



Institut Régional de Santé Publique
Dr Alfred Comlan Quenum



Université d'Abomey-
Calavi

MASTER EN SANTE PUBLIQUE

Spécialité épidémiologie

&&&&&

Année Académique : 2019 - 2020

&&&&&

Mémoire numéro : 044-EPIDEMIO/IRSP/2020

&&&&&

**QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DES
ACCIDENTS DE LA VOIE PUBLIQUE AU CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DEPARTEMENTAL DE L'OUEME PLATEAU**

Présenté par : Charlemagne Guigonou AHOUANSOU

le 28 /07/2020

Directeur de mémoire :

Dr Edgard-Marius D. OUENDO
Professeur Titulaire de Santé Publique-
Epidémiologie/CAMES
Institut Régional de Santé Publique

Co-Directeur de mémoire :

Dr Cyriaque DEGBEY
Maitre- Assistant /CAMES
Institut Régional de Santé Publique

Année Académique : 2019 - 2020

Dédicace

Je dédie ce travail à :

Mon cher père, André AHOUANSOU et ma tendre mère, Pierrette DEGBO grâce à l'éducation que vous m'avez donnée et grâce à Dieu je suis parvenu à ce niveau recevez ma gratitude

A ma chère épouse Sénan Castellye HOUNKPEVI merci pour ton amour, le soutien indéfectible, les nombreux sacrifices, la compréhension. Je te témoigne toute ma reconnaissance. Ce travail est le couronnement de tes efforts et de ta patience.

A mes enfants Jayden, Roxane, Hans recevez toute ma tendresse.

A mes frères et sœurs Marcelline, Thierry, Odilon, Judith, Florence restons toujours unis

Remerciements

Mes sincères remerciements à l'endroit :

De notre directeur de mémoire, Professeur titulaire **Edgard–Marius Dona OUENDO** et notre co-directeur de mémoire Docteur **Cyriaque Comlan DEGBEY** qui, malgré leurs multiples occupations n'ont ménagé aucun effort pour donner à ce travail une valeur scientifique à travers une rigueur dans la démarche ;

Du **Projet de Recherche pour le Développement** : Recherche Multidisciplinaire pour Prévenir les Accidents de la Route, qui a financé ces deux années de formation ;

De Dr **Yolaine GLELE épouse HESSOU**, Dr **Donatien DADDAH** et Dr **Bella HOUNKPE épouse SANTOS**, pour leurs contributions lors de la planification de ce travail ;

Du corps enseignant de l'IRSP pour la qualité de la formation ;

Du personnel du **service des urgences et de la chirurgie** du Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé Plateau pour le soutien lors de la collecte des données ;

Des **membres de l'administration** de Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé Plateau pour avoir facilité la réalisation de ce travail ;

Des **victimes d'accidents de la voie publique** admises au CHUDOP durant la période de collecte des données et à leur famille pour leur coopération ;

Tous nos camarades de la 10ème promotion LMD au nom de la collaboration et de la fraternité qui ont toujours régné en notre sein ;

Résumé

Introduction : L'accès aux soins de qualité est un défi majeur pour tous les systèmes de santé, et le besoin devient plus pressant en situation d'urgence surtout lors des accidents de la voie publique, lorsque le pronostic vital est en jeu. Cette étude avait pour objectif d'évaluer la qualité de la prise en charge des victimes des accidents de la voie publique au Centre Hospitalier Universitaire Départemental de l'Ouémé Plateau.

Méthode : Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et évaluative portant sur la qualité de la prise en charge des victimes d'accident de la voie publique. Les composantes explicatives sont comparées aux référentiels à partir des entretiens individuels avec les victimes et leurs accompagnants, des dossiers médicaux, des prélèvements et de l'observation directe.

Résultats : L'étude montre une faible qualité de la prise en charge des victimes d'accident de la voie publique avec 55,47% de la totalité des scores. Le manque de matériel médico-technique, le non-respect des règles de prévention et de contrôle des infections, l'inexistence de protocole de prise en charge, le coût élevé des actes chirurgicaux, la surcharge de travail du personnel soignant expliquent cette situation.

Conclusion : Les composantes évaluées présentent des insuffisances, il est donc important d'agir sur les goulots d'étranglement pour améliorer la fonctionnalité des services afin d'offrir les soins de qualité aux victimes.

Mots clés : qualité de prise en charge, accident de la voie publique, Centre Hospitalier Universitaire Départemental Ouémé Plateau, Bénin.

Abstract

Introduction: Access to quality care is a major challenge for all health systems, and the need becomes more pressing in an emergency situation, especially during road accidents, when the prognosis of life is at stake. This study aimed to assess the quality of care for victims of road accidents at the Departmental University Hospital of Ouémé Plateau.

Method: This was a cross-sectional, descriptive and evaluative study on the quality of care for victims of road accidents. The explanatory components are compared with the benchmarks based on individual interviews with the victims and their companions, medical files, samples and direct observation.

Results: The study shows poor quality of care for victims of road accidents with 55.47% of all scores. The lack of medical-technical equipment, non-compliance with infection prevention and control rules, the lack of a treatment protocol, the high cost of surgical procedures, and the overload of nursing staff explain this situation.

Conclusion: The components evaluated have shortcomings, so it is important to act on bottlenecks to improve the functionality of services in order to provide quality care to victims.

Keywords: quality of care, road accident, Departmental University Hospital Center Ouémé Plateau, Benin.

SOMMAIRE

Introduction	1
1. PROBLEMATIQUE	4
1.1 Enoncé du problème	4
1.2 Cadre conceptuel	6
1.3 HYPOTHESE.....	11
1.4 OBJECTIFS.....	11
1.4.1 Général	11
1.4.2 Spécifiques	11
2. GENERALITES	13
2.1 Définitions des concepts.....	13
2. 2 Revue de littérature	16
3. CADRE ET METHODE D’ETUDE	21
4. RESULTATS	33
5. DISCUSSION.....	61
CONCLUSION ET SUGRESSIONS	69
Références	72
ANNEXES	K

ABREVIATIONS ACROMYMES ET SIGLES

ANAES : Agence National d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

ANAESB : l'Agence Nationale d'Accréditation des Etablissement de Santé du Bénin.

AVP : Accident de la Voie Publique.

CCAES : Conseil Canadien d'Agrément des Etablissements de Santé.

CCAH : Conseil Canadien d'Agrément des Hôpitaux.

CHUDOP : Centre Hospitalier Universitaire Départemental de l'Ouémé Plateau

CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

FBR : Financement Basé sur les Résultats.

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

ODD : Objectif de Développement Durable.

OMS : Organisme Mondiale de la Santé.

PEC : Prise En Charge.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Méthodes et techniques d'échantillonnage utilisées chez les cibles	25
Tableau II : Répartition des cibles selon leur effectif	25
Tableau III : Techniques et outils de collecte des données en fonction des cibles	26
Tableau IV : Répartition des victimes d'accident de la voie publique admises au CHUDOP selon leurs caractéristiques individuelles en 2020	33
Tableau V : Répartition des agents de santé enquêtés selon leur catégorie socio-professionnelle en 2020.	35
Tableau VI: Répartition des agents de santé enquêtés au CHUDOP selon l'ancienneté au poste en 2020.	35
Tableau VII : Appréciation de l'environnement/l'agrément des services des urgences et de la chirurgie du CHUDOP en 2020	36
Tableau VIII : Appréciation de la disponibilité des ressources humaines des urgences et de la chirurgie du CHUDOP en 2020	38
Tableau IX : Appréciation des ressources matérielles et médicament des urgences et de la chirurgie du CHUDOP en 2020.	39
Tableau X : Appréciation des ressources informationnelles des urgences et de la chirurgie du CHUDOP en 2020	40
Tableau XI : Appréciation de l'accessibilité financière aux soins des victimes d'AVP admises aux services des urgences et de la chirurgie du CHUDOP en 2020.	41
Tableau XII : Appréciation de la qualité de la structure de prise en charge des victimes d'AVP au CHUDOP en 2020.	42
Tableau XIII : Vérification de l'existence de dispositif de tris et d'orientation au CHUDOP en 2020.	43
Tableau XIV : Appréciation des relations interpersonnelles dans les	44

services des urgences et de la chirurgie du CHUDOP en 2020

Tableau XV : Appréciation de la Continuité des soins aux urgences et à la chirurgie du CHUDOP en 2020. 45

Tableau XVI : Appréciation des pratiques des agents aux urgences et à la chirurgie du CHUDOP en 2020. 46

Tableau XVII : Appréciation de la sous composante application des normes et Protocoles aux urgences et à la chirurgie du CHUDOP en 2020 48

Tableau XVIII : Appréciation de l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections aux urgences et à la chirurgie du CHUDOP en 2020. 49

Tableau XIX : Répartition des germes identifiés sur les mains du personnel des urgences et à la chirurgie du CHUDOP en 2020 50

Tableau XX: Répartition des germes identifiés sur les téléphones portables du personnel des urgences et à la chirurgie du CHUDOP en 2020 50

Tableau XXI : Répartition des germes identifiés sur le matériel médico-technique des urgences et à la chirurgie du CHUDOP en 2020 51

Tableau XXII : Répartition des germes identifiés au niveau du sol des services des urgences et de la chirurgie du CHUDOP en 2020 51

Tableau XXIII : Répartition des différentes bactéries isolées selon leur classe aux urgences et à la chirurgie du CHUDOP en 2020 52

Tableau XXIV : qualité microbiologique de l'environnement du travail et du matériel médico-technique aux urgences et à la chirurgie du CHUDOP en 2020. 52

Tableau XXV : Appréciation de la qualité de l'environnement de travail et du matériel aux urgences et à la chirurgie du CHUDOP en 2020. 53

Tableau XXVI : Appréciation de la gestion des données aux urgences et à la chirurgie du CHUDOP en 2020. 54

Tableau XXVII : Appréciation du processus de PEC des victimes d'AVP 55

au CHUDOP en 2020

Tableau XXVIII : Appréciation de la satisfaction des victimes et des 56
accompagnants des urgences et à la chirurgie du CHUDOP en 2020

Tableau XXIX : Appréciation de la sous composante satisfaction de 57
l'agent de santé des urgences et à la chirurgie du CHUDOP en 2020

Tableau XXX : Appréciation de la composante explicative résultat de la 58
prise en charge des victimes d'AVP des urgences et à la chirurgie du
CHUDOP en 2020

Tableau XXXI : Synthèse des scores de la qualité des soins des urgences et 58
de la chirurgie du CHUDOP en 2020.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Cadre conceptuel de la qualité de la PEC des victimes des accidents de la voie publique au CHUDOP 7

Figure 2 : Carte administrative de la zone sanitaire 22

Introduction

Les blessés et les décès que l'on dénombre dans les accidents de la route constituent un problème de santé publique avec des conséquences comparables à celles des grandes pathologies telles que le cancer ou les maladies cardiovasculaires. Dans le monde, 1,2 millions de personnes meurent chaque année sur les routes et 20 à 50 millions sont blessées. En 2020, on s'attend à ce que les accidents de la voie publique soient le troisième élément majeur du fardeau des maladies et blessures [1].

Au-delà du prix personnel et social inestimable payé par les victimes d'accidents de la voie publique et leurs familles, les accidents de la route ont un énorme impact économique. Les coûts économiques des traumatismes et infirmités liés aux accidents de la voie publique, y compris les soins d'urgence et de rééducation, le coût des invalidités et les années de vie corrigées du facteur invalidité s'élèvent à 1% du PNB dans les pays pauvres et 1,5% à 2% dans les pays riches. Une grosse partie de ce fardeau est prise en charge par le secteur sanitaire [1].

Conformément aux objectifs du développement durable (ODD) tous les individus partout dans le monde, devront avoir accès aux services de santé préventifs, curatifs, réadaptatifs ou palliatifs de haute qualité dont ils ont besoin, sans se trouver exposés à des difficultés financières [2].

La qualité des soins doit permettre de garantir à chaque patient un ensemble d'actes de diagnostic et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût, au moindre risque iatrogène, et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, de résultat et de contacts humains à l'intérieur du système de soins [1].

Le Bénin en souscrivant à la stratégie des soins de santé primaires à Alma Ata s'est engagé à offrir à sa population des soins scientifiquement valables, culturellement acceptable, financièrement et géographiquement accessible et basés sur la valeur sociale et l'équité.

La présente étude se propose d'évaluer la qualité de la prise en charge des victimes des AVP dans les services des urgences et de la chirurgie au Centre Hospitalier Universitaire Départemental de l'Ouémé Plateau. Elle va s'articuler autour des points suivants : la problématique, les généralités sur la qualité, le cadre et la méthode d'étude, les résultats et la discussion.

Nous espérons que ce travail va contribuer à améliorer la qualité de la prise en charge des victimes des accidents de la voie publique au Bénin.

PROBLEMATIQUE

1. PROBLEMATIQUE

1.1 Enoncé du problème

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la Banque Mondiale publient en 2004 le rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la voie publique ce qui marque une étape dans la prise de conscience du fardeau que représentent les accidents de la voie publique [3]. Chaque année les accidents de la route sont responsables de plus de 1,2 million de morts et de 50 millions de blessés dans le monde dont 90% dans les pays en développement [4].

Suite à l'urbanisation grandissante avec un taux annuel de croissance estimé à 3,4 % au cours de la période allant de 2015 à 2020 [5]. On observe un conflit permanent entre l'homme et les moyens roulant ce qui entraîne d'importantes lésions corporelles. La prise en charge des victimes s'avère nécessaire pour éviter des handicaps.

L'accès aux soins de qualité est un défi majeur pour tous les systèmes de santé, et le besoin devient plus pressant en situation d'urgence surtout lors des accidents de la voie publique, lorsque le pronostic vital est en jeu. Dans les pays à faible revenu le manque de moyens financier agit directement sur la qualité des prestations offertes dans les formations sanitaires.

Le contrôle de la qualité des soins a pour objectif de réduire ou de supprimer les soins inutiles et d'améliorer la qualité des soins utiles tant dans leurs indications que leurs mises en œuvre [6].

L'évaluation des pratiques médicales est un ensemble de processus pour aider le professionnel de la santé à faire le meilleur choix diagnostique et thérapeutique pour le malade et la société. [7]

Aux USA Donabedian, un pionnier des travaux dans ce domaine, parle de qualité à propos de soins qui « Maximisent le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfice/risque à chaque étape du processus de soins » [8].

En France, ce processus d'évaluation médicale n'est devenu d'actualité qu'au début des années 1980 [9] et fut entériné avec la création de l'Agence National pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) qui fut relayée en avril 1996 par l'Agence National d'Accréditation et d'Evaluation en santé (ANAES) [10]. Elle a pour but d'évaluer l'utilité médicale de l'ensemble des actes, prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie et de formuler des recommandations et rendre des avis indépendants, impartiaux et faisant autorité permettant d'éclairer les pouvoirs publics quant aux décisions de remboursement des produits et services médicaux et de contribuer à améliorer la qualité des pratiques professionnelles et des soins prodigués au patient.

En Afrique francophone si l'évaluation de certains programmes de santé comme le Programme Elargi de Vaccination est devenue habituel, celle des structures hospitalières est rare alors que l'hôpital consomme une grande partie du budget national de santé [11].

Au Bénin depuis l'avènement du renouveau démocratique en 1990, des efforts sont entrepris par les autorités sanitaires pour l'amélioration de la qualité des services de soins de santé. Ce souci a été à la base des reformes du système de soins à travers l'organisation et la gestion des centres de santé. En fait, la qualité des soins et services devrait connaître une amélioration effective au regard des préoccupations souvent annoncées par les autorités. L'expérience du terrain a montré que la décentralisation dans le secteur n'a pas été effective et a pris l'allure de la déconcentration du système. Ainsi, en dépit des discours sur l'équité, l'inégalité des citoyens devant l'accès aux soins demeure une réalité permanente [12].

Les populations continuent par payer directement de leurs poches les soins de santé quelle que soit l'urgence de la situation de santé ce qui pourrait expliquer leur exigence en matière de soins de qualité. Cet état de chose n'arrange pas les relations entre les populations et les prestataires de soins qui se plaignent régulièrement des conditions d'accueil et de prestation de soins dans les formations

sanitaires. Le Centre Hospitalier Universitaire Départemental de l'Ouémé Plateau n'échappe pas à cette situation. L'écoute des usagers des Urgences de ce centre de référence révèle un sentiment général de non satisfaction. L'accueil manque de chaleur humaine, les agressions verbales et même physiques sont récurrentes. La situation est pareille chez les traumatisés de la voie publique admises dans ce hôpital. Aucune donnée n'est disponible quant à la qualité de la prise en charge. L'appréciation des pratiques médicales s'avère donc nécessaire en vue de l'amélioration du système sanitaire.

Quelle est donc le niveau de la qualité de la prise en charge des victimes d'AVP au CHUDOP ?

C'est pour répondre à cette interrogation que nous avons entrepris ce travail afin d'éclairer les acteurs sur la PEC de qualité et pour réduire les séquelles et la mortalité dues aux AVP.

1.2 Cadre conceptuel

Nous élaborons le cadre conceptuel suivant portant sur la qualité de la prise en charge des victimes des accidents de la voie publique au CHUDOP.

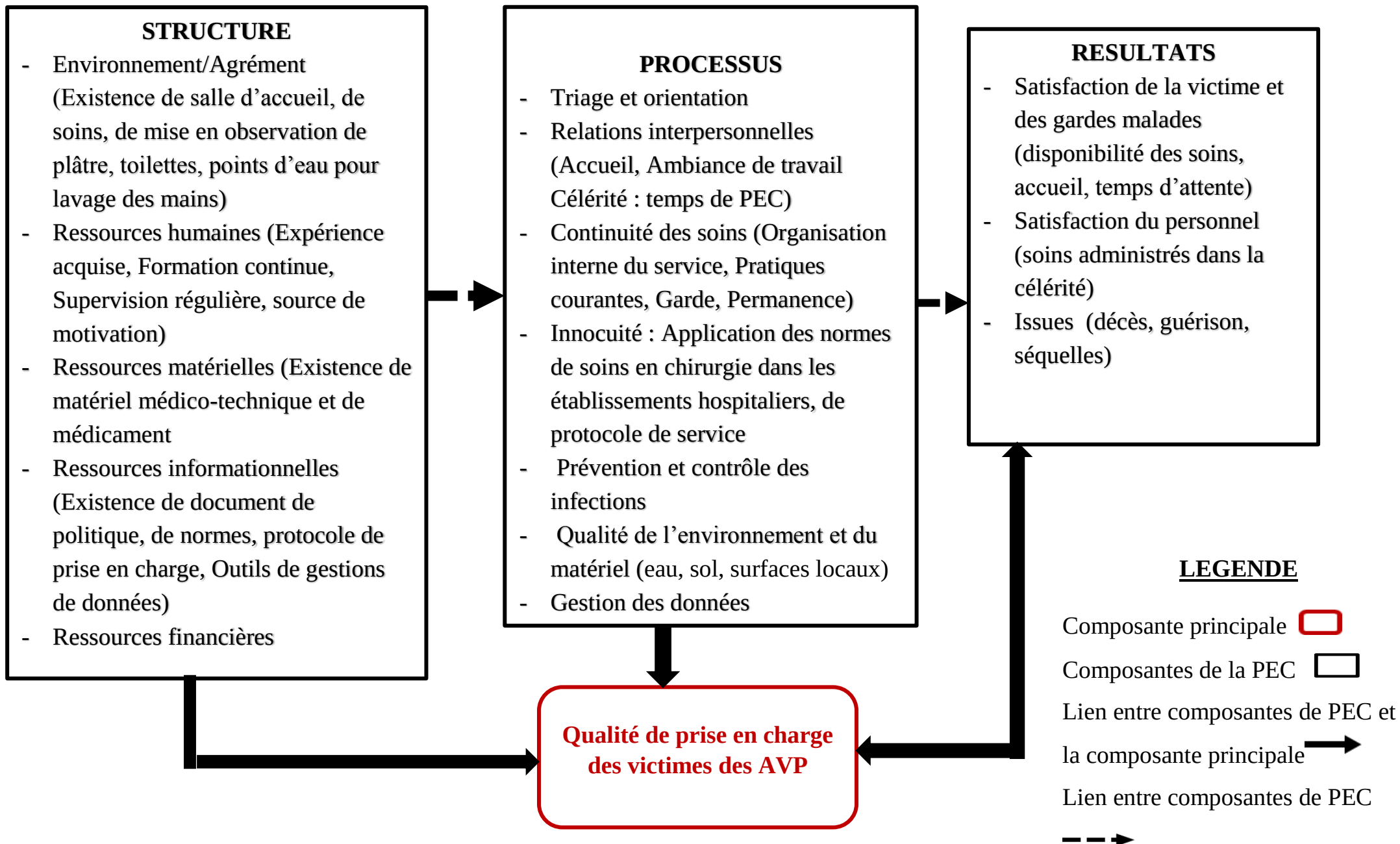


Figure 1 : Cadre conceptuel de la qualité de la PEC des victimes des accidents de la voie publique au CHUDOP

Explication du cadre conceptuel

Le schéma du cadre conceptuel de la qualité de la prise en charge des victimes des AVP au CHUDOP s'inspire du cadre conceptuel multidimensionnel de la qualité des soins de DONABEDIAN et est adapté à notre contexte. Le présent cadre comprend :

- La composante principale : la qualité de la prise en charge des victimes des AVP.
- Les composantes explicatives de la prise en charge des victimes des AVP : « la structure », « le processus » et « les résultats »

Composante structure : C'est l'ensemble des ressources qui entrent dans la mise en œuvre des soins aux victimes. Elle comprend :

- les documents de normes de soins en chirurgie dans les établissements hospitaliers ;
- la disponibilité des ressources : Les agents de santé qualifiés et disponibles en nombre requis dans les services des urgences et de chirurgie pour offrir des soins ;
- le Matériel médico-techniques et équipement : thermomètre, tablier, bavette, toise, pèse, tensiomètre, point d'eau, gel hydro alcoolique, boîte de chirurgie sonde d'aspiration, canule de Guedel, aspirateur, obus d'oxygène, lit d'hospitalisation, potence ;
- les éléments de Gestion des données : c'est la disponibilité du registre des admissions, des fiches de stock de médicament, dossier des victimes, des supports de rapport une bonne gestion des données permet de faire une bonne planification, pour mieux gérer les ressources ;
- la supervision des prestataires : c'est un mécanisme qui contribue au renforcement de leur compétence et par ricochet à l'amélioration de la qualité des soins ;
- l'accessibilité économique se rapporte à la capacité des victimes d'AVP et ou de leur parent à pouvoir s'offrir les soins et service de santé dont ils ont besoin.

