



## MESURE DES PERFORMANCES POUR L'AMÉLIORATION DES SOINS MATERNELS, PÉDIATRIQUES ET NEONATALS DANS LES CENTRES DE SANTE DE 10 COMMUNES DE CONVERGENCE DE LA REGION DE LABE (GUINEE)

## PERFORMANCE MEASUREMENT FOR THE IMPROVEMENT OF MATERNAL, PAEDIATRIC AND NEONATAL CARE IN THE HEALTH CENTERS OF 10 CONVERGENCE COMMUNES IN THE LABE REGION (GUINEA)

<sup>1</sup> DIALLO Sory, <sup>2</sup> DIALLO Ibrahima Sory, <sup>3</sup> DRAMOU Bernadette, <sup>4</sup> FOFANA Hawa, <sup>5</sup> DIALLO Boubacar, <sup>6</sup> BALDE Kadiatou, <sup>7</sup> OUEDRAOGO Adama.

<sup>1</sup> Médecin nutritionniste, Institut de Nutrition et de Santé de l'Enfant /Donka (Guinée), sorydiallo1962@gmail.com

<sup>2</sup> Pédiatre, Maître-assistant au Département de médecine de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, (Guinée), diallopediatrie@yahoo.fr

<sup>3</sup> Médecin santé publique, OMS-Guinée, dramouberte@gmail.com

<sup>4</sup> Pédiatre, Assistant au Département de médecine de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, (Guinée), drhawafofana@yahoo.fr

<sup>5</sup> Pédiatre, Assistant au Département de médecine de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, (Guinée), boubacarbababarry@gmail.com

<sup>6</sup> Médecin santé Publique, Unicef-Guinée, Kbalde@unicef.org

<sup>7</sup> Pédiatre, Unicef-Guinée, adouedraogo@unicef.org

DIALLO Sory, DIALLO Ibrahima Sory, DRAMOU Bernadette, FOFANA Hawa, DIALLO Boubacar, BALDE Kadiatou et OUEDRAOGO Adama, Mesure des performances pour l'amélioration des soins maternels, pédiatriques et néonataux dans les centres de santé de 10 communes de convergence de la région de Labe (Guinée), *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 5 (9), 3-18, [En ligne] 2022, mis en ligne le 27/06/2022, consulté le 2022-06-27 20:47:51, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=246>

### Résumé

La mesure des performances est un moyen d'améliorer la qualité des soins et les résultats thérapeutiques des patients grâce à la revue systématique de la prise en charge clinique et à la comparaison des résultats thérapeutiques avec les critères ou les normes de soins acceptées. Cela permet d'identifier les lacunes dans la qualité des soins et les changements à apporter. L'objectif de cette étude est d'évaluer les performances en vue d'améliorer les soins maternels, pédiatriques et néonataux dans 10 communes de convergence de la Région administrative de Labé. Il s'agissait d'une étude

Mesure des performances pour l'amélioration des soins maternels, pédiatriques et néonataux dans les centres de santé de 10 communes de convergence de la région de Labe (Guinée)

transversale à visée descriptive qui s'est déroulée du 09/04/2021 au 16/05/2021. Au cours de cette étude, nous avons obtenu un score global de 3/5 pour l'ensemble des activités. Les scores les plus élevés ont été attribués à la prise en charge du travail et de l'accouchement par voie basse (4/5), à la prise en charge de l'infection (4/5) et du paludisme (4/5). Aucun critère n'a obtenu le score 5, indiquant une bonne pratique respectant les standards de soins de l'OMS. Les résultats de cette étude, révèlent que la qualité technique des prestataires des différents centres de santé était insuffisante. Il peut s'agir donc d'un dysfonctionnement mineur au niveau des centres de santé visités. Pour améliorer la qualité des soins, les centres de santé doivent disposer de médicaments essentiels et d'autres fournitures, des agents de santé qui sont formés et compétents dans le domaine des soins de premiers secours, de l'évaluation et du traitement.

**Mots clés :** Mesure, performances, soins maternels et pédiatriques, Labé.

---

## Abstract

Performance measurement is a means of improving the quality of care and patient outcomes by systematically reviewing clinical management and comparing treatment outcomes with accepted criteria or standards of care. This allows gaps in quality of care to be identified and changes to be made. The objective of this study was to evaluate performance in order to improve maternal, paediatric, and neonatal care in 10 convergence communes in the Labé administrative region. This was a descriptive cross-sectional study that took place from 09/04/2021 to 16/05/2021. During this study, we obtained an overall score of 3/5 for all activities. The highest scores were given to management of labour and vaginal delivery (4/5), management of infection (4/5) and malaria (4/5). No criterion scored 5, indicating good practice in line with

WHO standards of care. The results of this study reveal that the technical quality of the providers in the various health centers was insufficient. This may therefore be a minor dysfunction in the health centers visited. To improve the quality of care, health centers need to have essential drugs and other supplies, health workers who are trained and competent in first aid, assessment and treatment.

**Key words:** Measurement, performance, maternal and paediatric care, Labé

---

## INTRODUCTION

Le mesurage de la performance donne aux décideurs une occasion rêvée d'assurer l'amélioration des systèmes de santé et de rendre ceux-ci plus responsables (Peter Smith et al., 2008, p.6). En Guinée, au cours des deux dernières décennies, le secteur de la santé s'est mobilisé pour la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (SRMNIA). Les efforts déployés et les progrès enregistrés demeurent encore insuffisants face au défi à relever, et ne participent pas suffisamment à la création d'un environnement favorable à la SRMNIA. Des inégalités persistent dans l'accès aux soins obstétricaux et néonataux selon les régions, les zones urbaines ou rurales, le niveau d'instruction et le niveau socioéconomique des individus et des ménages. Certains acquis, en termes de résultats, ont été annihilés par les crises sociopolitiques et la flambée de la maladie à virus Ebola qu'a connues la Guinée. Bien que des progrès importants aient été réalisés en matière de réduction de la mortalité maternelle et infantile, celle-ci, est encore élevée (Ministère de la santé, 2016, p12). Selon le Multiple Indicator for Cluster Survey (MISC, 2016), la mortalité maternelle reste élevée (550 décès pour 100 000 NV) et seulement 45 % des femmes bénéficient d'une assistance qualifiée à l'accouchement, ce qui révèle l'accès limité aux soins obstétricaux et

