

Ministère de l'Enseignement Supérieur  
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

**UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI**

**UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES  
DE BAMAKO**



**U.S.T.T-B**

**FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**



ANNEE UNIVERSITAIRE 2018-2019

N°.....

**THESE**

**Evaluation de la qualité des soins obstétricaux  
en salle d'accouchement au CSREF de Kayes**

Présentée et soutenue publiquement le 12/09/2019 devant la  
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

**Par M. Aboubacar SAGARA**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(Diplôme d'Etat).**

**Jury**

**Président: Pr Dolo Guimogo**

**Membre: Dr Fa Issif KOUYATE**

**Co-directeur: Dr Albachar Hamidou**

**Directeur : Pr Boubacar MAIGA**

## **DEDICACES**

Ce modeste travail est dédié :

- A Allah le Tout Puissant, le miséricordieux qui m'a permis d'effectuer ce travail à bien et en bonne santé
- A mon père feu Amadou Sagara qui m'a enseigné les bonnes manières de la vie, et qui m'encourageait dans tout ce que j'entreprenais. Que la terre lui soit légère et que son âme reposé en paix.
- A Ma mère, cette brave dame au courage d'une guerrière qui s'est battue corps et âme pour que je n'aie rien à envier rien à mes collègues, qui ma éduqué selon les normes de la société. « Maman » qu'Allah vous prête longue vie. Certes je ne pourrais jamais vous récompenser mais j'espère pouvoir vous rendre fière de moi.
- A mon oncle Souleymane Sagara qui a été un support pour moi dans mon parcours d'étudiant en médecine.
- A mon grand frère aîné Dr Abdoulaye SAGARA qui a toujours été un « père » et un modèle pour moi.
- A tous les membres de ma famille et a mes proches qui n'ont soutenu financièrement, physiquement ou moralement.

*Ce travail est le vôtre.*

## **REMERCIEMENTS**

Mes remerciements vont à l'endroit de :

Mon codirecteur de thèse Dr Albachar Hamidou qui a initié ce travail et veillé à sa réussite.

Mon cher maître Dr Koné Joseph Anesthésiste Réanimateur au CS Réf de la Commune V, mon conseiller et mon soutien de tous les temps.

Toutes les sages-femmes du CS Réf de Kayes pour leur bonne collaboration.

Tous les médecins, infirmiers (ères), aides-soignants pour leurs accompagnements.

Tous les gynécologues obstétriciens du CS Réf de la commune V du district de Bamako pour la qualité de leur enseignement.

Tous les gynécologues, sages-femmes et internes de l'HFDK pour leurs collaborations

Tous ceux qui n'ont soutenu de près ou de loin.

*Je vous dis mille MERCI «Ganan dolo poh »*

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre Maître et Président du Jury**

**Professeur Guimogo DOLO**

- **PhD en entomologie-parasitologie médicales,**
- **Responsable de l'enseignement de la génétique à la FMOS,**
- **Membre du Comité Sahélien des Pesticides.**
- **Membre du Comité "Vector Control Working Group" (VCWG) de RollBack Malaria,**
- **Consultant du Programme Santé de "Earth Institut" de l'Université de Columbia.**
- **Ancien coordinateur et consultant régional de lutte antipaludique au centre objectif du millénaire pour le développement (OMD) de l'Afrique de l'ouest et centrale**
- **Chercheur a l' MRTC du Mali**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations. Vos qualités humaines et surtout votre sens élevé de la responsabilité et de la rigueur dans le travail font de vous un maître respectable et admiré. Trouvez ici toute notre admiration ainsi que notre profond respect.

**A notre Maitre et juge :**

**Dr Fa Issif KOUYATE**

- **Gynécologue obstétricien**
- **Praticien gynécologue obstétricien au service de gynécologie obstétrique du CS Réf. De la commune V;**
- **Membre de plusieurs sociétés savantes**

Cher maître ;

Le combat que vous mené pour la santé maternelle et périnatale au CS Réf de la commune 5 nous a toujours inspiré.

Vos qualités de clinicien pétri d'expérience couplé à vos qualités humaines fortement apprécié de tous font de vous un médecin exceptionnel. Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury.

Recevez ici l'expression de notre profond respect.

**A notre Maître et Co-directeur :**

**DR. ALBACHAR HAMIDOU**

- **Gynécologue-obstétricien,**
- **Chargé de chercheur au MESRS ;**
- **Titulaire d'un DU sur la santé de la précarité maternelle et périnatale à l'université Paris DECARTES en France ;**
- **Médecin chef du Centre de Santé de Référence de Kayes.**

Cher Maître,

Transmettre sa connaissance aux autres est un acte de foi.

En vous, nous avons trouvé l'amour du travail bien fait et le sens élevé du devoir. Ce travail est le fruit de votre volonté parfaite et de votre savoir-faire.

Votre caractère social hautement apprécié fait de vous un personnage de classe exceptionnelle. Comptez sur notre disponibilité et notre profonde gratitude.

