'autres supports d'information si disponible ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'équipement du service d'accueil (chariot, chaise roulante, ...) est-il opérationnel ? 			28
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe-t-il un support d'information (registre, ordinateur, ...) permettant d'informer la famille des parturientes ? 			29
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le support d'information est-il à actualisé ? 			30
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'évacuation des parturientes vers les unités obstétricales d'accueil est-elle adéquate ? 			31

⇨ ADMISSION

Mission : – Le triage des patientes : sur la base d'un examen, la femme soit elle est renvoyée chez elle, soit elle est hospitalisée.

- Les patientes admises à la maternité sont elles orientées vers le bon site (expectantes, salle d'accouchement, bloc opératoire, réanimation, ...

Locaux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visite des locaux 	▪ La salle d'examen est-elle adaptée (espace, éclairage, intimité)			32
		▪ Existe-t-il une salle de repos pour le personnel de garde ?			33
		▪ Existe-t-il un vestiaire pour le personnel de garde ?			34
		▪ Existe-t-il une salle d'attente contiguë à la salle d'examen?			35
		▪ Le circuit est-il exclusivement réservé aux parturientes ?			36
		▪ Les locaux sont ils propres.			37

Personnel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Examen du tableau de garde ▪ Examen du document qui décrit les tâches et les attributions du personnel de l'admission. ▪ Faire une visite si possible le soir ou un jour férié. 	▪ Personnel d'admission est-il qualifié (formé en SOU)			38
		▪ Le personnel qui fait les admissions est-il disponible 24h/24			39
		▪ Personnel d'admission est-il suffisant / la charge de travail			40

Equipement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observer l'équipement de la salle d'examen et vérifier son fonctionnement (table d'examen, sonicaid, tensiomètre, 	▪ Position de la table d'examen est-elle adaptée pour l'examen obstétrical			41
		▪ Le matériel nécessaire pour l'examen est il disponible et opérationnel.			42

	<p>thermomètre, mètre ruban, toise, pèse personne,</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vérifier la présence d'un paravent, d'escabeaux, chaise roulante ▪ Observer Chariot et la disposition du matériel, ▪ Entretien avec le personnel à propos du fongible (gants, doigtiers, Labstix, Jeux de linge, seringues, tubulaires, intranules. ▪ Entretien avec le personnel à propos des médicaments d'urgences ... 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Y a-t-il un système de maintenance de cet équipement? 			43
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ La dotation en fongible est-elle suffisante 			44
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ La dotation de nuit et jours fériés répond-t-elle aux besoins de la garde ? 			45
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tableau de garde portant les noms et les coordonnées de tous les personnels de garde est affiché de manière à être bien lisible. 			46

Fonctionnement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observer la personne qui fait l'examen à l'admission (cette étape doit être évaluée de préférence avant de s'entretenir avec le personnel). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le délai entre l'arrivée de la parturiente et son examen 			47
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualité de l'examen obstétrical (sommaire et rapide ou détaillé) 			48
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'examineur fait-il référence à des fiches, standards, algorithmes affichés dans la salle d'admission 			49
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Délai d'évacuation des parturientes vers les autres unités 			50
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les cas urgents sont-ils rapidement pris en charge ? 			51
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ En cas d'urgence, quel est le délai d'arrivée du médecin ? 			52
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pratiques cohérentes de prévention de l'infection 			53

Comportement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observer l'interaction entre le personnel d'admission et les parturientes et/ou les accompagnants (cette étape doit être 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La qualité d'accueil, le sourire, la façon de parler, ... 			54
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le respect des patientes et leurs entourages 			55
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'intimité et confidentialité 			56
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ La qualité de l'information 			57

	évaluée de préférence avant de s'entretenir avec le personnel d'admission)	<ul style="list-style-type: none"> Le personnel donne un feedback sur l'examen et sécurise la famille 			58
--	----------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	----

Supports d'information	<ul style="list-style-type: none"> Examen du registre obstétrical (RO) sur plusieurs mois s'il se trouve à ce niveau Examen de 5 à 10 dossiers d'accouchement Entretien avec le personnel 	<ul style="list-style-type: none"> Le registre obstétrical est-il disponible et à jour ? 			59
		<ul style="list-style-type: none"> Le registre obstétrical est-il correctement rempli ? 			60
		<ul style="list-style-type: none"> Les dossiers d'accouchement sont-ils disponibles ? 			61
		<ul style="list-style-type: none"> Les dossiers d'accouchement sont-ils correctement remplis ? 			62

