



Article original

e-ISSN : 2617-5746

p-ISSN: 2617-5738

Appréciation de la qualité des soins dans le service de pédiatrie de l'hôpital spécialisé mère-enfant blanche Gomes (hsmebg) de Brazzaville (Congo)

BINGUI OUTMAN Pascal Diogène¹, NEBARDOUM Derguedb², PANDZOU Nelly Sandrine¹, MADZOU NGANIE Vanessa Rolyne¹, BOMELEFA BOMEL Verlem¹, MABIALA-BABELA Jean Robert^{3,4}

¹Service de pédiatrie de l'Hôpital spécialisé Mère-enfant Blanche GOMES

²Centre Inter Etats d'Enseignement Supérieur en Santé Publique d'Afrique Centrale (CIESPAC)

³Service de pédiatrie-nourrissons, CHU de Brazzaville

⁴Faculté des Sciences de la Santé, Université Marien NGOUABI

Résumé

Objectif : La qualité des soins dans le service de pédiatrie de l'HSMEBG est-elle appréciable ? L'objectif de ce travail est d'étudier la qualité des soins dans le service de pédiatrie de l'Hôpital Spécialisé Mère-Enfant Blanche Gomes de Brazzaville (Congo) afin de permettre son amélioration.

Méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive, qualitative à visée évaluative et à recueil de données prospectif qui s'est déroulée dans le service de pédiatrie à l'Hôpital Spécialisé Mère-Enfant Blanche Gomes (HSMEBG) de Brazzaville (Congo). La collecte des données s'est faite du 15 Septembre au 15 Décembre 2023. La population cible était constituée des enfants d'un mois à 17ans, hospitalisés dans le service de pédiatrie de l'HSMEBG durant la période d'étude, ainsi que du personnel soignant dudit service. Les variables d'intérêt étaient constituées des caractéristiques socio-démographiques, les ressources humaines et matérielles, le niveau de connaissances des agents vis-à-vis de la QS, l'organisation et la pratique des soins et enfin la satisfaction des usagers. L'analyse a été faite de façon manuelle.

Résultats : le service de pédiatrie de l'HSMEBG compte 71 agents dont 4 pédiatres, 6 médecins généralistes et 23 infirmiers diplômés d'Etat. Un seul agent a déclaré avoir été formé sur la qualité des soins au cours de son cursus et 5 ont déclaré avoir déjà entendu parlé du concept de qualité des soins. Quant aux huit composantes, un seul agent (médecin) les a entièrement citées. Vingt-huit usagers sur 30 ont déclaré être globalement très satisfaits de la qualité des soins reçus par leur enfant dans le service au point d'accepter d'y revenir ou de le recommander à quelqu'un d'autre. Les deux autres ont dit éviter de revenir à cause du coût global très élevé.

Conclusion : La qualité des soins dans le service de pédiatrie de l'HSMBEG est globalement satisfaisante. Des domaines tels que la communication avec le patient et la disponibilité des

produits pharmaceutiques doivent être améliorés. Les résultats de cette étude pourraient constituer le socle sur lequel les autorités politico-administratives, académiques et médicales peuvent s'appuyer pour décliner des stratégies, en vue de l'amélioration constante de la qualité des soins pour les enfants.

Mots clés : Qualité des soins, pédiatrie, Congo

Correspondance

BINGUI OUTMAN Pascal D., Service de pédiatrie de l'Hôpital spécialisé
Mère-enfant Blanche GOMES, Congo-Brazzaville

Téléphone : xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Email : xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Article reçu : 06-01-2024

Accepté : 04-09-2024 Publié : 02-10-2024



Copyright © 2024. BINGUI OUTMAN Pascal D. et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pour citer cet article : BINGUI OUTMAN Pascal D. et al. Appréciation de la qualité des soins dans le service de pédiatrie de l'hôpital spécialisé mère-enfant blanche Gomes (hsmebg) de Brazzaville (Congo). Revue de Médecine et de Santé Publique. 2024 ; 7(2) : 97 - 124

Abstract

Objective: Is the quality of care in the pediatric department of HSMEBG appreciable? The objective of this work is to study the quality of care in the pediatric department of the Blanche Gomes Mother-Child Specialized Hospital in Brazzaville (Congo) in order to enable its improvement.