**A notre Maître et Directeur de Thèse :**

**Pr Boubacar MAÏGA**

- **Maître de conférences à la FMOS;**
- **Chef de DER adjoint des sciences fondamentales de la FMOS;**
- **Enseignant chercheur au MRTC et DEAP;**
- **PhD en Immunologie de l'université de Stockholm en Suède**
- **Responsable de cours d'immunologie à L'FMOS**

Cher maître,

C'est un grand privilège pour nous d'être parmi vos élèves.

Nous reconnaissons en vous les qualités d'enseignant juste et rigoureux. Votre disponibilité et abord facile joint à vos connaissances scientifiques font de vous un maître hautement apprécié.

Trouvez ici l'expression de notre plus haute considération.



## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

AS	: Aide- soignant
ASaCo	: Association de Santé Communautaire
ATCD	: Antécédent
BCF	: Bruit Du Cœur Fœtal.
CMIE	: centre médical inter entreprise
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CPN	: Consultation Prénatale
CPoN	: Consultation Post Natale
CS Réf.	: Centre de Santé de Référence
CSCoM	: Centre de Santé Communautaire
CU	: Contraction Utérine
DEAP	: Département d'Epidémiologie des Affections Parasitaires
DER	: Département d'Enseignement et Recherche
DAT	: Dispensaire Anti Tuberculeux
DCI	: Dénomination Commun Internationale
DNSI	: Direction Nationale de la Statistique et de l'Information
DU	: Diplôme Universitaire
EDSM	: Enquête Démographique et de Santé au Mali
FNUAP	: Fond des Nations Unies pour l'Aide aux Populations
FMPOS	: Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie
GEU	: Grossesse Extra Utérine
GESTA	: Gestion du Travail d'Accouchement
HFDK	: Hôpital Fousseni Daou de Kayes
HU	: Hauteur Utérine
HTA	: Hypertension Artérielle
IB	: Initiative de Bamako

- ICPD : International Conférence on Population and Development
- IFM : Institut de Formation des Maitres
- INPS : Institut National de Prévoyance Social
- IOM : Institute Of Médecine
- MESRS : Ministère d'Enseignement Supérieur et de Recherche Scientifique
- MRTC : Malaria Research and Training Center / Centre de Rechercher et Traitement de la Malaria
- OIDA : Occipito iliaque Droite Antérieure
- OIDP : Occipito iliaque Droite Postérieure
- OIGA : Occipito iliaque Gauche Antérieure
- OIDP : Occipito-ilaque Gauche postérieure
- OMS : Organisation Mondiale de la santé
- PA : Pression artérielle
- PGI : Programme de GESTA International
- PMI : Protection Maternelle et Infantile
- RGPH : Recensement général de la population et Habitat
- RU : Rupture Utérine
- SA : Semaine d'Aménorrhée
- SC MAX : Score Maximum
- SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
- SP : Sulfadoxine Pyriméthamine
- TA : Tension Artérielle
- TV : Toucher vaginal
- UVMaF : Université Virtuel de Médecine Francophonie
- VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

## **Sommaire**

I. INTRODUCTION .....	1
II. OBJECTIFS .....	3
2.1. Objectif général :.....	3
2.2. Objectifs spécifiques : .....	3
III. GENERALITES.....	4
3.1. Définition de l'accouchement :.....	4
3.2. Historique de l'accouchement : .....	5
3.3. Etapes physiologiques de l'accouchement :.....	9
3.4. Les aspects techniques de l'accouchement : .....	11
3.5. Définitions des termes usuels : .....	16
IV. METHODOLOGIE.....	21
4.1. Cadre d'étude :.....	21
4.2. Période d'étude : .....	24
4.3. Type d'étude : .....	24
4.4- Population étudiée.....	24
4.5. Critères de jugement :.....	24
4.6. Les variables étudiées :.....	25
4.7. La procédure de l'accouchement : .....	27
4.8. Plan d'analyse des données : .....	28
4.9. Niveau de la qualité de la structure :.....	28
4.10. Système de classement : .....	29

V. RESULTATS .....	33
5.1. Qualité des structures : .....	33
5.2. Caractéristiques sociodémographiques des parturientes :.....	34
5.4- le degré de satisfaction des accouchée :.....	49
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION .....	55
VII. CONCLUSION : .....	60
VIII- RECOMMANDATIONS :.....	61
IX. Références : .....	64
ANNEXES.....	67

## **I. INTRODUCTION**

La lutte contre la mortalité maternelle demeure une préoccupation permanente dans les pays en voie de développement ou beaucoup reste à faire.

Les pays en développement ont marqué de plus en plus d'intérêt pour l'évaluation de la qualité des soins offerts par leur système de santé (dont la lutte contre la mortalité maternelle demeure une préoccupation permanente).

L'OMS définit la qualité comme la capacité de «garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques en lui assurant de meilleurs résultats en termes de santé, conformément à l'état actuel de la santé au meilleur coût pour les mêmes résultats, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains» [1].

