

AUDIT ORGANISATIONNEL DU DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE, D'OBSTETRIQUE ET DE MEDECINE DE LA REPRODUCTION DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SOURO SANOU, BURKINA FASO

D.A. SOME, Z.C. MEDA, S. OUATTARA, S. KOUTOU, R.B. YAMEOGO, H. HIEN, A. HIEN, L. HIEN, A.S. OUEDRAOGO, B.B. THIEBA, B. DAO

RESUME

Introduction : Les dysfonctionnements des services de santé entravent l'offre de soins et services de santé de qualité. L'objectif de l'étude était de réaliser un audit organisationnel du Département de Gynécologie, d'Obstétrique et de Médecine de la Reproduction du Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou (CHUSS), afin d'en identifier les dysfonctionnements et de proposer des pistes de solutions.

Matériel et Méthodes : Il s'est agi d'une étude transversale basée sur l'audit organisationnel inspiré des normes d'accréditation de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé de la France, version 1999. L'audit a été réalisé au niveau du Département de Gynécologie, d'Obstétrique et de Médecine de la Reproduction du CHUSS de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. L'étude a eu lieu du 15 Mars au 14 Juin 2019, avec une collecte des données qui a duré 2 mois. Des scores ont été utilisés pour mesurer les niveaux d'atteinte des composantes organisationnelles du service.

Résultats : L'audit organisationnel révélait un score global de 53,3%. Les scores «organisation médicale» et «accueil, environnement et infrastructures» étaient moyens. Les scores faibles concernaient les domaines «droits et informations du patient», «qualité de la prise en charge», «gestion et administration», «gestion du risque et sécurité transfusionnelle». A cela s'ajoutaient le faible niveau des équipements et la faible disponibilité des médicaments et des consommables médicaux. Les points à améliorer par domaine ont été identifiés.

Conclusion : Des insuffisances organisationnelles de gestion du Département de gynécologie, d'obstétrique et de médecine de la reproduction ont été identifiées. Il y est important de s'engager dans un processus de démarche qualité pour améliorer la prise en charge des patientes.

Mots-clés : Démarche qualité, Processus, Soins, Services

SUMMARY

Organizational audit of the Department of gynecology, obstetrics and reproductive medicine of the National teaching hospital of Sourou Sanou, Burkina Faso.

Introduction: The dysfunctions of health services, especially about emergency departments, hinder the provision of quality health care and services. The objective of the study was to carry out an organizational audit of the Department of gynecology, obstetrics and reproductive medicine (DGORM) of the National teaching hospital Sourou Sanou University Hospital Centre (NTHSS) in order to identify dysfunctions and possible solutions.

Material and methods: This was a cross-sectional study based on based on the organizational audit adapted from the accreditation standards of the National Agency for Health Accreditation and assessment (NAHAA) from France, version-1999. The study took place from March 15th to June 14th, 2019. The scores were used to measure the expected levels of the organizational components of the service.

Results: The organizational audit revealed an overall score of 53.3%. The domains having medium level were:»reception, environment and infrastructure» and «medical organization». The low scores were: «patient rights and information», «quality of care», «risk management and transfusional safety», «management and administration», and «global score». In addition, there were low levels of equipment, and low availability of drugs and medical consumables. The aspects, that have to be improve, were identified.

Conclusion: Organizational weaknesses in the management of the DGORM of the NTHSS have been identified. It is important to engage towards a quality approach process in order to improve health services performances.

Keywords: Quality approach, Process, Care, Services

Tirés à part : Email: adolphesomeder@yahoo.fr
Bobo Dioulasso, Burkina Faso

SOME D.A., MÉDA Z.C., OUATTARA S., KOUTOU S., YAMÉOGO R.B., HIEN H., HIEN A., HIEN L., OUÉDRAOGO A.S., THIÉBA B.B, DAO B. Audit organisationnel du Département de Gynécologie, d'Obstétrique et de Médecine de la Reproduction du Centre Hospitalier Universitaire Sourou Sanou, Burkina Faso. Journal de la SAGO, 2020, vol.21, n°1, p.1-7.