Methods

This is a descriptive, qualitative study with an evaluative aim and prospective data collection which took place in the pediatric department at the Specialized Mother-Child Hospital Blanche Gomes (HSMEBG) in Brazzaville (Congo). Data collection took place from September 15 to December 15, 2023. The target population consisted of children from one month to 17 years old, hospitalized in the pediatric department of HSMEBG during the study period, as well as the nursing staff of that service. The variables of interest consisted of socio-demographic characteristics, human and material resources, the level of knowledge of agents vis-à-vis QS, the organization and practice of care and finally user satisfaction. The analysis was done manually.

Results: The HSMEBG pediatrics department has 71 agents including 4 pediatricians, 6 general practitioners and 23 state-certified nurses. Only one declared having been trained in the quality of care during his course and 5 declared having already heard of the concept of quality of care. As for the eight components, only one agent (physician) cited them entirely. Twenty-eight users out of 30 said they were generally very satisfied with the quality of care received by their child in the service, to the point of agreeing to come back or to recommend it to someone else. The other two said they would avoid returning because of the very high overall cost.

Conclusion: The quality of care in the pediatric department of HSMBEG is generally satisfactory. Areas such as communication with the patient and the availability of pharmaceutical products need to be improved. The results of this study could constitute the basis on which the political-administrative, academic and medical authorities can rely to develop strategies, with a view to constantly improving the quality of care for children.

Keywords: Quality of care, pediatrics, Brazzaville

Introduction

La qualité des soins (QS) est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme la délivrance à chaque patient de l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui **assurera le meilleur résultat en termes de santé**, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins[1].

Depuis plus d'une décennie, l'intérêt porté à la QS par les professionnels, les pouvoirs publics, les compagnies d'assurance ou les patients ne cesse de croître[2]. Cela n'est pas anodin d'autant plus que la QS dépend de l'infrastructure matérielle, des ressources humaines, des connaissances, des compétences et des capacités à prendre en charge les patients qui requièrent des interventions rapides, permettant de sauver des vies[3]. Améliorer la QS dans les établissements de santé est par conséquent considéré de plus en plus comme un objectif important, visant à mettre fin à la mortalité et la morbidité évitables par exemple chez les mères et les nouveau-nés.

La conscience de l'importance des risques produits par le système de soins pousse à renforcer les moyens de régulation. Or, la disponibilité des soins et services spécialisés de qualité dans les hôpitaux généraux n'a pas fait l'objet d'une évaluation au Congo[4]. Cette étude vient combler ce vide et contribuer à améliorer la QS sur le terrain au bénéfice des enfants.

Méthodes

Il s'est agi d'une étude descriptive, qualitative, à visée évaluative (type : étude de la qualité des soins) et à recueil de données prospectif. L'étude s'est déroulée du 1^{er} juillet au 31 Décembre 2023, soit six mois. La population cible était constituée de tous les enfants hospitalisés (nouveau-nés non-inclus) dans le service de pédiatrie de l'HSMEBG durant la période d'étude, et du personnel soignant dudit service. Ont été inclus dans cette étude les enfants dont les parents ont donné leur consentement éclairé et signé une autorisation parentale et agents du service ayant donné leur consentement. Les décès à l'arrivée et les enfants bénéficiant de la gratuité du service social de l'hôpital ont été exclus de l'étude tout comme les agents du service qui ne sont pas impliqués dans la réalisation des soins. Nous avons recouru à la méthode non-probabiliste pour constituer l'échantillon. Il s'est agi

d'un recrutement systématique de tous les enfants admis en hospitalisation dans le service de pédiatrie de l'HSMEBG durant la période d'étude et répondant aux critères d'inclusion. La taille de l'échantillon a été obtenue par saturation. Le nombre de participants a été déterminé dès lors que les réponses similaires ont été obtenues pour chaque question. La saturation a été atteinte à partir du 30^e usager.

Plusieurs outils de collecte ont été employés pour cette étude.

La grille d'observation : pour l'appréciation de la pratique des soins

La note descriptive : servant à la description des ressources humaines et matérielles disponibles pour la pratique des soins.

Deux guides d'entretien semi-directif : l'un pour l'évaluation du niveau des connaissances des agents et l'autre pour apprécier la satisfaction des usagers. Les guides comportaient en même temps des questions ouvertes et fermées.

