

## **ORGANISATION DE SOINS ET PERCEPTION DE LA PRISE EN CHARGE DU DIABETE GESTATIONNEL A ASSANDRE EN COTE D'IVOIRE**

**Joséphine Constante Adjoua YAO<sup>1</sup>**  
<https://orcid.org/0009-0006-3173-9379>

**Hassane MAHAMAT HEMCHI<sup>2</sup>**

**Joachim OURSINGBE PASSAL<sup>3</sup>**  
<https://orcid.org/0009-0003-9207-6757>

**KAILOU DJIBO Abdou<sup>2</sup>**  
<https://orcid.org/0000-0001-6495-9411>

**BLÉ Raoul Germain<sup>1</sup>**  
<https://orcid.org/0000-0001-6495-9411>

- 1- Département des Sciences de l'Information et de la Communication, UNIVERSITÉ FÉLIX HOUPHOUËT-BOIGNY, Cocody-Côte d'Ivoire
- 2- Direction de la Recherche et du Développement, Ecole Africaine des Métiers de l'Architecture et de l'Urbanisme, Lomé-Togo
- 3- Département urbanisme et Aménagement, Ecole Africaine des Métiers de l'Architecture et de l'Urbanisme, Lomé-Togo

### **Abstract:**

Gestational diabetes is an increasing maternal health challenge in sub-Saharan Africa, particularly in rural areas where health facilities are often structurally fragile and highly vulnerable. This study was conducted at the Assandrè dispensary, a rural setting in Côte d'Ivoire. It mobilized Donabedian's framework as a conceptual lens to analyze the organization of care and to assess both the actual and perceived quality of gestational diabetes management. Using a methodological approach structured around the three dimensions of structure, process, and outcomes, and combining direct observations, interviews, and documentary analysis, the findings highlight dysfunctions across all these dimensions. The dispensary exhibits governance weaknesses, a minimal technical platform, and dilapidated infrastructure. These constraints generate non-standardized care processes that result in dissatisfaction both in technical terms and as perceived by users. The study concludes with a call for systemic intervention targeting the three components of the Donabedian (1988) framework to improve the quality of care in first-level peripheral health facilities in Côte d'Ivoire.

**Key words:** health system; gestational diabetes; actual quality; perceived quality; care; Donabedian framework; rural setting; Côte d'Ivoire.

### **Resumé:**

Le diabète gestationnel constitue un enjeu croissant de santé maternelle en Afrique subsaharienne et plus particulièrement dans les zones rurales où les dispositifs sanitaires sont pour la plupart sur un pied de vulnérables hors normes. Cette recherche conduite dans le dispensaire d'Assandrè, un milieu rural de la Côte d'Ivoire. Elle a nécessité pour cadre conceptuel, l'Approche de Donabedian pour analyser l'organisation des soins, évaluer la qualité réelle et perçue de la prise en charge du diabète

gestationnel. Par une approche méthodologique structurée autour des dimensions (structure, processus et résultats) qui combine des observations directes, des entretiens et d'une analyse documentaire, les résultats mettent en lumière des dysfonctionnements dans lesdites dimensions. Le dispensaire présente des lacunes de gouvernance, un plateau technique minimal et des infrastructures vétustes. Ces dernières engendrent des processus de soins non standardisés, produisant des insatisfactions sur le plan technique que perçu. L'étude s'est conclue par une exigence d'intervention systémique qui vise à la fois les trois (03) actions du cadre proposé par Donabedian, (1988) pour l'amélioration de la qualité des soins dans les structures périphériques de premier niveau en Côte d'Ivoire.

**Mots clés :** Système de santé, Diabète gestationnel, Qualité réelle, Qualité perçue, soins, Cadre de Donabédian, Milieu rural, Côte d'Ivoire.

## Introduction

Le diabète gestationnel (DG), appréhendé comme une intolérance au glucose survenue ou décelée pour la première fois pendant la grossesse, représente aujourd'hui un défi majeur de santé publique dans les pays dans des contextes en développement, notamment en Afrique subsaharienne (Djagadou et al., 2019a; Meykiechel et al., 2023). Cette pathologie, bien que transitoire dans la plupart des cas, expose les femmes à des risques exacerbés de complications obstétricales, de morbidités néonatales ou de développement prochain de diabète de type 2 (Bellamy). En Côte d'Ivoire, la prévalence du diabète chez les personnes âgées est passée de 4,9 % en 2011 à 5,8 % en 2024, accompagnée des proportions alarmantes de cas non déclarés, estimées à plus de 70 % dans les récentes projections (Eugène et al., 2023 ; FID, 2024). Cependant, les données portant spécifiquement sur le diabète gestationnel à l'échelle nationale restent limitées. Les tendances observées dans les pays limitrophes et les études hospitalières suggèrent un accroissement significatif de cette pathologie, notamment en zones rurales où les systèmes de surveillance sanitaires sont faibles et peu fiables (Djagadou et al., 2019a; Md et al., 2023).

Théoriquement comme le mentionnent Pirson et al. 2016, la prise en charge du diabète gestationnel nécessite une organisation rigoureuse et méthodique des soins. Elle prend en compte le dépistage précoce, le suivi glycémique, l'éducation thérapeutique ainsi qu'une coordination entre les différents acteurs de niveaux de la pyramide sanitaire (Vambergue, 2013; Virally & Laloi-Michelin, 2010). Dans un contexte comme celui d'Assandrè (rural), cette organisation est généralement défaillante. Les infrastructures sanitaires manquent cruellement de personnel qualifié, d'équipements médicaux avancés, de protocoles et d'une faible implication des communautés (Aka, 2010; Konan et al., 2022), compromettant ainsi la qualité des soins prodigués et la continuité du suivi médical.

Au-delà des indicateurs biomédicaux, la qualité des soins prend en compte également la qualité perçue par les patientes, axée sur leur expérience, la clarté des informations reçues, leur interaction avec le personnel soignant et le niveau de satisfaction éprouvé. Cette dimension, bien que subjective, est essentielle pour saisir les décalages entre les intentions des soignants et les attentes des soignés, et de favoriser les adhésions aux traitements (Bohren et al., 2015; Gilson, 2003). De nombreuses études menées en Afrique subsaharienne ont permis de mettre en évidence les conflictualités entre la qualité perçue et la qualité technique des soins prodigués. A Lomé, une enquête menée dans le Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio a montré que malgré une prise en charge conforme aux protocoles standards, les patientes manifestaient des sentiments d'insatisfactions liés à l'accueil, à la communication et l'absence de leur implication dans les décisions thérapeutiques (Djagadou et al., 2019c). Les travaux de S. Sanogo et A. Keita, (2024) au Mali, ont révélé que les

femmes préfèrent se rendre dans des structures sanitaires bien que moins ou sous-équipées mais plus humaines, où elles se sentent écoutées, respectées ou traitées de manière humaine (Gélinas & Samb, 2021).

Au dispensaire d'Assandrè, les témoignages recueillis suggèrent une organisation informelle des soins sans registre ni stratégie de communication. Les référencement quasi systématiques vers des structures sanitaires plus éloignées comme CHU de Bouaké ou l'hôpital de Sakassou engendre des ruptures dans le continuum de soins et génère des frustrations chez les patientes et leur entourage. Le Plateau technique est jugé insuffisant, avec des matériels usés ou absents, oblige les femmes à effectuer leurs examens dans d'autres localités, souvent à leurs frais (Houasou, 2023; Linsuke et al., 2020). Les agents de santé, plus fréquemment débordés, ne disposent ni du temps ni d'outils nécessaires ou adaptés pour prodiguer une éducation thérapeutique efficace (Faye, 2021). Les séances d'Information, d'Education et de Communication ou de Communication pour le Changement de Comportement (IEC/CCC) sont rares et les matériels didactiques inadaptés au niveau d'alphabétisation des patientes (Sombié et al., 2018), ce qui crée une méfiance grandissante envers les systèmes sanitaires et à une faible observance des recommandations médicales.