Composante processus : Il s'agit ici, des différentes étapes durant lesquelles et par lesquelles les ressources mobilisées sont utilisées par les agents de santé pour produire les biens et services requis pour atteindre les résultats dans les services.

Triage et orientation : dispositif mis en place en amont des urgences permettant d'accueillir et d'orienter les malades à travers l'hôpital. Il permet de gagner en temps et de ne pas interrompre les prises en charge déjà en cours.

Les relations interpersonnelles : Elles contribuent à l'efficacité des conseils en santé et à un bon déroulement de la mise en œuvre des soins. Lorsque les agents de santé sont compétents et que règne une mauvaise relation interpersonnelle, les soins risquent d'être moins efficaces.

Organisation interne du service : Elle dépend de la disponibilité des ressources, se matérialise par la définition des rôles et tâches de chaque agent avec des liens précis et au sein desquels les personnes travaillent conformément à des règles de travail préétablies en vue d'atteindre les objectifs communs en rapport avec la mission de l'hôpital. Une organisation adéquate de service peut contribuer à la réduction de la morbidité et la mortalité des victimes des AVP.

Observation des pratiques : les différentes tâches relatives à la prise en charge des victimes des AVP à savoir l'accueil les examens initial et complémentaire, les soins d'urgence et continus sont exécutées selon les normes nationales de soins en chirurgie dans les établissements hospitaliers.

La gestion des données : La gestion appropriée des données permet non seulement de mesurer les progrès accomplis dans la mise en œuvre des soins de qualité. Mais aussi d'identifier des problèmes afin d'y apporter des solutions pertinentes pour l'amélioration de ces interventions.

La continuité des soins : C'est la disponibilité des soins 24h /24, 365 jours sur 365 jours. Elle contribue grandement à la survie des patients et influe sur la qualité des services.

Qualité de l'environnement et autre : elle traduit non seulement la qualité microbiologique des sol, surfaces et locaux de prise en charge des victimes d'AVP mais aussi celle de l'eau, du matériel utilisés à l'hôpital, des mains et téléphones du personnel soignant.

Prévention et contrôle des infections : C'est l'application des mesures qui permettent de supprimer ou de réduire au minimum les risques d'infections intra-hospitalières pour le patient victimes des AVP et le prestataire de soins.

Composante résultats :

Comprend les sous composantes tels que le taux de mortalité ainsi que la satisfaction autant des patients que du personnel soignant

La satisfaction des patients, répond à la prise en compte de ces préoccupations durant la mise en œuvre des soins. Elle regroupe ; la disponibilité des soins, l'accueil, le temps d'attente, le coût des soins. La satisfaction selon la réponse à ces besoins à travers la qualité des services offerts permet d'augmenter l'utilisation du service et donc constitue une dimension essentielle de la qualité de la prise en charge.

La satisfaction du personnel est une autre forme de motivation intrinsèque qui influe sur la qualité de soins.

La guérison se traduit par la disparition apparente de lésions, le retour à l'état de santé antérieur à l'accident. Elle témoigne de l'efficacité de la PEC. Les séquelles sont des conséquences liées au traumatisme. Elles peuvent entraîner une incapacité permanente.

La létalité est le nombre de décès dû aux AVP. Elle résulte de la gestion (efficace, efficiente) et de l'organisation des ressources mais surtout de leur disponibilité.

1.3 HYPOTHESE

Le niveau de la qualité de la prise en charge des victimes d'accident de la voie publique au CHUDOP est tributaire des ressources matérielles, des relations interpersonnelles et de la qualité microbiologique de l'environnement.

Pour vérifier cette hypothèse les objectifs ci-après ont été fixés :

1.4 OBJECTIFS

1.4.1 Général

Evaluer la qualité de la prise en charge des victimes des accidents de la voie publique au CHUDOP.

1.4.2 Spécifiques

- Déterminer la conformité de la structure du service des urgences et de la chirurgie.
- Décrire le processus de PEC des victimes des AVP au CHUDOP.
- Déterminer la qualité microbiologique de l'environnement de travail et du matériel.
- Mesurer la satisfaction des victimes, des accompagnants après leur séjour et celle des agents impliqués dans la PEC.
- Proposer un plan opérationnel pour l'amélioration de la qualité de la PEC des victimes des AVP au CHUDOP.

GENERALITES

2. GENERALITES

2.1 Définition des concepts

Evaluation : c'est un processus de collecte de données, d'analyse et d'interprétation d'information sur les composantes d'une intervention pour pouvoir mesurer, comparer, juger et déterminer si les résultats correspondent aux prévisions et d'en expliquer les écarts lorsque ceux-ci existent [13].

Accident de la voie publique : Choc qui a lieu sur le réseau routier entre un engin roulant et toute autre chose ou personne et qui engendre des blessures humaines et/ou des dégâts matériels.

Qualité : c'est l'aptitude d'un produit ou d'un service de satisfaire les besoins exprimés ou implicites [13]. Dans notre étude la qualité se réfère à l'offre des soins adéquats pour satisfaire aux attentes des victimes.

Prestation de soins : c'est un acte exécuté par un prestataire dans le but de soulager le bénéficiaire ou de lui assurer le bien-être [14].

Evaluation de la qualité de la prise en charge médicale : c'est une procédure visant à mesurer, comparer aux normes (protocole de soins) et juger la prise en charge médicale à travers ses éléments constitutifs pour atteindre avec succès un ou des objectifs préalablement fixés [10].

Qualité des soins et services : c'est l'exécution correcte d'interventions conformes à des normes et des procédures préétablies dans le but de satisfaire les clients et de maximiser les résultats sans générer des risques pour la santé ou des coûts inutiles [15]. C'est aussi l'amélioration continue de prestations offertes en vue de satisfaire les besoins exprimés ou implicites de l'utilisateur.

Accueil : c'est l'ensemble des aspects du système de soins relatif à la réception du client externe qui cherche la réponse à un besoin. Il s'agit de : l'écoute, de la communication, de l'orientation et du temps d'attente [15].

Client : ce sont les utilisateurs (bénéficiaires) et les prestataires des soins et services.

Prise en charge médicale : intervention du personnel de santé pour répondre aux problèmes que requiert l'état de santé d'une personne [9].

Continuité des soins : c'est la disponibilité des soins 24 heures sur 24 et 365 jours sur 365 ce qui contribue de façon importante à la survie des patients et influe sur la qualité des services [16].

Compétence technique : c'est la capacité du prestataire à exécuter correctement les tâches. Elle est déterminée par : la connaissance, le comportement et la pratique par le prestataire du contenu de la formation (gestion des urgences) et par le profil du prestataire (qualification, ancienneté dans la profession). Elle se rapporte aux directives, normes, aptitudes et ce en termes de fiabilité, d'exactitude et de constance [16].

Accès aux services : signifie que les barrières géographiques, économiques, culturelles, sociales, linguistiques et organisationnelles à l'utilisation effective des services de santé ont été réduites ou supprimées. L'accès géographique passe par la réduction de la distance à parcourir pour accéder à une formation sanitaire, l'absence d'obstacles naturels ou artificiels tel que les cours d'eau les inondations. L'accès économique se rapporte à l'accessibilité financière des soins et services aux clients. L'accès social et culturel passe par la prise en compte des normes valeurs, croyances et cultures des clients dans l'offre des soins et service. L'accès organisationnel prend en compte au système de rendez-vous, au délai de prise en charge [17].

Efficacité : la qualité des services dépend des normes de prestation des directives cliniques et des spécifications. L'évaluation de l'efficacité devrait permettre de répondre aux questions : Est-ce que cette procédure ou traitement s'il est correctement appliqué permet d'arriver aux résultats désirés ; Est-ce que le traitement recommandé convient le mieux et en fonction du milieu. [17].

Relations interpersonnelles : la dimension de relation interpersonnelle se rapporte à l'interaction entre prestataires et clients, entre équipe de santé et

communauté. De bonnes relations interpersonnelles contribuent à l'efficacité des conseils de santé et un bon rapport général avec les clients [18].

Efficience : elle consiste à fournir des soins efficaces à moindre coût à la population ; l'efficience des services de santé est une dimension importante de la qualité car les ressources pour les services de santé sont souvent limitées [3].

Continuité : la continuité signifie que le client peut recevoir une gamme complète des services de santé dont il a besoin sans interruption, sans cessation ou répétition inutile du bilan, du diagnostic ou du traitement. Les services doivent continuer à être offerts dans le temps pour que les clients qui les demandent ne soient pas déçus. L'absence de continuité compromet l'efficacité, brise les relations interpersonnelles et baisse l'efficience [19].

Innocuité: en tant que dimension de la qualité, l'innocuité signifie une diminution des risques d'infection, d'effets secondaires nuisibles ou autres dangers pouvant être liés à la prestation des services et à l'environnement. Elle concerne les prestataires de soins et les clients. Les patients doivent être protégés contre l'infection et les prestataires qui manipulent le sang les aiguilles doivent être également protégées grâce à des méthodes de prévention de risque.

Agréments : ils concernent les aspects des services qui ne se rapportent pas directement à l'efficacité clinique mais qui peuvent augmenter la satisfaction du client. Les agréments se rapportent à l'apparence des services, du personnel et du matériel ainsi qu'au confort physique à la propreté et au caractère privé des lieux. Une salle d'attente chaleureuse avec des sièges agréables, un décor plaisant, des toilettes propres accessibles sont certains agréments pouvant être importants pour les clients. La file d'attente est particulièrement mal appréciée.

Satisfaction : c'est un état, un sentiment de bien-être qui accompagne l'accomplissement d'un désir ou l'assouvissement d'un besoin que l'on juge souhaitable.

Létalité : C'est le rapport entre le nombre de décès dû aux AVP sur le nombre de victimes d'AVP reçu au service des urgences durant notre période d'étude

Triage : C'est un processus qui consiste à identifier, évaluer et classer les problèmes de santé des patients qui se présentent à l'hôpital selon des critères établis. Ce qui permet de déterminer la réponse la plus appropriée à leur besoins, dans les limites des temps acceptables.

2. 2 Revue de littérature

2.2.1 Historique de l'évolution de la qualité

A l'origine la problématique de qualité était l'apanage presque exclusif des séries de la production industrielle. Une infirmière du nom de Florence Nightingale a marqué l'histoire en introduisant vers les années 1850 en médecine moderne la démarche qualité pour évaluer, une première fois les soins dans les hôpitaux militaires pendant la guerre de Crimée. Ceci lui a valu une grande renommée.

Aux Etats Unis, le mouvement moderne pour la qualité des soins de santé a commencé en 1917, quand le collège Américain de Chirurgiens a compilé le premier ensemble des normes minimales pour les hôpitaux américains afin de mettre fin aux soins inadéquats. Cette approche a donné lieu au processus d'accréditation. La mise en place d'un programme d'assurance qualité propre à la structure devient une obligation pour tous les hôpitaux et établissements de santé américains. La dynamique de l'amélioration de la qualité des soins est ainsi renforcée [17].

Il fallait attendre 1958 pour qu'un programme canadien d'agrément des hôpitaux soit mis en place. Il est géré par le Conseil Canadien d'Agrément des Hôpitaux (CCAH). Le CCAH deviendra en 1988 le Conseil Canadien d'Agrément des Etablissements de Santé (CCAES) et veillera à la conformité de toutes les structures productrices de soins quelles que soient leurs natures. Il sera chargé de délivrer les agréments pour les organismes volontaires. Après la visite des experts du CCAES un agrément est obtenu pour une durée de trois ans sur la base de l'existence d'un contrôle interne qui évalue la qualité des soins, en se référant aux normes contenues dans un guide des hôpitaux. Les établissements

de soins canadiens excellent dans l'évaluation interne de la qualité de leurs soins et deviennent des pôles d'excellence dans ce domaine [20].

En Europe, l'évaluation médicale n'est importée que vers les années 1970, avec plus ou moins de succès selon les pays intéressés par le fait de la résistance opposée au développement de ces techniques de gestion de soins. Elle se résume, dans la plupart des cas à des actions ponctuelles d'audit interne initiées par des unités de soins dites de référence [20].

Le projet d'assurance qualité en Afrique a connu ses débuts en 1990 avec l'OMS. On avait encore tendance à penser que, les services de santé de qualité constituent un luxe que ne peuvent pas se permettre le budget de la plupart des systèmes de santé des pays en développement. Mais de plus en plus la preuve que l'amélioration de la qualité ne coûte pas et paye au contraire, est opposée à cette pensée. L'expérience de quelques projets en la matière renforce l'idée qu'en prenant en compte des variables de qualité, les résultats obtenus étaient meilleurs. Ainsi est-il de plus en plus en règle, de faire attention à la qualité dans les programmes de santé [21].

2.2.2 La qualité des soins et service de nos jours

En France les mesures concernant les structures sont plutôt bien développées grâce à l'accréditation. Il n'en est pas de même pour les mesures de processus ; il semble y avoir un manque particulier en ce qui concerne la qualité du processus technique qui fait référence à la pertinence des décisions concernant les diagnostics et les choix thérapeutiques pour les patients [22].

Donabedian, un pionnier des travaux dans ce domaine, parle de la qualité à propos de soins qui s'inscrit dans une recherche de la performance globale. Le premier rapport important de cet auteur est d'avoir démontré qu'il était possible d'évaluer les dimensions de la qualité des soins. Il retient deux composantes de la qualité des soins : la qualité technique qui relève de l'application de la science médicale et technologique de manière à maximiser les bénéfices sans augmenter

les risques et la qualité interpersonnelle qui relève de la rencontre des valeurs et des normes socialement définies et propre à chaque individu [23].

Au Bénin en 2010 Kalunga Lumba JM a évalué la qualité de la PEC médicale des urgences pédiatriques chez les enfants de moins de cinq ans à l'hôpital de zone de Comè dans ses composantes techniques et de gestion et a trouvé que la qualité de la prise en charge est mauvaise [24].

Djermakoye dans une étude faite à Cotonou a évalué la qualité des prestations dans les services accueil/recouvrement et le service des urgences pédiatrique de l'hôpital saint Luc et a trouvé que la qualité des prestations était bonne. Les aspects étudiés étaient l'organisation des services et du travail, la disponibilité des ressources, l'agrément, la compétence des prestataires, l'accessibilité, l'utilisation des services et la satisfaction des clients [25].

Bokossa A dans une étude sur l'évaluation de la qualité des soins et des services dans les centres de santé de la sous-préfecture de Sèmè-Kpodji au Bénin a conclu que la qualité des soins et services n'était pas bonne en se basant sur la motivation des agents [26].

Au Mali Niangaly A et al ont évalué la qualité des soins dans les centres de santé de la commune de Koulikoro et avaient conclu que la qualité est liée à un bon accueil et une disponibilité des médicaments essentiel avec des prix abordables [27].

Pour Sère K. la participation des prestataires dans le processus de la qualité à l'hôpital est conditionnée par une formation de base et la mise à jour des connaissances [28].

Le problème de qualité des soins est d'actualité dans le monde. C'est ainsi qu'au Bénin l'Agence Nationale d'Accréditation des Etablissement de Santé du Bénin (ANAESB) a été créée pour l'amélioration des soins et services de santé et la sécurité des patients et du personnel de santé dans les formations sanitaires du pays. Il a aussi avec l'aide de ses partenaires que sont le centre d'études et d'Appui technique aux Institutions de Micro-assurance-Santé (AIMS) et la

Coopération Technique Belge Bénin, élaboré et adopté des normes de soins en chirurgie dans les établissements hospitaliers du pays.

Une évaluation périodique et régulière des ressources et des activités permet de mesurer le niveau d'exécution des soins administrés et de prendre des décisions afin de redresser la situation en cas d'écart par rapport aux normes.

Selon l'OMS les critères de la qualité des soins des services de santé sont :

La promotion et la protection de la santé

L'accessibilité et la disponibilité des services ;

L'acceptation des services ;

La compétence technique des dispensateurs de soins ;

La disponibilité des fournitures et matériels essentiels ;

La qualité de l'interaction entre patient et soignant ;

L'information et les conseils aux patients

La participation des patients à la prise de décision ;

La complétude des soins ;

La continuité et le suivi des soins ;

Le soutien aux dispensateurs de soins [29].

CADRE ET METHODE D'ETUDE

3. CADRE ET METHODE D'ETUDE

3.1 Cadre d'étude

L'étude a été réalisée dans la ville de Porto-Novo capitale politique du Bénin dans les services des urgences et de la chirurgie du Centre Hospitalier Universitaire Départemental de l'Ouémé Plateau.

3.1.1 La république du Bénin

Le Bénin est un pays de l'Afrique de l'ouest couvrant une superficie de 114 763 Km². Il est limité au Nord par le Niger ; au Nord-Ouest par le Burkina Faso ; au Sud par l'Océan atlantique ; à l'Est par le Nigéria ; et à l'Ouest par le Togo. Le pays s'étend sur 700 km avec une population estimée à 12 864 634 habitants. Sa densité est de 112 habitants /Km². Du point de vue sanitaire, le Bénin est divisé en douze départements trente-quatre zones sanitaires dont la zone sanitaire Porto-Novo, Aguégoué, Sèmè-Podji (PAS).

3.1.2 La zone sanitaire Porto-Novo, Aguégoué, Sèmè-Podji

La Zone Sanitaire est Porto-Novo, Aguégoué, Sèmè-Podji l'une des trois Zones Sanitaires que compte le département de l'Ouémé. Située au Sud - Ouest du Bénin, elle regroupe les communes de Porto-Novo, des Aguégoué et de Sèmè-Podji sur une superficie de 405 Km². Sa population est estimée en 2019 à 631166 habitants.