Procédure de collecte

Deux techniques ont été utilisées :

-**l'observation** : à partir de la grille d'observation, l'organisation des soins a été évaluée par l'investigateur de façon passive, en situation d'exécution, depuis l'admission jusqu'à l'administration des soins. Les ressources disponibles ont été mentionnées dans une note descriptive annexée.

-**L'entretien semi-directif individuel** : pour le recueil des caractéristiques socio-démographiques des patients, l'appréciation du niveau de connaissances des agents du service et le niveau de satisfaction des usagers.

L'étude a porté sur le recueil de données relatives aux ressources humaines et matérielles du service. Il s'est agi de décrire les capacités humaines et matérielles du service au moment de l'étude et l'organisation du travail. L'investigateur a mentionné grâce à la grille d'observation le respect des procédures par le personnel soignant depuis l'admission jusqu'aux soins effectifs. Une note descriptive a rapporté les ressources disponibles.

Concernant les caractéristiques socio-démographiques des patients, un questionnaire leur a été remis et expliqué.

Un autre questionnaire a été remis aux agents du service pour l'appréciation de leur niveau de connaissances et un autre pour le niveau de satisfaction des usagers apprécié par eux-mêmes. La figure 4 présente de façon schématique la procédure de collecte des données.

La triangulation des données a été utilisée à travers l'utilisation des plusieurs sources et aussi de deux techniques de collecte (observation et entretien). Le logiciel Excel version 2016 a été utilisé pour la confection de la base des données. Les aspects quantitatifs étant limités juste au décompte des agents et usagers, et leur catégorisation. A la fin des entretiens, l'analyse a été faite de façon manuelle.

Résultats

Caractéristiques socio-démographiques

Des usagers

Des 30 participants interrogés, 29 étaient des mères, deux bénéficiaient d'une assurance maladie et 20 provenaient directement du domicile. Le tableau 1 présente la répartition des enquêtés en fonction de leurs caractéristiques socio-démographiques.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des usagers du service de pédiatrie de l'HSMEBG en 2023

Caractéristiques des usagers	Effectifs (n=30)
Age du parent interrogé (années)	
< 30	15
≥ 30	15
Genre du parent	
Féminin	29
Masculin	1
Provenance de l'enfant	
Domicile	20
Etablissement de santé	10
Assurance santé des parents	
Oui	2
Non	28
Niveau d'instruction du parent	
Primaire	3
Secondaire	15
Universitaire	12

Les accompagnants étaient presque toujours des mères. Elles étaient relativement jeunes avec des âges variés entre 22 et 35 ans.

Des agents du service

Vingt agents ont accepté de se soumettre au questionnaire, parmi lesquels : 10 médecins dont 4 pédiatres et 6 généralistes, 2 assistants sanitaires, 4 infirmiers diplômés d'Etat, 2 agents techniques de santé, une puéricultrice et une nutritionniste. Le tableau 2 présente la répartition des agents en fonction de leurs caractéristiques socio-professionnelles.

Tableau 2. Répartition des agents du service de pédiatrie de l'HSMEBG en fonction de leurs caractéristiques socio-professionnelles en 2023

Caractéristiques socio-professionnelles des agents	Effectifs (n=20)
Age (années)	
< 40	8
≥ 40	12
Genre	
Masculin	5
Féminin	15
Profession	
Pédiatre	4
Médecin généraliste	6
Assistant sanitaire	2
Infirmier Diplômé d'Etat	4
Agent technique de santé	2
Puéricultrice	1
Nutritionniste	1
Ancienneté	
< 5 ans	12
≥ 5ans	8

Parmi ces 20 agents, 8 avaient plus de 40ans et 12 en avaient moins, 15 étaient du genre féminin et 5 du genre masculin. L'ancienneté était de moins de 5ans chez 12 agents et supérieure à 5ans chez huit autres, avec donc une relative « jeunesse » du personnel.

Niveau de connaissances des agents

Des 20 agents du service interrogés, un seul a déclaré avoir été formé sur la qualité des soins au cours de son cursus et 5 ont déclaré avoir déjà entendu parler du concept de

qualité des soins. Quant aux huit composantes, un seul agent (médecin) les a entièrement citées. Le niveau de connaissances des agents est rapporté dans le tableau 5.