Ces constats soulèvent une tension capitale entre, d'une part une forme d'adaptation administrative face au manque des ressources et, d'autre part, l'incapacité du dispensaire à satisfaire les attentes des usagers. La question centrale de cette étude est : quels sont les facteurs organisationnels, structurels et relationnels qui permettent d'expliquer l'écart entre la qualité réelle et la qualité perçue de la prise en charge du diabète gestationnel dans le dispensaire d'Assandrè ?

Pour répondre à cette problématique, ladite étude poursuit un objectif triple. En un premier temps, analyser les dispositifs de gouvernance clinique et les logiques d'adaptation du personnel. Deuxièmement, évaluer le fossé entre les standards internationalement recommandés et les pratiques des soins observées de la prise en charge du diabète gestationnel. Enfin, identifier les principaux facteurs qui influencent la qualité perçue par les différents acteurs impliqués dans une perspective d'envisager les pistes d'amélioration situées. Comme étude, elle s'appuie sur une approche méthodologique mixte qui combine les observations directes, des entretiens semi-directs et une analyse documentaire. Elle envisage de produire une connaissance située, cruciale pour les décideurs locaux, au corps médical ainsi qu'aux chercheurs intéressés par la qualité des soins dans les structures sanitaires en Afrique.

### **Cadre conceptuel**

Dans ce contexte d'étude, le cadre conceptuel d'évaluation de la qualité des soins en milieu hospitalier développé par Donabédian en 1988 a été d'un apport sans équivoque. Comme modèle, il permet une évaluation en profondeur des services de santé. A travers une grille de lecture à trois (03) dimensions (Structure – Processus – Résultat) interdépendantes, il permet de saisir la qualité des soins de manière systémique. En le déployant comme pilier central, il a permis d'analyser rigoureusement les forces et faiblesses de la prise en charge du diabète gestationnel dans le dispensaire d'Assandre.

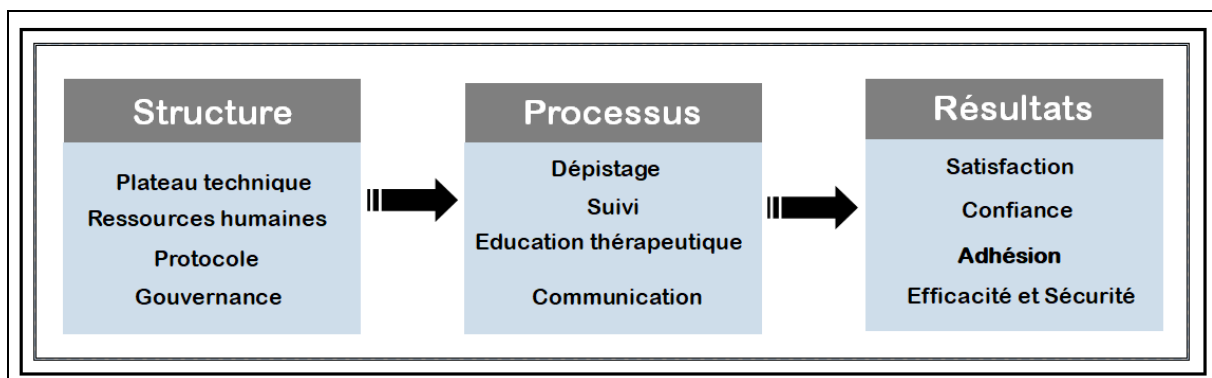
La structure, la première dimension, dans le cadre de cette étude comprend l'ensemble des infrastructures physiques, la composition et la qualification du capital humain, l'état actuel du plateau technique, l'existence et l'application de protocoles cliniques formels et les mécanismes de gouvernance et de gestion. A cet effet, la structure est donc la toute première

condition, même si, à elle seule ne suffit pas attester des soins de qualité, son évaluation permet de déterminer dans quelle mesure le cadre organisationnel est propice à des pratiques sécurisées et efficaces.

Le processus comme la seconde dimension, il prend en compte toutes les activités de soins proprement dites, ce qui est fait pour et avec la patiente. Le processus recouvre les questions liées à la conformité et la pertinence des actions prises ou entreprises par le corps soignant face aux normes cliniques préétablies. Dans le cadre de notre étude, il inclut en son sein le dépistage, les modalités du diagnostic, le suivi glycémique comme établi par Pirson et al., (2016), la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique, la coordination entre les différents acteurs intervenants, et la qualité communicationnelle avec les gestantes diabétiques. L'évaluation du processus permet de déterminer la qualité technique et relationnelle des soins administrée aux patientes.

Enfin, la dimension résultat qui se rapporte aux effets potentiels des soins prodigués sur l'état de santé et le bien-être des gestantes, ainsi que sur leur système de soins. Conformément au cadre de Donabédian, une distinction nette est effectuée entre les résultats techniques et les résultats perçus. À l'inverse des résultats techniques, les résultats perçus bien que subjectifs, ils sont quasi indispensables. Ils permettent de quantifier le niveau de satisfaction des gestantes, de confiance des soignants, la compréhension de la pathologie et les traitements et l'adhésion aux recommandations thérapeutiques.

Ce cadre permet de mettre en évidence les liens de causalité et d'interdépendance entre la dimension structure, processus et résultats. Et donc, une structure défaillante engendre un processus de soins altéré qui a son tour produit des résultats insatisfaisants. À l'inverse, une amélioration de la qualité des soins implique une intervention simultanée de ces trois (03) actions cadres. Alors le modèle développé par ce dernier offre une trame conceptuelle adéquate pour déterminer systématiquement les déterminants des lacunes relevées dans la prise en charge du diabète gestationnel dans le dispensaire d'Assandrè ainsi qu'à proposer des éventuelles pistes d'amélioration continue.



## Méthodologie

### 1.1 Cadre d'étude

La localité d'Assandrè, située dans la région du GBèkè au centre de la Côte d'Ivoire, est cadre est le cadre retenu par ladite étude. Elle est un territoire rural et compte 3 369 habitants au dernier recensement général de la population et de l'habitat (RGPH, 2021), avec 49 % de femmes et 51 % d'hommes, répartis sur plusieurs villages et campements. Le dispensaire d'Assandrè constitue la seule et principale structure de santé formelle accessible dans un

rayon de quinze (15) kilomètres. Il est doté d'un plateau technique limité, composé d'une salle de consultation, d'une salle de maternité, d'un petit laboratoire rudimentaire et d'un espace de stockage pour les médicaments essentiels.

## 1.2 Méthode

L'approche méthodologique adoptée ici repose sur une triangulation des sources et des techniques de recueil de données, afin de croiser les perceptions, les pratiques et les dispositifs institutionnels. D'une part, cette approche méthodologique est structurée autour des trois vecteurs du cadre conceptuel du Donabédian et d'autre elle une opérationnalisation systématique dudit cadre.