Mais la définition couramment utilisée est celle de l'institut de médecine des états unis (IOM) qui précise que la qualité est «la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment».

L'intervention du programme de GESTA international (PGI) a conduit à la réduction de la mortalité maternelle au Mali et dans plusieurs pays en développement grâce à l'amélioration de la qualité des soins [2].

Cette intervention est d'une portée large suite au nombre élevé et la variabilité des établissements de santé concernés. L'aspect multiple de ses activités a permis de lever plusieurs obstacles à la qualité des soins autour de l'accouchement. En effet, la gestion de ces dernières exige plus de ressources en laboratoire et en personnel formé à cet effet. Dans tous les cas, l'effet bénéfique de l'intervention serait renforcé si les besoins en ressources, ressentis notamment en Afrique de l'ouest, étaient comblés [2].

Un suivi médical appelé consultation prénatale (CPN) de la grossesse permet de dépister et de traiter d'éventuelles complications survenues au cours de la grossesse et de déterminer le mode d'accouchement.

Au cours de la grossesse ou de l'accouchement la femme peut risquer sa vie ou s'exposer à des séquelles graves (fistules vésico-vaginales, prolapsus génitaux etc....).

Au Mali, comme dans la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne, les taux de mortalité maternelle et néonatale sont très élevés. Ils sont respectivement de 368 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et de 34 décès pour 1000 naissances pour la mortalité néonatale, selon les résultats de l'EDSM-V 2012 [3].

Malgré les engagements politiques de haut niveau, les efforts déployés par le gouvernement du Mali et ces différents bailleurs de fonds pendant ces dernières années, force est de constater que la situation des femmes et des nouveau-nés est loin d'être satisfaisante. L'Etat malien a investi des ressources humaines et structurales dans les domaines de la santé. Il y a eu une augmentation de structures et de personnels en nombre et en qualité.

C'est ainsi qu'à l'instar des autres CS Réf du Mali, nous avons vu la nécessité d'initier une étude d'évaluation de la qualité des soins obstétricaux au CS Réf de Kayes. Ces résultats permettront d'identifier les écarts avec les normes en vigueur, afin d'améliorer significativement la prise en charge de la santé maternelle et néonatale.

## **II. OBJECTIFS**

### **2.1. Objectif général :**

Évaluer la qualité des soins obstétricaux offerts aux parturientes à la maternité du centre de santé de référence de Kayes.

### **2.2. Objectifs spécifiques :**

- ✓ Décrire les structures de la maternité au CS Réf de Kayes ;
- ✓ Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes ;
- ✓ Décrire les normes et procédures appliquées dans la salle d'accouchement ;
- ✓ Déterminer le degré de satisfaction des femmes ;
- ✓ Identifier les écarts ainsi que les propositions de solutions en termes de recommandations

### III. GENERALITES

#### 3.1. Définition

##### ➤ **l'accouchement :**

Un accouchement normal débute de façon spontanée et ne s'accompagne que de faibles risques identifiés au début du travail. Cette situation (quant aux risques évalués en continu) perdure tout au long du travail et de l'accouchement. L'enfant naît spontanément en position du sommet entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée. L'accouchement normal est confirmé par la normalité des paramètres vitaux de l'enfant et des suites de couches immédiates pour la mère. Il permet la mise en place dans un climat serein d'un certain nombre d'attentions favorisant le bien-être maternel et familial et l'attachement parents/enfant [4].

##### ➤ **Accouchement eutocique :**

Accouchement eutocique est un accouchement qui se déroule selon le processus physiologique, sans complication, tant du côté de la maman que de son bébé, à l'inverse d'un [accouchement dystocique](#). [22]

##### ➤ **Accouchement dystocique :**

Est un accouchement qui entraîne des difficultés voire une impossibilité d'accouchement par voie basse .on distingue 2 sortes de dystocies ; les dystocies dynamiques puis les dystocies mécaniques. . [22]

##### ➤ **Soins obstétricaux :**

- **Selon l'OMS** les soins obstétricaux englobent tous les soins apportés aux femmes pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum ainsi que les soins aux nouveau-nés.
- **Objectif :**
  - Prévenir les problèmes de santé pendant la grossesse
  - Détecter les états anormaux



- Apporter l'assistance médicale en cas de besoins et mettre en place des mesures d'urgences si celle-ci fait défaut.

### **3.2. Historique de l'accouchement :**

L'accouchement a été dans une bonne partie de l'histoire humaine un fait de société. Les classes aisées étaient encouragées à se reproduire autant que possible, et la femme enceinte ou récupérant après l'accouchement avait le temps de se reposer pendant que des servantes prenaient soin d'elle et de l'enfant. Ces classes aisées avaient aussi à leur disposition les toutes dernières connaissances médicales, mais ce n'était pas toujours une bonne chose. Les femmes des classes populaires travaillaient jusqu'à la naissance et tout de suite après, car elles devaient travailler pour manger (survivre). [5].