Tableau 5. Niveau de connaissances des agents du service de pédiatrie de l'HSMEBG sur la qualité des soins en 2023

Connaissances	Effectif (n=20)
Déjà entendu parler	
Oui	5
Non	15
Définition de la QS	
Oui	1
Non	19
Connaissances des huit composantes	
Oui	1
Non	19

L'évaluation du niveau de connaissance montre que la quasi-totalité des agents n'a pas reçu de formation sur la qualité des soins, et ce indépendamment de leur catégorie professionnelle.

Organisation et pratique des soins

Organisation des soins

Les activités du service comprennent les consultations curatives, les hospitalisations, les contrôles mensuels des drépanocytaires et des enfants exposés au VIH ou contaminés par celui-ci. Chaque jour, deux médecins consultent aux urgences pédiatriques de 8 heures à 14 heures, une autre équipe de deux médecins les remplace à 14 heures pour la garde qui prend fin à 8 heures.

Les infirmiers(ères) sont astreint(e)s à deux rotations par jour : une équipe de 8 assure la permanence de 8h à 16 heures et une équipe de 4 autres assure la garde de 16 heures à 8 heures (le lendemain). Une remise de garde (passation) a lieu tous les jours à 8 heures, supervisée par le Chef de service. Deux visites générales sont organisées les mardi et jeudi ; un staff se tient le vendredi au cours duquel un dossier médical, un thème ou des séances de remise à niveau sur un point précis de la prise en charge des enfants sont discutés. Les

soins à réaliser sont inscrits par le médecin sur une fiche qui sera utilisée par l'infirmière à cet effet.

Sur les 20 agents interrogés, 15 avaient au moins cinq jours de travail dans la semaine, 12 ont estimé qu'ils étaient surchargés. Quant à la formation et la supervision, 15 ont rapporté qu'ils n'ont jamais bénéficié de quelque formation que ce soit, depuis la fin de leur cursus normal. Tous les 20 participants ont estimé qu'il était nécessaire d'ajouter du personnel au service et d'instaurer des séances de formation et de supervision continues. La rémunération est jugée faible par 17 participants. Seuls trois ont trouvé leur salaire bien à la hauteur de leur travail.

Pratique des soins

Trente enfants ont été observés depuis l'admission jusqu'à la sortie quant à l'administration des soins.

Justification : pour les 30 enfants observés, les soins en hospitalisation étaient justifiés chez 28, deux avaient été hospitalisés à cause de l'angoisse des parents. Pour quatre patients, les médecins n'ont pas donné d'explication aux parents ni justifié pourquoi l'enfant devait être hospitalisé. Le médecin 3 a dit à un parent : « *Madame ! prenez l'enfant on va monter dans le service pour l'hospitaliser. Je vous donnerai des examens et une ordonnance à honorer* ». Un autre médecin déclare « *Madame, vous êtes venue avec qui ? Nous allons hospitaliser votre enfant et vous devez appeler un de vos parents pour venir vous aider dans les courses. Prenez l'enfant on va monter au 3^e étage* ».

Type de soins : pour les 30 enfants observés, le type de soins concordait avec la pathologie suspectée ou diagnostiquée.

Réalisation des soins : tous les soins réalisés figuraient sur une fiche de soins montée par un médecin. Le protocole thérapeutique n'a été expliqué préalablement qu'à 8 parents sur les trente patients observés. Un counseling de mise sous soins n'a été réalisé que chez 11 patients. Chez les 19 autres, l'infirmière a débuté les soins sans aucune explication aux parents. L'infirmière 2 a déclaré aux parents : « *Madame ! sortez les produits de l'enfant, vous les mettez sur le lit et mettez-vous de côté je vais travailler* ». Une autre infirmière a dit « *Si vous avez vos produits, déposez-les sur le lit à côté de l'enfant et allez attendre dehors. Faites-vite, il fait chaud et nous avons beaucoup de boulot* ».

Moment de réalisation des soins : le délai entre l'admission et la réalisation variait entre 30 minutes pour le plus rapide et 2 heures pour le plus tardif. Le long délai observé chez

certain patients avait pour causes le retard lié à la longue file d'attente devant la pharmacie et la caisse, au manque de moyens financiers de certains parents qui attendaient soit le soutien d'un parent qui vient en aide, soit celui du service social de l'hôpital. Dans tous les cas, lorsque toutes les conditions étaient réunies, les soins étaient réalisés dans les délais indiqués par le médecin.