Code	Observations (Service d'admission)
------	------------------------------------

⇒ EXPECTANTES

Missions : - Hospitalisation et surveillance des femmes enceintes en phase de latence (Cette période ne doit pas dépasser 12 heures).
- Prise en charge des grossesses à risque pendant une durée ne dépassant pas 12 h

Locaux		<ul style="list-style-type: none"> Situation dans le circuit obstétrical par rapport à l'admission et à la salle d'accouchement 			63
		<ul style="list-style-type: none"> Superficie 			64
		<ul style="list-style-type: none"> Nombre de boxes (1 pour 2 accouchements/24 h) 			65
		<ul style="list-style-type: none"> Salle d'attente pour accompagnants 			66

		▪ Hygiène et propreté/aération			67
		▪ Eau, Electricité/chauffage, Sanitaires			68

Personnel		▪ Disponibilité/charge de travail			69
		▪ Profil			70
		▪ Effectif			71
		▪ Tenue et badges			72
		▪ Formation continue en SOU			73
		▪ Organisation du travail : Répartition des tâches : Attributions			74
		▪ Système de gardes			75
		▪ Tableau de garde avec noms et coordonnées des sages-femmes et gynéco-obstétriciens			76

Equipment		▪ Lits/ Confort			77
		▪ Source d'oxygène			78
		▪ Tensiomètre			79
		▪ Potence et panier pour perfusion			80
		▪ Marche pied (escabeau)			81
		▪ Chariot/chaise roulante			82
		▪ Linge nécessaire			83
		▪ Téléphone			84
		▪ Entretien du matériel et stérilisation			85
		▪ Entretien et maintenance (préventive, curative)			86
		▪ Système de réparation / délai de réparation			87

		▪ Installations de sécurité : Extincteur – Bouche d'incendie – Issue de secours			88
		▪ Evacuation des déchets solides, linge sale			89

Médicaments & fongibles		▪ Disponibilité des médicaments essentiels/fongibles			90
		▪ Antispasmodiques, Antihypertenseurs, Tocolytiques, ATB, ..			91
		▪ Sérums salé et glucosé			92
		▪ Garnitures propres ou stériles			93
		▪ Sondes vésicales, tubulures Seringues			94
		▪ Gants, doigtiers			95
		▪ Adéquation avec la charge clientèle			96
		▪ Affichage des listes sur l'armoire			97
	▪ Gestion : Stock de réserve, Commande, Péréemption			98	

Comportement		▪ Relation/communication			99
		▪ Accueil			100
		▪ Intimité/confidentialité			101
		▪ Information/feed-back			102
		▪ Empathie/respect			103
		▪ Mise en confiance de la femme/famille			104

Qualité des prestations		▪ Préparation de la femme/matériel/local			105
		▪ Interrogatoire / Examen obstétrical :			106
		▪ Remplissage du dossier d'accouchement /intercalaire :			107
		▪ Surveillance : rythme			108

		▪ Reconnaissance des signes de l'urgence			109
		▪ Prise en charge de la complication : évaluation de la situation, Diagnostic, conduite à tenir,			110
		▪ Protocoles, algorithmes, arbres de décision : Utilisation, Affichage			111

Supports d'information		▪ Tenue des supports d'information : – Dossiers accouchements : remplissage			112
		▪ Registre			113
		▪ Cahier de passation de consignes			114
		▪ Bons d'exams, de radiologie,...			115
		▪ Cahier des réunions/Supervision/Coordination			116

⇒ SALLE D'ACCOUCHEMENT

- Missions : – Surveillance de la progression du travail, pratique des accouchements et surveillance des accouchées et des nouveau-nés pendant les 2 heures qui suivent l'accouchement.
– Mise en condition, préparation et transfert des femmes et des nouveau-nés.