Les distinctions de classes sociales pour les accouchements étaient enregistrées pendant la renaissance. Dans la Florence du 15<sup>ème</sup> siècle, les femmes étaient mariées encore adolescentes et avaient souvent entre 5 et 10 enfants, selon qu'elles survivaient ou non à l'accouchement. Accoucher était si dangereux que la femme exprimait ses dernières volontés dès qu'elle se savait enceinte. Une méthode ancestrale de contraception était un allaitement prolongé, qui est un moyen de la nature pour espacer les grossesses. La coutume parmi les classes aisées était de louer les services d'une nurse (infirmière), ce qui voulait dire que la mère serait de nouveau bientôt enceinte. Ce fut à la renaissance que des médecins commencèrent à participer aux accouchements, bien que non sans peine. Les femmes dans leur ensemble étaient à l'abri des regards et leur corps caché sous des masses de vêtements. Il était inconvenant pour tout homme de participer au processus intime de l'accouchement et les sages-femmes ne voulaient pas abandonner leur prérogative ou compétence de leur domaine. Les sages-femmes avaient l'expérience de leur côté, les médecins avaient l'autorité apportée par leur titre. La plupart des écrits et conseils à l'époque provenaient de médecins réputés et nombre de leurs conseils n'étaient donc que de pures conjectures. Il y avait trois femmes enceintes à embarquer sur le Mayflower en route vers l'Amérique. Un enfant, Oceanus Hopkins, naquit

pendant la traversée et mourut l'hiver suivant dans le Massachusetts. Un autre, Pérégrine White, naquit à bord au large de Cap Code et vécut jusqu'à un âge avancé. Le troisième enfant était déjà mort-né à Plymouth, la mère mourut à l'accouchement. De telles histoires n'étaient pas très choquantes, car les chances de mourir de la femme pendant l'accouchement étaient entre 1 et 2% - à chaque naissance [5]. Si une femme donnait naissance à huit ou dix enfants, ses chances de mourir finalement à l'accouchement étaient plutôt élevées. Le taux de mortalité infantile était encore plus élevé. Les chances qu'un enfant meure avant son cinquième anniversaire étaient estimées aux environs de 20%, en fonction de la communauté (des archives exactes sont rares). En plus de la peur de mourir, mère ou enfant, il n'existait aucun moyen d'alléger la douleur pendant le travail, sauf du whisky à certains endroits. Dans les communautés puritaines, avoir mal pendant l'accouchement était une punition divine pour Ève et toutes les femmes qui venaient après elle [5].

Une maternité était encore plus effrayante pour les esclaves des débuts de l'Amérique. Le taux de mortalité infantile parmi les esclaves africains ou afro-américains du 18<sup>ème</sup> siècle était de 28 à 50% et la mortalité des enfants en dessous de 10 ans était de 40 à 50%, en raison d'une malnutrition de la mère, du surmenage, des maladies et du manque d'accès à la médecine. Les propriétaires d'esclaves accusaient les mères de faire mourir les bébés et il existe des preuves que des bébés ont été délibérément étouffés pour leur éviter une vie d'esclave, mais d'autres facteurs ont grandement contribué au taux de mortalité infantile [5].

Avec une augmentation de la population dans l'Europe des 17<sup>ème</sup> et 18<sup>ème</sup> siècles, les maladies contagieuses causèrent encore plus fréquemment des morts pendant l'accouchement. La fièvre puerpérale existait, mais le fait de la participation des médecins aux naissances a augmenté leur taux. Il s'agit d'une infection bactérienne qui devenait apparente dans les jours suivant la naissance. L'accroissement de maternités voulait dire que de nombreuses femmes accouchaient très proches l'une de l'autre. Les

médecins, à cette époque précédant la théorie des germes, allaient de patiente en patiente, transportant sans le savoir des bactéries sur leurs instruments et leurs mains non lavées. Dans les années 1790, Alexander Gordon signala que la maladie était répandue d'une patiente à l'autre. Il "saignait" ses patientes au premier signe de fièvre puerpérale, ce qui aidait dans certains cas, mais personne ne comprenait pourquoi. En 1842, Thomas Watson recommandait aux médecins et aux assistantes de laver leurs mains et d'utiliser du chlore entre les patientes. En 1847, Ignaz Semmelweis réduisit le taux de fièvre dans son service d'obstétrique en ordonnant le lavage des mains, mais l'idée restait rejetée par l'industrie médicale en général. Une victime célèbre de la fièvre puerpérale fut Mary Wollstonecraft, la mère de l'auteur de Frankenstein, Mary Shelley. En 1797, elle accoucha de sa fille Mary aidée d'une sage-femme. Mais ensuite le médecin fut appelé pour aider à délivrer le placenta et il vint rapidement, avec les mains non lavées. Mary Wollstonecraft eut une mort douloureuse mais typique de l'époque la semaine suivante [5].