Explication des soins : 11 patients sur 30 ont bénéficié d'une bonne explication de mise sous soins. Les 19 autres n'en ont pas reçu du tout sinon de façon très brève sans possibilité pour les parents de poser des questions. Le médecin 3 a dit brièvement : « *Votre enfant a une diminution de sang, nous allons le transfuser. Je vous fais l'ordonnance et vous allez à la banque de sang. Pendant que vous y allez, je monte avec la mère et l'enfant dans le service* ».

Suivi des soins : parmi les 30 patients observés, les médecins sont revenus suivre les soins pour 24. Les infirmiers qui exécutent les soins ont effectué un suivi des perfusions chez 25 enfants. Le remplacement des produits ne s'est effectué à l'heure indiquée que pour 17 patients. Les 13 autres ont eu un décalage d'une durée allant de 30 minutes à 2h.

Efficacité des soins : les soins prescrits ont été « efficaces » chez 28 enfants, 2 décès ont été enregistrés suite à un cas de tétanos et un autre de méningite.

Innocuité des soins : les possibles effets indésirables n'ont été expliqués à aucun parent. Des éruptions cutanées ont été observées chez deux enfants après injection intraveineuse d'amoxicilline + acide clavulanique. Aucun geste dangereux n'a été observé dans la pratique des soins.

Satisfaction des usagers

Conditions d'accueil

Parmi les 30 parents interrogés, 13 ont déclaré avoir cherché par eux-mêmes le bureau de consultation de pédiatrie. Cinq ont trouvé le délai entre leur arrivée et l'entrée dans le bureau du médecin très long (supérieur à 30 minutes), par contre les 25 autres ont dit qu'ils ont été reçus dans l'immédiat. En ce qui concerne l'administration des premiers médicaments, 26 parents interrogés ont trouvé le délai assez court et donc acceptable, les quatre autres ont trouvé ce délai très long. L'environnement physique a été jugé propre par 27 usagers sur 30. Les trois autres ont déploré les toilettes bouchées dans leur salle d'hospitalisation.

Disponibilité des médicaments

La quasi-totalité (28 sur 30) des usagers interrogés ont déclaré avoir été obligés d'aller dans les officines pour acheter les médicaments. La pharmacie de l'hôpital leur a précisé sur l'ordonnance que certains médicaments n'étaient pas disponibles.

Qualité des relations interhumaines

Pour six usagers, la qualité des relations humaines avec le personnel du service était mauvaise. Certains (Parents 5, 8, 12, 15, 20 et 22) ont déclaré : « *Les matinées ils nous traitent bien parce leurs chefs sont là, mais la nuit ils nous répondent très mal* ». Le parent 20 a précisé « *Les relations interhumaines dépendent des équipes. Certaines sont courtoises d'autres n'aiment pas répondre à nos inquiétudes et trouvent qu'on les dérange* ». Les 24 autres usagers ayant participé à l'enquête ont trouvé très bonne la qualité des relations interhumaines.

Coût global

Le coût global des prestations a été estimé en faible, élevé et très élevé. Vingt usagers sur 30 ont trouvé le coût global de la prise en charge de leur enfant très élevé, cinq l'ont trouvé élevé, et les cinq autres l'ont trouvé très faible.

Satisfaction globale

Parmi les sur 30 usagers, 28 ont déclaré être globalement très satisfaits de la qualité des soins reçus par leur enfant dans le service au point d'accepter d'y revenir ou de le recommander à quelqu'un d'autre. Les deux autres ont dit vouloir éviter de revenir à cause du coût global très élevé.

Discussion

Analyse de la méthodologie

Le caractère transversal et descriptif de cette étude assure une qualité optimale des résultats car le recueil des informations était contemporain des événements décrits. La durée de la période d'étude a été définie par la nécessité d'obtenir un échantillon assez significatif, couvrant les périodes de forte affluence dans le service.

Les nouveau-nés n'ont pas été inclus dans cette étude car la néonatalogie constitue un service à part entière et les parents n'accèdent pas à la salle des soins et il n'admet pas les parents pendant la durée du séjour. L'obtention de leur satisfaction autour des soins reçus par leurs enfants est donc difficile. De ce fait, évaluer leur satisfaction aurait nécessité une

autre méthode et d'autres référentiels. Il sera donc plus pertinent d'envisager une étude à part entière en néonatalogie. Par ailleurs, nous avons exclu les décès à l'arrivée à cause de la difficulté d'avoir des réponses auprès des parents qui sont encore sous le choc de l'annonce du décès de leur progéniture.