Locaux		▪ Situation dans le circuit obstétrical par rapport au bloc opératoire et les expectantes			117
		▪ Superficie			118
		▪ Nombre de boxes (1 pour 3 accouchements)			119
		▪ Hygiène et propreté/aération			120
		▪ Eau, Electricité/chauffage/ Sanitaires			121

		▪ Evacuation des déchets solides : placentas/ linge sale/ objets tranchants			122
		▪ Etat de la réserve du service : Endroit sec et sécurisé, Stockage et rayonnage, Propreté			123
		▪ Installation de sécurité : Extincteur, bouche d'incendie,			124
		▪ Issue de secours			125

Personnel		▪ Disponibilité/ charge de travail			126
		▪ Effectif			127
		▪ Profil : gynécologue-obstétriciens, sage-femme, infirmière accoucheuse, infirmière faisant fonction d'accoucheuse			128
		▪ Tenue et badges			129
		▪ Formation continue en SOU			130

Equipment		▪ Nombre de tables d'accouchement avec étrières			131
		▪ Nombre de Ventouses et cupules			132
		▪ Sources d'oxygène : masques faciaux			133
		▪ Source de vide			134
		▪ Kits pour accouchement stériles			135
		▪ Kits pour épisiotomie stériles			136
		▪ Kits pour forceps stériles			137
		▪ Tensiomètre/ mètre ruban			138
		▪ Stéthoscope obstétrical			139
		▪ Monitoring			140

		▪ Linges			141
		▪ Chariot/chaise roulante			142
		▪ Maintenance préventive et curative :			143
		▪ Entretien : Etat de propreté du matériel			144

Médicaments & fongibles		▪ Syntocinon, Antispasmodiques, Anticonvulsivants, Collyres Antibiotiques, Vitamine K, Antihypertenseurs, Antiseptiques			145
		▪ Sérums			146
		▪ Gants/doigtiers			147
		▪ Sondes (vésicales, d'aspirations)			148
		▪ Intranules de calibres variables			149
		▪ Potences et paniers Tubulures (perfusions, transfusions)			150
		▪ Fils de sutures			151
		▪ Clamps pour cordons			152
		▪ Seringues			153
		▪ compresses et champs stériles			154
		▪ Adéquation avec la charge clientèle			155
		▪ Affichage des listes sur l'armoire			156
		▪ Stock de réserve			157

Comportement		▪ Relation/communication			158
		▪ Accueil			159
		▪ Intimité/confidentialité			160
		▪ Information/feed-back			161

		▪ Empathie/respect			162
		▪ Mise en confiance de la femme			163
		▪ Organisation du travail / travail en équipe			164
		▪ Répartition des tâches / Attributions			165
		▪ Système de garde			167
		▪ Tableau de garde avec noms et coordonnées des sages-femmes et gynécologue-obstétriciens ou chirurgiens			168

Qualité des prestations		▪ Qualité des prestations			169
		▪ Préparation de la femme/ matériel/boxe			170
		▪ Surveillance du travail : Remplissage du partogramme			171
		▪ Prise de décision			172
		▪ Surveillance de l'accouchée			173
		▪ Reconnaissance et évaluation des signes de l'urgence			174
		▪ Prise en charge de la complication (délai, utilisation des protocoles, algorithmes, surveillance, Transfert			175
		▪ Mise en condition			176

Supports d'information		▪ Tenue des supports d'information : dossier accouchement, registre obstétrical, Avis de naissance, bons d'examens...			177
		▪ Cahier des réunions/Supervision/Coordination			178
		▪ Registre obstétrical			179

Code	Observations (Salle d'accouchement)
------	-------------------------------------

↳ BLOC OPERATOIRE

Mission : Réalisations des interventions obstétricales urgentes dans de bonnes conditions d'asepsie et de sécurité pour le couple mère/nouveau-né

Locaux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normes respectées ▪ Proximité des urgences obstétricales et de SA ▪ Tournée et entretien avec le personnel 	▪ Propreté			180
		▪ Eau			181
		▪ Electricité, groupe électrogène, climatisation			182
		▪ Fluides			184
		▪ Comment gérer une panne (Eau, électricité)			185

Personnel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilité, Attribution des tâches ▪ Adéquation et fonctionnalité des ressources humaines ▪ Organisation du travail (travail en équipe) 	Personnel qualifié et disponible 24/24h			186
		▪ P.E.C. une complication obstétricale			187
		▪ Réaliser une césarienne, évaluation utérine			188