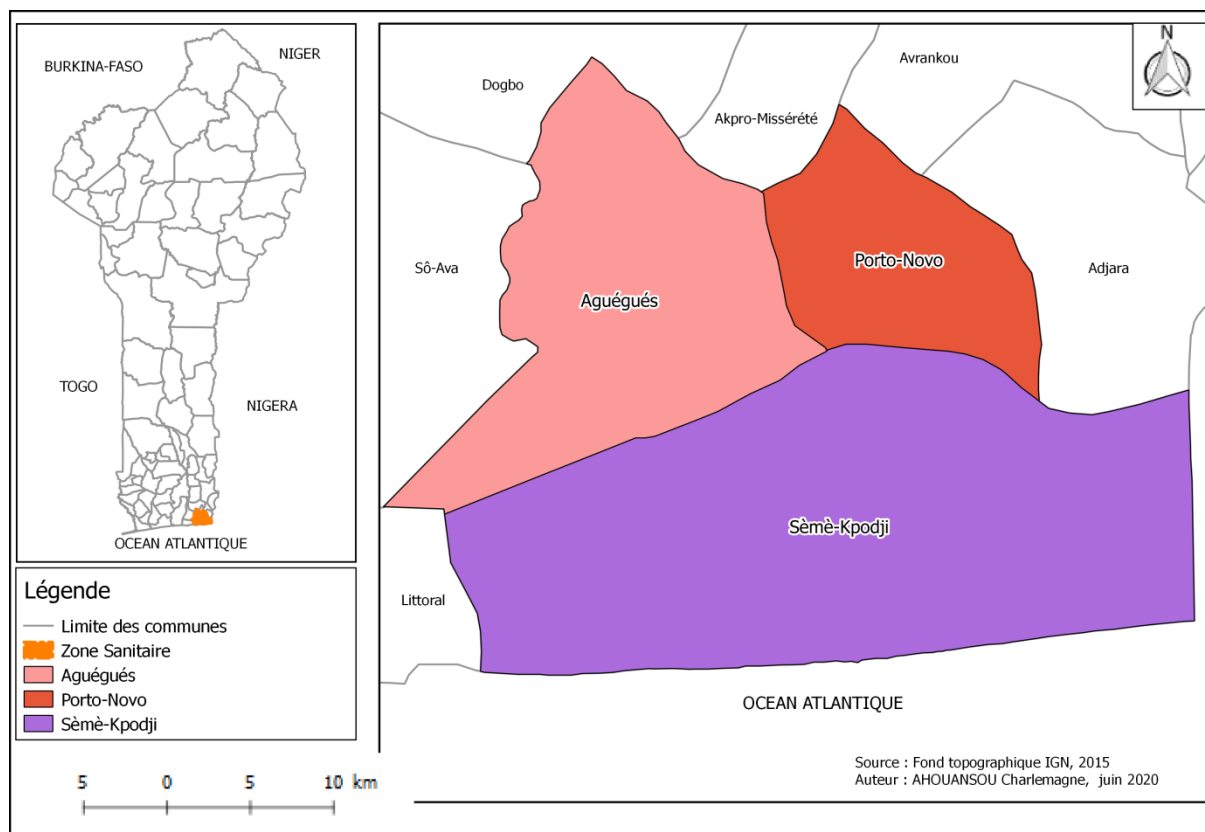


Figure 2 : Carte administrative de la zone sanitaire

➤ **Le Centre Hospitalier Départemental Ouémé Plateau**

Situé au quartier Ouenlinda, dans la ville de Porto-Novo, le CHUDOP est implanté une superficie de terrain de 5,6 hectares, non loin de l'Assemblée Nationale. Hôpital de référence, dessert les populations des départements de l'Ouémé et du Plateau estimée à 2.182.832 habitants. Il dessert les centres de santé périphériques et les hôpitaux de zone des cinq (5) zones sanitaires suivantes : Porto Novo, Aguégoués, Sèmè Podji (PAS) située dans un rayon d'au moins 10 km, Adjara, Avrancou, Akpro-Missérété (AAA) située dans un rayon d'au moins 20 km, Sakété, Ifangni (SAKIF) située dans un rayon d'au moins 30 km, Adjohoun, Bonou, Dangbo (ABD) située dans un rayon d'au moins 25 km, et Pobè, Adja Ouèrè, Kétou (PAK) située dans un rayon d'au moins 50 km, D'une capacité de 400 lits, le CHUDOP a pour mission d'assurer le service public hospitalier à travers les soins curatifs, préventifs, promotionnels et réadaptatifs la formation et la recherche.

Les services cliniques disponibles sont : la médecine Interne, la chirurgie, la pédiatrie-néonatalogie, la gynéco-Obstétrique, les urgences et Tris, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, l'odontostomatologie, l'anesthésie-réanimation, les unités de psychiatrie, de cardiologie, de dermatologie-vénérologie et de diabétologie. Les services médico techniques sont : le laboratoire, la radiologie, la pharmacie, la rééducation fonctionnelle, le service social et la morgue.

3.2 Méthode d'étude

3.2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et qualitative qui a porté sur la qualité de la prise en charge des victimes des accidents de la voie publique reçu dans les services des urgences et de la chirurgie.

3.2.2 Population d'étude

✓ Cibles primaires

Ce sont les victimes des accidents de la voie publique admis au service des urgences du CHUDOP du 25 Mai au 14 Juin 2020.

✓ Cibles secondaires

- Les médecins chefs des services urgence et chirurgie
- Les chirurgiens
- Les médecins généralistes
- Les urgentistes
- Les infirmiers
- Les aides-soignants
- Le responsable du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)
- Un accompagnant par victime d'AVP reçu
- L'environnement : eau, sol, surfaces et locaux des urgences et de la chirurgie
- Le matériel médico-technique

✓ Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude

- Les victimes d'accident de la voie publique admises au service des urgences durant la période de collecte des données.
- Le personnel soignant du service des urgences et de la chirurgie en poste durant la période de collecte des données.
- Un accompagnant par victime d'AVP admise au service des urgences durant la période de collecte des données.
- Le matériel médico-technique utilisé dans les services durant la période de collecte des données.

✓ Critères de non-inclusion

N'ont pas été inclus dans l'étude

- Toutes les cibles répondant aux critères d'inclusion mais absentes au moment de la collecte de données ou ne souhaitant pas participer à l'étude.
- Tous les équipements, matériel médico-technique reçu par les services et non exploité durant notre période de collecte.

3.2.3 Période de collecte des données

La collecte a eu lieu du 25 Mai au 14 Juin 2020.

3.2.4 Méthodes et techniques d'échantillonnage

3.2.4.1 Méthode d'échantillonnage

Pour l'ensemble des cibles, la méthode d'échantillonnage a été non probabiliste.

3.2.4.2 Technique d'échantillonnage

Cible primaire

La technique exhaustive a été utilisée pour les victimes d'AVP admises aux urgences au cours de l'étude.

Cibles secondaires

La technique par commodité a été utilisée pour les accompagnants.

Les agents de santé ont été sélectionnés par choix raisonné et nous avons fait de la commodité pour le prélèvement bactériologique des sols surfaces des téléphones, des mains et du matériel médico-technique.

Tableau I : Méthodes et techniques d'échantillonnage utilisées chez les cibles

Cibles	Méthodes	Techniques
Victimes d'AVP	Non probabiliste	Exhaustivité
Personnel soignant	Non probabiliste	Choix raisonné
Accompagnant	Non probabiliste	Commodité
Téléphones du personnel	Non probabiliste	Commodité
Matériel médico-technique	Non probabiliste	Commodité
Eau, sols, surfaces, locaux	Non probabiliste	Choix raisonné

3.2.4.3 Taille de l'échantillon

Tableau II : Répartition des cibles selon leur effectif

Cibles	Effectif
Primaires	
Victimes d'AVP	63
Secondaires	
Accompagnants	61
Agents de santé	24
Téléphone du personnel	24
Surfaces et sols	10
Eau du robinet	5

3.2.5 Techniques et outils de collecte des données

La collecte des données a été faite en fonction de chaque cible en utilisant les techniques et les outils appropriés.

Tableau III : Techniques et outils de collecte des données en fonction des cibles

Cibles	Technique	Outils
Victimes d'AVP	Enquête par questionnaire	Questionnaire
Accompagnant	Entretien individuel	Guide d'entretien
Agents de santé	Observation directe	Grille d'observation
	Prélèvement des mains	Ecouvillon médical
	Entretien individuel	Guide d'entretien
Les infrastructures, les équipements	Observation directe	Grille d'observation
Les matériels médicaux et techniques	Observation directe	Grille d'observation
	Prélèvement	Ecouvillon médical
Environnement (eau, sol, surface)	Prélèvement	Boîte de pétri, bocal stérile
Téléphones portables du personnel	Prélèvement	Ecouvillon médical
Dossiers des patients	Exploitation de document	Fiche de dépouillement

3.2.6 Définition des variables

Dans le cadre de notre étude, il y a une variable principale et les composantes explicatives.

3.2.6.1 La variable principale

La variable principale retenue pour cette étude est la qualité de la prise en charge des victimes des accidents de la voie publique au CHUDOP.

3.2.6.2 Les composantes explicatives

Ce sont les composantes qui agissent sur la qualité de la prise en charge des victimes des AVP et se rapportent aux composantes structure processus et résultat :

➤ Composante « structure »

Environnement/agrément : il s'agit de voir l'existence de salle d'accueil, de salle d'attente, de soins, de mise en observation, de toilettes fonctionnelles, la disponibilité d'un service de de laboratoire, de rééducation, si les locaux sont propres et identifier les germes rencontrés.

Ressources humaines : il s'agit d'apprécier la disponibilité de personnel qualifié en nombre suffisant selon les normes de l'OMS, bénéficiant de formation continue de supervision et l'adéquation entre le profil et les tâches.

Ressources matérielles et médicaments : il s'agit d'apprécier la disponibilité et la fonctionnalité au cours de la période d'étude de matériel nécessaire à la prise en charge victimes d'AVP et la disponibilité permanente de médicament à la pharmacie.

Ressources informationnelles : il s'agit de vérifier l'existence de différents registres, des documents de normes ou de protocole pour la PEC, d'outils de collecte et de rapportage de données.

Accessibilité financière : il s'agira d'apprécier la possibilité dont dispose la victime d'AVP et ses accompagnants à faire face aux exigences financières en matière de coût des soins et des médicaments et d'acte relatifs à la prise en charge.

➤ Composante « processus »

Relation interpersonnelle : il s'agit de d'apprécier le niveau de communication et les attitudes qui caractérisent les rapports entre prestataires d'une part et entre prestataires et clients d'autre part.

Organisation interne du service : Il s'agit d'apprécier l'existence d'un schéma de permanence / garde, l'existence d'organigramme, la définition de tâche pour chaque agent de santé.

Observation des pratiques : il s'agira de vérifier si les différentes tâches relatives à la prise en charge des victimes des AVP sont exécutées selon les normes nationales de soins en chirurgie dans les établissements hospitaliers.

L'innocuité des soins il s'agit d'apprécier l'application des mesures qui permettent de supprimer ou de réduire au minimum les risques de contamination, d'infection intra-hospitalière et de blessure pour les victimes d'AVP, les autres patients et les agents eux-mêmes.

Prévention et contrôle des infections : il s'agira d'apprécier le respect des normes en matière de prévention des infections.

Gestion des données : il s'agira de voir si les différents supports sont bien remplis.

Continuité des soins : c'est la disponibilité et le suivi des soins 24h/24h et 7 jours sur 7.

Qualité de l'environnement de travail et du matériel : il s'agit de voir si le sol, les surfaces des locaux, l'eau, le matériel utilisés, les mains et téléphones portables du personnel soignant de prise en charge des victimes d'AVP ne contiennent pas des germes.

➤ Composante « résultats »

Satisfaction des accompagnants et des prestataires : il s'agit ici, de recueillir le degré de satisfaction des accompagnants par rapport aux soins administrés à leurs parents victimes d'AVP à travers l'accueil, le temps d'attente,

l'hébergement ; celles des prestataires a porté sur les conditions de réalisations des soins.

Issues : il s'agit ici de catégoriser les victimes à la fin de leur PEC selon qu'ils soient vivant ou pas guéris ou non, avec ou sans séquelles.

3.3 Aspects opérationnels des composantes

Procédure de cotation

Pour l'opérationnalisation des composantes, nous avons utilisé le « Document de normes de soins en chirurgie dans les établissements hospitaliers» [30].

L'évaluation de la qualité de la prise en charge des victimes des AVP a été effectuée sur la base des pourcentages des scores obtenus par les différentes composantes. Chacune des sous composantes a été évaluée selon ses modalités et un score lui a été attribué. L'appréciation de chaque composante (structure, processus, résultats) a été effectuée à partir de la somme des scores de ses sous composantes. La synthèse de l'appréciation des composantes structure, processus et résultats a été faite sur la base des sommes des scores des sous composantes calculées préalablement.

Une évaluation à trois échelles a été adoptée en référence à l'échelle de mesure de Varkevisser [31] pour la composante principale et pour les différentes composantes explicatives et les sous composantes:

- « **bonne** »: si le pourcentage obtenu est compris entre 80 à 100 %;
- « **moyenne** »: si le pourcentage obtenu est compris entre 60 à 80 %;
- « **faible** »: si le pourcentage obtenu est compris entre 0 à 60 %.

Les composantes de la qualité de la PEC des victimes des AVP sont constituées de sous composantes. Les critères ont chacun une cotation dichotomique: **Oui** = **1** si le critère est présent et **Non** = **0** si le critère est absent. Le score obtenu est exprimé en pourcentage par rapport au score attendu permettant d'apprécier chaque composante (bonne, moyenne ou faible) selon l'analyse à trois échelles.

L'appréciation de la qualité de la PEC des victimes des AVP a été faite en attribuant un score global résultant de l'appréciation des trois composantes à savoir la structure le processus et les résultats.

L'opérationnalisation des composantes explicatives est présentée en annexe 3 dans des tableaux.

L'appréciation de la qualité microbiologique des mains du personnel, de leur téléphone portable, du matériel médico-technique, de l'eau et des sols et surfaces est basée sur l'identification des germes. Lorsqu'on identifie une bactérie commensale ou pathogène la qualité microbiologique est mauvaise par contre lorsqu'une bactérie saprophyte est identifiée ou lorsqu'il n'y a pas de bactérie, la qualité est bonne.

3.4 Traitement et analyse des données

- Nous avons procédé à la vérification de l'exhaustivité et de la complétude des fiches remplies après chaque journée de collecte
- Les données ont été saisies à l'aide du logiciel Excel 2010.
- Les données issues des questionnaires, des fiches de dépouillement et des grilles d'observation ont été analysées à l'aide du logiciel Stata 11.0
- L'analyse des données a consisté dans un premier temps à décrire les caractéristiques sociodémographiques des victimes d'AVP. Les variables qualitatives ont été présentées en fonction des effectifs, proportion et des fréquences relatives de leurs modalités.
- Quant à la variable quantitative « âge », elle a été résumée suivant sa moyenne et son écart-type. La normalité a été vérifiée graphiquement par l'analyse visuelle de l'histogramme et par comparaison de la moyenne, du mode et de la médiane.
- Dans un second temps, l'analyse des données a consisté à calculer le score observé pour chacune des sous-composantes et la composante principale. Ces

scores ont respectivement été rapportés au score attendu et exprimé en pourcentage.

- L'appréciation de la qualité de la PEC a été faite en attribuant un score global qui a découlé de l'appréciation des trois composantes à savoir la structure, le processus et les résultats.

4 Considération éthique

- Les autorisations pour la réalisation de l'enquête ont été prises auprès du Directeur de l'hôpital et des différents chefs service.
- Le consentement oral, libre et éclairé des victimes des AVP, de leurs accompagnants et des agents de santé a été pris.
- Les données de l'enquête sont restées confidentielles
- Les dossiers médicaux ont été exploités sur place.
- L'anonymat a été respecté

RESULTATS

4. RESULTATS

Les résultats sont présentés par objectif spécifique après la description des caractéristiques des différentes populations étudiées.

4.1 Caractéristiques des populations étudiées

4.1.1 Caractéristiques des victimes admises au CHUDOP

Les 63 victimes d'AVP enquêtées étaient réparties en 45 hommes et 18 femmes soit un sex ratio homme/femme de 2,5. L'âge moyen était de $36,92 \pm 4,06$ ans. Les informations concernant les caractéristiques individuelles ont été résumées dans le tableau IV :

Tableau IV : Répartition des victimes d'accident de la voie publique admises au CHUDOP selon leurs caractéristiques individuelles en 2020 (n=63)

Caractéristiques	Effectifs	Pourcentage
Age		
< 30 ans	13	20,64
30 à 60 ans	39	61,90
60 ans et plus	11	17,46
Sexe		
Masculin	45	71,43
Féminin	18	28,57
Ethnie		
Goun	19	30,16
Yorouba	15	23,81
Tori	17	26,98
Fon	9	14,28
Nagot	1	1,59
Adja	1	1,59
Mina	1	1,59

Tableau IV : Répartition des victimes d'accident de la voie publique admises au CHUDOP selon leurs caractéristiques individuelles en 2020 (suite)

Caractéristiques	Effectifs	Pourcentage
Niveau d'instruction		
Non scolarisé	13	20,63
Primaire	27	42,86
Secondaire	15	23,81
Universitaire	8	12,70
Situation matrimoniale		
Marié(e)	34	53,97
Célibataire	12	19,05
Divorcé(e)	4	6,35
Veuf (ve)	13	20,63
Religion		
Christianisme	33	52,38
Islam	18	28,57
Animisme	12	19,04
Profession		
Sans emploi	8	12,70
Elève/ Etudiant	16	25,40
Fonctionnaire	8	12,70
Ouvrier	21	33,33
Retraité	10	15,87

4.1.2 Caractéristiques des agents de santé

Tableau V : Répartition des agents de santé enquêtés selon leur catégorie socio-professionnelle au CHUDOP en 2020.

Catégorie socio-professionnelle	Effectifs	Fréquence(%)
Chirurgien	5	20,83
Médecin généraliste	4	16,67
Infirmier urgentiste	5	20,83
Infirmier	6	25,00
Aide-soignant	4	16,67
Total	24	100,00

Les infirmiers constituent la catégorie socioprofessionnelle la plus interrogée avec une proportion de 25%.

Tableau VI: Répartition des agents de santé enquêtés au CHUDOP selon l'ancienneté au poste en 2020.

Ancienneté au poste	Effectifs	Fréquence(%)
<5 ans	6	25,00
5 à 10 ans	10	41,67
>10 ans	8	33,33
Total	24	100,00

Parmi les agents enquêtés, 10 ont une ancienneté au poste compris entre 5 et 10 ans et 6 agents avaient moins de cinq années d'expérience au poste.

4.2 Présentation des résultats par objectif spécifique

4.2.1 Etude de la structure des services des urgences et de la chirurgie du CHUDOP

L'étude de la conformité de la structure des services des urgences et de la chirurgie du CHUDOP passe par l'appréciation des différentes sous composantes de la structure.

➤ Environnement/agrément des services des urgences et de la chirurgie

Les infrastructures des urgences et de la chirurgie manquaient d'espace de commodité pour les patients et leurs accompagnants. Les locaux ne sont pas propres. Le tableau VII montre l'appréciation de l'environnement et de l'agrément.

Tableau VII : Appréciation de l'environnement/l'agrément des services des urgences et de la chirurgie du CHUDOP en 2020

Critères	Scores	Scores
	obtenus	attendus
Existence de salle d'accueil des victimes	0	1
Existence de salle d'attente agrémentée pour les familles	0	1
Les locaux sont propres	0	1
Les salles sont aérées	0	1
Existence de salle de soins	1	1
Existence de salle de mise en observation	1	1
Existence de salle de plâtre	1	1
Existence de bloc opératoire	1	1

Tableau VII : Appréciation de l'environnement/agrément des services des urgences et de la chirurgie du CHUDOP en 2020 (Suite)

Critères	Scores	Scores
	obtenus	attendus
Existence de point d'eau pour lavage des mains dans les salles	1	1
Existence de toilettes fonctionnelles	0	1
Existence de salle de soins intensifs	1	1
Existence d'un service de chirurgie	1	1
Existence d'un service d'imagerie médicale	1	1
Existence d'un service de rééducation fonctionnelle	1	1
Existence d'un service de réanimation	1	1
Existence d'un laboratoire d'analyse biomédicale	1	1
Les alentours des bâtiments sont propres	0	1
Total	11	17

Critère d'appréciation Bonne $\geq 80\%$; Moyenne 60 à 80 % ; Faible $< 60\%$

Parmi les 17 critères retenus pour l'évaluation de la sous composante environnement/agrément 11 avaient été vérifiés. Avec un score de 11/17 la sous-composante avait eu un pourcentage compris entre 60 et 80 %. Ainsi l'environnement/agrément des services des urgences et de la chirurgie du CHUDOP était de qualité moyenne.