Limites et biais

Il s'agit d'une étude qui présente les mêmes limites que toutes les études qualitatives, celles de la difficulté de généralisation et de représentativité. Les informations recueillies ne sont basées que sur la seule bonne foi des participants. En plus, le caractère subjectif de certains aspects tels que la satisfaction globale ne permet pas d'en tirer de grandes conclusions. La grande variation du pouvoir d'achat des participants rend l'aspect « coût » difficile à explorer.

Toutefois, les résultats que nous avons obtenus peuvent constituer pour d'autres chercheurs un point de départ en vue d'approfondir les recherches sur la QS au Congo. Ces travaux pourraient se pencher entre autres sur les facteurs associés aux ruptures récurrentes de médicaments dans les pharmacies hospitalières au Congo, les facteurs de démotivation des agents de santé dans les établissements publics de santé au Congo et enfin les déterminants de la QS dans les hôpitaux publics de Brazzaville.

Caractéristiques socio-démographiques

La possession d'une assurance santé était le caractère distinctif de deux seuls patients. La caractéristique socio-démographique pouvant influencer de façon certaine la qualité des soins est la possession ou non d'une assurance santé. En Afrique subsaharienne en général et au Congo en particulier, l'assurance maladie reste le privilège d'une frange réduite de la population travaillant dans des entreprises privées. En Ethiopie, l'introduction d'une assurance communautaire a entraîné une augmentation de 111 % des consultations externes annuelles, de même que des revenus annuels de 47 %[5]. L'introduction de l'assurance maladie au Ghana en 2003 a entraîné une augmentation considérable de l'utilisation des services de santé[6]. Une enquête transversale auprès de 818 patients a été menée dans 17 hôpitaux généraux de trois régions du Ghana. Au final, il y avait une différence significative entre les patients assurés et ceux non-assurés en ce qui concerne l'accessibilité financière aux soins. D'où l'appel pressant et bien pertinent des ODD à aller vers la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030.

Niveau de connaissances des agents sur la QS

Un seul a déclaré avoir été formé sur la qualité des soins au cours de son cursus. Cinq ont déclaré avoir déjà entendu parler du concept de qualité des soins. Quant aux huit composantes, un seul agent (médecin) les a entièrement citées. Cette observation rejoint celle de Remtullah en Tanzanie et de Bowser qui ont relevé la quasi-absence de modules sur la QS dans le cursus de formation des agents de santé[7,8]. De nombreuses écoles enseignent des sujets liés à la gestion appliquée et presque toutes les écoles enseignent l'équité et les soins centrés sur le patient. En outre ; 45 % d'entre elles enseignent au moins un des six domaines de la définition de la qualité des soins et les autres écoles déclarent ne pas enseigner du tout la qualité ou ne pas savoir. De ce constat il ressort donc que la qualité des soins n'est pas encore entrée dans la pratique courante des agents de santé et ce, depuis l'école de formation[7].

Même constat fait en France où une étude réalisée auprès des établissements hospitaliers a montré que la plupart des professionnels de santé n'ont pas d'idée précise sur la signification de la « qualité »[9].

Organisation et Pratique des soins

Un counseling de mise sous soins n'a été réalisé que chez 11 patients. L'ignorance des composantes de la QS par la quasi-totalité des agents du service expliquerait ces résultats. Des évaluations régulières sont donc nécessaires pour permettre de pousser les agents à mettre à jour leurs connaissances sur la QS.

Quinze agents ont rapporté qu'ils n'ont jamais bénéficié d'une formation depuis la fin de leur cursus normal. Ainsi, l'étude de Bitwe a rapporté que beaucoup de chercheurs se sont intéressés à l'impact de la formation et de la supervision sur l'amélioration de la qualité des soins, sur l'utilisation des services, sur la prescription des médicaments mais peu d'entre eux ont quantifié l'impact de la formation et de la supervision du personnel médical et paramédical sur la mortalité des enfants hospitalisés[10]. Dans cette même étude, le taux de mortalité infantile a diminué de 71,1% après une intervention de formation-supervision. Les rôles spécifiques des différentes approches d'évaluation, y compris sommative, réaliste, développementale et participative, sont identifiés en relation avec les dimensions du cadre proposé[11].