Equipements	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilité ▪ Fonctionnalité ▪ Gestion de la maintenance / entretien 	Matériel médico-technique (voir liste) :			189
		▪ Disponible là ou il faut			190
		▪ Est-il fonctionnel ?			191
		▪ Personnel peut t-il le démontrer ?			192
		Médicaments et fongibles :			193
		▪ Adéquation, gestion, et stockage des drogues d'anesthésie, tonocardiaques, ocytociques, antibiotiques, ...			194

ue et Ane	▪ Observation	▪ Evaluer le délai de prise en charge de l'urgence obstétricale			195
		▪ Prise en charge thérapeutiques est elle correcte ?			196
Prévention de l'infection	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observer les pratiques avant, pendant, et après les soins prodigués aux clientes ▪ Observer la manière de traitement des instruments et des déchets (placenta etc...) ▪ Voir si le circuit du linge est respecté. 	▪ Décontamination (solution chlore à 0,5%) des instruments			197
		▪ Objets pointus et touchants disposés dans des contenants			198
		▪ Champs stériles maintenus durant toute l'intervention			199
		▪ Instruments stérilisés / Autoclave			200
		▪ Gants et chemises stérilisés pour les prestataires de chirurgie.			201
		▪ Asepsie dans toutes les procédures.			202
		▪ Sites d'évacuation des déchets protégés			203
		Comportement	▪ Observation	▪ Traitement avec respect	
▪ Traitement avec amabilité et empathie					205
▪ Traitement avec intimité et confidentialité					206
▪ Traitement avec information appropriée					207
Système d'information	▪ Examen des outils d'information du B.O. et leur gestion (registres, dossiers, etc.)	Recueil d'information sur le délai de prise en charge			208
		▪ Recueil d'information sur l'indication de l'acte opératoire			209
		▪ Recueil d'information sur la nature de la complication			210
		▪ Recueil d'information sur le C.R.O			211

		▪ Recueil d'information sur la fiche d'anesthésie			212
--	--	---------------------------------------------------	--	--	-----

Observations (Bloc opératoire) :

⇒ SUITES DE COUCHES :

Mission : la qualité de surveillance des parturientes après l'accouchement.

Locaux	▪ Visite des locaux	▪ Nombre de lits (2lits / un accouchement)			213
		▪ Salle de pansement + placard pour matériel et médicaments			214
		▪ Salle pour le personnel + vestiaire			215
		▪ Toilettes			216
		▪ Salles nettoyées quotidiennement			217
		▪ Présence du chauffage dans les salles			218
		▪ Présence de poubelles			219

Personnel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observer d'abord le personnel qui fait la visite ou les soins dans le service des suites de couches. ▪ Faire un entretien sur l'effectif du personnel, son profil et la charge du travail 	▪ Effectif suffisant ou non			220
		▪ Personnel médical est-il disponible 24h/24 ; 7j/7			221
		▪ Personnel paramédical est-il disponible 24h/24 ; 7j/7			222
		▪ Le personnel se comporte-t-il avec intimité et confidentialité ?			223

... p e m	▪ Visiter le service	▪ Lits prêts à recevoir quotidiennement les patientes			224
-----------	----------------------	-------------------------------------------------------	--	--	-----

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vérifier l'état des lits des parturientes, les berceaux (état et propreté), les chariots. ▪ Vérifier la disposition du matériel à pansement sur le chariot 	▪ Berceaux pour bébés			225
	▪ Présence de casiers à côté des lits			226
	▪ Chariots à pansement opérationnels			227
	▪ Matériel pour les pansements disponible (pinces, ciseaux, ..)			228
	▪ Tensiomètre			229
	▪ Thermomètre			230
	▪ Potences + paniers pour perfusion			231
	▪ Fongibles pour pansements : compresses, sparadrap			232
	▪ Solutés antiseptiques : Bétadine, eau oxygénée, éther, ...			233
	▪ Tubulures, sérums, transfuseurs, seringues, ...			234
	▪ Médicaments disponibles (ATB, antispasmodiques, antihypertenseurs, ocytociques, fer, ...)			235

Fonctionnement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observer le personnel en pleine activité ▪ Discuter avec le personnel à propos de leur emploi du temps et de leurs activités. ▪ Poser des questions aux parturientes hospitalisées si elles ont reçus ou non des informations à propos de la PF, l'allaitement, ... 	▪ Font-ils des staffs			236
		▪ Les visites sont-elles quotidiennes			237
		▪ Gardes			238
		▪ La personne qui fait les sortantes est-elle qualifiée ?			239
		▪ Dossier médical est-il à jour			240
		▪ Fiches de température est-elle régulièrement remplies			241
		▪ Le personnel donne-t-il des informations à propos de l'allaitement maternel ?			242
		▪ Le personnel donne-t-il des informations à propos de la PF ?			243

		▪ Le personnel donne-t-il des informations à propos de l'hygiène de la nourrice ?			244
		▪ Pratiques cohérentes de prévention de l'infection			245

Comportement	▪ Observation	▪ Traitement avec respect			246
		▪ Traitement avec amabilité et empathie			247
		▪ Traitement avec intimité et confidentialité			248
		▪ Traitement avec information appropriée			249

⇩ ECHOGRAPHIE :

Mission : le bénéfice de l'échographie pour les parturientes.