➤ **Disponibilité des ressources humaines**

Les services des urgences et de la chirurgie disposent des agents qualifiés mais pas en nombre insuffisant. Tous les corps de spécialité ne sont pas présents en permanence dans les services. Il arrive des jours où il n'y a pas de chirurgien urologue, de traumatologue de permanence encore moins de garde. On notait

pour les deux services 7 chirurgiens, 1 anesthésiste réanimateur, 6 médecins généralistes, 6 infirmiers urgentistes 12 infirmiers 7 aides-soignants. Le tableau VIII donne l'appréciation des ressources humaines.

Tableau VIII : Appréciation de la disponibilité de ressource humaine des urgences et de la chirurgie du CHUDOP du 25 Mai au 14 Juin 2020

Critères	Scores obtenus	Scores attendus
Le nombre de chirurgien est conforme aux normes	0	1
Le nombre de médecin Urgentiste est conforme aux normes	0	1
Le nombre de médecin anesthésiste-réanimateur est conforme aux normes	0	1
Le nombre de médecin généraliste est conforme aux normes	0	1
Le nombre d'infirmier urgentiste est conforme aux normes	0	1
Le nombre de biologiste est conforme aux normes	0	1
Le nombre d'infirmier est conforme aux normes	1	1
Le nombre d'aide-soignant est conforme aux normes	1	1
Disponibilité par garde d'un spécialiste	1	1
Disponibilité de personnel qualifié	1	1
Disponibilité par permanence d'un spécialiste	1	1
Total	5	11
Critère d'appréciation Bonne $\geq 80\%$; Moyenne 60 à 80 % ; Faible $< 60\%$		

La sous composante ressource humaine a obtenu un score de 5/11 avec un pourcentage de 45,45% ce qui est < 60%. Elle est donc de faible qualité.

➤ **Disponibilité des ressources matérielle et médicaments**

Des ruptures en médicament essentiel étaient régulières. Au cours de notre étude c'est le sérum antitétanique qui avait manqué pendant deux semaines. Le sang était une denrée rare au CHUDOP surtout en cette saison pluvieuse ou le besoin est sans cesse grandissant. L'hôpital a mis en place un système de kits abord veineux et chirurgical. Non seulement le système fonctionne mal avec des ruptures mais aussi le contenu des kits ne répondent pas aux besoins réels.

Le tableau IX donne l'appréciation des ressources matérielles et médicament.

Tableau IX : Appréciation des ressources matérielles et médicament des urgences et de la chirurgie du CHUDOP en 2020

Critères	Scores obtenus	Scores attendus
Disponibilité de table d'examen	1	1
Disponibilité de lit d'hospitalisation	1	1
Existence de Table d'opération	1	1
Disponibilité permanente d'aspirateur	1	1
Disponibilité permanente de tensiomètre fonctionnel	1	1
Disponibilité permanente d'oxygène médical	1	1
Disponibilité permanente à la pharmacie de l'hôpital de médicament nécessaire à la PEC	0	1
Existence de kit de chirurgie	1	1
Existence de kit abord veineux	1	1
Disponibilité de produit sanguin	0	1
Total	8	10
Critère d'appréciation Bonne ≥ 80 % ; Moyenne 60 à 80 % ; Faible < 60%		

La sous composante matérielle et médicament a obtenu un score de 8/10 donc un pourcentage = 80%. La qualité de la sous composante matérielle et médicaments est donc bonne.

➤ **Appréciation des ressources informationnelles**

On a noté au service des urgences et en chirurgie l'existence de registre de consultation, d'hospitalisation, de soins, de protocole opératoire qui ne sont pas toujours remplis et l'inexistence de protocole de PEC dans les deux services. Les diverses statistiques sur les victimes d'AVP ne sont pas disponibles. Le tableau X donne l'appréciation des ressources informationnelles.

Tableau X : Appréciation des ressources informationnelles des urgences et de la chirurgie du CHUDOP en 2020

Critères	Scores obtenus	Scores attendus
Existence de registre de consultation	1	1
Existence de registre d'hospitalisation	1	1
Existence au bloc d'un registre de protocole opératoire	1	1
Existence de protocole de prise en charge des traumatismes	0	1
Existence de registre de décès	1	1
Les statistiques hospitalières sur les AVP sont connues	0	1
Total	4	6
Critère d'appréciation Bonne $\geq 80\%$; Moyenne 60 à 80 % ; Faible $< 60\%$		

La sous composante ressource informationnelle a obtenu un score de 4/6 avec un pourcentage de 66,66% compris entre 60% et 80%. Sa qualité est donc moyenne.

➤ **Appréciation de l'accessibilité financière aux soins**

Dans notre étude l'accessibilité financière aux services des urgences et de la chirurgie a été évaluée sur la base 4 items. Les avis étaient variés toutefois 62,71% des victimes trouvaient le cout de la consultation abordables alors que 50 victimes soit 84,75% trouvaient les frais des médicaments non abordables ; de même que le cout des actes qui étaient non abordables pour 81,36% des victimes soit un nombre de 48. Le tableau XI donne l'appréciation de l'accessibilité financière.

Tableau XI : Appréciation de l'accessibilité financière aux soins des victimes d'AVP admises aux services des urgences et de la chirurgie du CHUDOP en 2020.

Accessibilité financière	Effectif (n = 59)	Pourcentage %	Scores obtenus	Scores attendus
Cout de la consultation				
Abordable	37	62,71	1	1
Non abordable	22	37,29		
Cout des médicaments				
Abordable	9	15,25	0	1
Non abordable	50	84,75		
Cout de l'hospitalisation				
Abordable	20	33,90	0	1
Non abordable	39	66,10		
Cout des actes				
Abordable	11	18,64	0	1
Non abordable	48	81,36		

Tableau XI : Appréciation de l'accessibilité financière aux soins des victimes d'AVP admises aux services des urgences et de la chirurgie du CHUDOP en 2020. (suite)

Accessibilité financière	Effectif (n = 59)	Pourcentage %	Scores obtenus	Scores attendus
Total			1	4
Critère d'appréciation Bonne ≥ 80 % ; Moyenne 60 à 80 % ; Faible < 60 %				

La sous composante accessibilité financière a obtenu un score de 1/4 ainsi donc un pourcentage inférieur à 60%. L'accessibilité financière aux soins est donc faible.

➤ **Appréciation globale de la composante structure de prise en charge des victimes**

Les ressources humaines, matérielles et médicaments étaient de faible qualité alors que l'environnement/agrément, les ressources informationnelles et l'accessibilité financière avaient une qualité moyenne. Le tableau XII présente le récapitulatif de l'analyse de la structure de PEC des victimes d'AVP au CHUDOP.

Tableau XII : Appréciation de la qualité de la structure de prise en charge des victimes d'AVP au CHUDOP en 2020.

Sous composantes	Scores obtenus	Scores attendus	Pourcentage %	Appréciation
Environnement/ Agrément	11	17	64,70	Moyenne
Ressource humaine	5	11	45,45	Faible
Ressource matérielle et médicaments	8	10	80,00	Bonne
Ressource informationnelle	4	6	66,66	Moyenne

Tableau XII : Appréciation de la qualité de la structure de prise en charge des victimes d'AVP au CHUDOP en 2020 (suite).

Sous composantes	Scores obtenus	Scores attendus	Pourcentage %	Appréciation
Accessibilité financière	1	4	25,00	Faible
Total	29	48	60,41	Moyenne
Critère d'appréciation Bonne ≥ 80 % ; Moyenne 60 à 80 % ; Faible < 60 %				

La composante structure de prise en charge des victimes d'accident de la voie publique au CHUDOP a obtenu un score de 29/48 correspondant à un pourcentage de 60,42% ce qui est compris entre 60 et 80 % donc elle est de moyenne qualité.

4.2.1 Appréciation du processus de PEC des victimes des AVP au CHUDOP

L'appréciation de la composante explicative processus de PEC des victimes a été faite en appréciant la qualité de ses différentes sous composantes.

➤ Existence d'un dispositif de tris et d'orientation

Le CHUDOP n'a pas un dispositif de tris et d'orientation des malades. Le tableau XIII montre l'appréciation du dispositif.

Tableau XIII : Vérification de l'existence de dispositif de tris et d'orientation au CHUDOP en 2020

Critères	Scores obtenus	Scores attendus
Existence d'un dispositif de tris et d'orientation	0	1
Total	0	1
Critère d'appréciation Bonne ≥ 80 % ; Moyenne 60 à 80 % ; Faible < 60 %		

Il n'y a pas de dispositif de triage et d'orientation des patients, le score est 0 ce qui correspond à un pourcentage < 60 % et donc une faible qualité.

➤ **Appréciation des relations interpersonnelles**

Les relations agent-victimes ne sont pas les meilleures. Beaucoup de disputes naissent et sont souvent avec de grandes violences. Le tableau XIV donne l'appréciation des relations.

Tableau XIV: Appréciation des relations interpersonnelles dans les services des urgences et de la chirurgie au CHUDOP en 2020

Critères	Scores obtenus	Scores attendus
Le prestataire salue la victime et ses gardes malades	1	1
Bonne ambiance entre agent et victime d'AVP	0	1
L'agent rassure la victime et ses parents	1	1
L'agent prête oreille attentive à la victime et à ses parents	0	1
Bonne ambiance de travail entre agents	1	1
Existence d'un mécanisme de gestion des conflits	1	1
Total	4	6

Critère d'appréciation Bonne $\geq 80\%$; Moyenne 60 à 80 % ; Faible $< 60\%$

La sous composante relation interpersonnelle a obtenu un score de 4/6 ainsi un pourcentage compris entre 60 et 80 %. La sous composante relation interpersonnelle est de moyenne qualité.

➤ **Appréciation de la continuité des soins**

Il avait été constaté au cours de notre étude qu'aucune surveillance n'a été organisée dans les deux services en cette année de même que les années antérieures. Seul deux agents sur les 63 enquêtés avaient déclaré avoir reçu une formation sur les PEC des urgences traumatiques. La victime était prise en charge à son arrivée en tenant compte de l'ordre d'arrivée ou de la gravité selon les cas. Après un examen sommaire la première ordonnance était délivrée de même que les examens complémentaires. Toutefois il fallait attendre que les

ordonnances soient honorées avant que les premiers soins ne soient administrés. Après stabilisation si l'état de la victime nécessite un avis chirurgical le chirurgien vient aux urgences donner son indication thérapeutique. La victime était alors mise en observation ou envoyé en chirurgie ou les soins étaient poursuivis. Mais très tôt les agents se retrouvent débordés les soins ne sont plus administrés conformément aux prescriptions. Le tableau XV apprécie la continuité des soins.

Tableau XV : Appréciation de la Continuité des soins aux urgences et à la chirurgie du CHUDOP en 2020

Critères	Scores obtenus	Scores attendus
Existence d'un organigramme	1	1
Existence d'une description de poste	1	1
Enumération des tâches pour ceux qui n'ont pas de description de poste	1	1
Tenue régulière des staffs	0	1
Présence en permanence de prestataire dans les services	1	1
Affichage des équipes de garde	1	1
L'état de la victime est évalué dès son arrivée dans le service	1	1
Les soins d'urgence sont administrés immédiatement	0	1
Les premières ordonnances et bulletin d'examen sont délivrés	1	1
La victime a un dossier	1	1
Les prescriptions sont consignées dans le dossier	1	1
La victime est réévaluée après les premiers soins	1	1
Les examens complémentaires sont demandés	1	1

Tableau XV : Appréciation de la Continuité des soins aux urgences et à la chirurgie du CHUDOP en 2020 (suite)

Critères	Scores obtenus	Scores attendus
Les prestataires sont présents dans les services 24/24h	1	1
Au moins une supervision est organisée cette année pour les prestataires	0	1
Les prestataires ont reçu au moins une formation spécifique sur la prise en charge des victimes d'AVP	0	1
Total	12	16

Critère d'appréciation Bonne ≥ 80 % ; Moyenne 60 à 80 % ; Faible < 60 %

La sous composante continuité des soins a obtenu un score de 12/16 ainsi un pourcentage compris entre 60 et 80 %. La sous composante continuité des soins est de qualité moyenne.

➤ **Appréciation des pratiques des agents**

La totalité des agents observés prend les renseignements généraux des victimes, recherche les signes de gravité et prennent les constantes. Mais seul un médecin sur les quatre observé expliquait le diagnostic aux victimes et par tout le temps. Aucun des chirurgiens observé n'a expliqué le traitement aux victimes. Ils se contentaient juste de leur dire qu'elles vont subir une intervention ou qu'elles vont bénéficier d'une immobilisation plâtrée. Les soins sont administrés un peu partout dans les services parfois même dans les allées des urgences. Le tableau XVI donne l'appréciation de l'observation des pratiques des agents.

Tableau XVI : Appréciation des pratiques des agents aux urgences et à la chirurgie du CHUDOP en 2020.

Critères	Scores	Scores
	obtenus	attendus
Il accueille bien le patient victime d'AVP	0	1
Il prend les renseignements généraux de la victime	1	1
Il prend le motif de la consultation	1	1
Il prend les constantes	1	1
Il recherche les signes généraux de gravité	1	1
Il explique le diagnostic à la victime	0	1
Il explique le traitement adéquat à la victime	0	1
Il administre le traitement dans la salle indiquée	0	1
Il prend en charge la victime immédiatement	1	1
Total	5	9
Critère d'appréciation Bonne $\geq 80\%$; Moyenne 60 à 80 % ; Faible $< 60\%$		

La sous composante observation pratique de l'agent avait obtenu un score de 5/9 ainsi un pourcentage de 55,55% ce qui est $< 60\%$. La sous composante observation pratique de l'agent est de faible qualité.

➤ **Vérification de l'application des normes et protocoles**

Les services des urgences et de la chirurgie ne disposent pas de protocole de soins. Au service des urgences chaque médecin généraliste propose un traitement selon les cas. Ce traitement peut être reconduire, modifié ou ajusté par le chirurgien. Le même traitement peut être poursuivi en chirurgie ou modifié lors des visites en salle effectuées par les chirurgiens. Le tableau XVII donne l'appréciation de l'application des normes et protocole.

Tableau XVII : Appréciation de la sous composante application des normes et Protocoles aux urgences et à la chirurgie du CHUDOP en 2020.

Critères	Scores	Scores
	obtenus	attendus
Les soins sont administrés selon des protocoles de prise en charge du service	0	1
Les soins sont administrés selon les normes de soins en chirurgie	0	1
Total	0	2

La sous composante application des normes et protocoles a obtenu un score de 0/2 ainsi un pourcentage <60%. La sous composante application des normes et protocoles est de faible qualité.

➤ **Application des mesures de prévention et de contrôle des infections**

Les agents pratiquaient l'hygiène des mains mais les points d'eau ne sont pas suffisants. Ainsi il n'y a pas de point d'eau fonctionnel dans les salles mise en observation et d'hospitalisation. Nous n'avons observé aucun dispositif de désinfection des mains dans les deux services. Les locaux sont simplement nettoyés par les aides-soignants il n'y a pas eu de désinfection au cours de notre période d'enquête. Des boîtes de sécurité existent dans les deux services. Les déchets ne sont pas triés dans les services et leur ramassage n'est pas quotidien. Le tableau XVIII donne l'appréciation de l'application des mesures de prévention et de contrôle contre les infections.

Tableau XVIII : Appréciation de l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections aux urgences et à la chirurgie du CHUDOP en 2020.

Critères	Scores obtenus	Scores attendus
hygiènes des mains		
Les agents pratiquent le lavage des mains	1	1
Les agents pratiquent la friction hydro-alcoolique	1	1
Existence de points d'eau pour le lavage des mains	1	1
Existence de solutions hydro-alcoolique	0	1
les prestataires à risque portent des EPI pour offrir les soins	0	1
Bio nettoyage des surfaces et locaux		
Les locaux sont nettoyés chaque jour	1	1
Les locaux sont désinfectés chaque jour	0	1
Les tables de soins sont désinfectées chaque jour	1	1
Gestion des déchets		
Les déchets sont triés et collectés régulièrement	1	1
Les boîtes de sécurité sont stockées dans un endroit approprié avant leur incinération	1	1
Les déchets liquides sont décontaminés et évacués dans les fausses septiques adaptées	0	1
Stérilisation du matériel de PEC		
Le matériel est décontaminé nettoyé et désinfecté avant usage	1	1
Le matériel nécessaire à la PEC est stérilisé avant usage	1	1
Total	9	13
Critère d'appréciation Bonne ≥ 80 % ; Moyenne 60 à 80 % ; Faible < 60 %		

La sous composante prévention et contrôle des infections a obtenu un score de 9/13 ainsi un pourcentage compris entre 60 et 80 %. La sous composante prévention et contrôle des infections est de moyenne qualité.

➤ **Appréciation de la qualité de l'environnement de travail et du matériel**

Différentes bactéries ont été isolées en fonction de la nature du prélèvement. Les tableaux XIX à XX donnent la répartition des bactéries isolées selon la localisation, le tableau XXI la répartition des bactéries selon leur classe et le tableau XXII la qualité microbiologique des mains, téléphones portables, de matériel, du sol et de l'eau et le tableau XXIII l'appréciation de la qualité de l'environnement de travail.

Tableau XIX: Répartition des germes identifiés sur les mains du personnel des urgences et de la chirurgie du CHUDOP en 2020 (n=24)

Bactéries	Effectif	Fréquence(%)
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	21	87,50
<i>Staphylococcus aureus</i>	19	79,16
<i>Serratia ficaria</i>	15	62,50
<i>Enterococcus faecalis</i>	11	45,83

Staphylococcus epidermidis était la bactérie la plus identifiée sur les mains du personnel soignant avec une proportion de 87,50%.

Tableau XX: Répartition des germes identifiés sur les téléphones portables du personnel des urgences et de la chirurgie du CHUDOP en 2020 (n=24)

Bactéries	Effectif	Fréquence(%)
<i>Staphylococcus aureus</i>	23	95,83
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	15	62,50
<i>Enterococcus faecalis</i>	18	75,00
<i>Acinetobacter baumannii</i>	6	25,00

Staphylococcus aureus était la bactérie la plus identifiée sur les téléphones portables du personnel soignant avec une proportion de 95,83%.

Tableau XXI : Répartition des germes identifiés sur le matériel médico-technique des urgences et de la chirurgie du CHUDOP en 2020 (n=10)

Bactéries	Effectif	Fréquence(%)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	5	50,00
<i>Klebsiella oxytoca</i>	3	30,00
<i>Enterococcus faecalis</i>	7	70,00
<i>Acinetobacter baumannii</i>	5	50,00
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	9	90,00

Staphylococcus epidermidis et *Enterococcus faecalis* étaient les bactéries les plus identifiées avec des proportions respectives de 90,00% et 70,00%.

Tableau XXII : Répartition des germes identifiés au niveau du sol des services des urgences et de la chirurgie du CHUDOP en 2020 (n=5)

Bactéries	Effectif	Fréquence(%)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	3	60,00
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	5	100,00
<i>Staphylococcus aureus</i>	5	100,00

Les sols des urgences et de la chirurgie étaient riches en *Staphylococcus aureus* et *Staphylococcus epidermidis* avec une même proportion de 100,00%.

La recherche de germe dans l'eau utilisée au CHUDOP avait été négative.

Tableau XXIII : Répartition des différentes bactéries isolées aux urgences et en chirurgie du CHUDOP selon leur classe en 2020

Classe/Bactérie	Effectif	Fréquence (%)
Bactéries à Gram Positif		
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	50	30,30
<i>Staphylococcus aureus</i>	47	28,48
Bactéries à Gram Négatif		
<i>Serratia ficaria.</i>	15	9,09
<i>Acinetobacter baumannii...</i>	11	6,67
<i>Enterococcus faecalis</i>	36	21,82
<i>Klebsiella oxytoca</i>	3	1,82
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	3	1,82
Total	165	100,00

Staphylococcus epidermidis et *aureus* étaient les plus retrouvés 30,30%

Tableau XXIV : qualité microbiologique de l'environnement du travail et du matériel médico-technique au CHUDOP en 2020 (n=68)

Prélèvement	Qualité microbiologique		Total
	Bonne n(%)	Mauvaise n(%)	
Mains	9 (37,50)	15 (62,50)	24
Téléphones portables	11(45,83)	13 (54,17)	24
Matériel médico-technique	3 (30,00)	7 (70,00)	10
Eau du robinet des urgences et de la chirurgie	5 (100,00)	0 (00,00)	5
Sol des urgences et de la chirurgie	0 (00,00)	5 (100,00)	5

Les mains des agents impliqués dans la PEC des victimes des AVP, leurs téléphones portables, le matériel médico-technique et le sol sont de mauvaise

qualité microbiologique avec des pourcentages respectifs de 62,50% 54,17% 70,00% et 100,00%. L'eau utilisée était par contre de bonne qualité microbiologique.