Satisfaction des usagers

Parmi les 30 usagers interrogés, 28 ont déclaré être globalement très satisfaits de la qualité des soins reçus par leur enfant dans le service au point d'accepter d'y revenir ou de le recommander à quelqu'un d'autre. Ce constat rejoint celui de Mabilia et *al.* en 2016 où la qualité des soins donnait satisfaction dans 88,5 % des cas[12]. Quelques-uns se sont plaints du sous-effectif des agents lors des gardes, retardant la prise en charge de leurs enfants. La problématique du sous-effectif pendant les gardes est réelle dans le service. Lorsqu'en journée par exemple il y a jusqu'à 10 infirmières pour 20 malades, le soir à la garde, l'effectif tombe à quatre voire trois pour le même effectif de malades. Sur les 30 usagers, 20 ont trouvé le coût global de la prise en charge de leur enfant très élevé, cinq l'ont trouvé élevé, et les cinq autres l'ont trouvé de très faible. Dans l'étude de Mabilia et *al.*, le coût était jugé abordable par 71% des usagers. La différence observée entre ces deux résultats pourrait s'expliquer par le fait que notre étude s'est déroulée dans un hôpital de 3^e niveau alors que la leur concernait les CSI. En effet, le coût de la prise en charge dans les hôpitaux de 3^e niveau est relativement plus élevé que celui pratiqué dans ceux de niveau inférieur.

Conclusion

La qualité des soins reste encore un domaine peu étudié dans notre contexte. Le service de pédiatrie de l'HSMEBG a des ressources humaines et matérielles insuffisantes. Les agents ont déclaré un manque de formation continue. Des domaines tels que la communication avec le patient et la disponibilité des produits pharmaceutiques doivent être améliorés. Les résultats de cette étude pourraient constituer le socle sur lequel les autorités politico-administratives, académiques et médicales peuvent s'appuyer pour décliner des stratégies, en vue de l'amélioration constante de la qualité des soins pour les enfants.

Références

1. Comité régional de l'Afrique 70. Qualité, équité et dignité dans la prestation des services de santé dans la Région Africaine de l'OMS : combler l'écart en matière de qualité pour accélérer les progrès vers l'atteinte des cibles relatives à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dans les objectifs de développement durable. 2020 [cité 25 juin 2021]; Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333746>
2. Garnerin P, Bovier P, Chamot E, Chastonay P, Chopard P, Herrmann F, et al. Qualité des soins. *Schweiz Ärztztg*. 2001;82(38):5.
3. Organisation mondiale de la Santé. Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé [Internet]. 2017 [cité 25 juin 2021]. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris> Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. Ministère de la Santé. Plan national de développement sanitaire du CONGO 2018-2022. 2018.
5. Shigute Z, Mebratie AD, Sparrow R, Alemu G, Bedi AS. The Effect of Ethiopia's Community-Based Health Insurance Scheme on Revenues and Quality of Care. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(22):1-17.
6. Abuosi AA, Domfeh KA, Abor JY, Nketiah-Amponsah E. Health insurance and quality of care: Comparing perceptions of quality between insured and uninsured patients in Ghana's hospitals. *Int J Equity Health* 2016;15:1-11.
7. Bowser D, Abbas Y, Odunleye T, Broughton E, Bossert T. Pilot study of quality of care training and knowledge in Sub-Saharan African medical schools. *Int J Med Educ* 2017; 8:276-82.
8. Remtullah AZ, Sirili N, Anaeli A, Massawe A, Manji K, Sunguya BF. Quality of Healthcare in Acute Pediatric Care Unit in a Tertiary Hospital in Tanzania: A Case of Muhimbili National Hospital. *Front Pediatr* 2020;8:496.
9. 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. France; 2003.
10. Bitwe R, Schirvel C, Dramaix M, Hennart P. Impact d'un programme de formation et de supervision de la qualité des soins sur la mortalité intra-hospitalière des enfants en Afrique centrale. *Sante Publique (Bucur)* 2009;21(4):415-26.
11. Shah N, Mathew S, Pereira A, Nakaima A, Sridharan S. The role of evaluation in iterative learning and implementation of quality of care interventions. *Glob Health Action* 2021; 14(1):1882182.
12. Mabilia-Babela JR. Satisfaction des usagers vis-à-vis des soins dispensés dans les centres de sante intégrés de Brazzaville. *Ann Sci Santé* 2016;15(5).