Cette triangulation enrichit l'analyse et réduit les biais liés à une seule méthode (Hollweck, 2015; Yin, 2009). Les données ont été collectées sur une période de trois mois (juillet, août et Septembre 2023), par le biais des entretiens semi-directs et une analyse documentaire. Les observations quant à elles, ont été réalisées par une grille structurée inspirée des travaux du Dr Donabedian, (1988) et réadapté au contexte local. Ce guide a permis de suivre les pratiques soignantes lors des consultations, des séances diverses et d'actes de dépistage du diabète gestationnel. Les aspects observés incluaient également la ponctualité, la qualité de l'accueil, la clarté des explications, le suivi des directives des protocoles et les implications éventuelles du personnel dans la communication avec les patientes (Linsuke et al., 2020; Rey, 2021).

Les entretiens semi-directifs ont été conduites auprès de quatre (04) groupes d'acteurs :

- Les patientes diagnostiquées ou suspectées de développer le diabète gestationnel ;
- Les membres du personnel soignant (Infirmiers, sage-femmes, agents de santé) ;
- Les responsables administratifs du dispensaire ;
- Les accompagnants ou les membres des patientes.

Au total, 221 personnes, dont 20 gestantes diabétiques, 52 gestantes non diabétiques, 11 personnels soignants et 190 personnes de leur entourage ont été interrogées. Les guides d'entretiens ont été réalisés à partir des recommandations de Gilson, (2003) sur la confiance et la relation soignant soigné et des travaux de Marchal et al. (2014) sur la gouvernance clinique en Afrique.

Les données documentaires ont été collectées de façon graduelle à partir des archives internes du dispensaire des supports de communication visuelle disponibles sur les lieux (tableau d'affichage), registre de consultation les rapports d'activités transmis au district sanitaire de Sakassou. Ces derniers ont permis de combler les vides d'informations en rapport avec l'état du plateau technique, les flux de patientes, les référencement vers les autres structures hospitalières jugées qualifiées et les actions et initiatives locales en matière de sensibilisations et de formations (Rey, 2021; WHO, 2024).

L'analyse des données a été conduite de deux (02) façons. L'analyse thématique qualitative a permis d'identifier les raisons ou les motifs récurrents dans les discours des acteurs, les perceptions dominantes, les représentations du diabète gestationnel et la conflictualité organisationnelle. Cette analyse s'est appuyée sur les principes développés par Miles et Huberman (1994). Elle a combiné le codage ouvert, la catégorisation et la mise en relation des différents thèmes. L'analyse quantitative descriptive a été réalisée partant des fréquences observées dans les grilles d'observation et des tendances constatées dans les réponses aux questions. Cette approche nous a permis d'identifier certains indicateurs de qualité la perçue,

telle que le niveau de satisfaction, la compréhension du diagnostic et de l'accessibilité des soins (Ruble, 1989; Sudhinaraset et al., 2017; WHO, 2017, 2021, 2022).

### **1.3 Considérations éthiques**

L'ensemble du processus de recherche s'est effectué dans le respect strict des principes d'éthique. Le consentement éclairé des gestantes diabétiques est obtenu avant tout entretien et l'anonymat des données a été garanti. En sus, la confidentialité des informations collectées a été préservée conformément aux normes internationales de recherche en santé.

## **Résultats**

### **1.1 Système de gouvernance en place et organisation des soins**

L'analyse de l'organisation institutionnelle du dispensaire d'Assandrè illustre une structuration informelle caractérisée par une absence notoire de mécanismes de gouvernance clinique, de protocoles standardisés et de dispositifs de suivi. Au premier point, les analyses révèlent une prise de décisions au cas par cas, selon la disponibilité du personnel, la gravité perçue de la situation et les moyens financiers des patientes. Cette absence de formalisation des pratiques professionnelles constitue des freins majeurs à l'harmonisation de soins ainsi que la sécurisation des parcours thérapeutiques (Berthe, 2024; Bohic et al., 2021).

Au second point, une gouvernance faible, sans leadership clinique structuré ni vision stratégique partagée et dont les conséquences induites sont multiples. D'une part la limitation de la capacité de la structure à offrir une prise en charge cohérente et sécurisée de la pathologie. D'autre part, l'affectation directe de la qualité perçue des soins administrés aux patientes, freinant toute initiative d'amélioration continue, en l'absence de données fiables, de mécanismes d'évaluation et de retours d'expériences (Criel et al., 2006; Dumont et al., 2013; Thuong et al., 2021).

Observable dans la plupart des structures sanitaires rurales d'Afrique subsaharienne, ce modèle atypique de gouvernance institutionnelle et d'organisation des soins, comme le souligne Jaffiol, (2011), compromet la cohérence et l'efficacité des diagnostics et des prises en charges du diabète gestationnel, en particulier dans un cadre où les ressources sont limitées et les besoins sont croissants (Goïta et al., 2024).

### **1.2 Un personnel contraint entre un plateau technique minimal, des infrastructures vétustes et un approvisionnement irrégulier**

Le dispensaire d'Assandrè dispose d'un plateau technique minimal, constitué d'une salle de consultation, d'une salle d'accouchement, d'un petit laboratoire rudimentaire et d'un petit espace de stockage pour les médicaments essentiels (Rapport interne du centre de santé d'Assandrè, 2022). Le personnel soignant, contraint, se base sur des signes cliniques non spécifiques pour suspecter un diabète gestationnel, ce qui augmente les risques de sous-diagnostic ou de diagnostic tardif (Diallo, 2022; Faye, 2021). Le laboratoire ne dispose ni de réfrigérateur médical, ni de réactifs pour les dosages de glycémie à jeun ou postprandiale. Les patientes sont orientées vers des laboratoires biomédicaux privés situés à Sakassou ou à Bouaké pour effectuer leurs examens, engendrant ainsi des coûts supplémentaires pour les patientes, des délais d'attente prolongés et parfois des abandons de suivi par ces dernières (WHO, 2022).

Les infrastructures de ce dernier sont caractérisées par un état de dégradation avancée et très préoccupante avec des salles de consultation mal ventilées, peu éclairées et ne garantissent aucune confidentialité des échanges entre les patientes et le personnel soignant. Le mobilier

médical est incomplet, présentant des signes de dégradation avancée. Comme le signifie le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé de 2020, ces conditions matérielles impact généralement la qualité technique des soins et à la confiance des patientes dans le système sanitaire.

Figure 1 : Vue sur de la salle d'hospitalisation



Figure 2 : Vue sur la salle de consultation



Figure 3 : Vue sur l'intérieur de la pharmacie

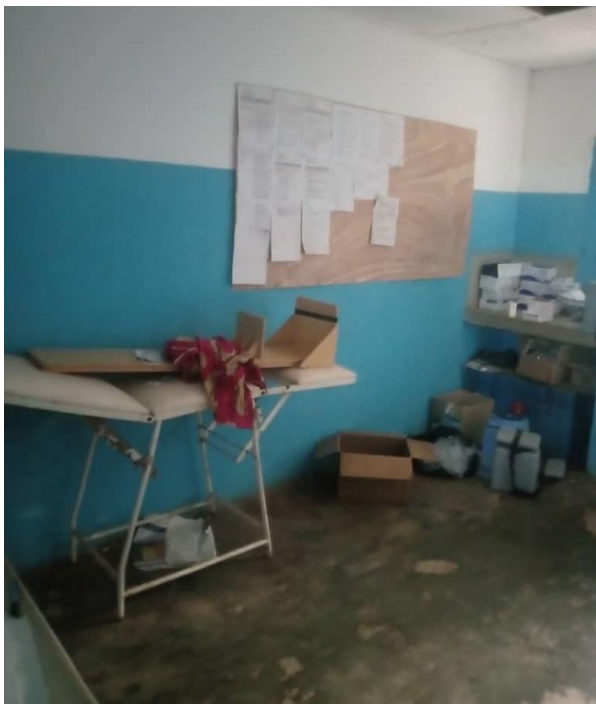


Figure 4 : Vue sur la petite salle de consultation



**Source** : Enquête de terrain, août 2023

La logistique d'approvisionnement en médicaments et en consommables quant à elle, dans le dispensaire, est irrégulière. La structure ne dispose guère de système de gestion de stocks informatisé et les ruptures de stocks de produits essentiels sont très fréquentes. Les agents de

santé doivent donc improviser, soit orienter les patientes vers des pharmacies privées ce qui alourdit les coûts de la prise en charge et renforce les inégalités d'accès aux soins.