Tableau XXV : Appréciation de la qualité de l'environnement de travail et du matériel aux urgences et à la chirurgie du CHUDOP en 2020.

Critères	Scores obtenus	Scores attendus
Les mains des agents ne contiennent pas de germe	0	1
L'eau utilisée au CHUDOP ne contient pas de germes	1	1
Les surfaces des téléphones du personnel ne contiennent pas de germes	0	1
Le matériel utilisé pour la PEC des victimes d'AVP ne contient pas de germes	0	1
Les sols des services de la chirurgie et des urgences ne contiennent pas de germe	0	1
Pas de virus identifié	0	1
Pas de champignon identifié	0	1
Des bactéries saprophytes identifiées	1	1
Pas de bactéries pathogènes identifiées	0	1
Total	2	9
Critère d'appréciation Bonne $\geq 80\%$; Moyenne 60 à 80 % ; Faible $< 60\%$		

La sous composante qualité de l'environnement et du matériel a obtenu un score de 2/9 ainsi un pourcentage $< 60\%$, on a donc une mauvaise qualité de l'environnement de travail et du matériel.

➤ **Appréciation de la gestion des données**

Des registres sont disponibles dans les services pour les admissions, les consultations, les hospitalisations même si les conditions d'archivage ne sont

pas respectées. Ces données disponibles ne sont pas exploitées ainsi la prévalence hospitalière des victimes d'AVP, le taux de décès et les invalidités dues aux AVP n'étaient pas documentés. Le tableau XXVI donne l'appréciation de la gestion des données.

Tableau XXVI : Appréciation de la gestion des données aux urgences et à la chirurgie du CHUDOP en 2020.

Critères	Scores obtenus	Score attendus
Le registre de consultation des victimes d'AVP existe	1	1
Les dossiers des victimes d'AVP sont tenus	1	1
La prévalence hospitalière des victimes d'AVP est documentée	0	1
Le taux de décès dû aux AVP est documenté	0	1
Le taux d'invalidité dû aux AVP est documenté	0	1
Le taux de guérison est documenté	0	1
Total	2	6

Critère d'appréciation Bonne $\geq 80\%$; Moyenne 60 à 80 % ; Faible $< 60\%$

La sous composante gestion des données a obtenu un score de 2/6 ainsi un pourcentage de 33,33% ce qui est inférieur à 60%. La sous composante gestion des données est de faible qualité.

➤ **Appréciation globale du processus de prise en charge**

Le processus de prise en charge des victimes d'AVP était de qualité moyenne. Les sous composantes relations interpersonnelles, continuité des soins et observation pratique de l'agent avaient eu une appréciation moyenne alors que les autres étaient de qualité faible. Le tableau XXVII donne le récapitulatif de l'appréciation du processus de PEC des victimes d'AVP en 2020.

Tableau XXVII : Appréciation du processus de PEC des victimes d'AVP au CHUDOP en 2020

Sous composantes	Scores obtenus	Scores attendus	Pourcentage %	Appréciation
Triage et orientation	0	1	00,00	Faible
Relations interpersonnelles	4	6	66,66	Moyenne
Continuité des soins	12	16	75,00	Moyenne
Observation pratique de l'agent	5	9	55,55	Faible
Application des normes et Protocoles	0	2	00,00	Faible
Prévention et contrôle des infections	9	13	69,23	Moyenne
Qualité de l'environnement et du matériel	2	9	22,22	Faible
Gestion des données	2	6	33,33	Faible
Total	34	62	54,83	Faible
Critère d'appréciation Bonne $\geq 80\%$; Moyenne 60 à 80 % ; Faible $< 60\%$				

La composante explicative processus de prise en charge des victimes d'AVP a obtenu un score de 34/62 et est donc de faible qualité.

4.2.2 Appréciation de la satisfaction des victimes et des accompagnants

Les victimes et leurs accompagnants n'étaient pas satisfaits de leur séjour dans les services. Le tableau XXVIII donne la satisfaction des victimes et de leurs accompagnants.

Tableau XXVIII : Appréciation de la satisfaction des victimes et des accompagnants des urgences et de la chirurgie du CHUDOP en 2020

Critères	Pourcentage (%)	Scores obtenus	Scores attendus
Satisfaction des clients			
Accueil	20,33	0	1
Continuité des soins	45,76	0	1
Disponibilité des services	84,74	1	1
Conditions d'hébergement	42,37	0	1
Cout des prestations	44,06	0	1
Traitement reçu	93,22	1	1
Temps d'attente	45,76	0	1
Relations avec les agents	57,62	1	1
Séjour	57,37	1	1
Total		4	9

Critère d'appréciation Bonne $\geq 80\%$; Moyenne 60 à 80 % ; Faible $< 60\%$

La satisfaction des victimes d'AVP et de leurs accompagnants a reçu un score de 4/9 soit 44,44% ce qui est inférieur à 60%. Les victimes et les accompagnants ne sont donc pas satisfaits de leur séjour au CHUDOP.

4.2.2 Appréciation de la satisfaction des agents

Les agents ne sont pas satisfaits des conditions de travail, de la rémunération, le manque de supervision de la part de la hiérarchie n'est pas apprécié. Le tableau XXIX donne la satisfaction des agents.

Tableau XXIX : Appréciation de la sous composante satisfaction de l'agent de santé des urgences et de la chirurgie du CHUDOP en 2020

Critères	Pourcentage (%)	Scores obtenus	Scores attendus
Satisfaction de l'agent			
Conditions de travail	8,33	0	1
Organisation du travail	83,33	1	1
Relations entre agent	79,16	1	1
Reconnaissance obtenue	29,16	0	1
Rémunération	8,33	0	1
Formation continue	25,00	0	1
Disponibilité des supérieurs	87,50	1	1
Supervision	8,33	0	1
Total		3	8

Critère d'appréciation Bonne $\geq 80\%$; Moyenne 60 à 80 % ; Faible $< 60\%$

La satisfaction des agents enquêtés a reçu un score de 3/8 soit 37,50% ce qui est inférieur à 60%. Les agents ne sont donc pas satisfaits.

➤ **Appréciations des issues**

Au cours de la période d'enquête nous avons enregistré deux décès dû aux accidents de la voie publique au CHUDOP qui étaient tous deux des décès constatés à l'admission. La létalité était donc de 3,17%. L'issue a obtenu une bonne appréciation vue que 96,83% soit 61 patients étaient vivants.

➤ **Appréciation globale de la composante explicative résultat**

L'appréciation des résultats de la PEC passe par la satisfaction des agents, des victimes, de leurs accompagnants et de l'issue des soins. Le tableau XXX donne l'appréciation des différentes sous composantes.

Tableau XXX : Appréciation de la composante explicative résultat de la prise en charge des victimes d'AVP des urgences et de la chirurgie du CHUDOP en 2020

Sous composantes	Scores obtenus	Scores attendus	Pourcentage %	Appréciation
Satisfaction de l'agent de santé	3	8	37,50	Faible
Satisfaction des victimes	4	9	44,44	Faible
Issues	1	1	100	Bonne
Total	8	18	44,44	Faible
Critère d'appréciation Bonne ≥ 80 % ; Moyenne 60 à 80 % ; Faible < 60 %				

L'appréciation de la composante explicative résultat de PEC des victimes d'AVP a obtenu un score de 8/18. Le résultat de la PEC des victimes d'AVP est de faible qualité.

4.2.3 Appréciation générale de la qualité de la prise en charge des victimes d'AVP au CHUDOP en 2020

Tableau XXXI : Synthèse des scores de la qualité des soins des urgences et de la chirurgie du CHUDOP en 2020.

Composantes explicatives	Scores obtenus	Scores attendus	Pourcentage %	Appréciation
Structure	29	48	60,41	Moyenne
Processus	34	62	54,84	Faible
Résultats	8	18	44,44	Faible
Total	71	128	55,47	Faible
Critère d'appréciation Bonne ≥ 80 % ; Moyenne 60 à 80 % ; Faible < 60 %				

Le total des éléments d'appréciation de la qualité des soins aux victimes d'AVP au CHUDOP est 128. Le score obtenu est 71 ce qui correspond à 55,47%.

La qualité de prise en charge des victimes d'accident de la voie publique est de faible qualité au CHUDOP en 2020.

DISCUSSION

5. DISCUSSION

La discussion des résultats de cette étude va porter sur :

- L'atteinte des objectifs
- La qualité et la validité des résultats
- La comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs.

5.1 L'atteinte des objectifs

La réalisation de cette étude nous a permis :

- De déterminer la conformité de la structure de PEC des victimes d'AVP au CHUDOP.
- De décrire le processus de PEC des victimes des AVP au CHUDOP.
- De déterminer la qualité microbiologique de l'environnement de travail et du matériel.
- De mesurer la satisfaction des victimes, des accompagnants après leur séjour et celle des agents impliqués dans la PEC.
- De proposer en annexe 1 un plan opérationnel pour l'amélioration de la qualité de la PEC des victimes des AVP au CHUDOP.

Aux vues de ce qui précède, nous estimons que les objectifs fixés ont été globalement atteints.

5.2 Qualité et validité des résultats

Pour la validité et la qualité de nos résultats, nous avons :

Collecter les données en utilisant une combinaison de technique en procédant à l'exploitation documentaire, à l'observation, aux entretiens individuels réalisés avec les victimes d'AVP, leur accompagnant, les agents de santé et aux analyses microbiologiques. Cette multiplicité des sources et des techniques a renforcé la qualité de nos résultats.

Pour limiter les biais d'information et d'influence, nous avons :

- Réalisé un pré-test des outils
- Rassuré les victimes et accompagnants

- Utilisé un questionnaire anonyme auto-administré pour l'enquête de la satisfaction des agents de santé.

Tous les enquêtés avaient été rassuré de la confidentialité et de l'anonymat des données collectées. La technique de l'entretien avec les victimes et leurs accompagnants alors qu'ils sont encore demandeurs de soins peut entraîner des biais d'information car le jugement positif de la satisfaction peut être exprimé à tort. Ce type de biais peut être évité en interrogeant les victimes et leurs accompagnants en communauté ce qui demande suffisamment de ressources. Nous avons pu éviter ce type de biais en rassurant les victimes de l'utilisation des réponses qu'à des fins d'amélioration des offres de service.

Nous avons essayé d'éviter le biais d'observation en n'informant pas l'agent de santé et en remplissant la grille d'observation qu'après la fin de l'acte mais cela peut avoir pour conséquence un biais de mémoire pour l'enquêteur. L'effectif relativement faible des victimes d'AVP et la méthode d'échantillonnage non probabiliste ne nous permet pas d'extrapoler nos résultats. Toutefois ils peuvent être utilisés au CHUDOP.

5.3 Comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs

Elle va s'articuler autour des points suivants :

La structure de prise en charge des victimes d'AVP,

Le processus de PEC des victimes d'AVP,

Les résultats obtenus,

La qualité de la PEC des victimes d'AVP au CHUDOP.

5.3.1 La structure de prise en charge des victimes d'AVP

Les modalités d'appréciation de la structure de prise en charge des victimes d'AVP à savoir : l'environnement/agrément, les ressources humaines, matérielle/médicament, informationnelle et l'accessibilité financière n'ont pas atteint le niveau requis.

✓ **Environnement/agrément**

L'environnement/l'agrément aux services des urgences et de la chirurgie du CHUDOP est de qualité moyenne. Le bâtiment des urgences est exigu mal aéré entraînant une promiscuité d'où dégagent des odeurs nauséabondes. Qu'ils soient aux urgences ou en chirurgie les patients et leurs accompagnant n'ont pas droit aux toilettes installées dans les bâtiments, il n'y a pas de salles d'attente encore moins de commodité.

Nos résultats sont différents de ceux apportés par Lamidhi S et al [32] qui dans une étude basée sur Capacité de réponse du système de santé aux attentes des populations dans les zones exposées au financement basé sur les résultats (FBR) au Bénin en 2015 ont trouvé que la qualité de l'environnement de soins est meilleure dans les strates exposées au FBR où il y a plus de lits confortables et qu'elle est encore meilleure dans la strate avec une disponibilité d'infrastructures de confort (point d'eau et toilettes).

Nos résultats sont par contre différents de ceux rapporté par Nana WF et al [33] qui dans une étude sur la satisfaction des usagers du centre hospitalier régional de koudougou au Burkina Faso ont trouvé que la propreté de l'hôpital est satisfaisante pour 86,9% des interviewés en ambulatoire, 85% des usagers aux urgences médicales et 60% en pédiatrie. Cette différence pourrait se justifier par le fait que le CHUDOP a rompu récemment son contrat avec la structure chargé du nettoyage et qu'il revient désormais aux aides-soignants de le faire.

✓ **les ressources humaines**

Le manque de personnel est un obstacle au renforcement de la prestation des services de santé. L'effectif, la qualification et la formation jouent un rôle prépondérant dans le fonctionnement et la production des soins de qualité. La ressource humaine des services des urgences et de la chirurgie est qualifiée et compétente mais en nombre insuffisant. La zone sanitaire Porto-Novo, Akpro-Missérété, Sèmè-Podji (PAS) ne disposant pas d'hôpital de zone, le CHUDOP

en général et le service des urgences en particulier est très sollicité. Cette sollicitation se traduit par une surcharge de travail pour le personnel.

Fatembo [34] au Bénin a aussi constaté le manque de ressources humaines à la clinique universitaire de gynécologie obstétrique du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou.

GOUYON [35] en France métropolitaine et dans les territoires d’Outre-mer, a montré que sur 90% des unités de néonatalogie, le nombre de lit était suffisant et ce sont les ressources humaines nécessaires à son fonctionnement qui manquent.

✓ **Les ressources matérielles et médicament**

Bien qu’il soit connu que le plateau technique est assez déterminant pour la qualité de la PEC, le CHUDOP à l’instar des hôpitaux des pays à ressources limitées est caractérisé par une insuffisance de ressources matérielles avec des ruptures fréquentes de médicament.

Tambwe en 2011 avait constaté que le matériel technique est insuffisant au service de pédiatrie de l’Hôpital de Zone de Ouidah. De même Mbewe [36] en Tanzanie avait constaté que les solutés intraveineux étaient disponibles dans 9 des 13 établissements étudiés alors que les antibiotiques étaient disponibles dans les deux tiers. Hoque [37] au Bangladesh avait trouvé qu’un seul hôpital avait tous les médicaments essentiels pour les soins.

✓ **Ressource informationnelle**

De notre étude on remarque que les données sur les AVP ne sont pas disponibles ; la gestion des registres de consultation de soins de décès souffre d’insuffisance. Malgré la disponibilité d’un service de statistique au CHUDOP les données des différents services ne sont pas centralisées. Le service des urgences semble déjà être conscient de cette défaillance en créant tout récemment en son sein un poste de secrétariat.

✓ **Accessibilité financière**

Dans notre étude, le cout de la consultation était abordable pour 62,71% des victimes admises et 15,25% d’entre elles trouvaient le cout des médicaments

abordables. Par contre les frais d'hospitalisation et des actes étaient non abordables pour respectivement 66,10 % et 81,36% des victimes.

Nana WF et al [33] dans une étude sur la satisfaction des usagers du centre hospitalier régional de koudougou au Burkina Faso ont trouvé que 50% des individus interrogés aux urgences médicales et 56% en pédiatrie sont satisfaits du cout de la consultation. Pour le cout des examens seulement 15% et 28% respectivement interrogés aux urgences médicales et en pédiatrie sont satisfaits. S'agissant du coût des médicaments, 50% des usagers aux urgences médicales et 48% en pédiatrie affirment être satisfait.

De notre étude, il en ressort que la qualité de la structure de prise en charge des victimes d'accident de la voie publique au CHUDOP est de qualité moyenne. Nos résultats sont différents de ceux rapportés par Agboton BL et al [38] qui dans une étude portant sur l'état des lieux et évaluation de la qualité de la Thérapie Nutritionnelle des Patients Porteurs de Syndrome Métabolique au CNHU-HKM de Cotonou ont trouvé que la qualité de la structure de thérapie nutritionnelle était mauvaise.

5.3.2 Le processus de prise en charge des victimes d'AVP

✓ Triage et orientation

Le CHUDOP n'a pas un système de tris et d'orientation des patients. L'importance de ce dispositif réside dans le fait qu'il permet une évaluation rapide des patients, une admission en priorité des cas graves, la diminution du temps d'attente, l'amélioration du fonctionnement des services et la satisfaction des patients. Au CHUDOP 53,73% des victimes n'étaient pas satisfaites du temps d'attente et 80,00% n'étaient pas satisfaits de l'accueil. Cet état de chose pouvait être corrigé par la mise en place d'un dispositif de triage.

Le constat est différent avec une étude faite sur la satisfaction des usagers du centre hospitalier régional de koudougou au Burkina Faso ou Nana WF et al [33] ont trouvé que l'appréciation du délai d'attente est positive à 49.2% en ambulatoire, 55% aux urgences médicales et 68% en pédiatrie.

✓ **Relations interpersonnelles**

Dans notre étude, les relations agents- victimes sont mauvaises. Par contre les relations sont plus ou moins meilleures entre agents. Seules 57,62% des victimes étaient satisfaites des relations qu'ils entretenaient avec le personnel. Une bonne relation victime-agent constitue un aspect important de la qualité des soins. Nos résultats sont comparables à ceux de Saizonou J et al [39] qui ont trouvé dans les maternités du sud du Bénin un mauvais accueil des patientes, une rudesse du personnel, un manque d'attention, un non-respect de l'intimité et un mauvais traitement des femmes. Selon Ortiz et al [40], l'accueil, l'expression de compassion, le respect du patient en tant que personne, le temps consacré aux malades, les explications prodiguées et l'honnêteté dans le comportement des professionnels de santé sont autant d'éléments extrêmement important pour les patients qui doivent être pris en compte dans les relations interpersonnelles avec les usagers.

✓ **Continuité des soins**

Dans notre étude, la continuité des soins dans les services des urgences et de la chirurgie était moyenne. Les services étaient fonctionnels en continu et les agents étaient présents. Toutefois on a noté des dysfonctionnements dans l'administration continue des soins. Seuls 45,76% des victimes étaient satisfaites de la continuité des soins. Nos résultats sont différents de ceux de Nana WF et al [33] qui dans une étude sur la de satisfaction des usagers du centre hospitalier régional de Koudougou au Burkina Faso ont trouvé qu'en ambulatoire, 75,4% des interviewés s'estime satisfaits de la disponibilité du personnel dans le suivi des soins dans la journée. Cette différence pourrait se justifier par le fait qu'en journée le nombre d'agent présent dans les services est assez important et que pour les gardes l'équipe est restreinte et que dans notre étude nous avons apprécié la continuité de façon globale.

✓ **Prévention et contrôle des infections**

De notre étude, il ressort que 40% des agents observés ne pratiquent l'hygiène des mains avant de poser un acte et que 80% le font après avoir posé les actes. Les points d'eau étaient insuffisants et on a noté une absence totale de dispositif de désinfection des mains. Les locaux et matériels ne sont pas désinfectés au quotidien, les déchets liquides ne sont décontaminés avant d'être évacués. Nos résultats sont comparables à ceux de Kpamy DO et al [41] qui ont trouvé que 87,78% du personnel ne réalisent pas le l'hygiène des mains avant et après chaque soin ; 84,44% des agents n'ont pas de dispositif d'hygiène des mains dans leur salle de soins et que 88,99% ne disposait pas de solution hydroalcoolique.

✓ **Qualité microbiologique de l'environnement de travail et du matériel**

De notre étude la qualité microbiologique de l'environnement de travail de du matériel était mauvaise. Des bactéries allant des saprophytes aux pathogènes ont été identifiées dans les mains du personnel sur leur téléphone et sur le matériel médico-technique. Le *Staphylococcus epidermidis* étaient le germe le plus rencontré avec une fréquence de 30,30% suivit de *Staphylococcus aureus* 28,48%, de *Enterococcus faecalis* 21,82%. *Klebsiella oxytoca* et *Pseudomonas aeruginosa* représentaient chacun 1,82%. Nos résultats sont différents de ceux rapportés par Kpamy DO et al [41] qui ont identifié *Echerichia colis* 83,33%, *Klebsiella pneumoniae* 51,11%, *Enterobacter claeae* 46,67%, *Pseudomonas aeruginosa* 35,56%.