INTRODUCTION

Dans le cadre de la démarche assurance qualité, l'audit est l'«examen occasionnel ou périodique, sur pièce et sur place, des activités d'un ou de plusieurs organismes en vue d'aider leurs responsables à améliorer la gestion et les résultats » [1]. L'évaluation de la qualité des soins est une démarche pour garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins » [2]. Malgré l'existence des référentiels énonçant un ensemble d'exigences pour assurer la qualité de ses produits ou de son service [2], l'Organisation mondiale de la santé (OMS) signale qu'un patient sur dix serait victime d'erreurs évitables qui ont des conséquences directes sur son état : douleur, incapacités, traumatismes physique et psychologique, mortalité ; aussi, les coûts financiers associés au manque de sécurité ont été estimés à environ 10 % des dépenses totales de santé des pays [3].

La mortalité maternelle en Afrique subsaharienne, en particulier dans les hôpitaux de référence, reste très élevée[4]. La mortalité maternelle intra-hospitalière, de 1,4% en 2016, reste élevée au Département de gynécologie, d'obstétrique et de médecine de la reproduction (DGOMR) du Centre hospitalier universitaire Sourô Sanou (CHUSS) de Bobo-Dioulasso[5]. Les causes de ces décès sont connues [6-9]. Les autres facteurs qui empêchent les femmes de recevoir ou de solliciter des soins durant la grossesse et l'accouchement sont notamment la pauvreté, l'éloignement des structures sanitaires, le manque d'informations, l'inadéquation des services et certaines pratiques culturelles [6]. Aussi, le modèle dit des trois retards rappelle que le troisième retard est lié aux soins qui doivent être prodigués dans l'établissement vers lequel la patiente a été transportée[10], d'où la nécessité d'avoir des services de santé adéquats. La sécurité de la maternité peut être améliorée par des systèmes de santé susceptibles de faire face aux complications sérieuses et délétères de la grossesse et de l'accouchement dès qu'elles se présentent[11].

L'objectif de cette étude était de réaliser un audit organisationnel du Département de gynécologie, d'obstétrique et de médecine de la reproduction (DGOMR) du Centre hospitalier universitaire Sourô Sanou (CHUSS) de Bobo-Dioulasso, afin d'en identifier les dysfonctionnements.

I. MATERIEL ET METHODES

Il s'est agi d'une étude transversale basée sur un audit organisationnel du Département de Gynécologie, d'Obstétrique et de Médecine de la Reproduction

(DGOMR) du CHUSS de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. La grille d'audit organisationnel était adaptée des normes d'accréditation de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) de la France, version 1999 [12]. La période de l'étude était du 15 mars au 14 juin 2019 avec une période de collecte des données de deux (2) mois.

Les variables étudiées étaient relatives à l'organisation des soins au DGOMR. Le questionnaire utilisé était celui élaboré et adapté de l'ANAES-version 1999 [12] et comportant 6 domaines ou composantes (tableau I) à savoir : Accueil, environnement et infrastructures; droits et informations du patient ; qualité de la prise en charge ; organisation médicale et gestion du risque et sécurité transfusionnelle.

Aussi, ont été collectées les données relatives aux ressources (grille de vérification du matériel, des médicaments, des consommables médicaux et les ressources humaines), à l'organisation ainsi qu'au fonctionnement (questionnaire semi-structuré et la grille de vérification des documents). Des normes en infrastructures et en équipements pour un CHU au plan national n'ayant pas été trouvées, nous nous sommes inspirés de celles d'un Centre hospitalier régional (CHR) au Burkina Faso, disponibles depuis 2015 [13].