Les pionnières qui s'installèrent dans l'ouest américain ne furent pas beaucoup mieux loties que leurs consœurs de l'Orient ou d'Europe. Les médecins et sages-femmes étaient rares et celles qui étaient capables d'aider à l'accouchement avaient plus de connaissances que de pratique pour accoucher elles-mêmes. La mortalité infantile restait élevée, mais l'isolement d'une vie sauvage à de nombreux kilomètres des villes avait l'avantage de diminuer la contagion des maladies.

L'accouchement changea de manière spectaculaire au 19<sup>ème</sup> siècle avec l'introduction des produits anesthésiques. Le dentiste William Morton introduisit l'usage de l'éther dans la chirurgie en 1846. L'obstétricien Sir James Young Simpson répandit le chloroforme comme anesthésique en 1847. La reine Victoria utilisa du chloroforme au cours de sa huitième délivrance en 1853. La pratique de l'accouchement sous anesthésie se répandit ensuite rapidement, malgré les protestations du clergé, qui prétendait que les douleurs du travail étaient la volonté de Dieu [5].

En 1914, une méthode appelée Twilight Sleep ("sommeil crépusculaire") fut introduite, qui comprenait l'usage de morphine et de scopolamine. La mère dormait pendant l'accouchement, mais les drogues affectaient aussi le bébé et parfois il ne respirait pas du tout. La morphine faisait aussi mourir des mères à l'accouchement [5].

Au 20<sup>ème</sup> siècle, les avancées médicales et la théorie des germes améliorèrent la santé publique et l'accès des classes défavorisées à des soins médicaux. Quand le Dr Joséphine Baker (pas la chanteuse!) fut nommée comme inspectrice dans la zone de Hell's Kitchen de Manhattan en 1901, elle découvrit que 1500 nouveau-nés mouraient dans le district chaque semaine. Sa croisade pour améliorer les soins prénatals et post-natals exigea d'inventer du lait maternisé, d'ouvrir des cliniques, de lancer un programme de restauration scolaire, de former des assistantes maternelles et d'ouvrir des "stations de lait" dans la ville, et il en résulta une énorme diminution de la mortalité des nourrissons et des petits enfants [5].

L'accouchement, bien qu'étant parfois une épreuve, comporte aujourd'hui beaucoup moins de risques pour la mère. Les enfants ont beaucoup plus de chance de devenir adultes. Et la contraception qui s'est largement répandue donne aux gens l'option de décider quand et combien d'enfants ils veulent. Mais la partie difficile arrive après l'accouchement –élevé une famille- qui se complique de jour en jour... [5].

Dès lors l'obstétrique dévient une discipline d'urgence.

Actuellement, les complications obstétricales sont fréquentes, surtout dans les pays en développement. Une analyse de cette situation a pu faire ressortir les difficultés qui existent autour de la prise en charge des urgences obstétricales [9].

La plupart des accidents sont dus entre autres à une méconnaissance du mécanisme physiologique de l'accouchement, au retard d'évacuation, à la mauvaise surveillance de la grossesse et au non utilisation du partogramme.

Ces urgences obstétricales sont représentées essentiellement par les dystocies, les souffrances fœtales aiguës, les hémorragies, l'éclampsie et la pré-éclampsie [6].

### **3.3. Etapes physiologiques de l'accouchement :**

L'accouchement comporte deux phénomènes :

#### **3.3.1. Phénomènes dynamiques :**

Pendant le travail, l'utérus est soumis à des contractions utérines à travers les fibres musculaires du myomètre. Ces contractions utérines s'expliquent par la présence dans ces fibres de protéines contractiles de type actinomyose et un potentiel de repos de la membrane mais aussi à l'environnement hormonal; les œstrogènes augmentent le potentiel des membranes et la progestérone a un effet contraire aux œstrogènes.

Les contractions utérines ont pour effet [4] :

- l'effacement et la dilatation du col,
- la formation de la poche des eaux,
- le franchissement des étapes de la filière pelvienne par le mobile fœtal.

#### **3.3. 2. Phénomènes mécaniques :**

A travers la filière pelvienne le mobile fœtal doit franchir trois obstacles : le détroit supérieur, l'excavation pelvienne et le détroit inférieur.

Le bassin osseux se compose de :

- 4 pièces osseuses (les 2 os iliaques, le sacrum et le coccyx)
- 4 articulations très peu mobiles (2 articulations sacro-iliaques, la symphyse pubienne et la sacro coccygienne).

Dans l'étude du bassin on décrit plusieurs diamètres dont la connaissance est nécessaire pour l'obstétricien. A partir de ces diamètres, on peut faire un pronostic de l'accouchement par l'appréciation de la perméabilité pelvienne.

L'indice de Magnan est égal à la somme du diamètre antéropostérieur et diamètre transverse médian.

Le pronostic de l'accouchement est favorable si l'indice de Magnan est égal ou supérieur à 23, il est incertain entre 21 et 22, franchement mauvais en dessous de 20.