Les focus groupes réalisés avec les soignants confirment ces difficultés. Ces derniers expriment leur frustration face aux manques des matériels qui limite grandement leur capacité à poser des diagnostics fiables et à suivre l'évolution de l'état de santé des patientes. Cette situation crée des sentiments d'impuissance et de démotivation progressive, qui finit par repercuter sur la qualité des interactions avec patientes. Du côté des gestantes, le manque d'équipements, les obligeant à aller dans d'autres localités pour les examens requis est perçue comme des obstacles majeurs.

Plusieurs patientes interrogées affirment avoir renoncé à certains des examens par fautes des moyens ou de temps (Debie et al., 2025; Yihune Teshale et al., 2025). De plus, une étude en Ouganda a montré qu'une structure sanitaire présentant des services manquants empêche les adolescentes d'y recourir (Apolot et al., 2020). D'autres ont exprimé leur incompréhension face à l'absence de services sur place, qu'elles considèrent comme une négligence et un manque de considération (Kaya et al., 2015). Ces appréciations négatives sont aggravées par l'absence d'explication claire et précise de la part du personnel sur les raisons des référencement ou des ruptures de stock continues (Yihune Teshale et al., 2025).

### **1.3 Les gestantes diabétiques sous le prisme d'une absence de traçabilité, des référencements systématiques et une communication fragmentée**

Dans le dispensaire d'Assandrè, il n'existe de registre dédié au diabète gestationnel, pour assurer le suivi, les modalités de la prise en charge, ou des résultats des examens effectués des patientes. Comme mentionnés par El Khoury et Debaty, (2014), ces lacunes rendent difficiles l'évaluation longitudinale, le suivi personnalisé ou même la capitalisation des expériences cliniques (Jaffiol, 2011; Kokutse, 2023a).

Les référencements des patientes vers les autres structures de niveau supérieur sont quasi systématiques dès qu'un cas de diabète gestationnel est suspecté ou confirmé. Les patientes référencées sont rarement accompagnées de leurs dossiers médicaux complets, ni d'un appel du personnel à la structure de référence ou même de suivi post référencement, les patientes sont donc livrées à elles-mêmes.

Aucun plan de communication en matière de santé pour sensibiliser les gestantes aux risques possibles du diabète gestationnel, ni pour les communautés sur les services disponibles n'est mise en place dans le dispensaire. Or avec, Sharkiya, (2023), une communication de qualité en milieu hospitalier est profitable aux parties (soignant-soigné) prenantes (Haberey-Knuessi et al., 2013a). Au dispensaire d'Assandrè, les seuls supports didactiques de communication présentes dans les locaux sont des affiches vétustes, peu lisibles et non spécifiques à la problématique du diabète gestationnel (**Figure 1**).

Les séances d'information collective sont rares, souvent improvisées et sont généralement issues des initiatives individuelles de certains agents de santé (**Figure 2**). Cette faiblesse communicationnelle contribue grandement à la méconnaissance généralisée de la pathologie et à une faible demande de dépistage volontaire (Dujardin, 2003; El Khoury & Debaty, 2014).

**Figure 5 : Panneaux d'affiches de communication (à gauche : Salle d'attente de la maternité ; à droite : salle de nutrition)**



**Source** : Enquête de terrain, août 2023

**Figure 6 : Séance d'information collective avec quelques proches des gestantes diabétiques (lors de nos focus groupe, accompagné d'un agent de santé volontaire)**



**Source** : Enquête de terrain, août 2023

#### 1.4 Pratiques cliniques

Les observations des pratiques cliniques dans le dispensaire révèlent des pratiques cliniques fragmentées, improvisées et peu conformes aux normes internationales de dépistage et de la prise en charge du diabète gestationnel (**Figure 7**). Plusieurs activités indispensables sont en partie accomplies ou totalement absentes. Tel est le cas de celle du dépistage systématique du diabète gestationnel qui est absent dans les protocoles (Pirson et al., 2016). Il n'est effectué que pour les patientes présentant des signes cliniques évidentes (la prise excessive de poids ou ayant des antécédents familiaux). Ces cas sont directement orientés vers les tests de glycémie ceci uniquement que si les bandelettes réactives sont disponibles.

De plus les tests de glycémie sont réalisés à des horaires aléatoires, sans le respect des conditions de jeûne des patientes, ce qui compromet la fiabilité des résultats ces derniers et donc une possibilité d'établir un diagnostic erroné (Deslandes et al., 2009; Pirson et al., 2016; Vambergue, 2017). En sus, des procédures de confirmations ne sont mises en œuvre dans le cas de détection du diabète gestationnel aux tests préliminaires. En associant ce constat au manque de médiations culturelle ou linguistique, cela aggrave les incompréhensions et freine l'adhésion aux recommandations médicales.

**Figure 7 : Critères récents utilisés par les différentes associations pour le diagnostic du diabète gestationnel**

	<b>Critère OMS modifiés 1999</b>	<b>ACOG 2001</b>	<b>IADPSG OMS 2013 ADA 2014</b>	<b>NICE 2015</b>
	HGPO 75g	HGPO 100g	HGPO 75g	HGPO 75g
	1 valeur	2 valeurs	1 valeur	1 valeur
	Pathologique	Pathologiques	Pathologique	Pathologique
<b>HGPO 0'</b>	≥ 110 mg/dl	≥ 95 mg/dl	≥ 92 mg/dl	≥ 101 mg/dl
<b>HGPO 1h</b>		≥ 180 mg/dl	≥ 180 mg/dl	
<b>HGPO 2h</b>	≥ 140 mg/dl	≥ 155 mg/dl	≥ 153 mg/dl	≥ 140 mg/dl
<b>HGPO 3h</b>		≥ 140 mg/dl		

**IADPSG: International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Group**

**OMS : Organisation Mondiale de la Santé**

**ADA: American Diabètes Association**

**NICE: National Institute for Health and Excellence**

**ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists**

**HGPO : Epreuve d'Hyperglycémie Orale Provoquée**

**Source :** Pirson et al., 2016

### 1.5 Perceptions de différents acteurs

Au dispensaire d'Assandrè, le dispositif de recueil des plaintes, de mesure de la satisfaction ou d'évaluation participative brille par son inexistence. Or, ce dernier est indispensable pour une amélioration continue de la qualité des soins dans les structures sanitaires (El Khoury & Debaty, 2014; Wekesah et al., 2016). Les décisions sont prises de façon descendante, sans inclusion des patientes ni implication des agents dans une démarche de qualité. Bien que l'étude conduite par Dougherty et al., (2020), accorde peu de crédibilité aux perceptions des usagers sur les qualités des services des dispositifs de santé, de nombreuses études ont prouvé le contraire, notamment avec Beauchesne et al., (2013), Houasou, (2023), Kriel et al., (2021) et Linsuke et al., (2020). Comme le précis Kriel et al. (2021), la qualité des services est en général le reflet de la qualité des soins donc, les mieux placés pour évaluer la qualité des services et des soins, sont les usagers.