néonataux d'urgence de qualité. La faible couverture des interventions chez le nouveau-né se traduit par un taux de mortalité néonatale de 32 pour 1000 naissances vivantes, la mortalité infanto-juvénile est de 111 décès pour 1000 (MISC, 2016, p.54). En 2012, un outil intégré pour soutenir l'amélioration de la qualité des services de santé maternelle, néonatale et infantile dans les structures de santé a été développé pour aider à évaluer la qualité des soins dispensés aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants dans les centres de référence et les hôpitaux (Ministère de la santé/Côte d'Ivoire, 2015, p.7). L'outil est basé sur des normes tirées du livre de poche OMS de soins hospitaliers pédiatriques, de l'outil d'évaluation du programme de « Maternité à Moindre Risque » et d'autres matériels pertinents de l'OMS (OMS, 2013). Cet outil a été testé sur le terrain dans quelques pays de la région (Nigeria & Mozambique) et est actuellement utilisé en Côte d'Ivoire, au Mali, au Sénégal, en Éthiopie et en Angola. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, en collaboration avec le département de santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent du Siège de l'OMS à Genève, a renforcé la capacité en Octobre 2014 des pays Francophones dont la Guinée pour améliorer la qualité des soins pour les mères, les nouveau-nés et les enfants dans les centres de santé de référence ou les hôpitaux (Ministère de la santé/Côte d'Ivoire, 2015, p.7). C'est dans ce contexte que le Ministère de la Santé avec l'appui financier technique de l'UNICEF-Guinée se propose d'expérimenter l'outil d'évaluation de l'OMS pour améliorer les prestations de soins maternels, néonataux et pédiatriques. L'objectif de cette étude est d'évaluer les performances en vue d'améliorer les soins maternels, pédiatriques et néonataux dans 10 communes de convergence de la Région administrative de Labé.

---

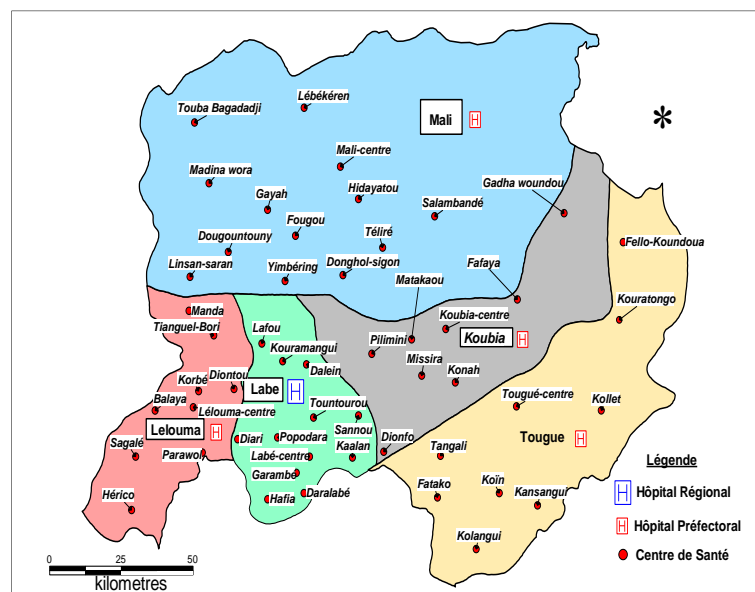
## **1. MATÉRIELS ET MÉTHODES**

---

### **1.1. Cadre de l'étude**

La région de Labé est une subdivision administrative de la Guinée. La Région est frontalière du Mali et du Sénégal au nord. En 2017, sa population était estimée à 994458 habitants avec une densité de 48 habitants /km<sup>2</sup>. Elle compte 5 préfectures (Labé, Koubia, Lélouma, Mali et Tougué), 48 communes rurales, 48 sous-préfectures, 5 communes urbaines, 407 districts (INS, 2017 p.2). Elle couvre une immense étendue de bowés et abrite un nombre élevé de cours d'eau et de sources. Ainsi, la nature du relief et le réseau hydrographique rendent les conditions d'accès aux différentes localités de la région assez contraignantes. La réalisation et l'entretien des infrastructures routières sont difficiles et exigent des investissements énormes dans une région où le système de transport est fortement dominé par le mode de transport routier. Les populations sont dispersées dans des hameaux éloignés et d'accès difficile, présage de difficultés d'accès aux services de santé pour la population. La fécondité est de 5,8 enfants en moyenne par femme contre 4,8 au niveau national. En 2020, la situation du personnel de santé dans la région se présentait comme suit : 106 médecins, 8 pharmaciens, 24 biologistes, 220 infirmiers d'Etat, 323 ATS et 83 sage femmes. La densité des RHS est de 0,9 agent soignant pour 1000 habitants. Le nombre d'habitants par médecin est de 12059, le nombre de femme en âge de procréer par sage-femme est de 6427, le nombre d'habitant par infirmier d'état est de 10493 (SSIS/BSD, 2014, p.32). Le quotient de mortalité néonatale est de 26 % contre 59 % pour le quotient de mortalité infantile (INS ; 2018). Selon les données du dernier Comité Technique Régionale de Santé (2020/21), la quasi-totalité du personnel d'appui des structures et des agents de terrain sont des contractuels ou des stagiaires (bénévoles). Dans la région de Labé, on dénombre 58 centres de santé dont 10 implantés dans 10 communes de convergence, 1 hôpital régional et 4 hôpitaux préfectoraux (carte no1).

## Carte n°1: Région administrative de Labé



Source : Direction régionale de la santé de Labé, 2021

Réalisation : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire, 2014

## 1.2. Méthodes de l'étude

### 1.2.1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive qui s'est déroulée du 09/04/2021 au 16/05/2021. Elle avait porté sur 50 agents de santé exerçant dans les centres de santé de 10 communes de convergence de la région de Labé. Ont été inclus dans chaque centre de santé, cinq (5) professionnels de santé : 1 agent de la consultation prénatale, 1 agent de consultation primaire curative, 1 agent du programme élargi de vaccination (PEV), 1 agent chargé de vente de médicaments et le chef de centre en service le jour de l'évaluation et ayant des connaissances avérées en santé de la reproduction et infantile. Les agents de santé remplissant les critères d'inclusion mais absents au moment de l'évaluation ont été exclus. Pour la sélection des agents, nous avons utilisé un échantillonnage par choix raisonné car dans le système de soins primaires Guinéen, le monitoring touche les services de consultation curative, le service de consultation prénatale, le service de planification et le service de vente de médicaments essentiels et de vaccination.