Pour l'analyse des données, nous avons apprécié le niveau de la qualité des différentes composantes organisationnelles du service sous forme de scores par domaine et celui global. Un score de 0 ou 1 correspondant aux réponses oui ou non a été défini pour chaque question. Le total des scores a servi de base pour apprécier le niveau d'organisation des urgences médicales pour chaque rubrique du questionnaire sur l'audit organisationnel. Le score calculé correspondait au total des réponses « Oui » multiplié par 100, le tout divisé par le nombre total de questions du domaine. Puis un score global de toutes les rubriques a été calculé. Des intervalles ont été utilisés pour l'évaluation de l'organisation du DGOMR. Lorsque le pourcentage des scores calculé était supérieur ou égal à 85,0%, la rubrique était jugée de bon niveau. Le niveau était considéré moyen quand le pourcentage des scores était compris entre 60,0% et 85,0% ; et le niveau était considéré faible quand le pourcentage de score était inférieur à 60,0%.

Les données ont été collectées après avoir obtenu l'accord du Directeur général du centre hospitalier universitaire Sourô Sanou (CHUSS) ainsi que celui du chef du département de gynécologie, d'obstétrique et de médecine de la reproduction (DGOMR) avant le début de l'étude.

II. RESULTATS

1. Score global de l'audit organisationnel du Département de Gynécologie, d'Obstétrique et de Médecine de la Reproduction (DGOMR)

L'étude a permis de noter un niveau faible de l'organisation et du fonctionnement d'ensemble du DGOMR avec un score global de 53,3%.

2. Score par domaine de l'audit organisationnel du DGOMR

Les scores par domaine de l'audit organisationnel sont présentés dans le tableau I ci-dessous. Les domaines à niveau moyen étaient l'«accueil, environnement et infrastructures» et l'«organisation médicale».

Quant aux domaines à niveau faible, il s'agissait des domaines relatifs aux «droits et informations du patient», à la «qualité de la prise en charge», à la «gestion et administration», à la «gestion du risque et sécurité transfusionnelle», et au score global.

Tableau I : Résultats de l'audit sur l'organisation et le fonctionnement du Département de Gynécologie, d'Obstétrique de Médecine de la Reproduction (DGOMR)

N°	Rubriques	Critères	Réponses		Score (%)	Niveau
			Oui	Non		
1	Accueil, environnement et infrastructures	42	19	23	45,2	Faible
2	Droit et informations de la patiente	25	13	12	52,0	Faible
3	Qualité de la prise en charge	11	7	4	63,6	Moyen
4	Organisations médicales	30	15	15	50,0	Faible
5	Gestion du risque et sécurité transfusionnelle	20	16	4	80,0	Moyen
6	Gestion et administration	9	3	6	33,3	Faible
Score global		137	73	64	53,3	Faible

3. Dysfonctionnements notés du domaine de l'accueil, environnement et infrastructures

Dans le tableau II sont présentés les dysfonctionnements notés du domaine de l'accueil, environnement et infrastructures. Il s'agissait, entre autres, de l'absence d'infrastructures et d'équipements conformes, de l'absence d'identification des différents professionnels par un badge lisible, de l'absence de service de réanimation à proximité, de l'absence de médicaments et consommables d'urgence, et de l'insuffisance de gestion des stocks.

Tableau II : Dysfonctionnements notés du domaine de l'«accueil, environnement et infrastructures, équipements et médicaments»

Dysfonctionnements notés du domaine de l'« Accueil, environnement et infrastructures, équipements et médicaments »	
Accueil	
Entrée du service non signalée aux abords et dans l'enceinte de l'établissement	
Inexistence d'un local isolé pour un entretien serein avec la famille	
Absence d'identification des différents professionnels par un badge lisible	
Inexistence de zone d'accueil et d'orientation	
Infrastructures	
Absence de large zone de stationnement et de dégagement pour les véhicules de secours	
Stockage des brancards et chaises non à proximité immédiate de la zone d'accueil	
Absence de prise d'oxygène fonctionnelle au lit des malades	
Absence de salle d'attente pour les accompagnants	
Absence de ventilation des salles	
Absence de locaux de nettoyage, de réserve, et de rangement	
Absence de douches et de vestiaires pour le personnel	
Chambres de garde situées à plus de deux minutes des soins pour les médecins	
Service de réanimation non à proximité	
Service de laboratoire non relié par interphone à la salle d'accouchement	
Service d'imagerie non relié par interphone à la salle d'accouchement	
Service de réanimation non relié par interphone à la salle d'accouchement	
Equipement, médicaments et consommables	
Insuffisance de potence au lit des malades	
Insuffisance de forceps et/ou de ventouse fonctionnelle	
Absence d'un lot de médicaments d'urgence disponible	
Absence de procédure de contrôle de péremption des médicaments d'urgence	
Insuffisance de gestion des stocks	