L'analyse des perceptions enregistrées révèle une multitude de points de vue caractérisée par des incompréhensions, des frustrations et des attentes insatisfaites (Kaya et al., 2015; Tina, 2017). Dans la globalité, les patientes expriment une perception négative de la qualité des soins perçue, bien que nuancée selon les profils et les expériences individuelles. Elles dénoncent la longueur des délais d'attente, l'absence d'explication sur leur état de santé et aux difficultés d'accès aux examens biomédicaux avancés. À cela, viennent s'ajouter les sentiments de méfiance face au personnel soignant avec des raisons selon lesquelles, ces derniers sont peu disponibles et, l'incompréhension du diagnostic et les recommandations thérapeutiques. Faute d'explication claire, ces dernières peinent à comprendre les enjeux du suivi glycémique et les implications du régime alimentaire qui s'impose (Fournier, 2012; Sougou et al., 2020).

Ces incompréhensions s'intensifient avec le faible niveau d'alphabétisation et l'absence des médiations culturelles dans la transmission des consignes ou des informations médicales. Certaines gestantes diabétiques ont confié leur abandon de suivi des traitements, avoir modifié les prescriptions suite aux conseils de leur entourage ou, se sont tournées vers la médecine

traditionnelle (Jaffré & Sardan, 2003; Sardan, 2021). Ces comportements témoignent une faible adhésion thérapeutique.

Le personnel soignant du dispensaire, lui, exprime une perception ambivalente de la prise en charge de la pathologie. D'une part, ils reconnaissent les limites de leur pratique relative au manque de formation spécifique, à l'insuffisance des matériels et l'inexistence de protocoles de prise en charge bien définis (Omosimua et al., 2024). D'autre part, ils soulignent la démotivation croissante de leurs patientes, qu'ils jugent peu réceptives aux recommandations prodiguées et peu assidues dans le suivi. Cette perception est souvent formulée en des termes de « fatalisme » ou de « négligence », ce qui démontre une tension entre les attentes professionnelles et les réalités sociales ou culturelles du terrain (Balneaves et al., 2012). Hormis ces deux points précités, ils mentionnent leur isolement professionnel, l'absence de supervision régulière par un médecin généraliste ou spécialisé, de réunions cliniques généralement réalisées dans les grandes structures hospitalières ou de dispositifs de soutien. Cette situation affecte l'engagement de ceux-ci dans la relation soignant-soigné et limite leur capacité à instaurer un climat de confiance avec leurs patientes (Druye et al., 2024; Omosimua et al., 2024).

L'entourage des patientes, les conjointes, les proches et les accompagnants, tout comme une partie des femmes interrogées, exprime un sentiment d'exclusion dans le processus de soins. Plusieurs ont déclaré ne pas comprendre le diagnostic émis, ni les raisons des examens prescrits ou des référencement systématiques vers les autres structures hospitalières. Ils déplorent le manque d'informations et l'absence de dialogue avec le personnel, ce qui les empêchent de prodiguer un soutien efficace à leur partenaire ou conjointe. Comme le mentionne Tina Emile, (2017), dans le cadre de la prise en charge du diabète gestationnel, cette exclusion vient à renforcer les malentendus et peut-être à l'origine des conflits intrafamiliaux ou conjugaux autour des informations médicales (Lodenstein, Dieleman, et al., 2017; Lodenstein, Mafuta, et al., 2017).

Le cadre administratif quant à lui, se dit comprendre les perceptions mitigées des personnels que celles des usagers. Pour sa part, ces constatés sont exclusivement dus aux capacités limitées du dispensaire tant en équipements, qu'en ressources financières. Cette situation les obligeant à procéder par improvisation et cas par cas. Et, les décisions descendantes généralement, sans inclusion des patientes ni implication des agents sont dans une démarche de vouloir intervenir le plus tôt que possible avant toute complication éventuelle.

## **1.6 Sécurité et efficacité des soins endommagés**

La lecture analytique des résultats techniques du dispensaire d'Assandrè révèle des ruptures continues dans la chaîne de soins. Dans le processus de prise en charge du diabète gestationnel, elles sont particulièrement préoccupantes. Ces discontinuités, qu'elles soient relatives à des défaillances organisationnelles ou un manque de coordinations entre les acteurs impliqués, compromettent avec sévérité la qualité et la continuité des soins dans ce dernier. Tel que le mentionne Saint-Pierre et Sévigny (2009), le continuum des soins repose sur un maillage fluide entre les différents niveaux de la prise en charge des pathologies et toute fracture peut entraîner des conséquences cliniques importantes.

Dans le cadre ci, celui des gestantes diabétiques, cette discontinuité est d'autant plus critique qu'elle concerne une population à haut risque. Le rapport de la quantification de la continuité des soins sur les concepts met l'accent sur que les maladies chroniques requièrent un suivi

rigoureux et continu. Or, dans le dispensaire d'Assandrè, les interruptions observées mettent en dérive cette logique. Ce qui expose les patientes des complications gravidiques en général évitables. Par ailleurs, le dépistage non systématique vient à contribuer comme un facteur aggravant. Sans un protocole formel de dépistage précoce, les diagnostics tardifs deviennent fréquents, ce qui réduit les possibilités d'une prise en charge efficace et moins onéreuse (Saint-Pierre & Sévigny, 2009).

## Discussion

Cette étude, par ses objectifs, visait à décrire l'organisation des soins et évaluer la qualité réelle et perçue de la prise en charge du diabète gestationnel par les différents acteurs impliqués, par le biais d'une enquête de terrain conduite sur trois (03) mois dans le dispensaire d'Assandrè.

Les résultats de cette recherche mettent en exergue des limites structurelles, organisationnelles et relationnelles de la prise en charge du diabète gestationnel dans les contextes ruraux et plus précisément les milieux ruraux ivoiriens (Criel et al., 2006; Kruk et al., 2018). N'étant pas des nouveaux faits, ces résultats rejoignent les points vus critiques apportés par Bohic et al., (2021), Djagadou et al., (2019) et Samuel et al., (2021), sur les fragilités que cumulent les structures sanitaires des zones rurales face aux chroniques émergents comme le diabète gestationnel dans la sous-région notamment, en ce qui concerne le diagnostic précoce, le suivi thérapeutique et la gouvernance cliniques. Tout comme Sougou et al., (2020), ces facteurs organisationnels, structurels et relationnels compromettent souvent la qualité des soins (Kokutse, 2023b).

La discussion qui suit, propose une lecture croisée des perceptions recueillies, des pratiques observées dans le but de faire ressortir les implications théoriques et pratiques pour l'amélioration de la qualité des soins dans les structures de santé périphériques.

Les premières tensions observées, concernent le décalage entre la qualité organisationnelle ou structurelle et la qualité technique et perçue des soins. Alors, que le cadre administratif se veut résilient face aux limitations des ressources par une logique d'improvisation et d'urgences, le personnel soignant exprime un sentiment d'insatisfaction lié à l'inexistence de protocoles formels, d'un état minimal du plateau technique et de l'absence d'un dispositif d'audit des pratiques. En même que les soignants, les patientes également, font état de leur insatisfaction face à l'accueil, à la communication et l'absence de leur implication dans les processus de décisions thérapeutiques. Superposés, ces résultats montrent que la résilience administrative elle seule, ne suffit à compenser les creusets techniques et humaines ressentis au sein du dispensaire. Ce triple constat révèle que la qualité organisationnelle ou structurelle influence fortement la qualité technique et perçue des soins (Abuya et al., 2015; Haberey-Knuessi et al., 2013b; Linsuke et al., 2020; Sougou et al., 2020). Elle constitue donc un facteur majeur et déterminant dans l'adhésion aux traitements.