La bactériologie des mains était positive avec 15 cas soit 62,50% et celle du matériel avec 7 cas soit 70,00% ce qui dénote d'une faible qualité microbiologique. Nos résultats sont comparables à ceux de Degbey CC et al [42] qui dans une étude portant sur les Facteurs associés à la qualité de la stérilisation du linge opératoire au Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA de Cotonou en 2019 ont montré que sur 20 linges

opératoires stérilisés, 9 portaient *Acinetobacter spp.* un germe d'infection nosocomiale multi résistant. Kpamy DO et al [41] qui ont aussi trouvé une faible qualité microbiologique des mains du personnel soignant de la Clinique Aniversitaire d'accueil des Urgences de Cotonou avec une bactériologie positive des mains à 86,67%.

De notre étude il ressort que la qualité du processus de prise en charge des victimes d'AVP au CHUDOP était de faible qualité. Nos résultats sont comparables à ceux de Agboton BL et al [38] qui dans une étude portant sur l'état des lieux et évaluation de la qualité de la Thérapie Nutritionnelle des Patients Porteurs de Syndrome Métabolique au CNHU-HKM de Cotonou ont trouvé que la qualité du processus de thérapie nutritionnelle était mauvaise dans le service de cardiologie et moyenne en endocrinologie.

5.3.3 Résultats

✓ Satisfaction des victimes et de leurs accompagnants

De notre étude il ressort que les victimes et leurs accompagnants ne sont pas satisfaits de leur séjour au CHUDOP. Plus de la moitié des victimes soit 60% n'étaient pas satisfaites de l'accueil et 55,94% non satisfaites des couts des prestations. Par contre 57,37% des accompagnants étaient satisfaits de leur séjour. Nos résultats sont comparables à ceux de Kafando B et al [42] qui dans une étude portant sur l'évaluation de la satisfaction des utilisateurs des services d'offres de soins de la région du plateau central au Burkina Faso ont révélé que près de la moitié des enquêtés (45.3%) n'était pas satisfait de l'accueil.

✓ Satisfaction des agents de santé

La satisfaction des agents est un paramètre important pour apprécier la qualité de la prise en charge dans les formations sanitaires. Dans notre étude 91,67% des agents de santé ne sont pas satisfaits de leurs conditions de travail et de la rémunération. Batossi P [44] en 2013 a constaté que la satisfaction des prestataires internes du service de néonatalogie de l'hôpital de zone de Ouidah est faible

CONCLUSION ET SUGESTIONS

Conclusion

A l'issue de l'étude aucune des composantes évaluées n'était bonne. Les insuffisances se situent donc à tous les niveaux. Notre hypothèse est donc vérifiée : la disponibilité des ressources humaines, matérielle et financière détermine le niveau de qualité de la prise en charge des victimes d'accident de la voie publique. Agir sur les goulots d'étranglement permettra d'améliorer la fonctionnalité des services des urgences et de la chirurgie afin d'offrir des soins de qualité aux victimes d'AVP.

Cette étude n'ayant pas pu aborder toutes les dimensions de la qualité des soins laisse des perspectives pour d'autres études complémentaires qui pourraient explorer d'autres aspects de la qualité de la PEC des victimes d'AVP. Il est souhaitable que ces résultats aident à améliorer la qualité des soins aux urgences et en chirurgie du CHUDOP, et qu'ils aident la Direction Départementale de la Santé de l'Ouémé à agir pour une bonne fonctionnalité des services. C'est à cet effet qu'un plan opérationnel a été élaboré pour servir de guide.

Suggestions

Au terme de notre étude et suite au dysfonctionnement et insuffisances constatés, nous formulons les suggestions suivantes pour contribuer à l'amélioration du fonctionnement des services des urgences et de la chirurgie au CHUDOP.

➤ Aux autorités du ministère de la santé :

- Equiper les services des urgences et de la chirurgie de matériel médico-technique en quantité suffisante
- Reconstruire ou tout au moins élargir le bâtiment des urgences pour le rendre moderne et répondant à la configuration d'une structure hospitalière.
- Rendre disponible et diffuser au personnel le document de normes de soins en chirurgie dans les établissements hospitaliers.

➤ **A la direction départementale de la santé Ouémé :**

- Mettre en place un mécanisme de supervisions pour les agents.
- Organiser des formations en cours d'emploi pour les agents.

➤ **Au directeur du CHUDOP**

- Rendre les infrastructures de la chirurgie et des urgences dans un état acceptable de propreté et de confort.
- Mettre à disposition des deux services le minimum de matériel nécessaire
- Renforcer les compétences du personnel.
- Rendre disponible au niveau de la pharmacie des médicaments et consommables indispensable à la prise en charge des victimes d'AVP.

➤ **Aux chefs services de la chirurgie et des urgences**

- Rendre disponible l'organigramme et la description de poste du personnel.
- Organiser quotidiennement des réunions de staff.
- Organiser la supervision des agents.
- Rédiger des protocoles de prise en charge des traumatismes.

➤ **Aux agents de santé**

- Respecter l'hygiène des mains
- Respecter les règles d'hygiène au cours des soins.
- Assurer la continuité des soins
- Remplir correctement les dossiers des malades

Références

1. Organisation mondiale de la santé : Révision de la prise de position de l'association médicale mondiale sur les accidents de la route. OMS : Genève ; 2017
2. Organisation Mondiale de la Santé : La qualité des services de santé : un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle ISBN 978-92-4-251390-5. OMS : Genève ; 2019.
3. Organisation Mondiale de la Santé : Stratégie pour améliorer la qualité des soins de santé de la région africaine de l'OMS 8^{ème} séance. Brazaville. OMS ; 1995.
4. Organisation mondiale de la santé La sécurité routière dans le monde. Rapport de situation 2009. OMS : Suisse; 2009.
5. Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Perspectives de l'urbanisation mondiale : révision 2014 (New York, 2014)
6. Elfriede B, Thomas L, Stefan PM, Arnulf HH. Evaluation of possum scoring system in patients with gastric cancer undergoing D2-gastrectomy. [BMC Surg.](#) 2005; 5: 8
7. Avril A, lakdja F, Marée D, Chantegreil C, Renaud Salis JL, Lobera A et al. Contrôle de la qualité des soins dans un service de chirurgie. Expérience de la Fondation Bergonié. J Chir 2003; 2:79-86.
8. Donabedian A : « Evaluting the quality of medical care », Milbank Memorial Fund Quartely 1966 ;44(3) :166-203
9. Kanté A Evaluation de la qualité des soins dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse de Médecine 2010.

10. Avril A, lakdja F, Marée D, Chantegreil C, Renaud Salis JL, Lobera A et al. Contrôle de la qualité des soins dans un service de chirurgie. Expérience de la Fondation Bergonié. J Chir 2003; 2:79-86.
11. Dembélé AY Evaluation de la qualité des soins au service de chirurgie A de l'hôpital du Point G. Thèse Med Bamako 2001; N°63.
- Fourn, Fayomi EB, Flénon J, Zohoun Th. Utilisation des services de santé et financement communautaire dans un département au Sud du Bénin. Santé publique 2008 ; 8(4) : 329-337.
13. Donabedian A. The definition of quality and approaches to the management, volume I : Explorations in quality assesment and monitoring ;annury Arbor. USA ; Health Administration Press ; 1980.
14. Lorh KN, Donaldson MS, Harris WJ. A strategy for quality assurance vs : Quality for care in a changing health care environnement. QBR 1992 ;18(4) : 120-6.
15. Baele Ph, Veyckemans F, Waterloo H. Evaluation de la qualité des soins en anesthésie. Résultats d'une étude pilote. Louvain Med 2003;112:475-493. 12.
16. Martine A, Eric D.R. Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : Analyse de la situation et perspectives Document de travail, Département du développement humain, Région Afrique, Banque Mondial ; 2005 :38
17. Di Prete LB, Lynne MF, Ndwa R. Manuzl de référence : formation des prestataires et gestionnaires de programmes en assurance de qualité de soins et service, Bethesda : USAID ; 2000.
18. Alexander KS, Roger BD, Eric LK Differences in the quality of the patient – physician relationship among. J Gen Intern Med. 2007 ; 22(11): 1579–1582.

19. Claveranne JP, Vinot D, Fraisse S. : Les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé, Rapport pour la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. Paris, 2003.
20. National Patient Safety Foundation (Chicago) :Agenda for research and developpement in patient safety. Chicago : National Patient Safety Foundation ; 2000.
21. Yann Bourgueil, Anna Mareck, Julien Mousquès (Prosper/Irdes) : Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zelande. Question d'économie de la santé. 2009 ; 141.
22. Or Z, Com-Ruelle I. Renaud T. La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? Paris : IRDES ;2008.
23. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring : the criteria and standards of quality. Health administration press, 1982, Tome II, 504p.
24. Kalunga JM : Evaluation de la qualité de la prise en charge médicale des urgences pédiatriques chez les enfants de moins de cinq ans à l'hôpital de zone de Comè en Juin 2020. Mémoire : Santé Publique : Cotonou : IRSP ; 2010.
25. Djermakoye FI : Evaluation de la qualité des prestations dans les services des urgences pédiatriques et d'accueil/recouvrement de l'hopital Saint Luc de Cotonou au Bénin. Mémoire : Santé Pubique : Cotonou : IRSP ; 2000.
26. Bokossa A. Etude de la qualité des soins et services dans les formations sanitaires publique de la sous-préfecture de Sèmè-kpodji au Bénin ; Mémoire : Santé Publique : Cotonou : IRSP.2000.
27. Niangaly A. Soumaré N : Qualité des soins dans les centres de santé communautaires de la région de Koulikoro au Mali. Médecine d'Afrique Noire 2001 :47 - 48.

28. Sère k. Obstacles à l'utilisation des soins obstétricaux d'urgence à l'hôpital de zone d'Abomey calavi – So ava. Mémoire: Santé Publique: Ouidah : IRSP. 2004.
29. Organisation mondiale de la santé : Rapport sur la santé dans le monde, 2008 : les soins de santé primaires. Maintenant plus que jamais ISBN 978-92-4-256373-3. OMS : Genève ; 2008.
30. Coopération Technique Belge, Appui Institutionnel au Ministère de la Santé : Document de normes de soins en chirurgie dans les établissements hospitaliers. MSP Bénin 2000.
31. Varkevisser CM, Pathmanathan I, Brownlee A. Proposal development and fieldwork. Designing and Conducting Health Systems Research Projects. Health Systems Research Training Series. Ottawa, Canada: International Development Research Centre;1991. 1-235
32. Salami L, Ouendo E-M.D, Fayomi B, Capacité de réponse du système de santé aux attentes des populations dans les zones exposées au financement basé sur les résultats (FBR) au Bénin en 2015 S.F.S.P. Santé Publique 2017 ;3(29) :393-404.
33. Nana W.F, Meda S, Hervé H, Poda P, Drabo M.K Enquête de satisfaction des usagers du centre hospitalier régional de koudougou au burkina faso *Revue Bio-Africa* - N° 18 - 2018 : 30-35
34. Fatembo H. Evaluation de la qualité des soins dans les secteurs de néonatalogie de la pédiatrie et de la clinique universitaire de gynécologie obstétrique du centre national hospitalier universitaire de Cotonou. Thèse : Médecine : Cotonou :UAC : FSS ; 2000.
35. Gouyon-Cornet B, Breart G, Chabernaude JL. Evaluation nationale des besoins en lits de réanimation et soins intensifs néonatal. Arch Pédiatrie 2003 ;10(11) :969-78.

36. Mbenwele B, reddy E, Reyburn H. Arapid assessment of the quality of neonatal health care in Kilimanjaro region, Norheast Tanzania.BMC Pediatrics 2012,12 :182-92.
37. Hoque DM, Rahaman M, Billa SM. An assessment of the quality of care for children in eighteen randomly selected district and sub-district hospitals in Bingladesh. BMC Pediatrics 2012 ;12 :197
38. Agboton BL, Agueh VD, Bodjrenou AS, Vigan J, Ahoui S, Agboton CG, Zannou MD, Djrolo F. Etat des Lieux et évaluation de la qualité de la Thérapie Nutritionnelle des Patients Porteurs de Syndrome Métabolique au CNHU-HKM de Cotonou. RAFMI 2017;4 (1-2):24-28.
39. Saizonou J, De Brouwere V, Vangeenderhuysen, C, Dramaix-Wilmet M, Buekens P, Dujardin B. Audit de la qualité de prise en charge des « échappées belle » (near miss) dans les maternités de référence du Sud Bénin. Cahier d'études et de recherches francophones / Santé. 2006 ; 16(1) :33-42.
40. Ortiz, P, Portal, J.L, Kamelan-Tano, Y, Tano-Bian, A, L'utilisation des services de santé maternelle et infantile à Abidjan (en 1994-1996) ; 1999.
41. Kpamy DO, Degbey C.C, Sopoh GE, Traore FA, Keita S, Yattasaye B et al. Facteurs associés à la qualité microbiologique des mains du personnel soignant de la Clinique Universitaire d'Accueil des Urgence du CNHU de Cotonou au Bénin en 2019. Médecine d'Afrique Noire. 2020, 67(5).
42. Dégbey CC, Madougou IM, Sossa C, Ouendo E-MD, Makoutode M. Facteurs associés à la qualité de la stérilisation du linge opératoire au Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA de Cotonou. PAMJ. Volume 35 (35). 10 Feb 2020.
43. Kafando B, Drabo M, Tarnagda Z, Konfe S. Evaluation de la satisfaction des utilisateurs des services d'offres de soins de la région du plateau central au Burkina Faso. Med Afr Noire 2010;57:12.

44. Batossi P. Evaluation de la fonctionnalité de l'unité de néonatalogie à l'hôpital de zone de Ouidah au Bénin ; Mémoire : Santé Publique : Ouidah IRSP 2013.

ANNEXES

Annexe 1

PLAN DE MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS

La prise en charge des victimes d'accident de la voie publique nécessite une infrastructure spécifique répondant à certains de critères et à des ressources matérielles et humaines qualifiées et en quantités suffisantes.

Au terme de notre étude nous avons trouvé que la prise en charge de victimes d'accident de la voie publique au CHUDOP est de faible qualité. Nous proposons le plan opérationnel ci-dessous pour servir de guide aux acteurs du département.

I. OJECTIFS

➤ Objectif général

D'ici 2022, améliorer la qualité de prise en charge des victimes d'AVP au CHUDOP en République du Bénin.

➤ Objectifs spécifiques

- D'ici fin 2022, rendre disponible les intrants nécessaires à la prise en charge des victimes d'AVP au CHUDOP
- D'ici fin 2022, réorganiser les services des urgences et de la chirurgie du CHUDOP.

II. Stratégie de mise œuvre

- Renforcement des compétences techniques du personnel ;
- Renforcement du plateau technique de prise en charge de la PEC des victimes
- Assurer l'organisation des services des urgences et de la chirurgie du CHUDOP

Tableau XXVII : Plan opérationnel d'amélioration de la fonctionnalité de services des urgences et de la chirurgie pour la période 2020 – 2022

Objectif 1 : Rendre disponible les intrants nécessaires à la prise en charge des victimes d'AVP au CHUDOP

Activités	Ressources	Indicateurs	Responsable	Financement	Chronogramme			
					S1	S2	S3	S4
Stratégies 1 : Renforcement des compétences techniques du personnel								
Former les 6 infirmiers urgentistes sur la prévention et le contrôle des infections	-Humaines, - Financières - matérielles	Nombre d’infirmiers formé sur nombre prévu	- DDS - Responsable CLIN	-Ministère de la santé	X			
Former les 5 médecins généraliste du service des urgences sur la PEC des traumatisés de la voie publique	Humaines, - Financières - matérielles	Nombre de médecin formé sur nombre prévu	DDS Chef service urgence et chirurgie	-Ministère de la santé	X			
Développer un plan de formation continue du personnel	- Financières - matérielles	Plan de formation développé	CSAE	-Direction de l’hôpital	X			
Superviser le personnel une fois par trimestre	Financières et matérielles	Nombre de supervision réalisé sur nombre prévu	- DDS - Chef service - Ministère de la santé	-Ministère de la santé - Direction de l’hôpital	X	X	X	X
Motiver le personnel régulièrement	Financières et matérielles	Nombre d’agent ayant reçu une reconnaissance pour travail bien fait	Directeur du CHUDOP	- Direction de l’hôpital	X	X	X	X
Stratégies 2 : Renforcement du plateau technique de prise en charge des services								

Activités	Ressources	Indicateurs	Responsable	Financement	Chronogramme			
					S1	S2	S3	S4
reconstruire le service des urgences	Humaines, - Financières - matérielles	Service des urgences reconstruit	DDS/ministère de la santé	Ministère de la santé			X	
Doter le service des urgences en ressources humaines conformément aux besoins exprimés	-Humaines	Nombre de personne affectée au service des urgences	DDS/ministère de la santé	Ministère de la santé		X		X
Doter le service des urgences en ressources matérielles	-Financières - matérielles	Nombre de matériels reçu sur nombre requis	DDS/ministère de la santé	Ministère de la santé	X	X	X	X
Assurer la maintenance préventive des équipements	-Humaines, - Financières - matérielles	Nombre de maintenance réalisé sur nombre prévus	Directeur du CHUDOP	Direction du CHUDOP	X	X	X	X
Stratégie 3 : Création d'une unité de triage et d'orientation des malades								
Créer une unité de tri et d'orientation	-Humaines, - Financières - matérielles	Unité créée	Directeur du CHUDOP	Direction du CHUDOP			X	

Objectif spécifique 2 : Réorganiser les services des urgences et de la chirurgie du CHUDOP.