#### **3.3. 3. Le travail d'accouchement : [4]**

Le travail est précédé par l'expulsion du bouchon muqueux et il est marqué par l'apparition des contractions utérines régulières, rythmées dont l'intensité et la fréquence qui vont en augmentant, avec une modification du col (raccourcissement et ouverture).

Les contractions utérines sont involontaires, intermittentes, totales et douloureuses.

L'administration d'un antispasmodique, ou d'un bêtamimétique arrêtera les contractions d'un faux travail.

Le travail d'accouchement est divisé en 3 périodes :

**1<sup>ère</sup> Période :** Elle commence au début du travail jusqu'à la dilatation complète du col (10 Cm). Elle dure 6 heures à 18 heures chez la primipare et de 2 à 10 heures chez la multipare.

**2<sup>ème</sup> Période :** Elle commence de la dilatation complète du col jusqu'à l'expulsion du fœtus et dure de 0à30mn chez le multipare, jusqu'à 3h parfois chez le primipare

**3<sup>ème</sup> Période:** C'est la délivrance. Elle va de l'expulsion du fœtus à la sortie du placenta et dure 5 à 30 minutes.

#### **Suite de couche immédiate :**

Il faut surveiller l'importance des saignements, la bonne rétraction de l'utérus, la TA, la température et la coloration des muqueuses.

La maman reste allongée et pourra regagner sa chambre dans les 1 à 2 heures.

A l'abstentionnisme classique au cours de l'accouchement s'est substituée de nos jours une attitude de surveillance active du travail qui permet :

- de réduire la durée du travail
- de corriger certaines anomalies mineures dès leur apparition
- de contrôler de façon constante la vitalité fœtale
- de faire le pronostic :

**3.3.4. Pronostic fœtal :** La vitalité fœtale est appréciée à l'aide d'un stéthoscope obstétrical, d'un appareil à effet Doppler ou d'un cardiotocographe.

Les éléments de surveillance clinique du travail seront recueillis au terme des examens obstétricaux pratiqués à intervalle régulier par la même personne sur un partogramme.

Le partogramme est un outil de travail qui permet la surveillance de l'accouchement.

### **3.4. Les aspects techniques de l'accouchement :**

Une fois le travail d'accouchement découvert, il faut maintenant évaluer le pronostic de cet accouchement débutant, en recherchant tous les facteurs de risque qui peuvent compromettre l'évolution, tout ce qui peut retentir sur la santé maternelle ou fœtale [4].

L'accouchement est une pratique médicale qui s'organise autour d'un ensemble de gestes techniques simples mais rigoureux, aboutissant à trois fins essentielles :

- Vérifier le bon déroulement de l'accouchement et dépister tous les facteurs de risque antérieurs et contemporains ;
- Traiter ou orienter la femme dans les cas échéant vers une surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison d'un des facteurs de risque décelé ;
- Etablir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions de l'accouchement de manière à ce que toutes les dispositions pratiques soient prises pour éviter les événements dangereux en urgence [4].

#### **3.4.1. Les moyens techniques utilisés aux différentes périodes de l'accouchement:**

##### **3.4.1.1. Accueil de la parturiente :** Comprend :

- salutations chaleureuses ;
- souhait de la bienvenue ;
- l'identification de la parturiente ;
- aide de la parturiente à s'installer sur la table d'accouchement ;
- rassurer la parturiente.

##### **3.4.1.2. Interrogatoire de la parturiente :**

Cet interrogatoire doit détecter des règles de confidentialités et discrétion afin que la femme n'hésite pas à répondre à toutes les questions. Il permet :

- d'informer sur l'importance et le déroulement de la consultation prénatale ;
- de demander et consulter le carnet de CPN ;
- d'analyser le volet accouchement du carnet ;
- de recueillir les informations sur l'activité de la femme ; les antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux ;
- de porter les informations recueillies dans le registre.

### **3.4. 1.3.Examen général de la parturiente :**

Tout cet examen doit être commencé et se terminer par le lavage des mains avec du savon.

Cet examen consiste à :

- procéder à un sondage vésical si elle n'a pas uriné ;
- prendre les constantes (TA, la température, le pouls, les fréquences respiratoires) ;
- vérifier l'état des conjonctives ;
- rechercher l'œdème du visage et les membres inférieures ;

### **3.4. 1.4.Examen obstétrical de la parturiente:**

Il consiste à faire l'examen de l'abdomen (sa forme, la présence de cicatrices, son axe de développement), la mesure de la hauteur utérine en centimètre (cm), la palpation abdominale (position du fœtus, localisation des pôles fœtaux), l'appréciation de la fréquence et la durée des contractions utérines en les comptant, la recherche et compter les bruits du cœur du fœtus (BCF) après une contraction utérine douloureuse.

Au cours de cet examen le toucher vaginal (TV) permet d'apprécier 5 éléments essentiels : le périnée, le col de l'utérus, l'état de la poche des eaux, la présentation, le bassin (son orientation et le type du bassin) et de poser le diagnostic du travail d'accouchement.

