

**Royaume du Maroc
Ministère de la Santé**

Institut National d'Administration Sanitaire

Centre Collaborateur de l'O.M.S

**Huitième Cours de Maîtrise en Administration Sanitaire
et Santé Publique
(2004-2006)**

**RENFORCEMENT DE LA FONCTION D'APPUI DE
L'HOPITAL AU RESEAU DE SOINS DE SANTE DE
BASE EN MATIERE DE MATERNITE SANS RISQUE
(Cas du Centre Hospitalier Provincial de Sidi Kacem)**

**Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de Maîtrise
en Administration Sanitaire et Santé Publique**

Option : Administration Sanitaire

Elaboré par: Mr. Mohamed AZAROU

Juillet 2006

RESUME

En tant qu'élément important dans le système de santé, et dans le cadre de sa mission de santé publique, l'hôpital est appelé à soutenir le réseau de soins de santé de base. Si en effet sa fonction au sein du système de santé est de fournir des soins médicaux aux malades référés ou hospitalisés, elle consiste aussi à apporter un appui aux structures sanitaires de base en matière de supervision, d'encadrement et de formation.

Cependant, ce que nous avons constaté au niveau du terrain à la province de Sidi Kacem, que ce soit lors de notre stage, ou durant notre modeste expérience en tant que professionnel de santé, ne va pas parfaitement dans ce sens. Autrement dit l'existence d'un dysfonctionnement caractérisé par une insuffisance en matière de communication entre le RSSB et l'hôpital de référence constitue un handicap à l'opérationnalisation de cette fonction d'appui.

Ainsi, pour identifier les causes de ce dysfonctionnement, on se propose de l'aborder par une approche qualitative. Les résultats des entretiens et du focus group que nous avons eu avec le personnel de ces structures, nous ont révélé, l'existence d'un certain nombre de facteurs qui limitent et entravent le dialogue entre les équipes de la maternité et celles des unités d'accouchement. Ces causes sont la résultante de l'absence des opportunités qui peuvent développer et améliorer cette communication tels que :

- Les réunions comme espace de rencontre et d'échange
- les discussions de cas compliqués,
- les audits
- la formation continue et formation pratique
- Système de R/CR comme moyen de communication est paralysé
- manque de moyens de communication (téléphone),
- La supervision et l'encadrement quasiment absents

Ainsi, et étant convaincu que l'insuffisance en communication est un facteur parmi d'autres qui handicape l'opérationnalisation de la fonction d'appui de l'hôpital au réseau de soins de santé de base en général et de la maternité hospitalière aux unités d'accouchement en particulier. Par conséquent des mesures à caractères managériales axées sur la communication et la formation sont proposées pour améliorer le dialogue entre les équipes de la maternité de référence et celles des unités d'accouchement et par conséquent renforcer la fonction d'appui de l'hôpital au réseau de soins de santé de base.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
I.CONTEXTE DE L'ETUDE	3
II. CHANTIERS DE REFORME DANS LE SECTEUR DE SANTE :.....	6
III. ENONCE DU PROBLEME	8
IV. CADRE DE REFERENCE	11
V. LES FONCTIONS DE L'HOPITAL	12
VI. LES OBJECTIFS	17
1. L'Objectif général	17
2. Les objectifs spécifiques	17
VII. LA METHODOLOGIE	18
1. Choix de La population cible	18
2. Procédés de la collecte des données	18
VIII. RESULTATS DE L'ETUDE	23
IX. RECOMMANDATIONS	38
CONCLUSION	41
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
ANNEXES	

LISTE DES ABREVIATIONS

DP	:	Direction de la population
DHSA	:	Direction des Hôpitaux et Soins Ambulatoires
SOU	:	Soins Obstétricaux d'Urgence
SOUC	:	Soins Obstétricaux d'Urgence Complet
SOUB	:	Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
SIAAP	:	Service d'Infrastructure des Actions Ambulatoires Provinciales
R/CR	:	Référence et contre référence
M/C	:	Médecin chef
C/S	:	Circonscription sanitaire
INAS	:	Institut National d'Administration Sanitaire
MSR	:	Maternité Sans Risque
H.L	:	Hôpital Local
CHP	:	Centre Hospitalier Provincial
U.A	:	Unité d'accouchement
SSP	:	Soins de Santé Primaires

LISTE DES ANNEXES

Annexe I : Grille d'entretien destinée aux médecins généralistes des unités d'accouchement (m /c et médecin de garde).

Annexe II : Grille d'entretien destinée aux sages femmes des unités d'accouchement.

Annexe III : Grille d'entretien destinée aux médecins de la maternité Hospitalière de référence (les gynéco et le médecin généraliste)

Annexe IV : Grille d'entretien destinée aux sages femmes de la maternité

Annexe V : Grille d'entretien destinée au personnel ayant participé au focus group :
2 médecins spécialistes (gynéco) 2 médecins généralistes (m/c)
major du SIAAP, animatrice du programme 2 majors de maternité et 4 sages femmes.

Annexe VI : La charte de la maternité

Introduction

Dans le contexte de la stratégie mondiale de la santé pour tous, le rôle des hôpitaux vis-à-vis des soins de santé primaires a été amplement étudié aussi bien par l'OMS¹ que par des organisations non gouvernementales². Comme l'a fait remarqué le docteur Mahler, ex Directeur général de l'OMS dans son allocution prononcée lors de la réunion sur le rôle des hôpitaux au niveau des soins de santé primaires tenue en 1981 à Karachi « un système de santé fondé sur les soins de santé primaires ne peut tout simplement exister sans un réseau hospitalier »

Ainsi, sans soutien des hôpitaux, et en particulier des hôpitaux de premier recours, les SSP ne pourraient réaliser pleinement leur potentiel. Par conséquent, pour fonctionner, un système de santé fondé sur les soins de santé primaires, doit compter sur l'appui des structures hospitalières et sur un système efficace d'orientation recours des patients qui nécessitent des soins spécialisés, que ne peuvent fournir les structures extra hospitalières³

Qu'en est-il de ce soutien de l'Hôpital aux structures extra hospitalières dans notre pays ?

En effet la hiérarchie du système de santé marocain présente trois niveaux :

Le niveau primaire, le niveau secondaire et le niveau tertiaire.

Aussi, sur le plan de la structure du système de santé, la relation entre l'hôpital et le réseau de soins de santé de base, est une relation fonctionnelle qu'il va falloir analyser

Par ailleurs, dans le cadre de sa mission de santé publique, l'Hôpital public au Maroc, a une fonction d'appui au réseau de soins de santé de base entre autres fonctions.. Cette fonction est précisée par le règlement intérieur des hôpitaux (1993). Ce dernier,

1- Kleczkowski, B.M.et AL. Appui des systèmes aux soins de santé primaires. Etude basée sur les discussions techniques tenues pendant la trente quatrième assemblée mondiale de la sante.Geneve, OMS, 1984(cahiers de santé publique, n°80

2- the rôle of hospitals in primary health care :report of a conféence sponsored by the Aga Khan Fondation and the world health organization 22-26 novembre 1981,Karachi ,Pakistan.Geneve, fondation Aga khan/OMS,1981

3- Hôpitaux et santé pour tous OMS. Série de rapports techniques n°744

dans son article deux, considère l'Hôpital « comme le point focal d'appui aux soins de santé de base »

Durant notre stage à la Province de Sidi Kacem, en étudiant sur le terrain la fonctionnalité de la filière de soins, un constat, caractérisé par une insuffisance en matière de communication entre l'hôpital de référence et le réseau de soins de santé de base nous a interpellé.

Devant cette problématique, nous avons opté pour élaborer notre projet de stage sur ce constat pour en faire notre préoccupation. Ainsi, nous avons jugé utile que la mise en application de cette idée va certainement nous aider à mieux connaître et les fonctions d'appui d'un hôpital de référence aux services de santé de premier échelon et les causes de cette communication insuffisante entre les équipes de ces deux niveaux. Il est à signaler au départ que ce dysfonctionnement entre l'hôpital et le réseau de soins de santé de base touche un certain nombre de programmes de santé publique. Cependant, vu les contraintes temporelles, on se propose d'approcher cette fonction d'appui dans le cadre de la maternité sans risque dans sa composante SOU (soins obstétricaux d'urgence).

Dans cette optique, nous essayerons dans un premier temps d'approcher la fonction d'appui de la maternité hospitalière de référence aux unités d'accouchement périphériques.

Dans un deuxième temps nous tenterons d'identifier les causes qui entravent la communication et la coordination entre l'équipe de la maternité de référence et celles des unités d'accouchement périphériques. Et pour être plus précis, nous allons cibler la relation de l'hôpital provincial dans sa composante maternité de référence et les unités d'accouchement des deux hôpitaux locaux : Had Kourt et Mchraa Bel Ksiri.

Enfin nous proposerons en troisième lieu quelques outils pour l'amélioration de la communication entre ces équipes et ce, dans le but d'une prise en charge adéquate des parturientes et d'une utilisation rationnelle des structures d'accouchement existantes.

I. Contexte de l'étude

1. Données générales⁴ :

La province de Sidi Kacem, lieu de notre stage, fait partie de la région gharb chrarda béni h'sene. Elle couvre une superficie de 4060 Km² (soit 5,7% de la superficie nationale).

Le découpage administratif et communal de la province se compose de,4 Pachaliks avec 12 arrondissements et 6 municipalités, ainsi que de 4 Cercles avec 14 Caïdats et 34 communes rurales. Selon le dernier recensement de 2004 la population de la province de Sidi Kacem est de 696000 habitants dont celle du milieu rural représente 70% avec un relief accidenté

1.1 L'offre de soins :

Malgré les efforts déployés dans le cadre du BAJ1 en matière de constructions et d'extensions des structures de santé de base, 23% de la population rurale se trouve à plus de 10 km des formations sanitaires. Quant à l'offre de soins du secteur public, la province dispose d'un centre hospitalier provincial composé d'un hôpital provincial et d'une polyclinique de santé publique avec une capacité litière de 323 lits dont 210 pour l'hôpital provincial.