Locaux	▪ Observer la salle d'échographie et noter sa situation dans le circuit obstétrical local ▪ Vérifier la propreté, l'obscurité et le caractère calme de la salle d'échographie,	▪ La salle est-elle facilement accessible pour le personnel et les parturientes ?			250
		▪ existe-t-il des toilettes à côté de la salle d'échographie ?			251
		▪ la salle est-elle nettoyée quotidiennement ?			252
		▪ la salle est-elle munie d'un climatiseur ?			253
		▪ existe-t-il une poubelle dans la salle ?			254

Personnel	▪ entretien avec le responsable de la salle d'échographie	▪ existe-t-il une personne qui s'occupe en permanence de la salle d'échographie.			255
		▪ le manipulateur est-il formé en échographie ?			256

p	▪ Visiter le service	▪ L'échographe est-il adapté à l'obstétrique ?			257
---	----------------------	------------------------------------------------	--	--	-----

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vérifier l'état des lits des parturientes, les berceaux (état et propreté), les chariots. Vérifier la disposition du matériel à pansement sur le chariot 	▪ la table d'examen est-elle adaptée ?			258
	▪ l'échographe est-il muni d'un appareil photo pour les clichés ?			259
	▪ le film est-il disponible ?			260
	▪ existe-t-il un tabouret pour le manipulateur ?			261
	▪ le gel est-il constamment disponible ?			262
	▪ y'a-t-il du papier ou des champs pour nettoyer la sonde ?			263

Fonctionnement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ demander à l'un des utilisateurs de faire une échographie obstétricale et observer : <ul style="list-style-type: none"> ○ le fonctionnement du matériel ; ○ la façon de faire l'examen échographique. 	▪ L'échographe est-il fonctionnel ?			264
		▪ Les sondes sont-elles en bon état ?			265
		▪ L'échographe est-il accessible 24h/24 ; 7j/7 ?			266
		▪ L'appareil est-il régulièrement maintenu ? (fournisseur)			267
		▪ Existe-t-il un registre dans la salle d'échographie ?			268
		▪ Les comptes rendus sont-ils archivés ?			269

⇨ PHARMACIE :

Mission : la gestion des fongibles et médicaments.

Local	▪ A la maternité ou en dehors de la maternité (pharmacie centrale)			270
	▪ Accessible 24/24 ; 7/7 ou non			271
	▪ Hygiène des locaux (propreté, humidité, température, ...respectés ...			272
	▪ Organisation des zones de stockage			273
	▪ Mode rangement des produits			274

		▪ Installations de sécurité			275
--	--	-----------------------------	--	--	-----

Personnel	▪ Entretien avec le(s) responsable(s) de la pharmacie.	▪ Personnel qui gère la pharmacie, qualifié ou non			276
		▪ Disponible 24/24 ; 7/7 ou non			277

Fonctionnement		▪ Approvisionnement en médicaments régulier ou non			278
		Approvisionnement en médicaments régulier ou non			279
		▪ Existe-t-il des listes pour les médicaments des SOU ou non			280
		▪ Inventaire de la pharmacie à jour ou non			281
		▪ Registre des entrées et des sorties			282
		▪ PC / Téléphone			283

Fongible	▪ Observation	▪ L'approvisionnement en médicaments et fongibles est-il conformes aux normes du MS pour faire face aux SOU.			284
----------	---------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	-----

⇨ STERILISATION :

Mission : la stérilisation du matériel du bloc opératoire

Locaux		▪ Autonome ou partagé avec les autres services			285
		▪ Autoclave régulièrement entretenue ou non			286
		▪ Accessible 7j/7 ou non			287
		▪ Papier réactif disponible ou non			288

Personnel	Entretien avec le(s) responsable(s) de la pharmacie.	Personnel formé en techniques de stérilisation			289
		Effectif suffisant ou non			290
		Personnel disponible 7j/7 ou non			291
		Existe-t-il des algorithmes affichés dans la salle de stérilisation			292

Fonctionnement		Le circuit de lutte contre l'infection (Désinfection, Lavage, Stérilisation) est-il respecté.			293
		Autoclave, toujours opérationnel ou non			294
		Les boîtes stérilisées sont-elles gardées dans un lieu sûr ou non			295