Activités	Ressources	Indicateurs	Responsable	Financement	Chronogramme			
					S1	S2	S3	S4
Stratégies 1 : Assurer l'organisation des services des urgences et de la chirurgie du CHUDOP								
Inscrit les urgences et la chirurgie dans la démarche qualité	-Humaines, - Financières	Les services sont certifiés	- Directeur du CHUDOP -Chef service - Equipe d'assurance qualité	Direction du CHUDOP			X	
Elaborer les manuels de procédures et des protocoles	-Humaines, - Financières	Les manuels de procédures sont disponibles	- Equipe d'assurance qualité -Chefs services	Direction du CHUDOP	X			
Réorganiser le planning de garde et de permanence	-Humaines	Le planning de garde et permanence répond à la demande	- Chefs services urgence et chirurgie -Surveillants pavillons	Direction du CHUDOP	X			
Rendre disponible à la pharmacie les kits d'urgence et de consommables	- Financières -Matérielles	Nombre de kit reçu sur nombre prévu	- Directeur du CHUDOP -Pharmacien	Direction du CHUDOP		X		
Doter le service des urgences de trousse d'urgences	- Financières -Matérielles	Le service des urgences a des trousses d'urgence	Directeur du CHUDOP	Direction du CHUDOP			X	

Activités	Ressources	Indicateurs	Responsable	Financement	Chronogramme			
					S1	S2	S3	S4
Evaluer le personnel annuellement	-Financières -Matérielles	Nombre de supervision réalisé sur nombre prévu	- Chefs services - DDS - Ministère de la santé	-Ministère de la santé - Direction de l'hôpital		X		X
Diffuser la description de tâches	Financières et matérielles	Nombre d'agent ayant reçu une reconnaissance pour travail bien fait	Directeur du CHUDOP	Direction de l'hôpital	X	X	X	X
Planifier les activités des services chaque année	-Humaines, -Matérielles	Nombre d'activité réalisée sur le nombre prévu	- Chefs services	Ministère de la santé Direction de l'hôpital	X		X	

Annexe 2 : Tableau à six colonnes

Objectifs spécifiques	Variables	Information à recueillir	Cibles Sources	Techniques de collecte	Outils
Analyser la conformité de la structure organisationnelle du service des urgences	Environnement physique de soins	Existence de Protocoles et de Normes Propreté des locaux, existence de toilettes, de salle d'attente, la propreté des lieux...	Chefs services Les infrastructures	Entretien individuel Observation	Guide d'entretien Grille d'observation
	Disponibilité des ressources humaines	Effectif du personnel Qualitatifs des agents	Responsable pavillon Chef service	Entretien individuel	Guide d'entretien
	Disponibilité du matériel médico-technique et équipement	Existence d'équipement nécessaire pour la PEC des victimes	Responsable pavillon Chef service Matériel	Entretien individuel Observation	Guide d'entretien Grille d'observation
	Disponibilité des médicaments et consommables	Existence de médicaments indispensable à la PEC	Pharmacien	Entretien individuel	Guide d'entretien
	L'accessibilité financière	Cout des prestations abordables	Victimes et accompagnant	Enquête par questionnaire	Questionnaire
	Supervision	Les prestataires administrent les soins conformément aux normes	Les agents de santé	Enquête par questionnaire	Questionnaire

	Disponibilité des outils de gestion de données	Existence de matériel pour traiter les données des services	Chefs services Chefs pavillons	Entretien individuel	Guide d'entretien
Apprécier le processus de PEC des victimes des AVP au CHUDOP	Relation interpersonnelle	Existence de conflit Ambiance de travail	Les agents de santé Les victimes d'AVP	Enquête par questionnaire	Questionnaire
	Organisation du service	Existence d'organigramme Existence de description de poste Tenue de staff Existence de planning de garde et de permanence	Chefs services	Entretien individuel	Guide d'entretien
	Observation des pratiques	Voir les pratiques des agents : accueil, prise des constantes, explication du diagnostic et du traitement	Agents de santé	Observation	Grille d'observation
	Innocuité, prévention et contrôle des infections	Lavage des mains Port des gants Port de masque Respect des protocoles	Agents de santé	Observation	Grille d'observation

	Gestion des données	Usage fait des données	Statisticien	Entretien	Guide d'entretien
	Continuité des soins	Voir si les soins prescrits sont exécutés à temps, les rdv	Agents de santé Dossiers	Observation Dépouillement	Grille d'observation Fiche de dépouillement
Déterminer la qualité microbiologique de l'environnement du travail et du matériel	Germes identifiés Qualité microbiologique	Identification de germes	Agents de santé Téléphone portable Sol Surface Eau	Prélèvement	Ecouvillon Boîtes de pétrie
Mesurer la satisfaction des victimes, des accompagnants après leur séjour et celle des agents impliqués dans la PEC	Létalité	Le nombre de décédé parmi les victimes reçu aux urgences	Registres	Dépouillement	Fiche de dépouillement
	Satisfaction des gardes malades et des victimes Satisfaction des agents de santé	Apprécier leur degré de satisfaction	Victimes d'AVP Accompagnants Agent de santé	Questionnaire Entretien	Enquête par questionnaire Guide d'entretien

Annexe 3 : Aspect opérationnel des composantes explicatives

3.6.1 Opérationnalisation de la composante « structure de PEC »

Tableau IV : Aspect opérationnel de la sous composante environnement/agrément

Composante	Sous composante	Critères	Modalité et cotation
Structure	Environnement /Agrément	Existence de salle d'accueil des victimes	Non = 0 Oui = 1
		Existence de salle d'attente pour les familles	Non=0 Oui=1
		Les locaux sont propres	Non = 0 Oui = 1
		Les salles sont aérées	Non = 0 Oui = 1
		Existence de salle de soins	Non = 0 Oui = 1
		Existence de salle de mise en observation	Non = 0 Oui = 1
		Existence de salle de plâtre	Non = 0 Oui = 1
		Existence de bloc opératoire	Non = 0 Oui = 1
		Existence de point d'eau pour lavage des mains	Non = 0 Oui = 1
		Existence de toilettes fonctionnelles	Non = 0 Oui = 1
		Existence de salle de soins intensifs	Non = 0 Oui = 1

		Existence d'un service de chirurgie	Non = 0 Oui = 1
		Existence d'un service d'imagerie médicale	Non = 0 Oui = 1
		Existence d'un service de rééducation fonctionnelle	Non = 0 Oui = 1
		Existence d'un service de réanimation	Non = 0 Oui = 1
		Existence d'un laboratoire d'analyse biomédicale	Non = 0 Oui = 1
		Les alentours des bâtiments sont propres	Non = 0 Oui = 1

Tableau V : Aspect opérationnel de la sous composante « Ressources humaines »

Composante	Sous composantes	Critères	Modalité et cotation
Structure de PEC	Ressources humaines	Le nombre de chirurgien est conforme aux normes	Non = 0 Oui = 1
		Le nombre de médecin Urgentiste est conforme aux normes	Non = 0 Oui = 1
		Le nombre de médecin généraliste est conforme aux normes	Non = 0 Oui = 1
		Le nombre de médecin anesthésiste-réanimateur est conforme aux normes	Non = 0 Oui = 1
		Disponibilité d'anesthésiste-réanimateur	Non = 0 Oui = 1
		Le nombre d'infirmier urgentiste est	Non = 0

		conforme aux normes	Oui = 1
		Le nombre de biologiste est conforme aux normes	Non = 0 Oui = 1
		Le nombre d'infirmier est conforme aux normes	Non = 0 Oui = 1
		Le nombre d'aide-soignant est conforme aux normes	Non = 0 Oui = 1
		disponibilité par garde d'un spécialiste	Non = 0 Oui = 1
		disponibilité de personnel qualifié	Non = 0 Oui = 1
		Disponibilité par permanence d'un spécialiste	Non = 0 Oui = 1

Tableau VI : Aspect opérationnel de la sous composante « Ressources matérielles et Médicaments »

Composante	Sous composante	Critères	Modalité et cotation
Structure de PEC	Ressources matérielles et Médicaments	Disponibilité de table d'examen	Non = 0 Oui = 1
		Disponibilité de lit d'hospitalisation	Non = 0 Oui = 1
		Existence de Table d'opération	Non = 0 Oui = 1
		Disponibilité permanente d'aspirateur	Non = 0 Oui = 1

		Disponibilité permanente de tensiomètre fonctionnel	Non = 0 Oui = 1
		Disponibilité permanente d'oxygène médical	Non = 0 Oui = 1
		Disponibilité permanente à la pharmacie de l'hôpital de médicament nécessaire à la PEC	Non = 0 Oui = 1
		Existence d'un kit de chirurgie	Non = 0 Oui = 1
		Existence d'un kit abord veineux	Non = 0 Oui = 1
		Disponibilité de produit sanguin	Non = 0 Oui = 1

Tableau VII : Aspect opérationnel de la sous composante « Ressources informationnelles »

Composante	Sous composante	Critères	Modalité et cotation
Structure de PEC	Ressources informationnelles	Existence de registre de consultation	Non = 0 Oui = 1
		Existence de registre d'hospitalisation	Non = 0 Oui = 1
		Existence au bloc d'un registre de protocole opératoire	Non = 0 Oui = 1
		Existence de protocole de prise en charge des traumatismes	Non = 0 Oui = 1
		Existence de registre de décès	Non = 0

			Oui = 1
		Les statistiques sont connues	Non = 0 Oui = 1

Tableau VIII Aspect opérationnel de la sous composante « Accessibilité financière »

Composante	Sous composante	Critères	Modalités et cotation
Structure de PEC	Accessibilité financière	Le cout de cession des médicaments est abordable aux victimes et à leur parent	Non = 0 Oui = 1
		Les frais de consultation sont abordables	Non = 0 Oui = 1
		Les frais des différents actes est abordable	Non = 0 Oui = 1

Tableau IX Appréciation de la qualité de la composante « Structure »

Sous composantes	Scores attendus	Scores obtenus	Critère	Appréciation
Environnement/Agrément	17	14 à 17	≥ 80 %	Bonne
		11 à 14	60 à 80 %	Moyenne
		< 11	< 60%	Faible
Ressources humaines	11	9 à 11	≥ 80 %	Bonne
		7 à 9	60 à 80 %	Moyenne
		< 7	< 60 %	Faible
Ressources matérielles et médicaments	10	8 à 10	≥ 80 %	Bonne
		6 à 8	60 à 80 %	Moyenne
		< 6	< 60%	Faible

Ressources informationnelles	6	4 à 5	≥ 80 %	Bonne
		3 à 4	60 à 80 %	Moyenne
		< 3	< 60%	Faible
Accessibilité financière	4	4	≥ 80 %	Bonne
		3	60 à 80 %	Moyenne
		1	< 60%	Faible
TOTAL	48	38 à 48	≥ 80 %	Bonne
		29 à 38	60 à 80 %	Moyen
		< 29	< 60 %	Faible

3.6.2 Opérationnalisation de la composante « processus de PEC »

Tableau X : Aspect opérationnel de la sous composante « triage et orientation»

Composante	Sous composante	Critères	Modalités et cotation
Processus de PEC	Triage et orientation	Existence d'un dispositif de tris et d'orientation	Non = 0 Oui = 1

Tableau XI : Aspect opérationnel de la sous composante « Relations
interpersonnelles »

Composante	Sous composante	Critères	Modalité et cotation
Processus de prise en charge	Relations interpersonnelles	Le prestataire salue la victime et ses gardes malades	Non = 0 Oui = 1
		Bonne ambiance entre agent et victime d'AVP	Non = 0 Oui = 1
		L'agent rassure la victime et ses parents	Non = 0 Oui = 1

		L'agent prête oreille attentive à la victime et à ses parents	Non = 0 Oui = 1
		Bonne ambiance de travail entre agents	Non = 0 Oui = 1
		Existence d'un mécanisme de gestion des conflits	Non = 0 Oui = 1

Tableau XII : Aspect opérationnel de la composante sous composante continuité des soins

Composante	Sous composante	Critères	Modalité et cotation
Processus de prise en charge	Continuité des soins	Existence d'un organigramme	Non = 0 Oui = 1
		Existence d'une description de poste	Non = 0 Oui = 1
		Enumération des tâches pour ceux qui n'ont pas de description de poste	Non = 0 Oui = 1
		Tenue régulière des staffs	Non = 0 Oui = 1
		Présence en permanence de prestataire dans les services	Non = 0 Oui = 1
		Affichage des équipes de garde	Non = 0 Oui = 1
		L'état de la victime est évalué dès son arrivée dans le service	Non = 0 Oui = 1
		Les soins d'urgence sont administrés immédiatement	Non = 0 Oui = 1
		Les premières ordonnances et bulletin	Non = 0

		d'examen sont délivrés	Oui = 1
		La victime a un dossier	Non = 0 Oui = 1
		Les prescriptions sont consignées dans le dossier	Non = 0 Oui = 1
		La victime est réévaluée après les premiers soins	Non = 0 Oui = 1
		Les examens complémentaires sont demandés	Non = 0 Oui = 1
		Les prestataires sont présents dans les services 24/24	Non = 0 Oui = 1
		Au moins une supervision est organisée cette année pour les prestataires	Non = 0 Oui = 1
		Les prestataires ont reçu au moins une formation spécifique sur la prise en charge des victimes d'AVP	Non = 0 Oui = 1

Tableau XIII : Aspect opérationnel de la sous composante observation pratique de l'agent

Composante	Sous composante	Critères	Modalité et cotation
Processus de PEC des victimes	Observation pratique de l'agent	Il accueille bien le patient victime d'AVP	Non = 0 Oui = 1
		Il prend les renseignements généraux de la victime (nom, prénoms, âge, poids)	Non = 0 Oui = 1
		Il prend le motif de la consultation	Non = 0

			Oui = 1
		Il prend les constantes	Non = 0 Oui = 1
		Il recherche les signes généraux de gravité	Non = 0 Oui = 1
		Il explique le diagnostic à la victime	Non = 0 Oui = 1
		Il explique le traitement adéquat à la victime	Non = 0 Oui = 1
		Il administre le traitement dans la salle indiquée	Non = 0 Oui = 1
		Il prend la victime en charge immédiatement	Non = 0 Oui = 1

Tableau XIV: Aspect opérationnel de la sous composante Application des normes et protocoles

Composante	Sous composante	Critères	Modalité et cotation
Processus de PEC	Application des normes et Protocoles	Les soins sont administrés selon des protocoles de prise en charge du service	Non = 0 Oui = 1
		Les soins sont administrés selon les normes de soins en chirurgie	Non = 0 Oui = 1

Tableau XV: Aspect opérationnel de la sous composante Prévention et contrôle des infections

Composante	Sous composante	Critères	Modalité et cotation
Processus de PEC	Prévention et contrôle des infections	hygiènes des mains	
		Les agents pratiquent le lavage des mains	Non = 0 Oui = 1
		Les agents pratiquent la friction hydro-alcoolique	Non = 0 Oui = 1
		Existence de points d'eau pour le lavage des mains	Non = 0 Oui = 1
		Existence de solutions hydro-alcoolique	Non = 0 Oui = 1
		les prestataires à risque portent des EPI pour offrir les soins	Non = 0 Oui = 1
		Lavage des mains avant les actes	Non = 0 Oui = 1
		Lavage des mains après les actes	Non = 0 Oui = 1
		Bio nettoyage des surfaces et locaux	
		Les locaux sont nettoyés chaque jour	Non = 0 Oui = 1
		Les locaux sont désinfectés chaque jour	Non = 0 Oui = 1

		Les tables de soins sont désinfectées chaque jour	Non = 0 Oui = 1
		Gestion des déchets	
		Les déchets sont triés et collectés régulièrement	Non = 0 Oui = 1
		Les boîtes de sécurité sont stockées dans un endroit approprié avant leur incinération	Non = 0 Oui = 1
		Les déchets liquides sont décontaminés et évacués dans les fausses septiques adaptées	Non = 0 Oui = 1
		Sterilisation du matériel de PEC	
		Le matériel est décontaminé nettoyé et désinfecté avant usage	Non = 0 Oui = 1
		Le matériel nécessaire à la PEC est stérilisé avant usage	Non = 0 Oui = 1

Tableau XVI: Aspect opérationnel de la sous composante Qualité microbiologique de l'environnement et du matériel

Composante	Sous composante	Critères	Modalité et cotation
Processus de PEC des victimes	Qualité microbiologique de l'environnement et autre	Les mains des agents ne contiennent pas de germe	Non = 0 Oui = 1
		L'eau utilisée au CHUDOP ne contient	Non = 0

		pas de germes	Oui = 1
		Les surfaces des téléphones du personnel ne contiennent pas de germes	Non = 0 Oui = 1
		Le matériel utilisé pour la PEC des victimes d'AVP ne contient pas de germes	Non = 0 Oui = 1
		Les sols des services de la chirurgie et des urgences ne contiennent pas de germe	Non = 0 Oui = 1
		Pas de virus identifié	Non = 0 Oui = 1
		Pas de champignon identifié	Non = 0 Oui = 1
		Pas de bactérie identifiée	Non = 0 Oui = 1

Tableau XVII: Aspect opérationnel de la sous composante Gestion des données

Composante	Sous composante	Critères	Modalité
Processus de PEC des victimes	Gestion des données	Le registre de consultation des victimes d'AVP est tenu à jour	Non = 0 Oui = 1
		Les dossiers des victimes d'AVP sont tenus	Non = 0 Oui = 1
		La prévalence hospitalière des victimes d'AVP au CHUDOP est documentée	Non = 0 Oui = 1
		Au CHUDOP le taux de décès dû aux	Non = 0

		AVP est documenté	Oui = 1
		Le taux d'invalidité dû aux AVP est documenté	Non = 0 Oui = 1
		Le taux de guérison est documenté	Non = 0 Oui = 1

Tableau XVII : Appréciation de la qualité de la composante « Processus »

Sous composantes	Scores attendus	Scores obtenus	Critère	Appréciation
Triage et orientation	1	0	0%	Faible
Relations interpersonnelles	6	5 à 6	$\geq 80 \%$	Bonne
		4 à 5	60 à 80 %	Moyenne
		< 4	< 60%	Faible
Continuité des soins	16	13 à 16	$\geq 80 \%$	Bonne
		10 à 16	60 à 80 %	Moyenne
		< 10	< 60 %	Faible
Observation pratique de l'agent	9	7 à 9	$\geq 80 \%$	Bonne
		5 à 9	60 à 80 %	Moyenne
		< 5	< 60%	Faible
Application des normes et Protocoles	2	2	100 %	Bonne
		1	50 %	Moyenne
		0	0%	Faible
Prévention et contrôle des infections	13	10 à 13	$\geq 80 \%$	Bonne
		8 à 10	60 à 80 %	Moyenne
		< 8	< 60%	Faible
Qualité microbiologique de l'environnement et autre	9	7 à 9	$\geq 80 \%$	Bonne
		5 à 7	60 à 80 %	Moyenne

		< 5	< 60%	Faible
Gestion des données	6	5 à 6	≥ 80 %	Bonne
		4 à 5	60 à 80 %	Moyenne
		< 4	< 60%	Faible
TOTAL	62	49 à 62	≥ 80 %	Bonne
		37 à 49	60 à 80 %	Moyen
		< 37	< 60 %	Faible

3.6.3 Opérationnalisation de la composante « résultat de PEC »

Tableau XVIII : Aspect opérationnel de la sous composante satisfaction de la victime et du garde malade

Composante	Sous composante	Critères	Modalités et cotation
Résultats de PEC des victimes	Satisfaction de la victime et de la garde malade	Accueil	Non = 0 Oui = 1
		Continuité des soins	Non = 0 Oui = 1
		Disponibilité des services	Non = 0 Oui = 1
		Conditions d'hébergement	Non = 0 Oui = 1
		Cout des prestations	Non = 0 Oui = 1
		Traitement reçu	Non = 0 Oui = 1

		Temps d'attente	Non = 0 Oui = 1
		Relations avec les agents	Non = 0 Oui = 1
		Séjour	Non = 0 Oui = 1

Tableau XIX : Aspect opérationnel de la sous variable Satisfaction des agents de santé

Composante	Sous composante	Critères	Modalité et cotation
Résultats de PEC de la victime	Satisfaction de l'agent de santé	Conditions de travail	
		Organisation du travail	Non = 0 Oui = 1
		Relations entre agent	Non = 0 Oui = 1
		Reconnaissance obtenue	Non = 0 Oui = 1
		Rémunération	Non = 0 Oui = 1
		Formation continue	Non = 0 Oui = 1
		Disponibilité des supérieurs	Non = 0 Oui = 1
		Supervision de l'agent	Non = 0 Oui = 1

Tableau XX : Aspect opérationnel de la sous composante explicative issues des urgences

Composante	Sous composante	Critères	Modalité et cotation
Résultats de PEC des victimes	Issues des urgences	La victime est décédée = Non La victime est guérie= Oui	Non = 0 Oui = 1

Tableau XXI Appréciation de la qualité de la composante « Résultat »

Sous composantes	Scores attendus	Scores obtenus	Critère	Appréciation
Satisfaction de l'agent de santé	8	6 à 8	≥ 80 %	Bonne
		5 à 6	60 à 80 %	Moyenne
		< 5	< 60%	Faible
Satisfaction de la victime et du garde malade	9	7 à 9	≥ 80 %	Bonne
		5 à 7	60 à 80 %	Moyenne
		< 5	< 60%	Faible
Issues	1	1	100%	Bonne
	0		0%	Faible
TOTAL	18	14 à 18	≥ 80 %	Bonne
		11 à 14	60 à 80 %	Moyen
		< 11	< 60 %	Faible

Annexe 4: Les outils de collecte des données

GRILLE D'OBSERVATION DES PRESTATAIRES DU CHUDOP

Date		
Nom Prénoms de l'agent		
Qualification		
Années au poste		
Tel		
Items	Constats	Observation
Il accueille bien le patient victime d'AVP	Oui /___/ Non /___/	
Il prend les renseignements généraux de la victime (nom, prénoms, âge, poids)	Oui /___/ Non /___/	
Il prend le motif de la consultation	Oui /___/ Non /___/	
Le prestataire salue la victime et ses gardes malades	Oui /___/ Non /___/	
L'agent rassure la victime et ses parents	Oui /___/ Non /___/	
L'agent prête oreille attentive à la victime et à ses parents	Oui /___/ Non /___/	
L'état de la victime est évalué dès son arrivée dans le service	Oui /___/ Non /___/	
Les premières ordonnances et bulletin d'examen sont délivrés	Oui /___/ Non /___/	
L'agent fait un dossier médical à la victime	Oui /___/ Non /___/	
Les prescriptions sont consignées dans le dossier	Oui /___/ Non /___/	
La victime est réévaluée après les premiers soins	Oui /___/ Non /___/	

Les examens complémentaires sont demandés	Oui /___/ Non /___/	
Il prend les constantes	Oui /___/ Non /___/	
Il examine en respectant les temps d'un examen médical	Oui /___/ Non /___/	
Il recherche les signes généraux de danger ou de gravité	Oui /___/ Non /___/	
Il explique le diagnostic à la victime ou au garde malade	Oui /___/ Non /___/	
Il explique le traitement adéquat à la victime	Oui /___/ Non /___/	
Temps d'attente entre l'arrivée de la victime et l'administration des premiers soins en minutes		
Les agents pratiquent le lavage des mains	Oui /___/ Non /___/	
Les agents pratiquent la friction hydro-alcoolique	Oui /___/ Non /___/	
les prestataires à risque portent des EPI pour offrir les soins	Oui /___/ Non /___/	
Le matériel est décontaminé nettoyé et désinfecté	Oui /___/ Non /___/	
Le matériel nécessaire à la PEC est stérilisé avant usage	Oui /___/ Non /___/	

GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AUX PRESTATAIRES

1. Identification

1.1. Fiche N°...../...../

1.2. Qualification de l'enquêté :

1.3. Age.....

1.4 Sexe.....

1.5 Tel.....

1.6. Date de l'enquête:

2. Formations continue reçues au cours des trois dernières années

.....