Le réseau ambulatoire comporte 55 formations de soins de santé de base toutes catégories y compris les unités d'accouchement : 2 HL, 24 CSC, 10 CSCA, 2 CSUA, 7 CSU et 10 DR.

Quant à l'offre de soins du secteur privé, elle est composée d'une clinique privée et d'un laboratoire d'analyses biologiques, des cabinets de consultation où exercent :

43 médecins généralistes et 19 spécialistes dont 2 gynécologues obstétriciens. Comme il y a aussi 68 officines et deux cabinets de soins.

4- Monographie de la province de Sidi Kacem année 2005

1.2 Données en relation avec le projet de stage :

La maternité hospitalière provinciale de référence

Elle est située au sein de l'hôpital provincial .Elle a été construite lors de l'extension de l'hôpital provincial en 2000 dans le cadre du BAJ1.D'une capacité litière de 32 lits et 5 tables d'accouchement, la maternité hospitalière de référence est dotée d'un bloc opératoire.

Les activités sont assurées par une équipe composée de, 3 Gyneco-obstetriciens, 1médecin généraliste, 11sages femmes, 5 infirmières polyvalentes et 2 anesthésistes.

Quant au plateau technique il est suffisant pour une prise en charge adéquate des parturientes.

Les activités réalisées durant l'année 2005 peuvent être résumées comme suit :

- Nombre d'accouchements = 3084 (8 accouchements/J en moyenne)
- Complications obstétricales prises en charge =108
- Référéées =102
- Nombre de césariennes pratiquées =221(soit un taux de 1,42%)

Les unités d'accouchement:

Au nombre de 14, elles fonctionnent avec, un effectif de 21 sages femmes et 26 médecins généralistes. Un pourcentage important de ces profils travaille au niveau des deux hôpitaux locaux (2005):

- 79% de ces unités fonctionnent avec 1 sage femme.
- Les médecins : = 15 soit 56%
- Les sages femmes : = 11 soit 52%

1-3 Les activités réalisées par les U.A (2005)

- Les accouchements réalisés = 1312 dont 80% au niveau des deux hôpitaux locaux
- Les complications obstétricales prises en charge = 85 dont 59% au niveau des hôpitaux locaux
- Les références vers le centre hospitalier provincial = 508 dont 74% par les deux hôpitaux locaux

II. Chantiers de reforme dans le secteur de santé :

La reforme de santé⁵ dans notre pays s'inscrit dans le cadre d'un choix politique de régionalisation et de réforme de l'administration publique. Cette reforme du système de santé adoptée par notre pays repose sur quatre choix de stratégies.

1. La reforme hospitalière :

Cette reforme vise la préparation des hôpitaux à la transition sanitaire, à l'autonomie et à la mise en place de l'AMO. Son objectif c'est d'introduire un changement sur les méthodes de gestion des hôpitaux publics, afin d'améliorer leurs performances et la qualité des services et des soins qu'ils dispensent. Elle soutient la mise en place au niveau des hôpitaux, d'un modèle de management moderne. Nous pensons qu'il est temps de créer et d'implanter une structure formelle de communication au sein des hôpitaux. Ceci va aider et faciliter aux responsables des hôpitaux qui veulent ou plutôt seront obligés (concurrence) de s'ouvrir sur leur environnement. Comme elle leur sera un outil dans l'élaboration de leur PEH.

2. La reforme du financement avec deux mécanismes d'AMO et du RAMED :

Le Maroc a opté pour l'introduction de l'assurance maladie et le régime d'assistance médicale aux économiquement faibles (AMO et le RAMED) comme de nouveaux mécanismes de financement. Par l'introduction de ces outils, notre pays espère parvenir à une couverture médicale de 50% et permettre aux hôpitaux de s'autofinancer afin de libérer leurs subventions pour renforcer le réseau de soins de santé de base

5-Ministère de la sante,DHSA,UMER,principes generaux de la la planification strategique à l'hopital;.A.Belghiti Alaoui,MD,MPH,Rabat,2001

3. La régionalisation :

La région constitue une opportunité pour dynamiser le système de santé. En effet cette régionalisation en tant que forme de décentralisation va répondre à une double exigence de démocratisation et de rationalisation administrative. En outre la régionalisation est un instrument politique pour mobiliser la participation des collectivités locales dans la planification et le financement des soins et un moyen de redistribution des ressources humaines et financières

4. L'approche du système de santé intégré : le choix de cette stratégie se justifie par sa capacité d'intégrer quatre traditions d'organisation de services au Maroc, à savoir, l'organisation en deux secteurs public et privé, l'organisation en réseaux (réseau de soins de santé de base et réseau hospitalier), l'organisation par programmes sanitaires et l'organisation en services déconcentrés.

III. Enoncé du problème

La stratégie de la maternité sans risque est un effort mondial destiné à combattre la mortalité et la morbidité maternelles. Ainsi, l'idée de rendre la maternité « sans risque » consiste à promouvoir et à protéger la santé des femmes qui décident, d'avoir des enfants, se préparent à leur naissance, de telle sorte que ces femmes ne souffrent ni meurent suite à des causes liées à la grossesse ou à l'accouchement⁶.

Dans ce cadre, le Maroc a fait de la maternité sans risque l'une de ses priorités nationales. Par conséquent des efforts importants ont été déployés dans tout le royaume en matière de construction, d'équipement et de formation du personnel en vue d'améliorer la disponibilité, l'utilisation et la qualité des soins obstétricaux d'urgence.

Cependant, malgré ces efforts, le niveau de mortalité maternelle reste toujours élevé. Le chiffre de 227 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes⁷ est un chiffre qui préoccupe actuellement les responsables de notre département.

Certes tous les efforts sus cités sont nécessaires mais pas suffisants. Par conséquent, pour que l'initiative de la maternité sans risque puisse réaliser ces objectifs, il est nécessaire de prendre en considération deux autres caractéristiques⁸ :

Les caractéristiques opérationnelles c'est à dire les éléments qui concernent le fonctionnement des services de santé : qualité et compétence du personnel de santé, efficacité de la référence etc.

Les caractéristiques sociologiques : c'est à dire les déterminants du comportement des patientes .Cette situation pourrait s'aggraver si les liens entre l'hôpital de référence et les unités d'accouchement accusent des insuffisances en matière de coordination et de

6- Guide pour la surveillance et les soins de la mère et du nouveau-né dans le post-partum.MS, 2000.

7- L'enquête sur la population et la santé familiale, 2004

8- Bruno Dujardin une approche globale pour améliorer la santé maternelle, 1993

communication. Au niveau de la littérature on trouve que Certaines femmes meurent car le système d'aiguillage vers le spécialiste ne fonctionne pas⁹.

En outre, une étude¹⁰ entreprise au niveau de la maternité de l'hôpital d'Inezgane Ait Melloul a révélé l'existence d'insuffisances en matière de coordination et de communication entre l'hôpital et les structures sanitaires de base.

L'étude que nous avons menée durant la période de notre stage à la province de Sidi Kacem, montre que celle ci n'échappe pas non plus à ces dysfonctionnements. Ainsi, malgré des efforts déployées dans le cadre du programme BAJ1, en matière de construction, d'extension, d'aménagement et d'équipement (le nombre des unités d'accouchement est passé de 4 à 14 entre 1996 et 2000) la province, site de notre stage, enregistre chaque année 4 décès maternels intra hospitaliers en moyenne (entre 2001 et 2005). Des études dans différents pays ont démontré que 20 à 50% de ces décès maternels sont dus soit à un manque d'équipement soit à un fonctionnement inadéquat des services¹¹

En outre, l'exploitation des supports d'information provinciaux relatifs aux activités des soins obstétricaux d'urgence nous a permis de mettre le doigt sur les insuffisances suivantes :

- Une sous utilisation des unités d'accouchement : Taux d'accouchement moyen en milieu surveillé (au niveau des 14 unités) est de 12%. Quant à celui des 2 Hôpitaux locaux, il est de 33%
- Un taux de référence élevé (86%) dont 40% de ces références sont considérées par la maternité de référence comme non justifiées étant donné qu'elles ont accouché par voie basse sans complications. Ceci aura comme conséquences :

9- Pour une maternité sans risques, comment éliminer les obstacles aux soins, par Elizabeth. Ranson et Nancy V.YINGER PRB

10- Progress, rapport de mission, Atelier de dynamique du groupe des membres de l'équipe SONU, maternité de l'hôpital d'Inezgane ait melloul ,200

11- Kwastetal,1989,Roystonet Armstrong,1990 ,Sundari,1992

- Une surcharge de travail et un encombrement du niveau de référence par des accouchements qui vont en fait se dérouler sans problèmes. En plus, les ressources utilisées (matériel, médicaments, temps) ne seront plus disponibles pour les cas qui les nécessitent vraiment. Et comme, il a été bien précisé par certains auteurs¹², les relations entre le premier niveau et le niveau hospitalier vont se dégrader et devenir conflictuelles
- La contre référence est quasiment absente (2005).
- Le taux de césarienne enregistré au niveau de la maternité provinciale de référence en 2005 est très bas (1,42%)
- La supervision est quasiment absente. L'amélioration de la qualité des services de santé passe par la mise en place d'une supervision continue des activités par le personnel de santé de premier niveau¹³

12- B.Dujardin,H.Van Balen.Unite de recherche et d'enseignement en santé publique ,Institut de médecine tropical,Nationalsraat 155.B-2000Antwerpen,Belgique

13- Larsen, 1991 Cité par Bruno Dujardin

IV. Cadre de référence : Système de santé intégré :

Le modèle de santé intégré¹⁴ peut se résumer brièvement en une série d'énoncés généraux :

D'abord, toutes les situations sont couvertes et trouvent une réponse dans le système, il n'y a pas de « trous » dans les fonctions assurées par le système.