La faiblesse de la gouvernance, le manque de leadership clinique et d'absence de coordination entre les différents niveaux de soins compromettent avec sévérité la continuité des parcours thérapeutiques et engendrent des ruptures dans le suivi des patientes (Aubert et al., 2020; Berthe, 2024; Bohic et al., 2021; Dumont et al., 2013). Comme le souligne Kokutse et al., (2023) et Jaffiol, (2011), ces facteurs empêchent également l'évaluation longitudinale et la capitalisation des expériences cliniques (Babau et al., 2023; El Khoury & Debaty, 2014). Dans les pratiques cliniques, le personnel soignant est contraint de jongler entre des

procédures de dépistages peu conformes aux normes, l'absence des protocoles cliniques formalisés, un déficit de formation spécialisée, des référencements et l'absence de supervision régulière par un médecin spécialisé. Cette situation dessine une logique d'adaptation située entre des ressources limitées et un environnement organisationnelle fragile. Cette résilience bien qu'ingénieuse, elle met en lumière les limites structurelles dudit dispensaire à garantir une prise en charge cohérente, continue et intégrée du diabète gestationnel. Braithwaite et al., (2017), soulignant que la résilience organisationnelle fondée sur des improvisations que des systèmes robustes compromettent souvent la qualité soins dans les structures de santé.

Même si certains actes médicaux préliminaires sont effectivement établis, les gestantes diabétiques expriment des sentiments mitigés entre des méfiances à l'égard des diagnostics, des délais d'attentes trop longues, de manques d'explications claires sur leurs états de santé et d'incompréhension des recommandations thérapeutiques. De plus, ces incompréhensions sont accentuées par le faible niveau d'alphabétisation de ces femmes. Et l'absence de transposition langagière adaptée ou des médiations culturelles, constitue un obstacle majeur à la compréhension des informations et à la participation active de ces dernières aux échanges. Ces éléments montrent que la qualité perçue des soins est conditionnée par la qualité d'interaction, elle-même influencée par la structuration des pratiques et des ressources disponibles dans le milieu hospitalier.

De nombreuses études réalisées dans les milieux hospitaliers en Afrique notamment par Apolot et al., (2020), Tuo, (2023), Seurat, (2012) et autres, soulignent la corrélation et l'influence entre les dimensions sociales et culturelles dans la relation soignant-soigné et la qualité perçue des soins (Dumbo, 2023; Kaya et al., 2015).

L'éducation thérapeutique des patientes, qui est un facteur essentiel dans la prise charge des pathologies chroniques comme le diabète et particulièrement gestationnel est sous-développé dans le dispensaire d'Assandrè. Les quelques informations données sont souvent non planifiées et non adaptées au niveau d'alphabétisation des cibles. Ces lacunes sont préoccupantes car l'éducation thérapeutique permet aux patientes de mieux comprendre leur maladie ainsi qu'à adopter les comportements requis (Djagadou et al., 2019c; Fossion & Faulx, 2020; Mamed et al., 2020).

De plus, l'absence de supports pédagogiques adaptés et des formations spécifiques du cadre soignant limite l'impact des messages véhiculés et par la même occasion, contribue à la faible observance des thérapeutiques.

Pour finir, cette discussion met en évidence les interrelations systémiques entre la dimension structurelle, processuelle et les résultats conformant au cadre de Donabédian. Chaque lacune structurelle engendre des processus sous-optimaux et qui a leur tour produisent des résultats insatisfaisants.

## **Conclusion**

L'étude conduite dans le dispensaire d'Assandrè met en lumière les défis multidimensionnels de la prise en charge du diabète gestationnel en contexte rural avec des ressources limitées. L'examen démontre que le système de soins actuel dudit dispensaire se caractérise par des failles structurelles, des processus altérés et des résultats non satisfaisants et l'interdépendance de ces dimensions dans le continuum de soins.

Les limites structurelles qui sont entre autres, une absence de gouvernance, un plateau technique minimal, des infrastructures vétustes représentent le point central de l'effet de

cascade de dysfonctionnements qui impactent directement sur la qualité des processus de soins. L'absence de dépistage précoce systématique ou le dépistage aléatoire, les référencement non accompagnés et la fracture communicationnelle, à leur tour impactent les résultats. Sur le plan technique, les sous-diagnostic et des ruptures des parcours de soins. Sur le plan perception, des insatisfactions, des défiances et des faibles adhésions thérapeutiques.

La voix des différents acteurs impliqués témoigne une dissonance entre la résilience administrative face aux contraintes, les attentes des gestantes diabétiques et les réalités des pratiques et les besoins de soins de qualité.

Par-dessus ce constat, cette étude souligne la nécessité d'une approche systémique et intégrée pour une amélioration continue de la prise en charge du diabète gestationnel. Une intervention qui cible à la fois la dimension structurelle, processuelle et relationnelle :

- Formalisation et contextualisation des outils de suivi ;
- Formation du cadre soignant à la gestion et la prise en charge du diabète gestationnel ;
- Inclusion systématique des médiateurs culturels et des supports pédagogiques adaptés pour briser les barrières linguistiques et d'analphabétisation

Le cas d'Assandrè est l'exemple parfait qui illustre les défis qui persistent dans le milieu hospitalier des zones rurales d'Afrique subsaharienne. Il représente également l'opportunité des réformes fondées sur la compréhension par au-delà, de la question des qualités des soins. Cette approche, qui articule l'axe organisationnel, technique et relationnel se veut une condition sine qua non de progrès vers une couverture sanitaire universelle réellement équitable et effective.

## Bibliographie

1. Abuya, T., Ndwiga, C., Ritter, J., Kanya, L., Bellows, B., Binkin, N., & Warren, C. E. (2015). The effect of a multi-component intervention on disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 224. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0645-6>
2. Aka, K. A. (2010). L'accessibilité des populations rurales aux soins de santé dans le département d'Abengourou (Côte-d'Ivoire). *Les Cahiers d'Outre-Mer. Revue de géographie de Bordeaux*, 63(251), Article 251. <https://doi.org/10.4000/com.6075>
3. Apolot, R. R., Tetui, M., Nyachwo, E. B., Waldman, L., Morgan, R., Aanyu, C., Mutebi, A., Kiwanuka, S. N., & Ekirapa, E. (2020). Maternal health challenges experienced by adolescents; could community score cards address them? A case study of Kibuku District– Uganda. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 191. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01267-4>
4. Aubert, I., Kletz, F., & Sardas, J.-C. (2020). Comprendre la dynamique et les enjeux de coordination des parcours de santé : Proposition d'un cadre d'analyse à partir des phénomènes de rupture. *Management & Avenir Santé*. <https://hal.science/hal-03284190>
5. Babau, É., Courie, D., & Goiset, L. (2023). *La coordination des acteurs dans le parcours de soins du patient*. 221.
6. Balneaves, L. G., Truant, T. L. O., Verhoef, M. J., Ross, B., Porcino, A. J., Wong, M., & Brazier, A. S. (2012). The Complementary Medicine Education and Outcomes (CAMEO) program : A foundation for patient and health professional education and decision support programs. *Patient Education and Counseling*, 89(3), 461-466. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.01.005>
7. Berthe, A. (2024). Facteurs limitant l'initiation de la collaboration entre les tradithérapeutes et les thérapeutes modernes au Centre Hospitalier Régional de Dédougou, Burkina Faso. *Djiboul*, 2(8), 427-452.
8. Bohic, N., Josselin, A., Sandeau-Gruber, A.-C., Siahmed, H., & d'Autume, C. (2021). Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé. *Rapport IGAS*.
9. Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Coneglian, F. S., Diniz, A. L. A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLOS Medicine*, 12(6), e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>