### 1.2.2. Collecte des données

Avant le départ sur le terrain, une équipe composée de professionnels chargés de soins maternels, néonataux, pédiatriques de la Direction Nationale de Santé Familiale et Nutrition (DNSFN) avait effectué dans un premier temps une lecture complète du

questionnaire afin d'apprécier l'adéquation du contenu avec les réalités des centres de santé visités. La méthodologie avait consisté à recueillir auprès des participants, les remarques relatives à leur demande après lecture du questionnaire et en rapport avec la meilleure façon de collecter les informations nécessaires à la vérification des normes de performances validées. Sur le terrain, les informations étaient collectées à partir de l'observation directe de la prise en charge des patients, l'examen des dossiers cliniques et l'entretien avec le personnel en charge de la santé des mères et des enfants, en parallèle avec l'observation des locaux. Lors de la visite dans les structures sanitaires, l'équipe avait également recueilli d'autres éléments comme la propreté, le respect des protocoles cliniques, la disponibilité des médicaments et du matériel, les informations concernant les effectifs, les statistiques des activités, le système d'information sanitaire, les directives et les connaissances pratiques et théoriques des prestataires sur les soins maternels, néonataux et pédiatriques.

Pour chaque information collectée, des notes de 5 à 1 sont attribuées :

- i) 5 indique une bonne pratique respectant les standards de soins ;
- ii) 4 montrant peu de besoin d'amélioration pour être conforme aux standards de soins ;
- iii) 3 signifiant un certain besoin d'amélioration pour atteindre les standards de soins ;

iv) 2 indiquant un besoin considérable d'amélioration pour atteindre les standards de soins ;

v) 1 montrant que les services ne sont pas fournis, que la prise en charge est totalement inadéquate ou que les pratiques présentent un risque mortel.

Pour estimer le score final, une moyenne a été calculée pour chaque critère. Pour la note finale nous avons additionné les notes (moyennes) intermédiaires puis divisé par le nombre de critères. Les moyennes comportant des décimales étaient arrondies par excès ou par défaut. Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Excel.

### 1.2.3. Outil

L'outil qui a été utilisé pour la collecte des données était celui des 8 standards de l'OMS en matière de qualité de soins maternels et néonataux plus la liste de contrôle des médicaments, des fournitures et de l'équipement (OMS, 2015, p.25-58). Cet outil générique de l'OMS a été adapté au contexte de la Guinée et validé en 2018 par le Ministère de la santé.

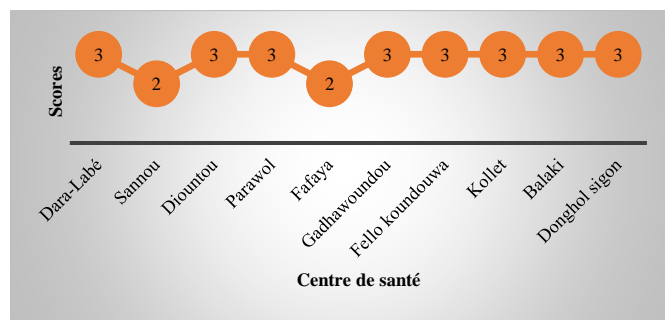
## 2. RÉSULTATS DE L'ETUDE

Après l'investigation des soins maternels, néonataux et pédiatriques, nous avons obtenu un score global de 3/5. Le score 3 a été attribué à l'information générale sur les centres de santé.

### 2.1. Informations générales

Les critères de performance ayant obtenu les scores les plus élevés en cumulant les points des 10 centres de santé étaient : le système d'information et dossiers médicaux (4/5), l'infrastructure (3/5), la formation du personnel (3/5), politique et directive (3/5). Les mauvais scores ont été attribués aux critères suivants : disponibilité de moyens de transport des malades (2/5), disponibilité de médicaments essentiels (2/2) et disponibilité de laboratoire d'analyse biomédicale (2/5).

#### Graphique n°1: informations générales sur les centres de santé



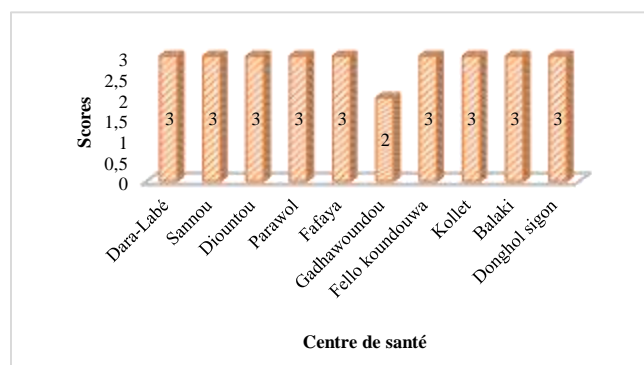
Source : Enquête de terrain, 2021

Les données de l'observation montrent que pour tous les critères confondus, 8 centres de santé avaient un système d'information générale satisfaisant (3/5).

### 2.2. Connaissances pratiques et théoriques des soins maternels

Après le cumul des points des 10 centres de santé, la prise en charge du travail et l'accouchement par voie basse (4/5), la prise en charge de l'infection (4/5) et la disponibilité du matériel et produits (3/5) ont été les critères de performance qui avaient obtenu les scores les plus élevés, suivis de la disponibilité du service de la maternité (3/5), la disponibilité des médicaments essentiels et produits (3/5), la prise en charge de l'hémorragie du post partum (3/5). Les faibles scores ont été attribués aux critères suivants : la prise en charge de la mauvaise progression du travail (2/5), la prise en charge de l'éclampsie et prééclampsie (2/5), l'offre des soins obstétricaux d'urgence (2/5), la disponibilité du personnel et l'offre de formation (2/5). Cela s'expliquerait par le fait que dans 6 centres de santé sur 10, la prise en charge des femmes enceintes était effectuée par un infirmier d'état et non par une sage-femme censée de prendre en charge des parturientes.

#### Graphique n°2: connaissances théoriques et pratiques des soins maternels par centre de santé



Source : Enquête de terrain, 2021

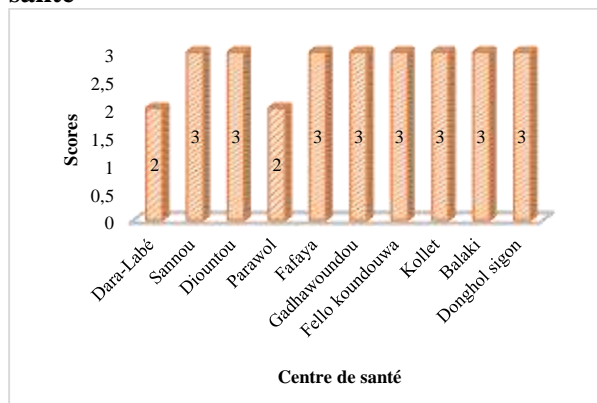
Mesure des performances pour l'amélioration des soins maternels, pédiatriques et néonataux dans les centres de santé de 10 communes de convergence de la région de Labe (Guinée)

Dans 9 centres de santé sur 10, les prestataires avaient le même niveau de qualité technique (3/5). Gadha-woundou était la structure où les prestataires avaient la qualité technique des soins maternels la plus faible (2/5). Dans ce centre de santé, l'agent chargé de la consultation prénatale était un agent technique de santé qui n'a pas bénéficié de formation dans le domaine des soins obstétricaux d'urgences de base (SONUB).