4. Dysfonctionnements notés du domaine des droits et de l'information du patient

Du domaine des droits et de l'information du patient, il était noté l'absence d'une charte du malade, le non-respect de l'intimité du patient, l'absence d'un registre de plaintes et d'aménagements permettant l'accès et l'accueil des personnes à mobilité réduite (tableau III).

Tableau III : Dysfonctionnements notés du domaine des « droits et informations de la patiente »

Domaine de l'audit organisationnel	Dysfonctionnements notés
Droits et informations de la patiente	<ul style="list-style-type: none"> • Inexistence d'une charte du malade • Document de la charte non disponible dans tous les secteurs d'activités • Insuffisance du respect des procédures pour les travaux de recherche • Consentement écrit non obtenu • Etablissement ne disposant pas d'aménagements permettant l'accès et l'accueil des personnes à mobilité réduite • Insuffisance de mesures pour faciliter les échanges avec les patientes en langues locales • Sortie d'une patiente contre avis médical non formalisée • Absence d'un registre des plaintes • Plaintes non systématiquement analysées selon une procédure écrite • Etablissement non organisé pour assurer le droit d'accès du patient à son dossier par l'intermédiaire d'un praticien qu'il choisit librement

5. Dysfonctionnements notés des domaines de la « qualité de la prise en charge » et de l'« organisation médicale »

Ces dysfonctionnements sont présentés dans le tableau IV. Les principaux dysfonctionnements notés étaient :

- dans le domaine de la qualité de la prise en charge: la non-disponibilité de kits d'urgence, le manque de communication inter-hospitalière, admission de malades graves non annoncés avant leur arrivée
- dans le domaine de l'organisation médicale : l'absence d'un organigramme médical précisant la structuration hiérarchique, l'organisation et les fonctions de l'équipe médicale et l'insuffisance de feed-back des formations reçues aux membres de l'équipe.

Tableau IV : Dysfonctionnements notés des domaines de la « qualité de la prise en charge » et de l'« Organisation médicale »

Domaine de l'audit organisationnel	Dysfonctionnements notés
Qualité de la prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de kits d'urgence comportant des consommables médicaux disponibles pour les patientes admises sans nécessiter de passer d'abord en pharmacie • Malades graves non annoncés avant leur arrivée • Annonce des malades graves avant leurs arrivées ne faisant pas l'objet d'un protocole avec les sapeurs-pompiers • Données issues d'une consultation préalable, d'une hospitalisation antérieure non disponibles
Organisation médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'un organigramme médical précisant la structuration hiérarchique, l'organisation et les fonctions de l'équipe médicale • Accueil non assuré 24H/24 par au moins un médecin sénior • Internes ne travaillant pas systématiquement sous la responsabilité du médecin sénior • Règles relatives aux conditions de prélèvements non établies • Règles relatives aux conditions d'acheminement non établies • Règles relatives aux conditions de communication des résultats des examens non établies • Médecin traitant non informé du décès de la patiente en cas de décès • Nombre et profils des personnes ayant participé à une formation continue, atelier, séminaire, congrès, stage pratique dans l'année non suivis • Participation aux sessions de formation ne donnant pas le lieu à un compte rendu pour le reste de l'équipe • Personnel chargé du brancardage non formé • Personnel chargé du brancardage non recyclé (formation continue au cours de l'exercice professionnel)

6. Dysfonctionnements notés des domaines du «risque et de la sécurité transfusionnelle» et de la «gestion et administration»

Le tableau V présente les dysfonctionnements notés des domaines du «risque et de la sécurité transfusionnelle» et de la «gestion et administration».