ANNEXE II

Annexe II : Questionnaire destiné aux personnels des maternités hospitalières sites du soutien clinique universitaire « SCUMaP »

Dans le cadre de l'élaboration de notre travail intitulé :

"Evaluation du soutien clinique universitaire dans les maternités provinciales : expérience du CHU Mohammed VI Marrakech", nous vous remercions de répondre au questionnaire suivant (cocher la réponse de votre choix) :

1) Identification :

	Votre profil	Votre ancienneté
Délégué		
Directeur de l'hôpital		
Gynéco obs.		
Pédiatre		
Sage femme		
Infirmière accoucheuse		
Infirmière polyvalente		

2) Avez-vous participé au déroulement de l'approche intitulée "Soutien Clinique universitaire des maternités provinciales" :

Oui	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

Non	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

3) Avez-vous contribué au déroulement et organisation de la réunion du contact préliminaire avec le personnel de la maternité ?

Oui	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

Non	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

→ Si oui, et d'après vous, quels sont les objectifs et résultats attendus du soutien clinique universitaire ?

-
-
-

4) Est-ce que toutes ces activités ci-dessous programmées et expliquées durant la réunion préliminaire ont été réalisées ?

→ Démonstration clinique :

(Délivrance dirigée - cas compliqués - autres).

Oui	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

Non	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------

→ Staff médical :

Oui	
-----	--

Non	
-----	--

Je ne sais pas	
----------------	--

→ Analyse des indicateurs de performance :

(Utilisation des registres obstétricaux, monitoring, dossiers accouchements et compris le Partogramme)

Oui	
-----	--

Non	
-----	--

Je ne sais pas	
----------------	--

→ Référence et contre références des cas compliqués :

Oui	
-----	--

Non	
-----	--

Je ne sais pas	
----------------	--

→ Grille de supervision :

Oui	
-----	--

Non	
-----	--

Je ne sais pas	
----------------	--

→ Les audits cliniques des SOU :

Oui	
-----	--

Non	
-----	--

Je ne sais pas	
----------------	--

→ Gestion, planification des activités de la maternité :

Oui	
-----	--

Non	
-----	--

Je ne sais pas	
----------------	--

5) Est-ce que vous avez bénéficié d'un appui/soutien technique et clinique ou organisationnel durant la visite du SCUMaP ?

Oui	
-----	--

Non	
-----	--

Je ne sais pas	
----------------	--

→ Si oui, décrire la nature et le contenu de cet appui :

.....
.....
.....

6) Comment pouvez décrire l'apport des membres de l'équipe universitaire pour vos capacités techniques personnelles et pour votre maternité ?

.....
.....
.....

7) Pouvez vous décrire le déroulement de la réunion de synthèse et quelles étaient les principales conclusions ?

.....
.....

8) Avez-vous élaboré un plan d'action pour la mise en œuvre des recommandations du soutien clinique et quel était le degré de sa mise en œuvre ?

.....
.....
.....

9) Quelle est votre appréciation sur le soutien clinique universitaire des maternités hospitalières:

	Bon	Moyen	Faible
Durée			
Composition de l'équipe			
Contenue			
Etapas			
Apports			

Commentaire:

.....
.....
.....

10) Quels sont vos propositions pour améliorer cette approche ?

.....
.....
.....

RESUMES

Résumé

Dans un contexte d'amélioration de la qualité de prise en charge et de réduction du taux de mortalité maternelle et néonatale, le CHU Mohammed VI a participé à une expérience qui est la première faite au Maroc, c'est le «soutien clinique universitaire dans les maternités provinciales » ; il s'agit d'apporter aux équipes locales exerçant dans ses structures un soutien technique, clinique et organisationnel par une équipe multidisciplinaire, composée d'enseignants universitaires et de gestionnaires. Notre travail est une étude évaluative de l'apport de cette approche aux maternités et aux personnels de santé.

Notre étude a été menée au niveau des régions Marrakech Tensift Al Haouz et Tadla Azilal, nous avons visité les 3 soins obstétricaux d'urgence complets : hôpital d'Azilal, d'ElKelaï des Sraghna et d'Essaouira, nous avons utilisé la même grille d'observation (utilisée par l'équipe du CHU), les recommandations de la réunion de synthèse, les indicateurs de performance des provinces site de l'étude et un questionnaire adressé aux dirigeants, personnels médical et paramédical des maternités, dont le but est d'évaluer l'impact de cette approche et le degré d'amélioration et de réalisation des recommandations de l'équipe du CHU.