### 2.3. Connaissances pratiques et théoriques des soins néonataux

En cumulant les points de l'ensemble des centres de santé, les scores les plus élevés ont été attribués aux critères de performance suivants : la réanimation néonatale et soins néonataux courants (3/5), la lutte contre l'infection (3/5) et à la disponibilité du matériel et produit (3/5). Les mauvais scores ont été donnés au service de santé néonatal (2/5) et à la disponibilité des médicaments essentiels (2/5). Cela s'expliquerait d'une part par la rupture récurrente des stocks de médicaments essentiels (mauvaise gestion, insuffisance à la maîtrise des commandes) et d'autre part par le manque de l'espace affecté à la réanimation néonatale.

**Graphique n°3: connaissances théoriques et pratiques des soins néonataux par centre de santé**



Source : Enquête de terrain, 2021

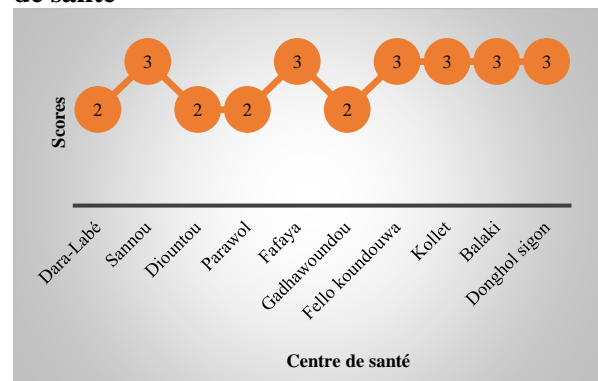
Comme le montre le graphique no3, les prestataires de 8 centres de santé avaient le même niveau de qualité technique des soins néonataux (3/5). Le faible score (2/5) attribué à la qualité technique des prestataires de Parawol et de Dara-Labé est dû principalement au manque de personnel formé en SONU. Cette constatation corrobore les résultats du rapport réseau et cartographie des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) qui a montré que seuls 12% (14 sur 118) des établissements

offrant des SONU au niveau national étaient fonctionnels (MSHP/DNFS, 2020, p.23).

### 2.4. Connaissances pratiques et théoriques des Soins pédiatriques

Les critères de performance ayant obtenu les scores les plus élevés en cumulant les points des 10 centres de santé sont : la prise en charge des maladies diarrhéiques (3/5), de toux/respiration difficile (3/5), du paludisme (4/5), de l'infection (3/5), de malnutrition (3/5), la disponibilité de médicaments et produits (3/5) et les soins de soutien (3/5). Les mauvais scores ont été attribués à la disponibilité des soins pédiatriques d'urgences (2/5), à la disponibilité du service de pédiatrie (2/5) et à la prise en charge de fièvre (2/5).

**Graphique n° 4: connaissances pratiques et théoriques des soins pédiatriques par centre de santé**



Source : Enquête de terrain, 2021

Les données de l'observation montrent que pour toutes les activités confondues, les centres de santé de Dongol-Sigon, Balaki, Sannou, Fello-Koundou, Fafaya et Kollet étaient les structures où les prestataires avaient le niveau de qualité technique le plus élevé (3/5).

**Tableau 1 : Plan d'action et Méthode**

Critères	Scores		Effets sur la mortalité et morbidité		Faisabilité		Mesures nécessaires	Priorité		Calendrier et personne Responsable
	Améliorer nettement	A améliorer	Faible	Haute	Faible	Haute		Faible	Haute	
Médicaments essentiels, fournitures	2/5			X		X	Doter en médicaments et fournitures les 10 centres de santé		X	Du 1 <sup>er</sup> avril au 31/05/ 2021. Ministère de la santé et d'hygiène (MSPH)
Malnutrition		3/5		X		X	Améliorer les		X	Du 1 <sup>er</sup> avril au 1 <sup>er</sup> septembre 2021
Diarrhée		3/5		X		X	compétences des			Chefs de Centre de
HPP	2/5			X		X	prestataires des CS en			Santé/Directeurs
Prééclampsie	2/5			X		X	PCIME et			Préfectoraux de
Fièvre.	2/5			X		X	SONU			la Santé (DPS)
Soins de soutien		3/5		X		X				
Soins néonataux		3/5		X		X				
IRA		3/5		X		X				
<b>Soins pédiatriques d'urgence</b>	2/5			X		X	Créer des salles de soins pédiatriques et obstétricaux dans tous les centres de santé		X	Du 1 <sup>er</sup> mai au 30 octobre 2021
Soins obstétricaux d'urgence	2/5			X		X				Ministère de la santé/DPS de Mamou
Transfert	2/5			X		X	Doter 8 centres de santé en moyen de transport médicalisé		X	Du 1 <sup>er</sup> /04/2021 au 30/04/2022, DPS/MSPH
Laboratoire	2/5			X		X	Doter 9 centres de santé en laboratoire biomédicale		X	Du 1 <sup>er</sup> /04/2021 au 30/04/2022, DPS/MSPH

Source : Enquête de terrain, 2021

### 3. DISCUSSION

En dépit des résultats intéressants obtenus au cours de cette étude, on note cependant certaines limites qu'il convient de souligner :

- Premièrement, elle a été conduite dans les structures de santé où le personnel était majoritairement composé de stagiaires parfois capables de fournir certaines informations utiles concernant l'organisation des soins.
- Deuxièmement, il s'agit d'une étude descriptive qui comporte le volet qualitatif. Les réponses données par le personnel soignant peuvent être individuels et différentes de celles des autres membres du personnel. Cependant, elle a permis de recueillir des informations pouvant permettre d'orienter les efforts pour une amélioration de la qualité des soins offerts aux enfants et aux mères dans les centres de santé de 10 communes de convergence de la Région administrative de Labé.

#### 3.1. Informations générales sur les centres de santé

Pour une prise en charge correcte des patients, mener à bien tous les actes et toutes les interventions nécessaires et lutter contre les infections, il est fondamental de disposer d'un environnement sûr, propre et hygiénique, d'un approvisionnement ininterrompu en eau potable et en électricité, de bons moyens d'assainissement et d'un système permettant

d'éliminer les déchets en toute sécurité (OMS, 2015, p.58).