Il est noté principalement les dysfonctionnements suivants :

- domaine du risque et de la sécurité transfusionnelle : l'inexistence d'une sécurité incendie et l'absence d'un système d'alerte et de dépannage d'urgence ;
- domaine de la gestion et administration : l'inexistence d'un organigramme du département de gynécologie, d'obstétrique de médecine de la reproduction (DGOMR), l'insuffisance de tenue de réunions de concertation et de communication interne et externe.

Tableau V : Dysfonctionnements notés des domaines de la «gestion du risque et sécurité transfusionnelle» et de la «gestion et administration»

Domaine de l'audit organisationnel	Dysfonctionnements notés
Gestion du risque et sécurité transfusionnelle	Inexistence d'une sécurité incendie
	Inexistence d'un système d'évacuation de secours
	En cas de panne technique, inexistence d'une procédure de dépannage d'urgence (dans les 24 heures)
Gestion et administration	Inexistence de sanitaires réservés au personnel
	•Inexistence d'un organigramme du DGOMR*
	Absence de description des postes et répartition des tâches du DGOMR*
	Insuffisance de réunions de service au DGOMR*
	Absence de calendrier mensuel des congés du personnel du DGOMR*
	Absence d'un système de communication interne au DGOMR*
Absence d'un système de communication externe avec les autres départements du centre hospitalier universitaire Sourô Sanou	

*DGOMR : Département de Gynécologie, d'Obstétrique de Médecine de la Reproduction

III. DISCUSSION

Le présent audit a révélé des insuffisances organisationnelles et fonctionnelles du département de gynécologie, d'obstétrique de médecine de la reproduction (DGOMR) avec un score global faible. Sa principale insuffisance est méthodologique du fait qu'elle est transversale et non généralisable mais permet de rendre compte de l'état des lieux organisationnels d'une structure à une date donnée pour améliorer son fonctionnement dans un processus de démarche qualité.

La réduction de la mortalité maternelle et néonatale reste l'une des préoccupations majeures en santé publique. Pour le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP, en Anglais UNFPA), il faut mettre l'accent sur trois grandes stratégies que sont : la planification familiale, l'assistance qualifiée à la naissance, et les soins obstétricaux d'urgence [10]. Mais cela ne doit pas faire perdre de vue la prise en compte du troisième retard [10], le manque d'informations et l'inadéquation des services [6]. Dans leur étude au Mali, Zongo et al montraient qu'une organisation optimale des services de gynécologie-obstétrique réduit la mortalité maternelle hospitalière de 41% ; pour eux, les critères d'une organisation optimale intègrent non pas seulement la gestion du travail et de l'accouchement par du personnel qualifié, mais également une organisation du travail qui favorise la prise en charge rapide des urgences obstétricales, l'utilisation systématique du partogramme pour les accouchements et de protocoles standardisés pour la prise en charge des complications [4].

Les résultats du présent audit organisationnel montraient qu'aucun score n'était satisfaisant. Par exemple, le niveau de conformité relatif à l'«accueil, à l'environnement et aux infrastructures» était similaire à celui de Habiba au Cameroun en 2011 qui avait trouvé un score relatif à l'accueil de 54,7% selon les usagers [14], et à celui de Doumbaya en Guinée en 2008 avec un score relatif aux infrastructures et équipements de 50% selon les enquêtés [15]. Au département de gynécologie, d'obstétrique de médecine de la reproduction (DGOMR) du centre hospitalier universitaire Sourô Sanou (CHUSS), il était de 45,2%.