Le degré d'amélioration des remarques de la grille de supervision est successivement, de 50 % – 80,9 % – 47,5 % au niveau de l'hôpital d'Azilal, d'El Kelaï des Sraghna et d'Essaouira. Le degré de réalisation des recommandations de la réunion de synthèse est successivement, de 57,9 % – 83,3 % – 50 % au niveau des 3 provinces. Quant aux indicateurs de performance, on a une tendance plus ou moins favorable, qu'on ne peut rattacher à l'intervention seule du soutien clinique universitaire. Par ailleurs, la majorité du personnel a bénéficié durant cette approche, d'une formation de proximité et d'un encadrement de qualité.

Le soutien clinique, constitue une expérience pilote, en créant un lien entre 2 niveaux ; universitaire et périphérique, en mettant le point sur le dysfonctionnement et les contraintes au niveau des provinces. Cependant, il faut pérenniser cette expérience, l'améliorer et la généraliser au niveau national, dans le but d'amélioration de la qualité de prise en charge des parturientes, et la réduction du taux de mortalité maternelle et néonatale

Summary

Within the framework of improving the quality of medical undertaking and reducing maternal and neonatal mortality rate, Mohammed VI University Hospital Complex (UHC) took part in a first hand experience in Morocco entitled "The university clinical support in the provincial maternity hospitals". It was concerned with equipping the local teams practicing within these structures with the technical, clinical, and organizational support by a multidisciplinary team made up by university teachers and managers. Our work is an evaluating study of the contribution of such approach to maternity hospitals and to the medical staff as well.

Our study was conducted at the level of Marrakech Tensift El Haouz region and Tadla Azilal region. We visited three complete obstetrical emergency centres: in Azilal, El Kelaa des Sraghna, and in Essaouira. We have used the same observational chart (used by the team of Mohammed VI UHC), the recommendations of the synthesis meeting, the performance indicators of the provinces being studied, and finally, a questionnaire addressed to the leaders, the medical and paramedical staff at maternity hospitals so as to evaluate the impact of this approach, the degree of improvement and that of the realization of the recommendations of the UHC team.

The improvement degree of the remarks of the observational chart is successively the following: 50% – 80.9% – 47.5% at the level of the hospital of Azilal, El Kelaa des Sraghna, and Essaouira. The realization degree of the recommendations of the synthesis meeting is successively: 57.9% – 83.3% – 50% at the level of the above-mentioned provinces. As far as the performance indicators are concerned, we obtained a favourable tendency that we can not link solely to the intervention of the university clinical support. Moreover, the majority of the staff benefited during this approach, from a close training and quality supervision.

The clinical support represents a key experience, creating a link between two levels: university level and peripheral one hence, diagnosing the defects and the constraints at the level of the provinces. However, we have to ensure the continuity of this experience, improve it and generalise it all over the country in order to improve the quality of the medical undertaking of parturients, and to reduce maternal and neonatal mortality rate

"

"

.

.

.

(

)

%47.5 - %80.9 - %50 :

%57.9 :

%50 - %83.3 -

.

.

.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Présentation CHU Marrakech**
www.chumarrakech.ma 2005
2. **Rapport de projet: contribution à la politique et stratégie nationale, Maroc 2000–2004**
Averting maternal death and disability: AMDD.
Programme administré par le FNUAP et supervisé par CPFH, Université de Columbia.
3. **Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant, journée mondiale de la santé 2005**
OMS : Faits et chiffres tirés du rapport sur la santé dans la monde 2005
4. **Améliorer la santé en matière de reproduction dans les pays en voie de développement.**
Octobre 1997. Résumé des conclusions du conseil national de recherche de l'Académie des sciences des Etats–Unis préparé par le *Population Reference Bureau.*
5. **Enquête sur la famille et la santé familiale EPSF 2003–2004 Rapport Préliminaire.**
Ministère de la santé, Direction de la Planification et des Ressources Financières
Division de la Planification et des Etudes
Service des Etudes et de l'Information Sanitaire – SEIS
6. **Mortalité maternelle et infantile : le Maroc après Tunisie et avant l'Algérie.**
algerie-dz.com
7. **Politiques de population et développement humain au Maroc: bilan des cinquante années passées.**
CERED Haut Commissariat au Plan.
8. **Abdel–Ilah Yaakoubd**
Femmes et santé au Maroc (1993–2003)
INSEA, Rabat