Ensuite, chaque élément du système remplit des fonctions spécifiques et les différents éléments ne se chevauchent pas. Cette complémentarité se retrouve dans la définition des fonctions respectives du premier échelon (comme niveau de synthèse) (Mercenier 1988) et de l'hôpital (comme appui pour les problèmes techniquement complexes) (Van Lerbegh et Lafort, 1990). Dans un système de santé intégré, on utilise pour chaque problème l'échelon le plus apte à la résolution du problème en question. Finalement, les passages d'un échelon à l'autre sont facilités.

Les obstacles à l'accès au second échelon sont réduits pour les patients référés, de même que les obstacles au retour vers le premier échelon. Le passage d'un patient d'un échelon à l'autre s'accompagne d'un transfert des informations pertinentes. Et, plus généralement, les éléments du système sont gérés de manière à en assurer la cohérence comme entité fonctionnelle.

Ainsi, appréhender l'hôpital comme élément d'un système de soins intégré, suppose de le définir par rapport aux autres niveaux de l'offre de soins et de lui attribuer un rôle d'appui au réseau de soins de santé de base (ou de première ligne) et un rôle d'aiguillage dans le cadre d'un système de référence et contre référence entre le niveau inférieur et le niveau supérieur de prise en charge des patients.

14 -Équipe du projet kasongo 1995 ;Unger et Criel 1995

V. Les fonctions de l'hôpital en tant qu'élément du système de santé intégré

1° Approche de l'OMS :

L' O. M. S (1987) a proposé quatre fonctions principales aux hôpitaux de premier recours¹⁵ en tant qu'éléments du système de santé intégré.

1-1 Fonction de soins directs aux patients :

Théoriquement, l'hôpital doit prendre en charge les problèmes de santé qui, pour des raisons techniques, économiques ou opérationnelles, ne peuvent être pris en charge au niveau du premier échelon.

En pratique ; ceci se traduit par une fonction d'aiguillage au cours de laquelle l'hôpital procède à l'appréciation de l'état du patient, compte tenu des informations fournies par les services du premier échelon (en cas d'une référence) et décide, ou bien le prendre directement en charge (fonction de : diagnostic, de soins et de traitement) ou de l'envoyer à un niveau supérieur.

Pour les cas auto-référes ou mal orientés pour diverses raisons, l'opportunité est offerte pour développer un dialogue avec eux et avec leurs services de base. C'est aussi une occasion pour mettre le doigt sur des dysfonctionnements éventuels.

Au moment de la sortie du malade, des précisions doivent être fournies au services du premier échelon sur les soins dispensés et les soins éventuellement nécessaires (retro-information).

1-2 Fonction de participation à la gestion et à la coordination des programmes de santé.

Pour assurer la continuité des services les hôpitaux doivent, tout en soignant des malades, participer à, la coordination des activités des programmes sanitaires et au suivi et la prise en charge des cas dépistés (urgences obstétricales et néonatales, certaines grossesses à risque, etc.).

Ils peuvent par la même occasion apprécier la qualité des références à des fins d'amélioration. L'information des utilisateurs sur les types de services offerts au premier échelon et leur éducation en cas de problème sont des prestations à intégrer dans le cursus d'activités de l'hôpital.

1-3 Fonction de formation et d'encadrement du personnel :

L'hôpital constitue un lieu approprié pour assurer la formation continue du personnel de district. L'encadrement se fait directement sur le terrain ou par un moyen de communication. Les références doivent constituer des opportunités pour rentabiliser cet encadrement.

Au préalable l'hôpital doit veiller à éduquer son personnel sur le rôle qu'il doit jouer vis-à-vis des structures primaires et des cas référés ;et sur la logique de l'organisation du système de santé.

1-4 Fonction de soutien administratif et gestionnaire :

Les fonctions de gestion comprennent l'allocation et le contrôle des ressources, l'action intersectorielle de santé, le développement et le déploiement du personnel, l'achat et la distribution des fournitures, enfin, la planification, la surveillance et l'évaluation de la situation sanitaire et des services de santé grâce à un système d'information efficace et à la recherche.

2° Missions et fonction de l'hôpital public au Maroc^{16.}

15- Hôpitaux et santé pour tous RSTN°744.OMS, 1987

16- Ministère de la sante,DHSA,UMER,principes generaux de la la planification strategique à l'hopital;,.A.Belghiti Alaoui,MD,MPH,Rabat,2001

Le règlement intérieur des hôpitaux de 1993 considère l'hôpital comme « un établissement sanitaire destiné à héberger des malades, des blessés ou des parturientes en vue de leur dispenser les prestations de diagnostic, de traitement et les soins d'urgence nécessités par leur état de santé. Il concourt à la formation pratique des étudiants en médecine et en pharmacie et des élevés des écoles de formation professionnelle et de formation de cadres. En outre l'hôpital contribue, soit directement, soit en collaboration avec les établissements de formation, au développement et à la réalisation d'activités de recherche en matière de santé publique et d'administration de la santé¹⁷ »

La Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires a pu identifier 12 fonctions empiriques pour l'hôpital public Marocain. Ces 12 fonctions peuvent être regroupées en 4 missions principales¹⁸: (Voir schéma n°1)

- Mission de soins et service
- Mission de développement professionnel
- Mission de santé publique
- Mission économique et managériale

Ainsi, dans le cadre de sa mission de santé publique, l'hôpital est appelé à soutenir le réseau de soins de santé de base. Cette fonction d'appui est institutionnalisée, étant donné que le règlement intérieur des hôpitaux dans son article deux, considère l'Hôpital « « comme un élément intégré dans le système national de santé. Pour cela il constitue le point focal d'appui aux soins de santé de base. Il reçoit les malades orientés par le niveau primaire... »

Ainsi, considérer l'hôpital comme un élément d'un système de santé intégré, implique lui conférer en plus de son rôle de soins directs aux malades, une fonction d'appui au réseau de soins de santé de base et une fonction d'aiguillage et d'orientation des patients.

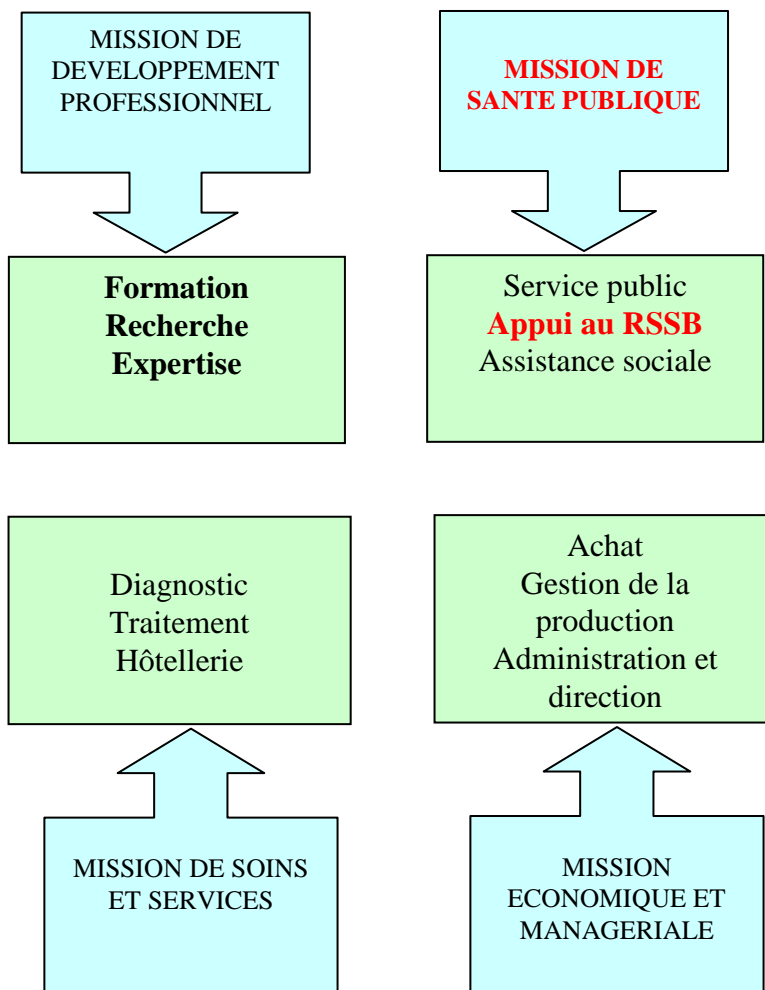
17- Ministère de la santé publique, 1993 ;Règlement intérieur des hôpitaux,art,p.13

18- Ministère de la santé,DHSA,UMER,principes généraux de la planification stratégique à l'hôpital;,.A.Belghiti Alaoui,MD,MPH,Rabat,2001

Cette fonction se rapporte à l'organisation pyramidale de l'offre de soins, selon laquelle l'hôpital est un niveau de recours et non de première ligne. Il doit par conséquent éviter de se substituer aux services de première ligne dans leurs fonctions essentielles, mais plutôt les appuyer et encadrer leur personnel et participer à la gestion et à la coordination des programmes de santé.

Schéma n°1 : Les fonctions de l'hôpital public au Maroc

12 FONCTIONS



VI. Objectifs

1 Objectif Général :

Renforcer la fonction d'appui de l'hôpital au réseau de soins de santé de base en matière de maternité sans risque dans sa composante soins obstétricaux d'urgence : cas de l'hôpital provincial de Sidi Kacem

2 Objectifs Spécifiques :

2-1 Identifier les causes relatives à l'insuffisance de la communication entre la maternité hospitalière et les unités d'accouchement.

2-2 Initier l'implantation de certaines mesures de dialogue pour Redynamiser la fonction d'appui de la maternité hospitalière aux unités d'accouchement.

2-3 Développer quelques mesures d'accompagnement nécessaires au renforcement de la fonction d'appui de la maternité hospitalière aux unités d'accouchement.

VIII. Méthodologie

C'est une étude de cas qui consiste à décrire le dysfonctionnement entre la maternité de référence et les unités d'accouchement en matière de communication.