Les insuffisances organisationnelles et fonctionnelles avaient déjà été relevées par plusieurs études. En France en 2016, Yannick avait montré que la plupart des décès en réanimation était dus à un problème d'organisation et de compétence [16]. En Guinée, le dysfonctionnement institutionnel et la mauvaise qualité des soins avaient également été notés [15]. Au Maroc, les facteurs contribuant aux décès dans les services de réanimation étaient entre autres le fonctionnement inadéquat, l'indisponibilité de l'équipement, l'absence de protocoles, et l'inadéquation de la supervision, de la dotation en personnel et de la communication [17]. A Kinshasa en 2011, Mbutiwi avait noté l'absence de protocoles standardisés sur la prise en charge des urgences [18]. Concernant la disponibilité des médicaments dans les hôpitaux, Habiba relevait la nécessité de la présence d'un tiers pour payer les médicaments au Cameroun en 2011 [14]. Cette non-disponibilité des médicaments dans les hôpitaux est un aspect relevé par 26% des patients en Inde selon Krishna en 2003 [19].

Il est important de relever que la charge de travail du personnel soignant dans les établissements de santé est surtout néfaste pour les patients. En effet, dans les hôpitaux où les infirmières s'occupaient de six patients, le taux de mortalité était inférieur de 20 % à celui des hôpitaux où elles étaient en charge de dix patients [20]. Aussi, le service de soins était fragilisé lorsqu'il manquait de ressources infirmières en suffisance car source d'épuisement professionnel, avec un risque d'apparition de certains problèmes comme les escarres, les chutes, les infections nosocomiales, les erreurs médicamenteuses augmentaient [21].

Les résultats de la présente étude interpellent l'administration hospitalière, le personnel du service de Gynécologie et d'Obstétrique et des autres services de cet hôpital pour une meilleure implication des prestataires dans l'organisation des services et dans la prise en charge des patients. Des actions doivent être entreprises dans les services du DGOMR afin d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins des patients dans le but de réduire la mortalité. Cela se fera à travers la mise en place d'une démarche qualité dans le service qui commence par l'identification et la nomination d'un point focal qualité. C'est par ce canal que des actions suivantes sont possibles : une bonne communication et collaboration entre agents de santé et les autres sections et services par une prise en charge multidisciplinaire des patients. De plus, l'élaboration de la charte des malades, des normes et protocoles pour les soins seront un atout pour améliorer la prise en charge des patients. Un plan d'action prenant en compte les points à améliorer cités au niveau des tableaux I et II, permettra de contribuer à la réduction de la mortalité dans le DGOMR du CHUSS de Bobo-Dioulasso. Enfin, au vu des contextes de crise politique et socioprofessionnelle et afin d'anticiper, il est important de mettre en place un plan de continuité d'activité (PCA) qui a pour objet de décliner la stratégie et l'ensemble des dispositions qui sont prévues par une organisation pour garantir la reprise et la continuité de ses activités à la suite d'un sinistre ou d'un événement perturbant gravement son fonctionnement normal [22].

CONCLUSION

Le présent audit a permis de relever que les scores d'audit organisationnel par domaine et celui global n'étaient pas satisfaisants. Il est urgent de prendre en compte les normes et standards référencés d'organisation et fonctionnement d'un département de gynéco-obstétrique dans un hôpital, surtout universitaire. Pour ce faire, l'évaluation des pratiques professionnelles et l'analyse préalable de la situation sont un atout pour le projet d'établissement afin de réduire la mortalité intra-hospitalière dans le cadre d'un processus de démarche qualité.