9. **La santé de la reproduction dans la politique de population au Maroc. 1999**
Ministère de la santé
Direction de la Population
10. **Darkaoui K.E.**
Programme national d'assurance qualité du ministère de la santé.
www.mcinet.gov.ma /Espace qualité dossier N°19
11. **E.M. Samba, F. Hana, R. Salah et al.**
Feuille de route pour accélérer l'atteinte des objectifs de développement pour le millénaire (ODM) en rapport avec la santé de la mère et du nouveau-né en Afrique. Mars 2004
12. **Objectifs du millénaire pour le développement.**
Rapport national 2005
www.pnud.org.ma
13. **Participation de l'APD française aux objectifs du millénaire pour le développement**
OMD 2004
14. **Utilisation des indicateurs de processus de l'ONU en matière de services obstétricaux d'urgence, questions et réponses**
Manuel de l'AMDD
Columbia University, mai 2003
15. **Mr. Bachikh**
Manuel de soutien clinique universitaire des maternités provinciales (SCUMaP). Mars 2006
Ministère de la santé, direction de la Population
Avec le soutien technique et financier de l'UNFPA
16. **Coordination du monitoring médical : la visite médicale externe**
AMDD, M. Zafar 2003

17. **Guide d'utilisation du soutien clinique et universitaire des maternités provinciales 2004**
Ministère de la santé, Maroc.
18. **Rapport de fin de mission de soutien clinique et universitaire à la province d'Azilal**
2003–2004
19. **Rapport de fin de mission de soutiens clinique et universitaire à la province d'El Kelaa des Sraghna 2004**
20. **Rapport de fin de mission de soutiens clinique et universitaire à la province d'Essaouira**
2004
21. **Rapport sur les activités du soutien clinique aux maternités hospitalières**
Soutien clinique, MTH et TA, KB 2003
22. **Manuel d'implantation de l'audit : guide destiné aux équipes hospitalières INAS, UNFPA,**
2002
23. **Atelier national de consensus sur les audits des soins obstétricaux**
INAS, 2001
24. **Améliorer les soins obstétricaux d'urgence grâce à l'audit reposant sur les critères**
AMDD. Columbia University, 2002
25. **Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux** *UNICEF, 1997*

26. **Lori DiPrete Brown et all, le Projet QA, Bethesda MD**
Assurance de qualité des soins de santé dans les pays en voie de développement
27. **Evaluation des ressources, des besoins et monitoring des soins obstétricaux d'urgence au Maroc : Manuel à l'usage des prestataires et des gestionnaires des soins**
Direction de la Population, UNFPA, AMDD, 2002
28. **Evaluation des ressources, des besoins et premier monitoring des soins obstétricaux d'urgence au Maroc**
Direction de la Population, UNFPA 2002
29. **Le registre obstétrical**
Direction de la Population, UNFPA, 2002–2003
30. **Guide d'utilisation du registre obstétrical et du rapport mensuel : guide destiné aux prestataires de service**
Direction de la Population, UNFPA, 2004
31. **Etude qualitative sur les conditions d'exercice des sages femmes**
Division de la formation, UNFPA, 2003
32. **Etude qualitative sur le comportement des prestataires de soins obstétricaux d'urgence**
Ministère de la santé, UNFPA, 2002
33. **Santé en chiffre 2004.**
Direction de planification et ressources financières

34. **M. Péchevls, H. Fernandez, J. Cook, A. Bensalah, M. Aouraghe, A. Benbaha**
Maternal mortality and referential maternity wards in Morocco: how to (re)motivate professionals?
Santé publique 1999, volume 11, n°2, pp. 211–223
35. **Dr Deldou Ezzitouni**
Projet d'implantation d'audit clinique au niveau de la maternité de l'hôpital Hassan II de Settat
Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de maîtrise en administration sanitaire et santé publique Juillet 2006
36. **A. Ait Ali, Sara Ben Baha,**
Evaluation de l'apport du soutien clinique et organisationnel des maisons d'accouchement « SCOMA » cas de la maison d'accouchement rurale Loudaya.
Mémoire de fin d'étude, option : sage femme. N°8 2005–2006
37. **Pr. R. Berrada, A. Kharbach, A. Chaoui**
Day 3 : Session 9 : Qualité le soutien clinique universitaire 7
www.santé.gov.ma/panarabe
38. **Stratégie maternité sans risque**, communiqué 2005.
Direction de la population.