Durant la période d'étude, nous avons observé que 6 structures de Santé Sur 10 centres, se trouvaient dans un mauvais état. La plupart de ses structures étaient vétustes et ne répondaient pas aux normes de construction actuelles, nécessitaient soit, une restauration ou une nouvelle construction. Certaines des structures existantes étaient des bâtiments réalisés par les communautés et n'obéissaient pas aux normes de construction du Ministère de la santé. Depuis leur construction en 1987 dans le cadre de la mise en place des soins de santé primaires en République de Guinée, ces structures sanitaires n'ont pas été rénovées par manque de financement de la part de l'Etat. Les bâtiments et les équipements se sont dégradés au fil des années. En 2014, seulement 2,4 % du budget de l'Etat était alloué au secteur de santé, loin des 15% recommandés par l'Union Africaine. Dans le cadre du dialogue politique en santé, un plaidoyer fort a conduit auprès des Ministères en charge des Finances et du Budget pour l'augmentation à 15 % de la part de la santé dans le budget national. Selon les données disponibles, depuis 2015 cette part a augmenté pour atteindre 8 % en 2019 (OMS-Guinée, 2020, p.9). Seuls, les centres de santé (CS) de Dara-Labé, Sannou, Diountou (district sanitaire de Labé), Fello-Koundoua (district sanitaire de Tougué) et Doghol-Sigon (district sanitaire de Mali) disposaient une infrastructure satisfaisante. Ces structures étaient toutes dotées d'un point de vente de médicaments essentiels, d'une salle d'accouchement, d'une salle de consultation prénatale (CPN), d'une salle de consultation primaire curative (CPC), d'une salle d'accueil et des salles d'observations séparées (une



utilisée pour les soins curatifs et l'autre pour les parturientes). L'infrastructure de l'établissement de santé doit être adéquate et bien entretenue, avec des prestations de base, une bonne aération, une source d'énergie disponible et une bonne hygiène. Comme on le dit ici, l'électricité était disponible dans tous les centres visités, mais en cas de coupure de courant il n'y avait pas de groupe électrogène de secours pour alimenter les CS. L'eau courante avec adduction n'était disponible que dans les CS de Dara-Labé, Sannou, Kollet, Fello-Koundoua et Dongol-Sigon. Par contre, le problème d'eau était crucial dans les CS de Balaki, Parawol, Gadha woundou, Fafaya et Diountou. A Parawol par exemple les agents de santé puisaient de l'eau dans un puit traditionnel et cette eau était nauséabonde et impropre à la consommation. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS, 2019, p.4), l'eau contaminée peut transmettre des maladies comme la diarrhée, la dysenterie, le choléra, la typhoïde et la poliomyélite. On estime que, chaque année, plus de 829000 personnes meurent de diarrhée à cause de l'insalubrité de leur eau de boisson et du manque d'assainissement et d'hygiène (OMS, 2019, p.4). La diarrhée est la maladie la plus connue associée aux aliments et à l'eau contaminée mais elle n'est pas seule. En 2017, plus de 220 millions de personnes avaient besoin d'un traitement de la schistosomiase, une maladie aiguë et chronique causée par des vers parasites contractés par exposition avec l'eau infestée. Dans les pays les moins avancés, 22 % des établissements de santé n'ont aucun service d'alimentation en eau et 22% aucun service de gestion des déchets (OMS, 2019, p.4). L'amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement et une meilleure gestion des ressources hydriques permettent d'éviter la

survenue des maladies, stimulent aussi la croissance économique des pays et contribuent largement à réduire la pauvreté. Concernant la disponibilité de moyen de transport, seuls les CS de Kollet et de Donghol-Sigon disposaient d'une ambulance utilisée pour le transfert des cas graves vers les hôpitaux préfectoraux pour une meilleure prise en charge. Une frange importante des femmes et des enfants résidents dans ces 10 communes de convergence parcourt de longs trajets et consacre beaucoup de temps pour recevoir des soins. Comme démontré ici, chaque centre de santé visité était doté de 3 toilettes avec un niveau de propreté acceptable. Celles destinées aux hommes et celles destinées aux femmes étaient clairement séparées de celles du personnel. L'OMS, estime que chaque dollar investi dans l'eau et les toilettes permet d'économiser en moyenne 4 dollars en frais médicaux, d'éviter des décès et d'accroître la productivité. La promotion de l'hygiène est également considérée comme l'une des interventions de santé publique les plus rentables. Inversement, le manque d'assainissement freine la croissance économique (ONU, 2019, p5). Au cours de cette évaluation, nous avons également observé dans tous les CS, la disponibilité des poubelles étanches pour les déchets tranchants et pour les déchets souillés. Par contre, l'hygiène des mains, le traitement des instruments, l'entretien des locaux à haut risque infectieux, la gestion des déchets biomédicaux n'étaient pas conformes aux normes et procédures en hygiène hospitalière. Cette situation a pour conséquence la fréquence élevée des infections nosocomiales. En Guinée, selon la Direction Nationale et l'Hygiène Publique (MSHP/DNHP, 2013, p.7), la production des déchets biomédicaux est estimée à plus de 700 tonnes par an ; ils comprennent essentiellement des déchets

infectieux, des déchets tranchants et piquants (DASRI). Sont considérés comme DASRI (déchets d'activités de soins à risques infectieux), les déchets présentant un risque infectieux du fait qu'ils contiennent des micro-organismes viables, ou leurs toxines, dont on sait ou dont on a de bonnes raisons de croire qu'en raison de leur nature, de leur quantité ou de leur métabolisme, causent la maladie chez l'homme ou chez d'autres organismes vivants (MSP/ DNS, 2009, p8). Comme le montre cet article, le personnel médical était insuffisant et peu qualifié dans 7 centres de santé sur 10. Ces données n'ont rien d'étonnant car au niveau national, le déséquilibre quantitatif des agents de santé se caractérise par l'excès de certaines catégories professionnelles (agent technique de santé et médecins par exemple) et l'insuffisance ou l'absence d'autres (sage-femmes, préparateurs en pharmacie, technicien de laboratoire et infirmier d'Etat par exemple). Le déséquilibre qualitatif est lié au faible niveau des élèves au recrutement, à la faiblesse des capacités d'encadrement (insuffisance numérique d'encadreur, manque de matériel didactique, de bibliothèque, etc.), à l'absence de plan de carrière, à l'inadéquation entre les compétences de certains agents et les fonctions qu'ils assument (MSHP, 2012, p.13). Cette disparité de distribution se caractérise par une répartition inéquitable du personnel entre la capitale et le reste du pays, les zones urbaines et les zones rurales et même entre les régions (MSHP, 2012, p.13). Comme on le dit ici, la quasi-totalité des centres de santé ne fonctionnent qu'une partie de la journée (8H à 18H) ; pas d'équipe de garde la nuit. Or, selon la politique sanitaire Guinéenne, le personnel soignant doit être disponible 24 heures sur 24 dans les structures de santé afin de prodiguer les soins courants. Il faut cependant souligner