Ainsi, pour atteindre les objectifs spécifiques de notre projet la méthodologie envisagée repose sur :

1. Choix de la population cible :

Notre population cible est faite des professionnels de santé qui sont concernés par le sujet objet de notre projet de stage. Elle est constituée par les membres de l'équipe de la maternité hospitalière en tant que niveau de référence (les médecins spécialistes et les sages femmes) et le personnel des unités d'accouchement (médecins généralistes et sages femmes) en tant que premier niveau

2. Les procédés de la collecte des données :

2-1 La documentation :

📖 Revue de littérature et consultation des sites Web :

La documentation est d'une grande importance étant donné qu'elle va nous aider pour relier la situation problématique, aux connaissances sur le domaine à l'étude.

Selon Patton (1990:10), les méthodes qualitatives proposent trois possibilités de recueil de données: les entretiens, les observations et l'étude de documents. Par conséquent l'élaboration d'une bibliographie minimale sur le sujet en question consiste à trouver et à consulter les documents repérés et surtout, à synthétiser l'information pertinente pour le sujet en question.

Ainsi, nous avons été appuyé tout au long de notre démarche par une documentation assez riche au niveau du centre de documentation sanitaire de l'INAS.

- ✚ Consultation et analyse des supports d'information relatifs à la stratégie de la maternité sans risque dans sa composante (SOU) au niveau de la province de Sidi Kacem.

L'analyse de ces documents nous a permis de constater un écart entre les résultats réalisés et les objectifs préconisés par le programme de la maternité sans risque dans sa composante soins obstétricaux d'urgence à la Province de Sidi Kacem.

2-2. Le vécu historique en tant qu'ancien professionnel de santé

Tout au long de notre carrière professionnelle on a observé comme on a vécu des situations qui démontrent que la communication et la coordination entre l'hôpital et le réseau de soins de santé de base ne sont pas bien développées. Malheureusement, on constate des fois que les malades qui circulent entre ces deux entités (qui en principes doivent travailler en complémentarité) payent les conséquences de ces relations oh ! Combien de fois elles sont conflictuelles.

2-3. La participation aux réunions organisées par chaque niveau :

Une réunion, bien préparée, bien tenue, peut être un espace de fixation des objectifs, de suivi des réalisations, de communication, de formation des collaborateurs. Ainsi, on a profité durant notre stage d'assister un certain nombre de réunions organisées soit au niveau de l'hôpital soit au niveau du SIAAP. Cette opportunité nous a permis de se faire une idée sur les relations entre l'équipe du SIAAP et celle de l'hôpital.

2-4. Observation :

L'observation va nous permettre en tant que méthode scientifique de capter les situations et les comportements au moment et à l'endroit même où ils se produisent et sans intermédiaire. C'est donc une méthode très efficace pour prendre conscience de la réalité effective du terrain. Cette méthode est intéressante en début de projet (analyse) et en complément à d'autres méthodes qu'on va utiliser par la suite.

2-5. Les entretiens individuels:

Dans un premier temps, l'entretien est une simple conversation ou communication entre deux personnes. Il constitue une méthode très utile pour la description d'une situation actuelle, pour pouvoir en tirer des conclusions et faire des propositions ou des suggestions pour une situation à venir. Ainsi, les étapes ci-dessous ont été suivies pour chaque personne interviewée :

Présenter l'identité du 'chercheur' (quoi que la majorité le connaisse) et préciser sa fonction tout en informant l'interviewé du but du projet en question

Le mettre en confiance en lui expliquant que le but n'est pas de culpabiliser quiconque, mais c'est d'essayer de comprendre les raisons et les causes qui entravent la communication entre la maternité de référence et les unités d'accouchement. Nos entretiens ont intéressé les professionnels de santé des deux niveaux et en particulier les profils suivant :

- ✚ Le personnel de la maternité hospitalière (gyneco-obstetrien et sages femmes) en vue d'identifier les causes des dysfonctionnements (internes et externes) en matière de communication avec les équipes des unités d'accouchement périphériques
- ✚ Les professionnels des unités d'accouchement au niveau des deux hôpitaux locaux (médecins généralistes et sages femmes) dans le but d'identifier les contraintes organisationnelles et les problèmes liés aux relations avec la maternité de référence.
- ✚ Population (les accouchées et leurs familles) :

Des entretiens et discussions ont eu lieu avec les accouchées et leur famille au niveau des 2 H.L et celles qui sont référées par ces structures à l'hôpital provincial. Ceci dans le but de se faire une idée sur les problèmes rencontrés par les parturientes référées et comment elles perçoivent l'initiative de la visite des 2 H.L par le spécialiste.

- ✚ Contact des personnes ressources :

Pour avoir plus de renseignements sur ce sujet, nous avons jugé utile de contacter quelques personnes ressources telles les anciens professionnels ayant travaillé dans ces structures site du stage, ainsi que quelques responsables au niveau du service central pour nous éclairer et nous orienter vers des pistes de recherche. (DHSA et DP)

2-6. Focus group :

La technique des «discussions en groupe focal», un type d'entretiens ouverts, se distingue de celles des entretiens individuels. Un groupe focal est un groupe de discussion qui réunit des personnes du même milieu ou ayant des expériences semblables pour discuter d'un thème

Précis qui présente un intérêt pour le chercheur (Basch 1987; Dawson et al. 1993). Les participants d'un groupe focal discutent, librement d'un sujet déterminé.

La particularité du groupe focal est qu'il est orienté sur un thème d'intérêt spécifique que le modérateur garde à l'esprit. Il tente d'inciter les participants à approfondir le sujet durant la discussion, afin d'obtenir davantage de renseignements .Les participants à notre focus group sont constitués de responsables de la maternité hospitalière, des responsables du SIAAP et ceux des unités d'accouchement site de notre étude.

RESULTATS DE L'ETUDE

IX. Résultats de l'étude

Résultat n°1: Identifier les causes relatives à l'insuffisance de la communication entre la maternité hospitalière et les unités d'accouchement

La démarche utilisée pour identifier les causes de cette problématique caractérisée par l'insuffisance en communication est basée sur l'utilisation des outils suivants :

L'observation :

Durant notre séjour dans le cadre de notre stage à la Province de Sidi Kacem et à travers nos déplacements entre l'hôpital et le SIAAP nous avons pu observé que les relations entre les professionnels de ces deux structures ne sont pas en bons termes. Ceci constitue un bruit à la communication entre ces deux structures et un obstacle à la coordination des activités des programmes de santé en général et celui de la maternité sans risque dans sa composante SOU en particulier. Cette insuffisance en communication ne peut être qu'un handicap au renforcement de la fonction d'appui de l'hôpital au réseau de soins de santé de base étant donné que chacun fait cavalier seul dans l'exécution de son travail. Il est à signaler aussi que les responsables de l'hôpital et en particulier ceux de la maternité hospitalière ne sont pas impliqués dans les réunions de coordination mensuelles tenues au SIAAP (même si un point de l'ordre du jour de ces réunions se rapporte au programme de la maternité sans risque(dans sa composante SOU).

Ce constat, nous amené à se poser des questions sur les causes de ces dysfonctionnements caractérisés par une insuffisance en matière de communication et de coordination entre la maternité hospitalière provinciale et les unités d'accouchement au niveau des deux hôpitaux locaux.

Pour trouver la réponse à ces questions nous avons utilisé d'un certain nombre d'outils à savoir :

La participation aux réunions organisées par chaque niveau.

Les réunions auxquelles nous avons assistées soit au niveau de l'hôpital ou au niveau du SIAAP nous ont permis de se faire une idée sur les relations entre ces deux structures. Le fait d'organiser des réunions mensuelles (appelées abusivement, réunions de coordination) sans impliquer le personnel de la maternité hospitalière pour discuter d'un problème relatif à la gestion du programme de la maternité sans risque (dans sa composante SOU) témoigne de l'insuffisance en matière de communication et de coordination entre ces deux entités qui en principe devraient se concerter et se compléter.

Les entretiens :

Les entretiens que nous avons eu avec les équipes des unités d'accouchement des 2 H.L (7médecins généralistes et 6 sages femmes) nous ont permis de relever un certain nombre de causes relatives à cette insuffisance de communication qui en principe constituent un obstacles au développement du dialogue entre l'hôpital et le réseau de soins de santé de base en général et entre la maternité de référence et les unités d'accouchement en particulier. Ces causes sont en général dues à une absence d'opportunités qui peuvent développer et améliorer cette communication tels que :

- Les réunions,
- les discussions de cas compliqués,
- les audits et
- la formation continue.
- Comme ils ont soulevé le manque de moyens de communication (téléphone),
- La mauvaise utilisation du système de référence contre référence qui est actuellement presque paralysé,
- La supervision et l'encadrement quasiment absents.
- Pas coordination en matière de planification et de programmation concernant le programme de MSR d'évaluation et le suivi d'accouchement.

Le Focus group :

Pour plus d'informations relatives à l'insuffisance de la communication entre la maternité hospitalière et les unités d'accouchement, nous avons jugé utile d'organiser un focus group. Ce dernier va nous permettre à travers la discussion du groupe de sortir avec un consensus relatif aux solutions et/ou suggestions à entreprendre pour améliorer cette communication

Les participants à ce focus group sont constitués des responsables : Du SIAAP : Major du SIAAP, Animatrice programme MSR

Des deux Hôpitaux locaux : medecins-chef et Major de circonscription sanitaire, Sage femmes et Majors des unités d'accouchement

De la maternité provinciale : deux gynéco, sages femmes et major de maternité.

Après avoir fait un tour de table, nous avons présenté le thème « insuffisance en communication entre la maternité et les unités d'accouchement » pour avoir l'avis des participants en ce qui concerne les causes, les conséquences et les solutions et suggestions pour améliorer cette problématique.

Le gynécologue qualifie ce projet d'une bonne initiative qui ne peut être que bénéfique et pour la population, que pour le personnel en même temps. En plus c'est une opportunité de se connaître et qui va nous permettre d'exposer nos problèmes d'une manière objective et transparente.