Toutes les informations recueillies au cours de l'examen obstétrical sont portées sur le partogramme.

### **3.4.2. Le partogramme :**



### **3.4.2.1. Définition :**

Le partogramme est un outil de surveillance du travail dont l'utilisation a pour but de prendre une décision à temps afin de réduire la morbidité, la mortalité maternelle et prénatale [7].

Le partogramme ne doit donc pas être considéré comme un registre statistique mais peut constituer un document médico-légal en cas d'anomalies dans l'évolution du travail.

IL permet de mettre en évidence les facteurs de risque pouvant entraver le bon déroulement de l'accouchement.

### **3.4.2.2. Au niveau du tracé :**

Il y a deux phases distinctes

- *La phase de latence* : Elle va jusqu'à 4 Cm.

- *La phase active* : Qui va de 4cm jusqu'à la dilatation complète (10cm)

### **3.4.2.3. Le remplissage du tracé :**

Il consiste à placer les points de la dilatation et aussi à noter les différents paramètres de l'examen dans les cases correspondantes (TA, les BCF, la fréquence des contractions utérines, l'état de la poche des eaux, l'engagement de la dilatation et les soins prodigués aux parturientes).

#### **-En phase de latence :**

Le premier point se place toujours à la jonction des lignes.

Un carreau correspond à 30 mn de temps.

La phase de latence ne doit pas dépasser 8 heures de temps.

#### **-En phase active :**

Deux lignes obliques (ligne d'alerte et ligne d'action) déterminent trois zones (zone d'évolution normale du travail ; zone d'alerte et zone d'action).

La dilatation normale est de 1Cm par heure.

Au cours de cette phase l'examen doit être pratiqué toutes les 30mn et un carreau représente 30mn d'évolution.

Elle dure 8 heures, pendant ce temps la dilatation du col doit atteindre 10 cm (dilatation complète).

Au cours de ces deux phases, cinq (5) éléments sont à surveiller il s'agit : des contractions utérines, les modifications du col avec formation de la poche des eaux, de l'évolution de la présentation, de l'engagement de la présentation et l'état du fœtus (BCF).

A ces cinq (5) éléments il convient d'ajouter un sixième paramètre de surveillance : L'état général de la parturiente (TA, température et le pouls).

### **3.4.3. Accouchement proprement dit :**

Au moment de l'expulsion les matériels pour l'accouchement doit être au complet et stérile (une pince, un ciseau, un fil pour cordon ou clamps, une poire, et un habit propre pour recueillir le nouveau-né).

La progression du mobile fœtal et le périnée doivent être surveillés.

La femme pousse pendant la contraction quand la tête du fœtus est à la vulve.

L'accouchement du siège se fait sans toucher ni tirer sur le corps du fœtus, le plan du dos est maintenu en avant pour éviter au fœtus de faire une rotation postérieure.

Une épisiotomie prophylactique, surtout chez la primipare est envisagée si c'est nécessaire.

L'accouchement chez une parturiente séropositive se fera dans les mêmes conditions que chez les autres femmes. En cas d'expulsion prolongée, l'accouchement instrumental est envisagé (forceps, ventouse ou spatule).

### **3.4.4. La délivrance :**

La délivrance active ou gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA) se fait après l'expulsion du fœtus.

Elle est normale (physiologique) après l'injection de dix (10) unités d'ocytocine en intramusculaire et si elle ne se fait pas spontanément après dix (10) minutes, la

délivrance artificielle va extraire le placenta suivit d'une révision utérine pour s'assurer qu'un cotylédon et/ou une membrane ne soit pas restés dans l'utérus.

Après l'expulsion du placenta un massage utérin par l'agent ou la parturiente permet de faciliter une bonne rétraction utérine pour donner un globe de sécurité.

Toute délivrance est suivie de :

- la surveillance de l'état hémodynamique de la parturiente;
- la vérification du périnée et des parties molles pour détecter une déchirure enfin une réparation de ces déchirures;
- l'examen du placenta pour vérifier son intégrité.

Après l'accouchement les matériels sont immédiatement mis dans l'eau de décontamination pendant 15 minutes.

### **3.4.5. Le dépistage des accouchements à risque :**

#### **3.4.5.1. Les facteurs de risque:**

Un facteur de risque est une caractéristique qui, lorsqu'elle est présent, indique que cet accouchement a des chances d'être compliquée.

- accouchement à risque : c'est un accouchement comportant un ou plusieurs facteurs de risque. Ils sont classés en deux catégories :
  - ° Les facteurs de risque présents avant même l'accouchement.
  - ° Ceux qui apparaissent au cours de l'accouchement.

#### **3.4.5.2. Les facteurs de risque antérieurs à l'accouchement : Ce sont :**

- . L'âge inférieur à 16 ans et supérieur à 30 ans ; taille : inférieure à 1,5 mètre;
- . La multiparité supérieure à 6; le niveau d'alphabétisation ;
- . Le statut matrimonial ; les conditions socio-économiques basses ; poids inférieur à 40 kg ;
- . L'intervalle inter génésique inférieur à 24 mois ; les antécédents obstétricaux (mort-né, mort intra- utérine, avortement à répétition, stérilité secondaire, Accouchement

prématuré, ventouse, forceps, césarienne, déchirure périnéale grave ou l'excision rituelle).