10. Criel, B., Blaise, P., & Ferette, D. (2006). Mutuelles de santé en Afrique et qualité des soins dans les services : Une interaction dynamique. *L'assurance maladie en Afrique francophone: améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, 352-272.
11. Debie, A., Wilson, A., Geremew, A. B., Roberts, C. T., Wassie, M. M., & Stephens, J. H. (2025). Facilitators and barriers of healthcare financing modalities for universal maternal healthcare services in East Africa : A qualitative systematic review. *BMC Health Services Research*, 25(1), 897. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13010-2>
12. Deslandes, V., Dessouki, I., Slama, M., Didier, M., Hardin, J.-M., & Abboud, P. (2009). Évaluation prospective de notre protocole de dépistage du diabète gestationnel avec le test de O'Sullivan. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 38(2), 168-172. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2008.06.012>
13. Diallo, M. A. (2022). *La protection sociale au Sénégal entre 2012-2022 : Analyse d'une décennie d'assistance sociale*.
14. Djagadou, K. A., Tchamdja, T., Némi, K. D., Balaka, A., & Djibril, M. A. (2019a). Aspects diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques du diabète gestationnel au Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio. *The Pan African Medical Journal*, 34(18). <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.34.18.18917>
15. Djagadou, K. A., Tchamdja, T., Némi, K. D., Balaka, A., & Djibril, M. A. (2019b). Aspects diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques du diabète gestationnel au Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio. *The Pan African Medical Journal*, 34, 18. <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.34.18.18917>
16. Djagadou, K. A., Tchamdja, T., Némi, K. D., Balaka, A., & Djibril, M. A. (2019c). Aspects diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques du diabète gestationnel au Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio. *The Pan African Medical Journal*, 34, 18. <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.34.18.18917>
17. Doumbo, M. (2023). *Diabète et Grossesse au Centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako* [Thesis, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako]. <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/12490>
18. Druye, A. A., Owusu, G., Yeboa, N. K., Boso, C. M., Berchie, G. O., Nabe, B., Abraham, S. A., Nsatimba, F., Agyare, D. F., Agyeiwaa, J., Opoku-Danso, R., Okantey, C., Ofori, G. O., Kagbo, J. E., Obeng, P., Amoadu, M., & Azu, T. D. (2024). Self-management interventions for gestational diabetes in Africa : A scoping review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 549. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06764-w>
19. Dujardin, B. (2003). *Politiques de santé et attentes des patients : Vers un dialogue constructif*. KARTHALA Editions.
20. Dumont, A., Fournier, P., Abrahamowicz, M., Traoré, M., Haddad, S., & Fraser, W. D. (2013). Quality of care, risk management, and technology in obstetrics to reduce hospital-based maternal mortality in Senegal and Mali (QUARITE) : A cluster-randomised trial. *The Lancet*, 382(9887), 146-157. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60593-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60593-0)
21. El Khoury, C., & Debaty, G. (2014). Outils d'évaluation : Les registres dans l'évaluation. In G. Debaty & C. El Khoury (Éds.), *Guide des outils d'évaluation en médecine d'urgence* (p. 149-156). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-2-8178-0531-3\\_9](https://doi.org/10.1007/978-2-8178-0531-3_9)
22. Eugène, K. Y., Tetchi, E. O., Kokora, E. F., Gilbert, K. L., & Odile, T.-A. (2023). Profil des diabetiques de 20 ans a 79 ans de l'enquete nationale sur la prevalence et caracteristiques du diabete en Côte d'Ivoire. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 5(1), 311-321. <http://www.revue-rasp.org/index/ark:/00000/RASP.v5i1.24>
23. Faye, F. M. (2021). *Couverture sanitaire universelle au Sénégal : Évaluation d'impact et analyse des politiques de financement de la santé* [Phdthesis, Université Clermont Auvergne ; Université Cheikh Anta Diop (Dakar, Sénégal ; 1957-....)]. <https://theses.hal.science/tel-03690782>
24. FID. (2024). *Côte d'Ivoire* [Site Officiel]. Diabetes Atlas. <https://diabetesatlas.org/data-by-location/country/cte-divoire/>
25. Fossion, G., & Faulx, D. (2020). Analyse des pratiques langagières des infirmiers dans le cadre de consultations avec des patientes atteintes d'un diabète gestationnel. *Recherche en soins infirmiers*, 142(3), 96-110. <https://doi.org/10.3917/rsi.142.0096>
26. Fournier, T. (2012). Suivre ou s'écarter de la prescription diététique: Les effets du « manger ensemble » et du « vivre ensemble » chez des personnes hypercholestérolémiques en France. *Sciences sociales et santé*, 30(2), 35-60. <https://doi.org/10.1684/sss.2012.0203>
27. Gélinas, É., & Samb, O. M. (2021). L'impact d'une intervention d'humanisation des accouchements sur l'expérience de soins des femmes au Sénégal. *Santé Publique*, 33(5), 695-704. <https://doi.org/10.3917/spub.215.0695>