.....

.....

2.1 Formation spécifique dans la PEC des victimes d'AVP ?

.....

.....

2.2 Date à laquelle cette formation a été reçue

.....

.....

3. Temps d'exercice dans le service

.....

4. Connaissance sur existence de document de norme et protocole de PEC des victimes d'AVP

.....

.....

4.1 Opinion sur ces documents

.....

.....

5. Satisfaction sur la PEC des victimes d'AVP

5.1. Opinion sur la prise en charge des victimes d'AVP

.....

.....

.....

.....

5.2. Opinion sur l'utilité des protocoles de PEC

.....

.....

.....

.....

5.3. Opinion sur l'efficacité des protocoles et normes de PEC

.....

.....

.....

6. Relations interpersonnelles

6.1. Existence de conflits entre prestataires ; prestataires et patients

.....

.....

.....

6.2. Motifs de conflits

.....

.....

.....

7. Motivation mis en place dans le service

.....

.....

.....

8. Supervisions reçues au cours des douze derniers mois et rythme (voir les rapports de supervision)

.....

.....

9. Continuité des soins

9.1 Horaires de travail

.....

9.2 Système garde/permanence, 24/24H

.....

.....

10. Contraintes à la PEC des victimes d'AVP

10.1 Liées au personnel

.....

.....

10.2 Liées au matériel et équipement

.....

.....

10.3 Liées aux consommables médicaux

.....

.....

11. Connaissances sur les infections nosocomiales

11.1 Indications de l'hygiène des mains.....

.....

.....

11.2 Formation sur les infections nosocomiales

.....

.....

.....

GRILLE D'OBSERVATION DU CADRE DE SOINS

Items	Constat	Observation
Existence de salle d'accueil	Oui /___/ Non /___/	
Existence de salle d'attente	Oui /___/ Non /___/	
Les locaux sont propres	Oui /___/ Non /___/	
Les salles sont aérées	Oui /___/ Non /___/	
Existence de salle de soins	Oui /___/ Non /___/	
Existence de salle de mise en observation	Oui /___/ Non /___/	
Existence de salle de plâtre	Oui /___/ Non /___/	
Existence de bloc opératoire	Oui /___/ Non /___/	
Existence de point d'eau pour lavage des mains	Oui /___/ Non /___/	
Existence de toilettes fonctionnelles	Oui /___/ Non /___/	
Existence de salle de soins intensifs	Oui /___/ Non /___/	
Existence de service de chirurgie	Oui /___/ Non /___/	
Existence d'un service d'imagerie médicale	Oui /___/ Non /___/	
Existence de service de rééducation fonctionnelle	Oui /___/ Non /___/	
Existence de service de réanimation	Oui /___/ Non /___/	
Existence d'un laboratoire d'analyse biomédicale	Oui /___/ Non /___/	
Les alentours des bâtiments sont propres	Oui /___/ Non /___/	
Disponibilité Toise	Oui /___/ Non /___/	
Disponibilité Tensiomètre	Oui /___/ Non /___/	
Disponibilité Oxygène	Oui /___/ Non /___/	
Disponibilité Thermomètre	Oui /___/ Non /___/	
Disponibilité Kit de petite chirurgie	Oui /___/ Non /___/	

Disponibilité Autoclave	Oui /___/ Non /___/	
Disponibilité de gant	Oui /___/ Non /___/	
Disponibilité permanente de médicaments d'urgence à l'officine de l'hôpital (SS, antalgique, SAT, compresse, bande velpeau)	Oui /___/ Non /___/	
Incinérateur	Oui /___/ Non /___/	

GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AUX GARDES MALADES

Date de l'entretien

Nom et Prénoms

Sexe

Ce questionnaire vous est proposé dans le but de recueillir votre perception sur les soins et services dont bénéficie votre parent victime d'AVP dans l'hôpital. Votre participation est volontaire et les informations fournies seront gardées secrètes.

1. Quelles sont les raisons de votre visite à l'hôpital

.....
.....

2. A distance (kilomètres) de l'hôpital se trouve votre domicile ?

.....

3. Quel moyen de déplacement utilisez-vous pour vous rendre à l'hôpital ?

.....

4. Combien de temps avez-vous patientez avant que votre parent ne soit reçu par les agents ?

.....
.....

5. Pensez-vous que ce temps d'attente soit plus long ou plus court ?

.....
.....

6. A votre avis pourquoi avez-vous attendu plus longtemps ou moins longtemps ?

Cas grave /___/ cas moins grave /___/ ne sait pas /___/

.....

7. Comment trouvez-vous l'accueil ?

Bon/___/

Mauvais/___/

Sans opinion/___/

En quoi c'est mauvais ?

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

8. Quelle était l'attitude de l'agent qui vous a reçu ?

Très amicale /___/ amicale /___/ ni amical ni inamicale /___/ inamicale /___/

.....
.....

9. Etes-vous satisfait des soins reçus par votre parent ?

Très satisfait /___/ Satisfait /___/ Indifférent /___/ Insatisfait /___/ Très insatisfait /___/

.....
.....

10. Les soins étaient-ils administrés régulièrement ?

Oui /___/ Non /___/

11. Quelle est votre appréciation des couts des soins reçus ?

11.1 Frais de consultation

Très chère/___/ Chère/___/ Acceptable/___/

.....

11.2 Frais de cession des médicaments

Très chère/___/ Chère/___/ Acceptable/___/

.....

11.3 Frais des actes médicaux

Très chère/___/ Chère/___/ Acceptable/___/

.....

11.4 Frais des actes chirurgicaux

Très chère/___/ Chère/___/ Acceptable/___/

.....

.....

12. Pensez-vous que les montants payés sont raisonnables ?

Oui /___/ Non /___/

.....

13. Avez-vous des tests de laboratoire, de radiographie, le scanner à faire ?

Oui /___/ Non /___/

.....

14. L'agent de santé vous a-t-il expliqué pourquoi vous devez faire ces examens

Oui /___/ Non /___/

.....

15. Quelles sont les difficultés rencontrées dans l'hôpital ?

.....

.....

.....

.....

GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AU CHEF SERVICE

1. Identification

1.1. Fiche N°.....

1.2. Date de l'enquête:

1.3. Nom de l'enquête :.....

2. Nombre de personnels qualifiés dans le service

Médecin généraliste /___/ Médecin urgentiste /___/ Chirurgien
généraliste/___/

Chirurgien traumatologue/___/ Chirurgien urologue/___/ Chirurgien
viscéral/___/

Chirurgien thoracique/___/ Infirmier urgentiste/___/ Infirmier /___/
Aide-soignant/___/ Autre/___/

3. Le personnel du service a-t-il reçu une formation continue au cours de ces trois dernières
années ?

4. Comment le service fonctionne-t-il ? (existence de staff, de réunions de service et rythme)
.....
.....
.....

5. Quel est le mécanisme de motivation mis en place pour le personnel du service ?
.....
.....
.....

6. Le personnel du service reçoit-il des supervisions ?, A quel rythme ? (Vérifier les
rapports de supervision si possible)
.....
.....
.....

7. Le service reçoit-il des subventions ou dons pour la PEC des victimes d'AVP ?

.....
.....
8. Que pouvez-vous dire sur la satisfaction des clients sur la PEC des victimes d'AVP ?

.....
.....
.....
9. Par rapport aux relations interpersonnelles, existe –t-il des conflits entre le personnel soignant, les victimes d'AVP et leur garde malade ? si oui quel est le dispositif mis en place pour les régler ?

.....
.....
.....
10. Quelles sont vos difficultés dans la PEC des patients victimes d'AVP ?

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

QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX VICTIMES D'AVP

Date de l'enquête:

Nom de l'enquêté:

Quartier/village :

Arrondissement :

1. Identification

Oui = 1

Non = 0

Q1. Age de l'enquêté (en ans absolu) : / ____ / ans

Q2. De quelle ethnie êtes-vous ? :

1. Fon...../ ____/

2. Goun/ ____/

3. Wémè/ ____/

4. Tori/ ____/

5. Yorouba...../ ____/

6. Autres/ ____/

Q3. Quelle est votre situation matrimoniale actuelle ? (*une seule option*) :

1. Marié/ ____/

2. Célibataire/ ____/

3. Union libre...../ ____/

4. Divorcé et Veuf (ve)...../ ____/

Q4. Quel niveau d'instruction avez-vous ? (*une seule option*):

2. Primaire/ ____/

3. Secondaire/ ____/

4. Supérieur/ ____/

5. Non Scolarisé/ ____/

Q5. Quelle religion pratiquez-vous ? (*une seule option*):

1. Chrétienne/ ____/

2. Musulmane/ ____/

3. Traditionnelle/ ____/

4. Aucune/ ____/

Q6. Quelle est votre Profession ? (*une seule option*):

1. Commerçante...../ ____/

2. Fonctionnaire/ ____/

3. Artisan/ ____/

4. Agriculteur/___/
5. Autres/___/

2. Mode d'admission

Q7. Comment êtes-vous venu ici ?

1. Référé.....Oui /___/Non/___/
2. Sapeurs-pompiers.....Oui /___/Non/___/
3. Vous-même :Oui /___/Non/___/

3. Moyen de déplacement utilisé

Q8. Quel moyen de déplacement avez-vous utilisé ?

1. Voiture.....Oui /___/Non/___/
2. Moto.....Oui /___/Non/___/
4. Autres à préciser.....Oui /___/Non/___/

4. Satisfaction

Q9. Êtes-vous satisfaits de ?

1. Accueil.....Oui /___/Non/___/
2. Confidentialité..... Oui /___/Non/___/
3. Disponibilité du personnel qualifié..... Oui /___/Non/___/
4. Continuité des soins..... Oui /___/Non/___/
5. Disponibilité du matériel..... Oui /___/Non/___/
6. Examen cliniqueOui /___/Non/___/
7. Coût des prestations..... Oui /___/Non/___/
8. Temps d'attenteOui /___/Non/___/

3. Relations interpersonnelles

Q10. Comment sont vos relations avec le personnel de santé ?

1. BonneOui /___/Non/___/
2. MauvaiseOui /___/Non/___/

Q11. Si mauvaise, quelles sont les causes ?.....

.....

FICHE DE DEPOUILLEMENT DES DOSSIERS DES TRAUMATISES ABDOMINAL

1. Nom et prénom de la victime renseigné.....Oui / ____/Non/ ____/
2. Age renseigné.....Oui / ____/Non/ ____/
3. Profession renseigné.....Oui / ____/Non/ ____/
4. Circonstances de survenue de l'accident renseigné.....Oui / ____/Non/ ____/
5. Les plaintes renseignées.....Oui / ____/Non/ ____/
6. Les antécédents renseignés.....Oui / ____/Non/ ____/
7. Examen clinique fait et consigné.....Oui / ____/Non/ ____/
8. Examens paracliniques demandés :
 - Prélèvement sanguin demandé.....Oui / ____/Non/ ____/
 - Abdomen sans préparation.....Oui / ____/Non/ ____/
 - Echographie abdominale.....Oui / ____/Non/ ____/
 - Scanner abdominal.....Oui / ____/Non/ ____/
9. Diagnostic posé et consigné.....Oui / ____/Non/ ____/
10. Traitement
 - Abord veineux.....Oui / ____/Non/ ____/
 - Antalgique.....Oui / ____/Non/ ____/
 - Intervention chirurgicale.....Oui / ____/Non/ ____/
11. Evolution
 - Sortie.....Oui / ____/Non/ ____/
 - Hospitalisation.....Oui / ____/Non/ ____/
 - Durée hospitalisation...../ ____/

FICHE DE DEPOUILLEMENT DES DOSSIERS DES CAS DE FRACTURE OUVERTE

1. Nom et prénom de la victime renseigné.....Oui / ____/.....Non/ ____/
2. Age renseigné.....Oui / ____/.....Non/ ____/
3. Profession renseigné.....Oui / ____/.....Non/ ____/
4. Circonstances de survenue de l'accident renseigné.....Oui / ____/.....Non/ ____/
5. Les plaintes renseignées.....Oui / ____/.....Non/ ____/
6. Les antécédents renseignés.....Oui / ____/.....Non/ ____/
7. Examen clinique fait et consigné.....Oui / ____/.....Non/ ____/
8. Examens paracliniques demandés :
 - Prélèvement sanguin demandé.....Oui / ____/.....Non/ ____/
 - Radiographie du membre.....Oui / ____/.....Non/ ____/
9. Diagnostic posé et consigné.....Oui / ____/.....Non/ ____/
10. Traitement
 - Abord veineux.....Oui / ____/.....Non/ ____/
 - Antalgique.....Oui / ____/.....Non/ ____/
 - Parage et suture.....Oui / ____/.....Non/ ____/
 - Intervention chirurgicale.....Oui / ____/.....Non/ ____/
11. Evolution
 - Sortie.....Oui / ____/.....Non/ ____/
 - Hospitalisation.....Oui / ____/.....Non/ ____/
 - Durée hospitalisation...../ ____/

FICHE DE DEPOUILLEMENT DES DOSSIERS DES FRACTURE FERMEE

1. Nom et prénom de la victime renseigné.....Oui / ____/Non/ ____/
 2. Age renseigné.....Oui / ____/Non/ ____/
 3. Profession renseigné.....Oui / ____/Non/ ____/
 4. Circonstances de survenue de l'accident renseigné.....Oui / ____/Non/ ____/
 5. Les plaintes renseignées.....Oui / ____/Non/ ____/
 6. Les antécédents renseignés.....Oui / ____/Non/ ____/
 7. Examen clinique fait et consigné.....Oui / ____/Non/ ____/
 8. Examens paracliniques demandés :
 - Prélèvement sanguin demandé.....Oui / ____/Non/ ____/
 - Radiographie du membre.....Oui / ____/Non/ ____/
 9. Diagnostic posé et consigné.....Oui / ____/Non/ ____/
 10. Traitement
 - Abord veineux.....Oui / ____/Non/ ____/
 - Antalgique.....Oui / ____/Non/ ____/
 - Immobilisation plâtrée.....Oui / ____/Non/ ____/
 - Intervention chirurgicale.....Oui / ____/Non/ ____/
 11. Evolution
- Sortie.....Oui / ____/Non/ ____/
- Hospitalisation.....Oui / ____/Non/ ____/
- Durée hospitalisation...../ ____/

FICHE DE DEPOUILLEMENT DES DOSSIERS DES TRAUMATISMES CRANIENS

1. Nom et prénom de la victime renseigné.....Oui / ____/Non/ ____/
2. Age renseigné.....Oui / ____/Non/ ____/
3. Profession renseigné.....Oui / ____/Non/ ____/
4. Circonstances de survenue de l'accident renseigné.....Oui / ____/Non/ ____/
5. Les plaintes renseignées.....Oui / ____/Non/ ____/
6. Les antécédents renseignés.....Oui / ____/Non/ ____/
7. Examen clinique fait et consigné.....Oui / ____/Non/ ____/
8. Examens paracliniques demandés :
 - Prélèvement sanguin demandé.....Oui / ____/Non/ ____/
 - Radiographie du crane.....Oui / ____/Non/ ____/
 - Scanner cérébral.....Oui / ____/Non/ ____/
9. Diagnostic posé et consigné.....Oui / ____/Non/ ____/
10. Traitement
 - Abord veineux.....Oui / ____/Non/ ____/
 - Antalgique.....Oui / ____/Non/ ____/
 - Intubation.....Oui / ____/Non/ ____/
 - Sédation.....Oui / ____/Non/ ____/
 - Oxygénothérapie si nécessaire.....Oui / ____/Non/ ____/
 - Parage et suture.....Oui / ____/Non/ ____/
 - Intervention chirurgicale.....Oui / ____/Non/ ____/
11. Evolution
 - Sortie.....Oui / ____/Non/ ____/
 - Hospitalisation.....Oui / ____/Non/ ____/
 - Durée hospitalisation...../ ____/

FICHE DE DEPOUILLEMENT DES DOSSIERS DES FRACTURE FERMEE

1. Nom et prénom de la victime renseigné.....Oui / ____/Non/ ____/
2. Age renseigné.....Oui / ____/Non/ ____/
3. Profession renseigné.....Oui / ____/Non/ ____/
4. Circonstances de survenue de l'accident renseigné.....Oui / ____/Non/ ____/
5. Les plaintes renseignées.....Oui / ____/Non/ ____/
6. Les antécédents renseignés.....Oui / ____/Non/ ____/
7. Examen clinique fait et consigné.....Oui / ____/Non/ ____/
8. Examens paracliniques demandés :
 - Prélèvement sanguin demandé.....Oui / ____/Non/ ____/
 - Radiographie du membre.....Oui / ____/Non/ ____/
9. Diagnostic posé et consigné.....Oui / ____/Non/ ____/
10. Traitement
 - Abord veineux.....Oui / ____/Non/ ____/
 - Antalgique.....Oui / ____/Non/ ____/
 - Immobilisation plâtrée.....Oui / ____/Non/ ____/
 - Intervention chirurgicale.....Oui / ____/Non/ ____/
11. Evolution
 - Sortie.....Oui / ____/Non/ ____/
 - Hospitalisation.....Oui / ____/Non/ ____/
 - Durée hospitalisation...../ ____/

GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AU RESPONSABLE DU CLIN

1.2. Date de l'enquête:

1.3. Nom de l'enquêté :

2. Depuis quand le CLIN existe-t il ?

.....
.....

3. Quelle est la composition du CLIN

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

4. Comment le CLIN fonctionne-t-il ?

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

6. Quelles sont les actions que le CLIN mène pour la prévention et le contrôle des infections dans l'hôpital ?

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

7. Quelles sont les actions que le CLIN mène pour la prévention et le contrôle des infections chez les victimes d'AVP ?

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

9. Quelles sont vos difficultés ?

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

TABLE DES MATIERES

SIGLES ACROMYMES ET ABREVIATIONS	G
LISTE DES TABLEAUX.....	H
LISTE DES FIGURES.....	K
Introduction	1
1. PROBLEMATIQUE	4
1.1 Enoncé du problème	4
1.2 Cadre conceptuel	6
1.3 HYPOTHESE.....	11
1.4 OBJECTIFS.....	11
1.4.1 Général	11
1.4.2 Spécifiques	11
2. GENERALITES	13
2.1 Définitions des concepts.....	13
2. 2 Revue de littérature	16
2.2.1 Historique de l'évolution de la qualité	16
2.2.2 La qualité des soins et service de nos jours	17
3. CADRE ET METHODE D'ETUDE	21
3.1 Cadre d'étude	21
3.2 Méthode d'étude	23
3.2.1 Type d'étude.....	23
3.2.2 Population d'étude.....	23
3.2.3 Période de collecte des données	24
3.2.4 Méthodes et techniques d'échantillonnage	24

3.2.4.1 Méthode d'échantillonnage	24
3.2.4.2 Technique d'échantillonnage	24
3.2.4.3 Taille de l'échantillon.....	25
3.2.5 Techniques et outils de collecte des données	26
3.2.6 Définition des variables.....	27
3.2.6.1 La composante principale.....	27
3.2.6.2 Les composantes explicatives	27
3.3 Aspects opérationnels des composantes explicatives	29
3.4 Traitement et analyse des données	30
4 Considération éthique.....	31
4. RESULTATS	33
4.1 Caractéristiques des populations étudiées	33
4.1.1 Caractéristiques des victimes admises au CHUDOP	33
4.2 Présentation des résultats par objectif spécifique	36
4.2.1 Analyse de la structure des services des urgences et de la chirurgie du CHUDOP.....	36
5. DISCUSSION	61
5.1 L'atteinte des objectifs	61
5.2 Qualité et validité des résultats.....	61
5.3 Comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs	62
5.3.1 La structure de prise en charge des victimes d'AVP	62
5.3.2 Le processus de prise en charge des victimes d'AVP.....	65
CONCLUSION ET SUGRESSIONS	69
Références	72

ANNEXES	K
---------------	---