Quant à la qualification de la communication comme étant insuffisante, tous les participants ont préféré de parler d'absence que d'insuffisance. En ce qui concerne les causes qui ont été soulevées par les participants on peut avancer qu'elles sont presque similaires à celles révélées par les entretiens individuels. Ces causes peuvent être catégorisées en :

Causes organisationnelles : pas de planifications (manque de programmation et coordination,

Les équipes des unités d'accouchement ont exposé un problème qui selon leur avis est très grave. Très grave, vu ses incidences négatives sur les relations et avec la population qu'avec le personnel de la maternité de référence. Ce problème n'est autre que ces message rapportés par les femme référées ou les membres de leur famille tels que :

« Ces gens, se moquent de vous, pourquoi on vous réfère, voilà vous avez accouché sans complication, ceci peut se faire chez eux, ces gens veulent gaspiller votre argent pour rien du tout »

« ces gens s'ils ne veulent pas travailler qu'ils ferment leur hôpital »

En outre un médecin chef de circonscription a rapporté la citation d'un chauffeur d'ambulance « la prochaine fois si tu reviens avec un cas pareil tu auras de nos nouvelles »Ceci ne peut qu'appuyer ce que rapporte la population que l'autre partie considère comme des rumeurs.

Ces citations qui touchent la déontologie et l'éthique a contribué à la détérioration des relations entre les professionnels de santé de ces deux structures et par conséquent a constitué un handicap au développement d'un dialogue entre elles.

Il y a aussi le manque de supervision et d'encadrement, de réunions, le système de référence contre référence non opérationnel, l'inaccessibilité au téléphone et la méconnaissance des numéro et de la maternité de référence que celui des unités d'accouchement. Comme ils ont signalé le manque d'audit .

Selon les résultats des entretiens et ceux du focus group ainsi que les avis des personnes ressources les conséquences de cette insuffisance en communication entre la maternité hospitalière et les unités d'accouchement sont de plusieurs ordres :

Sur le plan des relations humaines entre les équipes des deux structures :

Les relations entre les professionnels de santé se détériorent et deviennent conflictuelles,

Au niveau de la population

On constate un mécontentement de la population, qui désfois, se sanctionne par des accrochages entre elle et le personnel de santé. Comme on signalé aussi le refus des référence au deuxième niveau

Tous ces facteurs contribuent à l'atteinte de la crédibilité du personnel et à l'image de marque du système de santé en général et des structures de soins en particulier. Par conséquent, on se trouve avec des structures sous utilisées.

Il est à signalé que tous les acteurs avec lesquels nous avons eu des entretiens étaient convaincus que la fonction d'appui de la maternité aux unités d'accouchement ne peut être opérationnelle que si on arrive à améliorer les causes de cette insuffisance en matière de communication entre les deux niveaux.

Ainsi, leurs attentes et propositions se résument en cinq points :

- De créer des espace de rencontre pour discuter d'éventuels problèmes rencontrés dans l'exercice de leur fonction et sortir avec des solutions unifiées
- Le renforcement de l'encadrement par des visites du spécialiste(soutien clinique)
- Relancer le système de référence et contre référence
- Formation action
- supervision

Synthèse :

✓ **Perception des acteurs vis-à-vis de ce projet :**

- Cette initiative est qualifiée de bénéfique et pour la population que pour personnel en même temps.
- La rencontre entre les acteurs est considérée comme importante, vu que chacun a pu exposer ses problèmes d'une manière objective et transparente.
- Les participants ont préféré parler d'absence de communication plutôt que d'insuffisance.

✓ **Les causes de l'insuffisance de communication identifiées :**

- Le système de référence contre référence non opérationnelle
- L'équipe de la maternité non impliquée dans la gestion du programme
- Pas de coordination entre l'équipe de la maternité et celles des unités d'accouchement
- L'encadrement qualifié fait défaut
- Transmission des messages diffamatoires (par le biais des femmes référées ou leur famille) crée des relations conflictuelles entre le personnel des deux structures

✓ **Conséquences :**

- Relations entre les professionnels sont détériorées
- Références non justifiées engendrent des coûts (refus de la référence)
- Mécontentement de la population
- Accrochage des professionnels avec la population
- Sous utilisation des structures sanitaires
- Atteinte de la crédibilité du personnel et l'image de marque du système

Résultat n°2 : Initier l'implantation de certaines mesures de dialogue pour Redynamiser la fonction d'appui de la maternité hospitalière aux unités d'accouchement

Partant de notre constat relatif à l'insuffisance en matière de communication, nous considérons que sans l'amélioration de cette dernière, l'hôpital ne pourra pas exercer sa fonction d'appui au réseau de soins de santé de base car « sans communication, un groupe ne saurait exister, et les membres d'un groupe ne seraient que des individus psychologiquement isolés s'ils ne procédaient à un minimum d'échanges signifiants.¹⁹ »

Par là on peut déduire que la communication a une dimension interpersonnelle très importante. Son intérêt est d'éclairer la façon dont les groupes en présence dans l'organisation en arrivent à ne plus se comprendre, parce que l'un et l'autre ignorent le cadre de référence à partir duquel chacun lit la situation²⁰. Préoccupé par cette problématique relative à l'insuffisance de communication entre la maternité et les unités d'accouchement on va essayer d'initier l'implantation de certaines mesures que nous jugeons utiles pour le renforcement des liens entre les équipes en vue d'améliorer le dialogue et ceci par:

1° Visite des hôpitaux locaux par le spécialiste (gynéco)

Trop souvent, la manière dont le personnel de santé s'acquitte de ses tâches sur le terrain ne répond pas aux attentes des populations et des responsables. Ainsi, l'expérience a montré que le soutien et la supervision du personnel de santé conditionnent à un point crucial leur réussite dans l'exercice de leurs fonctions²¹. Nous visons par cette approche un encadrement adéquat en matière de SOU et le renforcement des liens entre les deux niveaux. Cette visite (soutien clinique) va permettre au :

19 - écrit CL.Flément cite par ROGER MUCCHILI dans communication et réseaux de communications 6e édition

20 - G.A.MILLER, Langage et communication, Paris, PUF, 1936)

21- La supervision du personnel de santé au niveau du district.D.flahault, M.PIOT.A.FRANCLIN)

- Médecin gynécologue, de se faire une idée sur les conditions dans lesquelles, les équipes périphériques travaillent, de mieux connaître les besoins de la population et avoir une idée sur les difficultés d'accessibilité des parturientes à ces structures etc.
- ✚ Parturientes et en particulier des femmes ayant des grossesses à risque de bénéficier des prestations spécialisées de proximité et pour un éventuel avis de suivi ou de prise en charge.
- ✚ Equipes locales pourront bénéficier d'une formation action.

Par ailleurs, un planning de sorties sera établi selon une périodicité en concertation avec le spécialiste qui s'engage de le respecter

2° L'animation du programme par un profil adéquat :

Nous avons essayé auprès des responsables d'affecter une sage femme au poste d'animation du programme .Ceci, dans le but de valoriser l'activité de la supervision par un profil adéquat

En plus cette animatrice, ayant travaillé au niveau de la maternité hospitalière pourra assurer et la coordination entre le SIAAP et la maternité hospitalière et entre cette dernière et les deux H.L

3° Les réunions comme espace de rencontre.

Tous les acteurs lors des entretiens ont soulevé le manque de réunions où les responsables de l'hôpital et ceux de la périphérie peuvent discuter des problèmes rencontrés à chaque niveau. Pour eux ces réunions constituent une opportunité d'information et formation et enfin un outil permettant d'améliorer la communication entre les médecins généralistes et les spécialistes. Chose indispensable pour s'orienter ensemble à l'atteinte des objectifs du programme.

Bernard Demory a défini la réunion comme étant « le rassemblement d'un certain nombre de personnes ayant en commun le souci d'atteindre un certain objectif »

Il est à signaler que des réunions sont organisées chaque mois au niveau du SIAAP, mais malheureusement les responsables de l'hôpital n'y sont pas impliqués (ce qui explique l'insuffisance en communication dont on a parlé). Par conséquent nous proposons à ce que ces réunions soient un espace pour discuter des problèmes rencontrés lors de l'exécution de leurs tâches. Ces problèmes pourraient être d'ordre clinique ou d'ordre organisationnel.

Pour ces derniers leur discussion en présence des responsables des deux niveaux, pourrait contribuer à leur résolution.

Quant aux problèmes d'ordre clinique, les généralistes peuvent noter les difficultés auxquelles ils sont confrontés et pour lesquelles une formation par le spécialiste serait utile. De même les problèmes identifiés à partir des incidents critiques pourraient être débattus.