28. Gilson, L. (2003). Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science & Medicine* (1982), 56(7), 1453-1468. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00142-9](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00142-9)
29. Goïta, I. S., Traore, B. M., Sidibe, S., Sidibe, D. M., Barry, K., Sandji, O., Kodio, A., Diarra, S., Konate, O., & Traore, D. (2024). Prévalence et Facteurs de Risque du Diabète Gestationnel en Consultation Périnatale au Centre de Santé Communautaire de Sibiribougou : Prevalence and Risk Factors of Gestational Diabetes in the Antenatal Clinic of the Community Health Center of Sibiribougou. *HEALTH SCIENCES AND DISEASE*, 25(6).
30. Haberey-Knuessi, V., Heeb, J.-L., & Paula, E. M. D. (2013a). L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier. *Recherche en soins infirmiers*, 115(4), 8-18. <https://doi.org/10.3917/rsi.115.0008>
31. Haberey-Knuessi, V., Heeb, J.-L., & Paula, E. M. D. (2013b). L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier. *Recherche en soins infirmiers*, 115(4), 8-18. <https://doi.org/10.3917/rsi.115.0008>
32. Hollweck, T. (2015). Robert K. Yin. (2014). Case Study Research Design and Methods (5th ed.). *Canadian Journal of Program Evaluation*, 30(1), 108-110. <https://doi.org/10.3138/cjpe.30.1.108>
33. Houasou, S. N. M. (2023). Qualité perçue des soins et satisfaction des patients des hôpitaux publics au Bénin : Rôle de l'appartenance ethnique. *Revue Internationale des Sciences de Gestion*, 6(4). <file:///C:/Users/JOACHIM/Downloads/1480-Article%20Text-5202-4-10-20240114.pdf>
34. Jaffiol, C. (2011). Le diabète sucré en Afrique : Un enjeu de santé publique. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 195(6), 1239-1254. [https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)31983-1](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)31983-1)
35. Jaffré, Y., & Sardan, J.-P. O. de. (2003). 3. Un diagnostic socio-anthropologique : Des centres de santé malades.... In *Une médecine inhospitalière* (p. 51-102). Karthala. <https://doi.org/10.3917/kart.jaffr.2003.01.0051>
36. Kaya, N., Salmaslıoğlu, A., Terzi, B., Turan, N., & Acunaş, B. (2015). The reliability of site determination methods in ventrogluteal area injection : A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 355-360. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.002>
37. Kokutse, F. (2023a). Lacunes critiques dans la prise en charge de l'hypertension en Afrique subsaharienne. *Nature Africa*. <https://doi.org/10.1038/d44148-023-00190-4>
38. Kokutse, F. (2023b). Lacunes critiques dans la prise en charge de l'hypertension en Afrique subsaharienne. *Nature Africa*. <https://doi.org/10.1038/d44148-023-00190-4>
39. Konan, K. S., Oura, K. R., & Fournet, F. (2022). Logiques d'implantation des structures sanitaires et disparités socio-spatiales de l'accès à l'offre de soins à Bouaké (Côte d'Ivoire). *Espace populations sociétés. Space populations societies*, 2022/2-3. <https://doi.org/10.4000/eps.13286>
40. Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V., English, M., García-Elorrio, E., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrand, J., ... Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era : Time for a revolution. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1196-e1252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)
41. Linsuke, S., Nabazungu, G., Ilombe, G., Ahuka, S., Muyembe, J.-J., & Lutumba, P. (2020). Laboratoires médicaux et qualité des soins : La partie la plus négligée au niveau des hôpitaux ruraux de la République Démocratique du Congo. *The Pan African Medical Journal*, 35, 22. <https://doi.org/10.11604/pamj.2020.35.22.18755>
42. Lodenstein, E., Dieleman, M., Gerretsen, B., & Broerse, J. E. W. (2017). Health provider responsiveness to social accountability initiatives in low- and middle-income countries : A realist review. *Health Policy and Planning*, 32(1), 125-140. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw089>
43. Lodenstein, E., Mafuta, E., Kpatchavi, A. C., Servais, J., Dieleman, M., Broerse, J. E. W., Barry, A. A. B., Mambu, T. M. N., & Toonen, J. (2017). Social accountability in primary health care in West and Central Africa : Exploring the role of health facility committees. *BMC Health Services Research*, 17(1), 403. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2344-7>
44. Mamed, M. D. S., Grossen, M., & Cauderay, M. (2020). L'explication du diabète dans une séance d'éducation thérapeutique : Une activité discursive contribuant au développement professionnel des soignants. *Langage et société*, 169(1), 129-151. <https://doi.org/10.3917/lis.169.0129>
45. Md, M., Lc, C., B, B., Kf, M., Ih, N., Kx, K., & Lp, K. (2023). État des lieux du diabète gestationnel dans cinq institutions hospitalières de Lubumbashi. *Revue Africaine de Médecine et de Santé Publique*, 6(2), 152-168.
46. Meykiechel, T., Bourcigaux, N., & Christin-Maitre, S. (2023). Le diabète gestationnel : Diagnostic et prise en charge. *Anesthésie & Réanimation*, 9(3), 268-276. <https://doi.org/10.1016/j.anrea.2023.05.002>
47. Omosimua, R. O., Venkidasamy, B., Subramanian, U., & Thiruvengadam, M. (2024). Tackling Gestational Diabetes in Africa : A Public Health Priority. *Obesity Surgery*, 34(12), 4578-4579. <https://doi.org/10.1007/s11695-024-07562-1>
48. Pirson, N., Maiter, D., & Alexopoulou, O. (2016). Prise en charge du diabète gestationnel en 2016 : Une revue de la littérature. *Endocrinologie et Nutrition*.



49. *Rapport interne du centre de santé d'Assandè*. (2022). [Rapport d'Information].
50. Rey, L. (2021). L'Organisation mondiale de la santé a 70 ans : De la santé internationale à la globalisation. *Revue québécoise de droit international*, 139-164.
51. Rublee, D. A. (1989). The Quality of Care : How Can It Be Assessed? *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 261(8), 1151. <https://doi.org/10.1001/jama.1989.03420080065026>
52. Saint-Pierre, M., & Sévigny, A. (2009). Approche individuelle et collective sur la continuité des soins. *Santé Publique*, Vol. 21(3), 241-251. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/spub.093.0241>
53. Sardan, J.-P. O. de. (2021). 3. Un concept exploratoire : Les normes pratiques. *Hommes et sociétés*, 109-162.
54. Sombié, I., Méda, Z. C., Savadogo, L. B. G., Somé, D. T., Bamouni, S. F., Dadjoari, M., Sawadogo, R. W., & Sanon-Ouédraogo, D. (2018). La lutte contre la mortalité maternelle au Burkina Faso est-elle adaptée pour réduire les trois retards ? *Santé Publique*, 30(2), 273-282. <https://doi.org/10.3917/spub.182.0273>
55. Sougou, N. M., Sougou, A. S., Bassoum, O., Lèye, M. M. M., Faye, A., & Seck, I. (2020). Facteurs associés à l'autonomie de décision des femmes pour leur santé au Sénégal. *Santé Publique*, 32(4), 381-388. <https://doi.org/10.3917/spub.204.0381>
56. Sudhinaraset, M., Afulani, P., Diamond-Smith, N., Bhattacharyya, S., Donnay, F., & Montagu, D. (2017). Advancing a conceptual model to improve maternal health quality : The person-centered care framework for reproductive health equity. *Gates open research*, 1, 1.
57. Thuong, C.-T., Calmus, S., Legris, C., Morin, S., & May-Michelangeli, L. (2021). La mesure de la qualité des soins perçue par les patients. *Risques & Qualité*, 18(4), 196.
58. Tina, É. (2017). *Diabète gestationnel : Vécu de la pathologie et de la prise en charge au CHU de Caen*. 63.
59. Vambergue, A. (2013). Le diabète gestationnel : Diagnostic et prise en charge à court et à long terme. *La Presse Médicale*, 42(5), 893-899. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2013.02.316>
60. Vambergue, A. (2017). Le diabète gestationnel dépisté précocement : Beaucoup d'incertitudes. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 11(6), 501-505. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(17\)30118-9](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(17)30118-9)
61. Virally, M., & Laloi-Michelin, M. (2010). Méthodes du dépistage et du diagnostic du diabète gestationnel entre 24 et 28 semaines d'aménorrhée. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 39(8, Supplement 2), S220-S238. [https://doi.org/10.1016/S0368-2315\(10\)70049-1](https://doi.org/10.1016/S0368-2315(10)70049-1)
62. Wekesah, F. M., Mbada, C. E., Muula, A. S., Kabiru, C. W., Muthuri, S. K., & Izugbara, C. O. (2016). Effective non-drug interventions for improving outcomes and quality of maternal health care in sub-Saharan Africa : A systematic review. *Systematic Reviews*, 5(1), 137. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0305-6>
63. WHO. (2017). *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive*. Organisation mondiale de la Santé. <https://iris.who.int/handle/10665/259584>
64. WHO. (2021). *Cadre Centré Sur la Personne Pour la Planification et la Priorisation des Activités des Programmes de Lutte Contre la Tuberculose : Guide de L'utilisateur* (1st ed). World Health Organization.
65. WHO. (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. World Health Organization.
66. WHO. (2024). *Atteindre le bien-être : Un cadre mondial destiné à intégrer le bien-être à la santé publique au moyen d'une approche axée sur la promotion de la santé*. World Health Organization.
67. Yihune Teshale, M., Bante, A., Gedefaw Belete, A., Crutzen, R., Spigt, M., & Stutterheim, S. E. (2025). Barriers and facilitators to maternal healthcare in East Africa : A systematic review and qualitative synthesis of perspectives from women, their families, healthcare providers, and key stakeholders. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1), 111. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07225-8>
68. Yin, R. K. (2009). *Case Study Research : Design and Methods*. SAGE.