Tableaux et figures

Tableau 1 : Distribution des variables de la réalisation de TDR de paludisme durant la période de l'étude

Années	Nombre des TDR réalisés FS	Nombre des TDR réalisés ASBC	Somme TDR réalisés (FS+ASBC)	% TDR réalisés ASBC
2019	18 116 946	127 617	18 244 563	0,7%
2020	15 109 304	243 397	15 352 701	1,6%
2021	16 954 871	367 844	17 322 715	2,1%
Total	50 181 121	738 858	50 919 979	1,5%

Tableau 2 : Distribution des variables de diagnostic de cas de paludisme durant la période de l'étude

Année	Nombre des Cas confirmés FS	Nombre des Cas confirmés ASBC	Somme cas confirmés (FS+ASBC)	% Cas confirmés ASBC
2019	16 267 503	81 099	16 348 602	0,5%
2020	5 953 831	166 444	6 120 275	2,7%
2021	11 543 892	247 746	11 791 638	2,1%
Total	33 765 226	495 289	34 260 515	1,4%

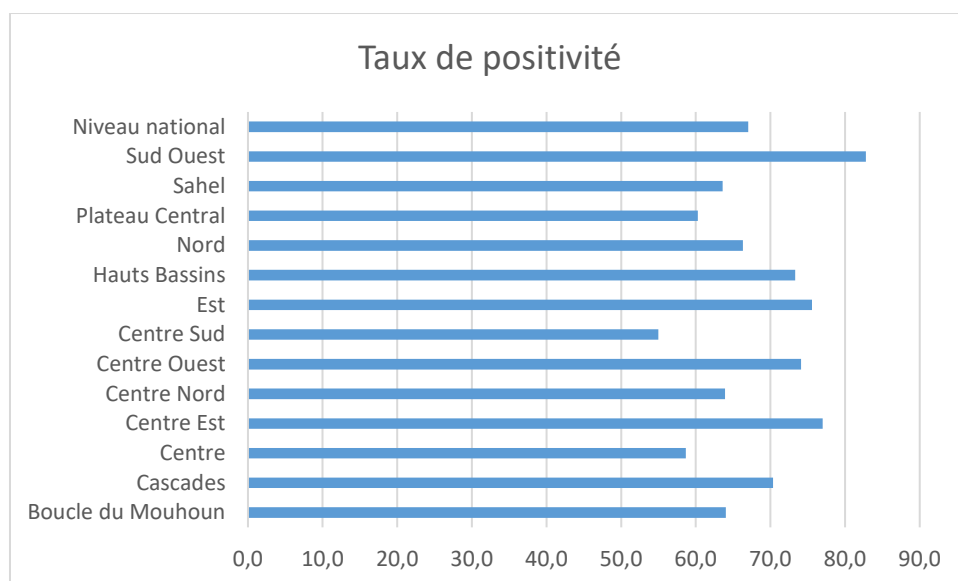


Figure 1 : Taux de positivité des Tests de Diagnostic Rapide (TDR) du paludisme par région au niveau communautaire

Tableau 3 : Répartition des variables de prise en charge du paludisme durant la période de l'étude.

Année	Nombre des Cas traités FS	Nombre des Cas traités ASBC	Somme Cas traités (FS+ASBC)	% Cas traités ASBC
2019	11 611 025	65 874	11 676 899	0,6%
2020	10 648 815	149 704	10 798 519	1,4%
2021	11 539 537	212 362	11 751 899	1,8%
Total	33 799 377	427 940	34 227 317	1,3%

Tableau 4 : Répartition des variables de cas de paludisme non traités durant la période l'étude

Année	Nombre des Cas positif ASBC	Nombre des Cas traités ASBC	Nombre des Cas non traités ASBC	% cas non traités ASBC
2019	81 099	65 874	15 225	19%
2020	166 444	149 704	16 740	10%
2021	247 746	212 362	35 384	14%
Total	495 289	427 940	67 349	14%

Tableau 5: Récapitulatif du modèle de régression linéaire multiple

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Modifier les statistiques	
					Variation de R- deux	Variation de F
1	.999a	.997	.997	2275.2837	.997	4559.534
Anova : F= 4559.534 ; p= .000						
Variables :						
Nombre des TDR réalisés au niveau communautaire par les ASBC,						
Nombre des cas de Paludisme traités dans les FS,						
Nombre des cas confirmés par les ASBC,						
Nombre des TDR réalisés dans les formations sanitaires						