4° Relancer le système de R/CR comme moyen de communication

Le besoin de l'amélioration du système de référence contre référence comme outil de communication et de formation a été soulevé tout au long des entrevues et discussions que nous avons eu avec les différents acteurs. En outre l'amélioration du processus de référence contre référence, constitue une étape dans la rationalisation du système de santé de district ou d'un réseau de soins intégré. Cela signifie une diminution progressive des références non justifiées par l'amélioration de la prise en charge des parturientes au niveau des unités d'accouchement. Par conséquent, la décentralisation des prestations du spécialiste au niveau des deux hôpitaux locaux dans le but de les soutenir pourra contribuer à cette amélioration. En outre les contacts entre les médecins généralistes et spécialistes contribueront certainement à l'amélioration de la communication entre le premier niveau et le deuxième niveau²²

Le système de R/CR dans sa composante contre référence est quasiment paralysé. Ce phénomène selon le spécialiste est dû à :

Le contenu de ces fiches est inadéquat par rapport à ce que présente la référée

22- Belouali R, De Brouwere V, Darkaoui N et al « prise en charge des enfants dans le système de santé au Maroc : l'hôpital structure isolée ? ». Revue maghrébine de pédiatrie, 1993, n°3bis, 145-153

En outre qui va s'occuper d'envoyer ces fiches à ces U.A

Les messages peuvent être mal compris

Ainsi, pour remédier à cette situation, il conviendrait d'imaginer une autre alternative qui sera plus faisable et dont tout le monde pourra tirer profit. Pour cela nous pouvons proposer l'approche suivante :

- ✚ Les fiches de référence et contre référence seront remplies par le spécialiste.
- ✚ Elles seront remises par la major de la maternité à l'animatrice du programme.
- ✚ L'animatrice viendra les chercher chaque fin de semaine.
- ✚ Elle les groupera par circonscription sanitaire et puis procéder à leur analyse selon les remarques du spécialiste
- ✚ Une synthèse d'éventuelles orientations ou recommandations consignées par les spécialistes sera faite et fera l'objet d'une discussion lors des réunions de coordination tenues chaque mois au niveau du SIAAP.
- ✚ Cette réunion qui en principe présidée par le délégué et où tous les acteurs seront présents (médecins chefs et majors des C/S, le staff du SIAAP, le Directeur et le spécialiste responsable de l'hôpital) sera une opportunité d'améliorer la communication ascendante et descendante et par conséquent faciliter l'Opérationnalisation de la fonction d'appui de l'hôpital au réseau de soins de santé de base en général et de la maternité aux unités d'accouchement en particulier.
- ✚ Procéder à la solution des problèmes qui pourraient entraver la prise en charge adéquate des parturientes

Synthèse

La communication a une dimension interpersonnelle importante

1° organiser des espaces de rencontre :

- Faire des réunions un espace de rencontre et d'échange
- Implication de toutes les équipes dans la gestion du programme à l'occasion de :
 - ✓ Elaboration des plans d'action
 - ✓ Bilan trimestriel, et annuel
 - ✓ Les audits et étude de cas
 - ✓ Résolution de problèmes par l'approche d'équipe

2° Relancer et réorganiser le système de R/CR

- Information et formation du personnel nouvellement recruté
- Faire le feed Back des fiches de R/CR sous forme de réunion regroupant la partie qui réfère et celle qui contre réfère

3° Encadrement par un profil adéquat basé sur deux approches :

- Supervision par un spécialiste qui pourra inciter les médecins généralistes à s'impliquer davantage en matière des SOU
- Supervision par les pairs : La supervision des unités d'accouchement par un profil adéquat (sage femme) nous paraît plus bénéfique vu qu'elle pourra éviter les conflits dus à la différence de gradients de connaissance professionnelles

Résultat n° 3 : Développer quelques mesures d'accompagnement nécessaires au renforcement de la fonction d'appui de la maternité hospitalière aux unités d'accouchement.

De l'avis des personnes interviewées, le renforcement de la fonction d'appui de l'hôpital au RSSB en général et la maternité hospitalière aux unités d'accouchement en particulier, est tributaire entre autres, de l'amélioration de la communication entre ces deux niveaux.

En effet, la communication jumelée à la gestion exerce un effet déterminant sur le leadership et sur son efficacité.

Néanmoins d'autres mesures d'accompagnement sont nécessaires pour renforcer la fonction de soutien de la maternité aux unités d'accouchement en vue d'une meilleure prise en charge des parturientes au niveau des structures sanitaires, site de notre étude

Pour ce faire, des préalables s'avèrent nécessaires, en l'occurrence :

1° La mobilisation de l'équipe de la maternité pour adhérer à ce projet :

La prédisposition et la motivation des responsables de l'hôpital et en particulier du spécialiste (gynéco) à adhérer à ce projet, nous ont amené à les inciter à symboliser leur dynamisme et leur volonté de participer à la réussite de cette initiative. Ainsi, plusieurs réunions ont été tenues. Ceci dans le but de les sensibiliser sur l'importance du travail en équipe. Comme on a insisté sur le rôle que doit jouer la maternité pour soutenir les unités d'accouchement périphériques. Ainsi, convaincue de l'importance de ce soutien et pour donner plus de crédibilité à cette fonction d'appui, on a opté pour l'organisation des réunions de staff chaque matin pour discuter des problèmes rencontrés et prendre des décisions en conséquence. Comme on a aussi une charte de la maternité (annexe n°). Par cette dernière l'équipe de la maternité s'engage à être disponible pour assurer la continuité du service, d'être à l'écoute des parturientes et enfin assurer une prise en charge adéquate des parturientes. Cette charte en tant que

symbole d'une responsabilité morale va renforcer les liens entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes .Pour les premiers, cela témoigne déjà d'une volonté relative au changement de comportement de l'hôpital qui veut s'ouvrir sur son environnement en vue de mieux connaître les besoins de la population qu'il dessert et les difficultés que rencontrent les professionnels de santé. Pour les seconds c'est un message qui signifie une remise en question de l'ordre établi et cherche à innover en vue d'améliorer les services et à travers une meilleure communication en vue d'atteindre les objectifs du programme. C'est une vision qui fait appel à l'esprit d'équipe en vue d'une meilleure coordination pour assurer le principe de la complémentarité entre les deux niveaux.

L'exposition des clauses de cette charte a constitué un événement important auquel ont assisté et honoré, des responsables du service central, des représentants de la population et les médecins du secteur privé.

2° La sensibilisation de la population et ses représentants :

Certes, en tant que responsable de santé, nous sommes déterminés à motiver et communiquer, à diriger et faire le suivi mais aussi et surtout penser stratégie : Dans notre environnement, il existe des opportunités à saisir. De là découle notre intérêt à associer les représentants de la population à cette initiative (projet). Pour ce faire, des entretiens ont été menés avec les élus les représentants des ONG locales ayant assisté à cette manifestation (exposition de la charte). C'était pour nous, une occasion d'échange, de partage, et de sensibilisation relatifs aux apports du projet et à nos attentes des représentants de la population. L'initiative a été appréciée est surtout dans sa composante relative aux visites périodiques du Médecin spécialiste de l'Hôpital aux structures de santé périphériques. C'est un plus étant donné que ceci va dans le sens, d'une meilleure prise en charge de la population en général et des parturientes en particulier. Selon eux, cette initiative est une première au niveau de la province de Sidi Kacem qui mérite d'être encouragée et pourquoi pas l'étendre à d'autres disciplines dans l'avenir. Ayant saisi cette motivation à chaud, on a sollicité leur collaboration et leur soutien

Dans une perspective de mieux servir la population par des prestations de proximité dans un cadre de partenariats et préparation de campagnes de sensibilisation.

En plus lors de notre visite au niveau des H.L, on a saisi cette opportunité pour s'entretenir avec les accouchées (ayant accouché le jour de notre visite) en vue se faire une idée sur leur perception vis à vis de cette initiative visant à les faire profiter des prestations spécialisées.

Ces accouchées ont affirmé que la visite du spécialiste va inciter les femmes des douars à venir se faire consulter dans ces hôpitaux. Car elles auront moins de charges et c'est tout près de chez elles.

3° Plaidoyer aux prés des responsables de la province :

Nous sommes intervenus auprès des responsables de la province pour injecter quelques mesures en vue d'encourager et de motiver les différents acteurs pour ne pas lâcher prise. Ainsi, des moyens de diagnostic (échographe) et d'évacuation (ambulance) ont été livrés aux deux H.L. Comme on a eu un accord de principe de la direction de l'hôpital relatif aux indemnités de déplacements pour les équipes chargées de la supervision ou autres activités dans le cadre de cette initiative visant à prodiguer des prestations spécialisées de proximité.

Synthèse

La communication jumelée à la gestion exerce un effet déterminant sur le leadership et sur son efficacité.

- Mobilisation de l'équipe de la maternité hospitalière pour développer l'esprit d'équipe
- Convaincue de l'importance de la fonction d'appui ,le staff de la maternité a opté pour l'élaboration de la CHARTE de la maternité comme responsabilité morale
- Instauration des réunions de staff permettant l'information et la formation et par conséquent consolider le dialogue entre les membres des équipes
- Indemnisation des déplacements des équipes hospitalière :
- Affectation de moyens de diagnostic (échographe)
- Formation des médecins-chefs des deux H.L par le gynéco de la maternité provinciale en matière d'échographie
- Renforcement des moyens d'évacuation (ambulance)
- Relancer l'I EC

IX. Recommandations

A la lumière des résultats de cette étude, il y a lieu de proposer les recommandations suivantes :

1° Pour l'hôpital :

➤ Redynamiser la communication interpersonnelle

La formation en matière de communication interpersonnelle s'avère d'une grande utilité pour l'amélioration des relations entre le personnel d'une part et entre ce dernier et la population de l'autre part.

➤ I.E.C : transmission des messages relatifs à la maternité sans risque

Il y a un dispositif déjà mis en place destinée à cette activité. Il nous paraît qu'il est d'une grande utilité dans la mesure où il est utilisé pour informer et sensibiliser, les accouchées et les visiteurs en diffusant des messages concernant les signes de risques relatifs à la grossesse et l'accouchement, en insistant sur l'importance du suivi des grossesses et de l'accouchement dans un milieu surveillé.

➤ Création d'une structure d'information et d'orientation.

On a constaté que le premier contact avec les parturientes en général et celles référées en particulier, est laissé entre les mains des agents de la « sécurité »

Cette façon de faire engendre la déformation des messages et peut même constituer un obstacle à cette relation malade/médecin. Par conséquent la désignation d'une personne après avoir reçu une formation en matière de communication interpersonnelle au niveau de cette structure d'information ne peut être que bénéfique et pour la population que pour l'hôpital

➤ Réunion du staff au niveau de la maternité.