que chaque structure de santé visitée disposait de registres de soins et des dossiers médicaux, complets et lisibles, où étaient consignées des informations de l'admission à la sortie. Ceci est un atout car le dossier médical est l'outil de soins qui permet le partage des informations entre les différents protagonistes intervenant auprès du patient et permet une traçabilité des différentes étapes de sa prise en charge. C'est l'élément essentiel de la qualité de la continuité et de la coordination des soins. Par conséquent, il est nécessaire d'évaluer régulièrement la qualité de la tenue des dossiers médicaux (Prévention Médicale, 2020, p1-2). Comme démontré ici, la rupture des stocks de médicaments essentiels était récurrente dans la quasi-totalité des centres de santé, mais plus marquée dans huit centres de santé. Elle concernait les groupes de médicaments essentiels suivants : antibiotique (gentamycine IM/IV, cefotaxime 1g), soluté pour perfusion (Sérum glucosé 10%, 30 et 50% et, chlorure de Na 0,9%, lactate de ringer, eau pour injection), analgésiques, anti-inflammatoire, antipyrétique (ibuprofène, indométacine), antihistaminiques (chlorphénamine per os /IV), corticoïdes (bétaméthasone IM, dexaméthasone IM, hydrocortisone), SRO (zinc), sulfate de zinc, médicaments dermatologiques (désinfectants et antiseptiques, chlorhexidine solution, polyvidone iodée, misoprostol, vitamine K1. Selon l'OMS, les médicaments essentiels sont ceux qui satisfont aux besoins de soins prioritaires de la population. Ils sont choisis en portant dûment attention à la pertinence au regard de la santé publique, aux données relatives à l'efficacité et à l'innocuité et, comparativement, au rapport coût/efficacité. Ils sont supposés être disponibles dans les systèmes de santé à tout moment en quantités

suffisantes, sous les formes galéniques appropriées, à des prix viables et abordables, et moyennant une garantie de qualité et des informations adaptées (OMS, 2019, p7). Concernant le tri des malades, nous avons observé qu'aucun des dix (10) centres de santé ne disposait un système de triage. Or, le triage doit être effectué dès l'arrivée de l'enfant malade, avant toute procédure administrative telle que l'inscription ce qui peut nécessiter de réorganiser le débit des patients dans certains endroits. Tout le personnel clinique participant aux soins dispensés aux enfants malades doit être préparé à évaluer rapidement les enfants afin d'identifier ceux dont l'état est grave et qui ont besoin d'un traitement d'urgence (OMS, 2009, p12).

### **3.2. Connaissances Théoriques et pratiques des prestataires sur les soins maternels**

L'offre de soins de qualité aux femmes enceintes dans les établissements de soin nécessite des professionnels de santé compétents et motivés, mais aussi des moyens matériels : eau potable, médicaments essentiels, équipements et produits nécessaires. Les soins habituels et urgents recommandés requièrent également des structures fiables permettant d'adresser les patients à des niveaux différents du système de santé, et des systèmes d'information facilitant évaluations et vérifications (Daisy Mafubelu, 2007, P.4). Pour garantir une sécurité optimale, chaque femme, sans exception, doit recevoir des soins fournis par un personnel compétent dans un environnement adapté (généralement dans des centres de décentralisés primaires) proche de leur domicile, respectueux de leur culture. Cela pourrait éviter, contenir ou résoudre de nombreuse situation mettant la vie de la femme en danger, en particulier les complications qui peuvent survenir durant

l'accouchement (Daisy Mafubelu, 2007, p4). Cet article montre que dans 5 centres de santé sur 10 visités, les femmes enceintes avaient souvent accès à un accoucheur qualifié pour les soins courants. La surveillance pendant le travail actif était souvent assurée, les résultats étaient notés régulièrement dans le partogramme et la progression du travail était évaluée de façon appropriée. En cas de rupture prématurée des membranes (RPM) de plus de 6 heures avec notion de fièvre > à 38 degrés chez la mère, la prophylaxie d'antibiotique était administrée de façon adéquate afin de prévenir l'infection. Des études ont montré que la présence d'un personnel accoucheur qualifié lors de l'accouchement réduisait les risques de mortalité néonatale de 25 %, et que les pratiques d'accouchement dans de bonnes conditions d'hygiène dans les établissements sanitaires réduisaient les risques mortalité néonatale due aux infections de 27 % (UNHCR, 2013, p9). Dans tous les centres de santé visités, les directives et protocoles écrit pour le dépistage du VIH étaient connus et utilisés en routine par le personnel, mais les conseils et la prise en charge des femmes enceintes séropositives n'étaient pas effectués. Ce constat corrobore avec les données Selon l'EDS 2018 (Guinée), 18% des femmes qui ont eu une naissance vivante ont fait un test du VIH au cours d'une visite prénatale et ont reçu le résultat et des conseils après le test. En outre, seulement 23% ont fait un test du VIH en salle d'accouchement et ont reçu le résultat. Ces chiffres montrent qu'une frange importante des femmes enceintes passent plusieurs fois au système de santé sans que ce dernier ne puisse leur proposer un conseil, un test VIH ni éventuellement une prophylaxie. Or, assurer la prévention primaire de l'infection à VIH chez les futurs parents et éviter aux femmes infectées par le VIH les grossesses non

désirées constituent des stratégies à long terme qui sont fondamentales pour la prévention de la transmission du VIH à l'enfant (OMS, 2001, p11). Comme démontré ici, tous les centres de santé disposaient au moins du matériel et des fournitures de base essentiels pour les soins courants et la détection des complications (thermomètres, stéthoscopes fœtaux, TDR pour le paludisme et les tests de VIH et syphilis, matériel de clampage du cordon, table de consultation, table d'accouchement en quantité suffisante et en bon état, table de réanimation avec une source de chaleur). Par contre, Les fournitures telles que : la lampe d'examen, l'horloge murale, les serviettes pour sécher les nouveau-né et l'aspirateur n'étaient pas disponibles dans les dix centres de santé. Dans la quasi-totalité des centres de santé visités, les femmes présentant des cas d'hémorragies du post partum, de prééclampsie, et les femmes dont le travail était prolongé ou difficile ne bénéficiaient pas souvent des interventions appropriées, conformément aux lignes directrices de l'OMS. Ceci s'expliquerait d'une part par le manque de personnels qualifiés en soins obstétricaux et néonataux d'urgences de base (SONUB) et d'autre part par la rupture récurrente de certains médicaments essentiels tels que le sulfate de magnésium, le valium injectable, le ceftriaxone 1g et la vitamine K1. La prévention, le diagnostic précoce et rapide, et un traitement approprié peuvent réduire considérablement la mortalité et morbidité associées à ces affections. L'enquête SONU de 2017 indique qu'au niveau national, les principales causes de mortalité maternelles étaient : travail dystocique 36,2%, éclampsie 15%, hémorragie anté partum 9%, hémorragie post partum 5,7% (Ministère de la santé, 2017, p.12). En comparant les centres de santé entre

eux, nous avons constaté que neuf centres de santé sur 10 se partageaient la majorité des scores (figure.2). Aucun des dix centres de santé n'a obtenu la note 5 indiquant la bonne pratique respectant les standards de soins de l'OMS en matière de soins maternels. Le score global était de 3/5 pour l'ensemble des critères de performance de soins maternels, ce qui indique un certain besoin d'amélioration pour atteindre les standards de l'OMS.