REFERENCES

1. **Afnor**, Normes françaises, normes européennes: lignes directrices pour l'audit des systèmes qualité. Afnor. 1993. X50. 136–41.
2. **Bertrand D, Martine F**. Accréditation et qualité des soins hospitaliers. Adsp. 2001; 35: 1-41.
3. **OMS**. Alliance mondiale pour la sécurité des patients. Défi mondial pour la sécurité des patients. Organisation mondiale de la Santé (OMS), Genève 2005: 1-5.
4. **Zongo A, Taoré M, Faye A, Gueye M, Fournier P, Dumont A**. Effet de l'organisation des services de gynéco-obstétrique sur la mortalité maternelle hospitalière au Mali. Santé Publique 2012; 60(4):265-274.
5. **Ms-bf**, Plan d'action 2018 du Centre hospitalier universitaire Souro Sanou (CHUSS). Ministère de la santé (MS), Burkina Faso (BF). 2019 : 1-96.
6. **OMS**. Mortalité maternelle: Principaux faits. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2018. Accessible sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>. Consulté le 03 août 2019.
7. **Cœuret Pellicer M, BouvierColle MH, Salanave B**. Les causes obstétricales de décès expliquentelles les différences de mortalité maternelle entre la France et l'Europe ? J gynécol obstét biol reprod. 1999. 28.1. 62.
8. **De Brouwere V, Zinnen V, Delvaux T**. Conduire des Revues des cas de Décès Maternels (RDM). Guide et outils pour les professionnels de la santé. Londres, Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, FIGO LOGIC. 2012 . Accessible sur <http://www.figo.org/projects/maternal-and-newborn-health/publications>. Consulté le 05 juin 2019.
9. **OMS**. Au-delà des nombres : examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Genève. 2004. Accessible sur <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43046>. Consulté le 05 septembre 2018.
10. **UNFPA**. La mortalité maternelle: mise à jour. Le soins obstétricaux en point de mire. UNFPA, New York. 2002. Accesible sur https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/mmupdate_2002_fre.pdf. Consulté le 05 mai 2016.
11. **PRB. Mortalité maternelle** : l'une des principales causes de décès au Cambodge. Population Reference Bureau. 2003. Accessible sur <https://www.prb.org/lle/une-des-principales-causes-de-deces-au-cambodge/>. Consulté le 2 Août 2019.

12. **ANAES.** Manuel d'accréditation des établissements de santé. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), France. 1999. 1-101.
13. **Ms-bf.** Normes en infrastructures et équipement pour un Centre hospitalier régional au Burkina Faso. Ministère de la santé (MS), Burkina Faso. 2015. 1-142.
14. **Habiba G, Ongolo-Zogo P.** Améliorer l'Accueil et la Prise en Charge dans les services d'Accueil des Urgences (SAU) des Hôpitaux Nationaux et Régionaux au Cameroun. Note d'information stratégique SURE. CDBPS, Yaoundé, Cameroun. 2013. 1-54.
15. **Doumbouya ML.** Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest : le cas de la Guinée. HAL. 2008. halshs-00229696. 1-20. Accessible sur <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00229696/document>.
16. **Walrave Y.** Causes et caractéristiques des décès en réanimation : une étude nationale. Médecine humaine et pathologie 2016;1-60. Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01407793/document>.
17. **Mouad H.** Revue de mortalité en réanimation Médicale : Résultats d'une étude prospective. Thèse de Médecine. Thèse N°143. Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohamed V, Rabat, Maroc. 2009. 1-100. Accessible sur <http://ao.um5.ac.ma/xmlui/bitstream/handle/123456789/1045/M1432009.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
18. **Mbutiwi INF, Nseka MN, Meert P, Malengreau M., Wilmet M, Longo LA et al.** Audit organisationnel du service des urgences médicales des cliniques universitaires de Kinshasa. Ann Afr Med. 2012; 6(1): 1274–84.
19. **Rao K, Peters D, Bandeen-Roche K.** Towards patient-centered health services in India : a scale to measure patient perceptions of quality. Int J Qual Heal Care 2006; 18(6):414–21.
20. **Griffiths P, Ball J, Murrells T, Jones S, Rafferty AM.** Registered nurse, healthcare support worker, medical staffing levels and mortality in English hospital trusts: a cross-sectional study. BMJ Open 2016; 6:e008751.doi:10.1136/bmjopen-2015-008751.
21. **Schubert M, Schaffert-Witvielt B, De Geest S, Aiken L, Sloane DM, Clarke S, & Abraham I.** Effects of Rationing of Nursing Care in Switzerland on Patients' and Nurses' Outcomes. 2004. Consulté le 22 avril 2010. Accessible sur <http://www.sbk-sg.ch/webseiten/1weiterenews/pdf/2005%2002%2011%20RICH%20Studie.pdf>.
22. **Coursaget Alain et Haas Laurent.** Le plan de continuité d'activité (PCA) : Approche méthodologique. Revue sécurité et stratégie 2014; 3(18): 13-20.