Veiller au renforcement de ces réunions par un soutien morale des équipes et une satisfaction à leurs besoins en matière d'équipement ou autres et ce en fonction des possibilités de la direction

2° Pour la délégation

➤ Redynamiser la cellule de formation continue :

Procéder à l'identification des besoins en formation en se basant sur l'analyse des comptes rendus des supervisions et des réunions de coordination

Organiser des sessions de formation pour les nouvelles recrues

➤ Supervision :

L'activité de la supervision est d'une grande importance pour le suivi et l'encadrement des équipes que ce soit localement ou au niveau de la périphérie

L'exécution de cette activité au niveau des unités d'accouchement, par le spécialiste (gynéco) et par l'animatrice nouvellement affectée à ce poste est tributaire de l'appui de la province à ces équipes en matière des moyens de transport pour mieux s'acquitter de leurs tâches

➤ Assurer la coordination, le suivi et l'évaluation de la fonction d'appui de la maternité hospitalière aux unités d'accouchement périphériques

➤ Sensibilisation de la population et des partenaires sociaux

Organisation des journées provinciales de sensibilisation au profit des décideurs locaux et des partenaires sociaux en matières de maternité sans risque en particulier et d'autres programmes de santé en général.

Au niveau de cette province un certain nombre de manifestations y sont organisées (MOUSSEM) chaque année.

Saisir cette opportunité, serait d'une grande importance pour la sensibilisation de la population en matière de la promotion de la santé et à la prévention des facteurs de risques auxquels elle pourrait être exposée

- Elargir le paquet d'activité, en intégrant les autres programmes de santé, à fin de couvrir les problèmes de santé prioritaires.
- Formaliser les relations avec les autorités locales et les ONG, par le développement de convention de partenariat, visant la promotion de la santé

Conclusion

L'hôpital, en tant qu'acteur central du système de santé, doit nécessairement intégrer l'approche de santé publique : non pas parce qu'il se rendrait indispensable par la dispensation de prestations « meilleures », mais parce qu'il joue un double rôle spécifique par rapport au réseau de soins de santé de base : il constitue le niveau de référence donc un rôle de prolongement et de complémentarité comme il est le centre de coordination appelé à appuyer les structures périphériques. Cependant sur le terrain, on observe que cet appui n'est pas parfaitement opérationnalisé. Ceci résulte d'une insuffisance pour ne pas dire absence la communication entre l'hôpital de référence et le réseau de soins de santé de base en général et entre la maternité de référence et les unités d'accouchement périphériques en particulier. Ainsi, préoccupé par cette problématique on s'est orienté selon une approche qualitative auprès des acteurs au niveau du terrain pour plus d'éclaircissement et en vue d'identifier les causes de cette insuffisance en matière de communication entre la maternité de référence et les unités d'accouchement (des 2 hôpitaux locaux sites de notre étude).

Les résultats de cette étude témoignent une fois de plus, que la communication est une condition préalable à l'opérationnalisation de la fonction d'appui de l'hôpital au réseau de soins de santé de base. Comme on a pu à travers cette étude de mettre le doigt sur les causes qui entravent la communication entre le premier niveau et le deuxième niveau.

Ces causes peuvent être résumées sous quatre titres principaux :

- Le système de référence contre référence non opérationnelle
- Les réunions de coordination entre l'équipe de la maternité et celles des unités d'accouchement sont quasiment absentes
- La formation continue des personnels des unités d'accouchement est occasionnelle.
- La supervision fait défaut

En plus la transmission des messages diffamatoires (par le biais des femmes référées ou leur famille) envenime les relations entre les équipes des deux structures.

Enfin tous les acteurs sont convaincus, les acteurs que pour renforcer la fonction d'appui de la maternité de référence aux unités d'accouchement, la fonction de communication dans sa dimension interne et externe doit être considérée comme un levier de mobilisation du personnel de la santé et un instrument de développement institutionnel. Par conséquent si cette Fonction de communication est mise en œuvre dans de bonnes conditions, alors l'hôpital pourra exercer sa fonction d'appui au réseau de soins de santé de base. Néanmoins d'autres mesures d'accompagnement ont été développées pour renforcer cette initiative en vue d'assurer sa continuité. Il s'agit entre autres de la création d'une dynamique au sein de l'équipe de la maternité autour de la problématique relative à l'insuffisance en matière de communication. Ceci s'est soldé par l'élaboration d'une charte de la maternité comme étant une responsabilité morale, par laquelle, l'équipe s'engage à s'ouvrir sur son environnement. Comme il est prévu par la direction de l'hôpital d'octroyer des indemnités de déplacements aux équipes hospitalières en vue de les motiver. Renforcement des moyens de diagnostic et d'évacuation des parturientes. Enfin si on est vraiment convaincu que la fonction de la communication est primordiale dans l'amélioration des relations humaines, on doit s'en servir pour encourager la population à utiliser nos structures et pour sensibiliser les élus à participer aux charges inhérentes aux évacuations des parturientes au niveau de référence.

Références Bibliographiques

1/ B.DUJARDIN. Une approche globale pour améliorer la santé maternelle. Université libre de Bruxelles. Faculté de médecine, 1993

2/ Vincent De Brouwere et Wim Van Lerberghe. Réduire les risques de la maternité : Stratégies et Evidence Scientifique. Studies in Health Services Organisation et Policy.18,2001

3/E.Tarimo. Pour une meilleure santé au niveau du district. Comment organiser et gérer des systèmes de santé de district fondés sur les soins de santé primaires.OMS, Geneve, 1991

4/Université Libre de Bruxelles. Faculté de médecine et de pharmacie. Rôle des districts sanitaires et méthodologie de leur développement en Afrique. Thèse présentée à la faculté de médecine de l'Université Libre de Bruxelles en vue de l'obtention du grade d'agrégé de l'enseignement supérieur .Decembre, 1991

5/Le rôle de l'hôpital et des structures périphériques dan la prise en charge de la santé de l'enfant. Rapport sur le cheminement des malades dans le système de santé au Maroc. Ministère de la sante, INAS.Mars, 1996

6/Etude internationale sur la place et le de l'hôpital et des structures périphériques dans la santé de l'enfant. Rapport de synthèse. Ministère de la sante.INAS.Rabat, 1992

7/La mise en œuvre : Le véritable Défi des systèmes de santé de district pour renforcer les soins de santé primaires.OMS, 1988

8/Fonction cadre de santé. L'hôpital en question (s) un diagnostic pour améliorer les relations de travail

9/Hôpitaux et santé pour tous. Rapport d'un comité d'experts de l'OMS sur le rôle des hôpitaux de premier recours. OMS, Genève 1987.Serie de rapports techniques n°744

10/Intégrations et Recherche. Coordination : Wim Van Lerberghe et Xavier de Béthune.Studies in Health Services Organisation et Policy, 8,1998

11/Amélioration de l'efficacité des centres de santé dans le cadre du système de santé de district. Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS, Geneve, 1997

12/Intégration de la prestation des soins de santé. Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS, Geneve, 1996

13/Revue, Gestions hospitalières n° 431. Decembre 2003

14/L'hôpital de district dans les zones Rurales et urbaines. Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS sur les fonctions des hôpitaux de premier recours. OMS, Genève 1992. OMS, Serie de rapports techniques n°819

15/Système de formation continue : priorité au personnel de santé de district. Rapport d'un Comité d'experts de l'OMS. Série de rapports techniques n°803. OMS, Geneve 1990

16/La supervision des personnels de santé au niveau du district. OMS Geneve, 1988.

17/A. Belghiti Alaoui, MD.MPH. Principes généraux de Planification Stratégique à l'hôpital Direction des hôpitaux et des soins ambulatoires. Ministère de la santé Rabat, Novembre, 2001.

18/A. Belghiti Alaoui, MD.MPH. Programme de maîtrise en administration de la santé (1999-2000). Cours sur le système de santé de district. INAS, Ministère de la santé.

19/Dr K. Nada Darkaoui/Dr Sahel : Module analyse des services de santé de premier échelon. INAS, Rabat, 2004

20/Le rôle de l'hôpital dans le district : Dispenser ou soutenir les soins de santé primaires ?

W. Van Lerbeigh et Y. Lafon. Unité de formation et de recherche en santé publique. Institut Médecine tropicale, Anvers, Belgique

21/Le rôle de l'hôpital dans le renforcement des soins de santé primaires.

X. de BETHUNE. P. Mercenier. H. Van Balen.

Working Paper Nr 18-1988

ANNEXES

Annexe I

Grille d'entretien destinée aux médecins généralistes des unités d'accouchement (m/c et médecin de garde)

THEME	QUESTIONS
Insuffisance de communication entre l'hôpital et les unités d'accouchement	<p>Q 1= C'est quoi pour vous l'hôpital (maternité) de référence</p> <p>Q 2= Y a t-il des relations entre (U/A) et l'hôpital ? si oui quel genre de relation ? administratives, techniques, personnelle, fonctionnelle ?</p> <p>Q 3= y a t-il des contact entre vous et l'hôpital ? ? Par quel moyen ? Réunion ? séminaire ? autre ?</p> <p>Q 4= y a t-il un téléphone dans votre service ?</p> <p>Q 5= vous l'utilisez en cas de besoin de service ?</p> <p>Q 6= est-il accessible durant les jours non ouvrables ?</p> <p>Q 7=le télé est utile pour vous ? dans quel sens ?</p> <p>Q 8=connaissez-vous le téléphone de la maternité de référence ?</p> <p>Q 9=aviez-vous essayé un jour auprès du spécialiste d'avoir des info C/une femme que vous aviez référée ?</p>
Les mesures d'amélioration du dialogue	<p>Q 10=à votre avis quelles seraient les mesures qui vous paraissent capables d'améliorer les relations entre la maternité de référence et les U/A</p> <p>Q11=comment vous voyer leur implantation</p> <p>Q 12=est ce qu'une visite du spécialiste à votre unité vous sera utile ?</p>
Mesures d'accompagnement	<p>Q 13= A votre avis quelles seront les mesures qui peuvent renforcer cette initiative</p>