### **3.3. Connaissances Théoriques et pratiques des prestataires sur les soins néonataux**

Comme le montre cet article, un nombre important d'enfants nés dans les 10 centres de santé avait bénéficié des soins courants immédiatement après la naissance (évaluation de l'état clinique, séchage immédiat après la naissance, soins du cordon ombilical, contact peau contre peau avec la mère, prophylaxie oculaire par administration de la pommade tétracycline pendant la première heure). Par contre, pendant la période de l'étude, aucun nouveau-né n'avait bénéficié de la vitamine K1 après la naissance faute de rupture du stock dans les centres de santé. La carence en vitamine K d'apparition classique est un problème grave mais rare chez le nouveau-né, et la prophylaxie à la vitamine K réduit considérablement le risque d'hémorragie du nouveau-né avec très peu d'effets néfastes, d'après les données probantes. L'OMS recommande l'administration de 1 mg de vitamine K par voie intramusculaire à tous les nouveau-nés dès que possible après la naissance (OMS, 2019, p.48). Dans 4 centres de santé sur 10, les nouveau-nés qui ne respiraient pas spontanément étaient stimulés, au besoin réanimés à l'aide d'un ballon et d'un masque. En règle générale, toute naissance

nécessite la présence, auprès de l'enfant, 10 à 15 minutes avant la naissance d'au moins d'une personne qualifiée et entrainer à la réalisation des gestes de réanimation. Dans les pays à insuffisance en ressources humaines qualifiées, ces gestes peuvent être faits par des matrones ou des infirmiers formés en soins de nouveau-nés (cas des structures de santé visitées). Dans la quasi-totalité des centres de santé visités, les nouveau-nés ayant un âge gestationnel < 37 semaines d'aménorrhée et de faible poids de naissance qui présentaient une suspicion d'infection ou pour lesquels il existait des facteurs de risque d'infection étaient référés vers les hôpitaux préfectoraux pour des soins appropriés. Ces nouveau-nés étaient souvent exposés à un risque élevé d'infection du fait de l'immaturation de leur système immunitaire. Les infections chez les nouveau-nés peuvent être mortelles ou entraîner des incapacités à long terme chez ceux qui survivent (OMS ; 2020, p.36). La rupture des médicaments essentiels utilisés pour traiter les nouveau-nés était fréquente dans tous les CS. Il s'agissait de : Vitamine K1/IM, diazépam injectable, caféine, Sérum glucosé 5% et 10 %, cefotaxime 1g, gentamycine IV/, gentamycine collyre. Les ruptures de médicament pourraient entraîner une perte de confiance des bénéficiaires vis-à-vis de la politique de gratuité et engendrer des problèmes de morbidité et de mortalité, plus particulièrement chez les enfants (Boukary Sana et al., 2019, p.3).

### **3.4. Connaissances théoriques et pratiques des prestataires sur les soins pédiatriques**

Pour chaque enfant, du personnel compétent, motivé et compréhensif doit être disponible à tout moment pour dispenser les soins courants et prendre en charge les affections courantes de l'enfance. Les résultats de cette étude montrent

que pour toutes les activités de soins pédiatriques, les centres de santé de Dongol-Sigon, Balaki, Sannou, Fello-Koundou, Fafaya et Kollet étaient les structures où les prestataires avaient le niveau de qualité technique le plus élevé (3/5). Dans ces structures de santé, les agents en charge de consultation primaire curative posaient le diagnostic de la pneumonie et reconnaissaient la gravité de la maladie en recherchant la présence de fièvre, la cyanose et plusieurs signes de détresse respiratoire (tachypnée, toux, battements des ailes du nez, tirage sous-costal, râles et diminution des bruits respiratoires). Ils administraient les antibiotiques uniquement aux enfants dont le diagnostic correspondait à celui d'une infection bactérienne et si l'état de l'enfant ne s'améliorait pas au bout de 48 heures, il était référé à l'hôpital préfectoral. Les maladies diarrhéiques étaient correctement prises en charge dans 4 centres de santé sur 10. Dans ces CS, les prestataires évaluaient le degré de déshydratation chez tous les patients souffrant de diarrhée, surveillaient les signes de déshydratation pendant la réhydratation, et l'apport hydrique ainsi que le débit de la perfusion était contrôlé, et ajusté si nécessaire. La supplémentation en Zinc était aussi administrée de façon quotidienne avec 10 à 20 mg de zinc par jour selon l'âge. La diarrhée qui entraîne une perte excessive de liquides et d'électrolytes dans les selles est l'une des principales causes de décès chez les enfants du fait de la déshydratation (OMS ; 2020, p26). Elle vulnérabilise les enfants et contribue à des carences nutritionnelles à long terme. Cet article montre que dans 3 centres de santé sur 10, les enfants atteints de malnutrition modérée ne bénéficiaient pas souvent de prise en charge correcte. Chez ces enfants malnutris, la vaccination contre la rougeole, le contrôle

quotidien de la quantité de nourriture prise et l'augmentation de poids, le déparasitage avec du mebendazole ainsi que la supplémentation avec la vitamine A n'étaient pas effectués de façon systématique par les agents de santé. Or, les enfants atteints de malnutrition aiguë sévère doivent être pris en charge de façon appropriée, conformément aux orientations relatives à la prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant et, en cas de complications médicales, ils doivent être hospitalisés pour des soins complémentaires. Quant au paludisme, le diagnostic était confirmé par le test de diagnostic rapide (TDR dans tous les centres de santé visités. Ce test à l'avantage d'être simple à réaliser, ne nécessitant aucun matériel particulier ni connaissance approfondie en biologie. Dans l'ensemble il a une bonne sensibilité et une bonne spécificité (aux environs de 90%) et permet d'obtenir un résultat qualitatif en quelques minutes (Catherine D, 2013, p12). Comme démontré ici, les mauvais scores ont été donnés aux soins d'urgences pédiatriques, à la disponibilité des médicaments essentiels, disponibilité de salle pédiatrique et la prise en charge de la fièvre. Pour améliorer ces critères, le personnel clinique des centres de santé s'occupant des enfants doivent disposer de médicaments essentiels, des salles de soins et bénéficier au moins une fois par an d'une formation à la PCIME et de cours réguliers de remise à niveau sur l'évaluation et la prise en charge d'enfants gravement malades.