Annexe II

Grille d'entretien destinée aux sages femmes des unités d'accouchement

THEME	QUESTIONS
Insuffisance de communication entre l'hôpital et les unités d'accouchement	<p>Q 1= C'est quoi pour vous l'hôpital (maternité) de référence</p> <p>Q 2= Y a t-il des relations entre (U/A) et l'hôpital ? si oui quel genre de relation ? administratives, techniques, personnelle, fonctionnelle ?</p> <p>Q 3= y a t-il des contact entre vous et l'hôpital ? ? Par quel moyen ?</p> <p>Réunion ?séminaire ? Journée national ou international relatif à un thème de santé ?</p> <p>Discussion d'un incident critique ? Présentation de bilan des activités autre,</p> <p>Q 4= y a t-il un téléphone dans votre service ?</p> <p>Q 5= vous l'utilisez en cas de besoin de service ?</p> <p>Q 6= est-il accessible durant les jours non ouvrables ?</p> <p>Q 7= A votre avis c'est quoi pour vous la supervision ?</p> <p>Q 8=Etes vous supervisée ? si oui par</p> <p>Q 9 =A votre avis comment vous voyer la supervision par des paires ?</p> <p>Q 10=En cas de problèmes à qui vous faites appel ? aviez-vous essayé un jour auprès du spécialiste d'avoir des info C/une femme que vous aviez référée ?</p>
Les mesures d'amélioration du dialogue	<p>Q 11=à votre avis quelles seraient les mesures qui vous paraissent capables d'améliorer les relations entre la maternité de référence et les U/A</p> <p>Q 12=comment vous voyer leur implantation</p> <p>Q 13=est ce qu'une visite du spécialiste à votre unité vous sera utile ?</p>
Mesures d'accompagnement	<p>Q 14= A votre avis quelles seront les mesures qui peuvent renforcer cette initiative</p>

Annexe III

Grille d'entretien destinée aux médecins de la maternité Hospitalière de référence (les gynéco et le médecin généraliste)

THEME	QUESTIONS
Insuffisance de communication entre l'hôpital et les unités d'accouchement	Q 1= C'est quoi pour vous les unités d'accouchement ? Q 2= Y a t-il des relations entre l'hôpital (Maternité) et les unités d'accouchement ? ? Q 4= y a t-il un téléphone dans votre service ? Q 6= est-il accessible durant les jours non ouvrables ? Q 7= Vous contacter les médecins référents pour discuter d'un cas qui pose problème ? Q 8=avez vous des contacts avec les responsables du SIAAP pour discute des cas référés ou auto référés qui vous posent problèmes Q 9= participez vous aux réunions de coordinations au niveau du SIAAP ?
Les mesures d'amélioration du dialogue	Q 10=à votre avis quelles seraient les mesures qui vous paraissent capables d'améliorer les relations entre la maternité de référence et les U/A Q 11=comment vous voyer leur implantation Q 13=est ce qu'une visite du spécialiste à votre unité vous sera utile ?
Mesures d'accompagnement	Q 14= A votre avis quelles seront les mesures qui peuvent renforcer cette initiative

Annexe IV

Grille d'entretien destinée aux sages femmes de la maternité

THEME	QUESTIONS
Insuffisance de communication entre l'hôpital et les unités d'accouchement	<p>Q 1= Avez vous travaillé déjà dans une unité d'accouchement ? C'est quoi pour vous la maternité de référence ?</p> <p>Q2= aviez vous des relations avec la maternité de référence ?</p> <p>Q 3= Actuellement, y a t-il des contact entre vous et les unités d'accouchement ?</p> <p>Q 4= y a t-il un téléphone dans votre service ?</p> <p>Q 6= est-il accessible durant les jours non ouvrables ?</p> <p>Q 8=avez vous des contacts avec les responsables du SIAAP pour discute des cas référés ou auto référés qui vous posent problème ? Si oui comment ? Si non pourquoi</p>
Les mesures d'amélioration du dialogue	<p>Q 8 =à votre avis quelles seraient les mesures qui vous paraissent capables d'améliorer les relations entre la maternité de référence et les U/A</p> <p>Q 9=comment vous voyer leur implantation</p> <p>Q 10=est ce qu'une visite du spécialiste à votre unité vous sera utile et pourra une occasion de renforcer les liens entre vous et l'hôpital</p>
Mesures d'accompagnement	Q 11= A votre avis quelles seront les mesures qui peuvent renforcer cette initiative

Annexe V

Grille d'entretien destinée au personnel ayant participé au focus group :

2 médecins spécialistes (gynéco) 2 médecins généralistes (m/c)

major du SIAAP, animatrice du programme 2 majors de maternité et 4 sages femmes

THEME	QUESTIONS
Insuffisance de communication entre l'hôpital et les unités d'accouchement	<p>Q1= a votre avis a quoi est du cette insuffisance de communication entre la maternité de référence et les unités d'accouchement</p> <p>Q2=selon vous quelles en seront les conséquences ?</p>
Les mesures d'amélioration du dialogue	Q3= selon vous quels sont les mesures ou les mécanismes a mettre en place pour améliorer les relations entre Les deux niveaux ?
Mesures d'accompagnement	Q13= quelles serraient vos attentes ? pour renforcer cette initiative ?

Annexe VI

La charte de la maternité

L'article 25 de la déclaration des droits de l'homme stipule que la maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales. Dans ce sens les responsables de la maternité du CHP de Sidi Kacem ont opté d'élaborer une charte de la maternité comme témoignage de leur adhésion à ce projet :

C'était un événement intéressant qui a marqué et a laissé des empreintes qu'il vaut la peine d'exposer et de partager avec vous.

- Il a touché une fonction noble de la gestion : l'organisation des soins
- Il a soulevé la notion de travail en équipe et de coordination avec les différentes unités d'accouchements périphériques
- Et il a développé le principe fondamentale de la qualité des soins : la standardisation des conduites à tenir

De ce fait, il est pertinemment adéquat de faire une escale et d'exposer un produit qui est la résultante d'un travail de groupe, que nous espérons être globale, originale et visant la motivation et la mobilisation de tous le personnel, et ceci afin d'y adhérer et de garantir leur implication.

En fait, la charte n'est pas une fin en soit, mais c'est un symbole qui traduit l'implication et la participation de l'ensemble du personnel pour mieux prendre en charge les parturientes avec des objectifs et des valeurs commun

Intervention du médecin chef du service de la maternité

- 1- Je déclare que la notion d'identité au service est primordiale : tous les moyens appartiennent au personnel exerçant au service.
- 2- Au nom de tous les membres de l'équipe je m'engage pour mieux prendre en charge les parturientes admises au service et ceci pour :
 - L'application consciencieuse des normes S.O.N.U.
 - La P.E.C à temps des urgences obstétricales et néonatales.
- 3- Lors d'un accouchement dystocique ou prolongé et en cas d'indication de césarienne prophylactique, je me considère comme étant le seul juge des intérêts respectifs de la mère et de l'enfant sans se laisser influencer par les considérations subjectives.
- 4- Je veille au respect du secret professionnel et d'instruire les membres de l'équipe de leur obligation en la matière.
- 5- Je veille à entretenir des rapports de bonne confraternité avec tous les médecins et d'instaurer un climat organisationnel sain.
- 6- Je veille à protéger l'image de marque du service et développer sa crédibilité.
- 7- Je m'engage à soutenir, encadrer et former le personnel de service ainsi que le personnel des unités d'accouchements périphériques.
- 8- Je m'engage à mettre en place les mécanismes de coordination et d'évaluation
 - Réunion périodique avec le SIAAP
 - Réunion du staff
 - Dossier Near Miss et Audit
 - Evaluation des réalisations du service
 - Intégrer les autres disciplines (Pédiatrie, Réanimation) aux activités SONU quand il s'avère nécessaire.
 - Analyser les références non justifiées et prévoir des formations action ciblées et spécifiques aux besoins identifiés
- 9- Je m'engage à garantir la continuité du service, d'assurer la garde, et ne quitter le service avant que la prise de la relève soit assuré.

Intervention de la Major de service la Maternité Provinciale

- 1- Je veille à l'organisation des activités du service
- 2- Je sensibilise et j'attire l'attention de tous les membres de l'équipe sur l'intérêt de la qualité de l'accueil et le respect des valeurs de toute femme admise au service et ceci quelque soit son origine
- 3- Je m'engage à l'application des normes SONU et je veille à l'exécution rationnelle des recommandations :
 - Insister sur l'examen à l'admission et avoir le réflexe de tirer le signal d'alarme en cas d'identification d'un éventuel facteur de risque
 - Etre en mesure de faire le Diagnostic du travail et des différentes présentations
 - Veiller à la surveillance adéquate des parturientes en s'aidant du partogramme
 - Cerner les urgences obstétricales les plus courantes et vulgariser les attitudes de leur prise en charge
 - Appliquer les conduites à tenir et décisions optimales au moment de la surveillance
 - Suivre attentivement les différentes phases de l'accouchement
 - Assister la femme psychologiquement après l'accouchement
 - Réanimer le nouveau né, l'identifier et lui apporter les soins nécessaires
 - Opérer attentivement la délivrance
 - Maintenir la surveillance de la femme lors des suites de couches
- 4- Aussi je m'engage à pérenniser le counseling en post partum et ceci en encourageant l'allaitement maternel, l'explication des différentes méthodes contraceptives et l'importance d'un choix raisonné sans oublier les conseils d'hygiènes.
- 5- Je veille aussi à la prévention de l'infection par la sensibilisation de tout le personnel au lavage des mains, le port des gants, la décontamination la stérilisation et l'élimination des déchets.

CURRICUM VITAE

<i>Non et Prénom</i>	<i>Mohamed AZAROU</i>
<i>Date de Naissance</i>	<i>1947</i>
<i>Lieu de Naissance</i>	<i>Mekhnès</i>
<i>Formation de base :</i>	
<i>Titulaire du diplôme de brevet d'état</i>	<i>(1964/1966)</i>
<i>Titulaire du diplôme d'état d'Infirmier</i>	<i>(1970/1972)</i>
<i>Titulaire diplôme de l'Ecole de Cadres</i>	<i>(1991/1993)</i>
<i>Principaux postes occupés :</i>	
<i>Animateur de différents programmes</i>	<i>(1983/1993)</i>
<i>Infirmier chef du service de soins</i>	<i>(1993/1995)</i>
<i>Infirmier Major du SIAAP</i>	<i>(1996/2004)</i>