---

## CONCLUSION

---

Les résultats de cette étude, révèlent que la qualité technique des prestataires des différents centres de santé était insuffisante. La note

globale obtenue après l'investigation des soins néonataux, pédiatriques et maternels était de 3, ce qui nécessite un certain besoin d'amélioration pour atteindre les standards de soins de l'OMS. Il peut s'agir donc d'un dysfonctionnement mineur au niveau des centres de santé visités. Pour améliorer la qualité des soins, les centres de santé doivent disposer de médicaments adaptés à chaque classe d'âge et d'autres fournitures pour la stabilisation et le traitement pré-transfert des enfants et les femmes gravement malades qui nécessitent une orientation. Ils doivent également disposer en permanence des agents de santé qui sont formés et compétent dans le domaine des soins de premier secours, de l'évaluation et du traitement.

---

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

CHARLES Peter Smith, ELIAS Mossialos et PAPANICOLS Irène, 2008, mesure des performances pour l'amélioration des systèmes de santé : expériences, défis et perspectives. OMS-Europe, p1-28.

MINISTERE DE LA SANTE (GUINEE), 2016, plan stratégique national de la santé maternelle, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et des jeunes (SRMANIA) 2016-2020, p.12.

INSTITUT NATIONAL DES STATISTIQUE, 2016. Enquête par grappes à indicateurs multiples, p.49-54

MINISTERE DE LA SANTE (CÔTE D'IVOIRE), 2015, le soutien à la mise à l'échelle de l'approche de l'évaluation et d'amélioration de qualité des soins de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant en côte d'Ivoire, p.7

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2013, mémento de soins hospitaliers pédiatriques : prise en charge des affections courantes de l'enfance, Deuxième édition.

INSTITUT NATIONAL DES STATISTIQUES, 2017, perspective démographique de la Guinée, p.2-8

SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE/BUREAU DE DEVELOPPEMENT DE STRATEGIQUE (SNIS/BS), 2014, annuaire statistique de santé, p1-165.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2015, « Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé. OMS, p25-58 [En ligne] <http://apps.who.int/iris>.

INSTITUT NATIONAL DES STATISTIQUES (GUINEE), 2018, statistiques sur les conditions de santé des ménages, p.2.

MINISTERE DE LA SANTE / DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE FAMILIALE ET DE NUTRITION (GUINEE), 2020, dossier d'investissement pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale, infantile juvénile et des adolescents, p1-166. OMS-GUINEE, 2020, analyse de la situation de l'institutionnalisation des comptes nationaux de santé en République de Guinée, p1-29

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS). Eau, 2019, p.4 [En ligne] <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/drinking-water>.

ORGANISATION DES NATIONS UNIS, 2019, l'importance des toilettes « l'impact transformateur de l'élimination de la défécation en plein air ». Nations Unies Info. p.5 [En ligne]

DIALLO Sory, DIALLO Ibrahima Sory, DRAMOU Bernadette, FOFANA Hawa, DIALLO Boubacar, BALDE Kadiatou, OUEDRAOGO Adama. (2022). *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, 5 (9), 3-18  
<https://news.un.org/fr/story/2019/11/1056511>. Consulté le 28/03/2022

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE/ DIRECTION NATIONALE DE L'HYGIENE PUBLIQUE (GUINEE), 2013, stratégie nationale de l'hygiène publique 2014-2018, p.9 [https://www.humatarianresponse.info/sites/www.humatari...uments/files/Strategie\\_hygiene\\_du\\_19\\_11\\_2013\\_corrige-1.doc](https://www.humatarianresponse.info/sites/www.humatari...uments/files/Strategie_hygiene_du_19_11_2013_corrige-1.doc) [En ligne]

MINISTERE DE LA SANTE/DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE/, France (MSP/DNS), 2009, déchets d'activités de soins à risques (DASRI), p.8 [En ligne] [www.solidarites-sante.gouv.fr](http://www.solidarites-sante.gouv.fr). Consulté le 30/03/2022.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE/ DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE (GUINEE), 2012, politique nationale de la santé communautaire, p1-44.

PREVENTION MEDICALE, 2020. Dossier médical : un point clé de la prise en charge de la patiente en obstétrique ; p1-2. [En ligne] [www.prevention-medicale.org](http://www.prevention-medicale.org). Consulté le 28/03/2022.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2019, soutien intégré pour l'accès aux médicaments et aux vaccins, p7.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2009, manuel de prise en charge des enfants en situation d'urgence humanitaire ; OMS, ISBN 97892 4 259687 8.

DAISY MAFUBELU, 2007. 4 actions réalisables pour les soins à la mère et au nouveau-né. Nations Unies ; P4 [En ligne] <https://www.unorgchonicle/article/4-actions->

Mesure des performances pour l'amélioration des soins maternels, pédiatriques et néonataux dans les centres de santé de 10 communes de convergence de la région de Labe (Guinée)  
réalisables-pour-les-soins-la-mère-et-au-nouveau-né. Consulté le 22/03/2022.

UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES (UNHCR), 2013, directive opérationnelle pour l'amélioration de la santé des nouveau-nés lors des opérations de secours aux réfugiés, p.9.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS), 2001, prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant : choix et utilisation de la névirapine [En ligne] [http://www.who.int/HIV\\_AIDS/](http://www.who.int/HIV_AIDS/). Consulté le 14/07/2021.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS), 2019, normes destinées à améliorer la qualité des soins des nouveau-nés malades et de poids dans les établissements de santé, p.48.

SANA Boukary, KABORE Ahmed, HIEN Hervé, ZOUGRANA Brice Evance, et MEDA Nicolas, 2019, « Etude de l'utilisation des médicaments chez les enfants dans un contexte de gratuité des soins ». Pan Afr. Med., (34) p.194.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS), 2020, normes destinées à améliorer la qualité des soins des enfants et des jeunes adolescents dans les établissements de santé, p26.

DUPEYRON Catherine, 2013, « Test de diagnostic rapide en pathologie infectieuse : intérêt en zone tropicale ». Revue santé et développement, p.1-14.