. Les pathologies cardiorespiratoires sévères.

### **3.4.5.3. Les facteurs de risque apparaissant au cours de l'accouchement :**

Eclampsie, des hémorragies de la délivrance, placenta prævia, l'hématome rétro placentaire (HRP), rupture utérine, souffrance fœtale.

### **3.4.6. Soins du nouveau-né :**

Juste après l'expulsion du fœtus, les mucosités de la bouche et du nez sont aspirées avec une poire.

Deux (2) ligatures (nœuds) sont faites au niveau du cordon.

La section du cordon entre ces deux nœuds va permettre de séparer le fœtus de sa maman

Le nouveau-né est recueilli dans un linge propre, séché immédiatement et mis au contact avec le ventre de sa mère et couvert avec une couverture propre et chaude.

Son examen permet d'évaluer le score d'Apgar à la première minute et à la dixième minute et certains paramètres du fœtus tels que : le poids, la taille, le périmètre crânien et le périmètre thoracique.

Lorsqu'il y a une anomalie dans ces paramètres, il sera adressé à un néonatalogue.

## **3.5. Définitions des termes usuels :**

### **3.5.1. L'évaluation :**

C'est une procédure scientifique et systématique qui consiste à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'action atteint avec succès un ou des objectifs préalablement fixés.

### **3.5.2. La qualité des soins :**

La qualité des soins technique consiste à appliquer des sciences et technologies médicales de manière à arriver au maximum des bénéfiques pour la santé sans augmenter

pour autant de risques. Le niveau de qualité est alors la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable de risques et bénéfiques.

Selon l'OMS, la qualité des soins de santé consiste à exécuter correctement (selon les normes) des interventions dont on sait quelles sont sans risque, d'un coup abordable pour la société en question, et susceptibles d'avoir un impact sur la mortalité, les invalidités et la malnutrition [8]

C'est l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire exactement les besoins des utilisateurs en maximisant la perception de l'offre et en minimisant les défauts ou les erreurs [9] : ils doivent donc être efficaces, appropriés, sûrs, accessibles et acceptables et utilisant de façon optimale les moyens disponibles.

### **3.5.3. L'accouchement :**

Après neuf mois de vie intra utérine, le fœtus se sépare de l'organisme maternel.

Ce phénomène physiologique aboutissant à la naissance du nouveau-né, il se nomme accouchement ou parturition, son déroulement physiologique et mécanique est complexe.

### **3.5.4. La qualité des accouchements :**

L'OMS définit la sage-femme comme une personne qui surveille, soigne et conseille les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et le post partum.

Ainsi son rôle est de :

- dispenser en continu des soins de qualité : il faut respecter les règles d'hygiène agir en toute sécurité et être à l'écoute des femmes ;
- reconnaître et prendre en charge les complications notamment prendre les mesures nécessaires pour sauver la vie de la mère et de l'enfant ;
- adresser rapidement et en toute sécurité à l'échelon supérieur les patientes dont l'état l'exigent [11].

### **3.5.5. Politiques et normes des services :**

La politique définit la mission de la santé de la reproduction, indique les bénéficiaires, décrit les activités, les prestataires et les responsabilités pour l'offre des services de qualité [12].

### **3.5.6. Normes :**

Elles précisent les types de services offerts, les conditions minimales acceptables des performances et des qualifications requises exigées pour chaque service offert [12].

### **3.5.7. Les procédures :**

Elles décrivent des gestes logiques indispensables et nécessaires à l'offre des services de qualité par les prestataires [12].

### **3.5.8. La grossesse :**

C'est l'état physiologique de la femme durant la période qui s'étend de la fécondation à l'accouchement [12].

### **3.5.9. Facteurs de risque au cours de la grossesse :**

Un facteur de risque pendant la grossesse est une caractéristique qui, lorsqu'elle est présente, indique cette grossesse à des chances d'être compliquée.

### **3.5.10. Grossesse à haut risque :**

C'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risque. Elle entraîne un risque élevé soit pour la mère soit pour le fœtus, vital ou non, pouvant se manifester pendant la grossesse ou au cours de l'accouchement. [4].

### **3.5.11. La maternité sans risque :**

C'est créer des conditions dans lesquelles une femme peut choisir d'avoir un enfant, et si elle le fait, est assurée de recevoir des soins pour la prévention et traitement des complications de la grossesse, d'avoir accès à l'assistance d'un personnel qualifié à l'accouchement, à des soins obstétricaux d'urgence en cas de besoin et des soins après la naissance, de manière à éviter le risque de décès ou d'incapacité liée aux complications de la grossesse et de l'accouchement.

Cette définition est la même que celle de l'OMS à la conférence de l'I.C.P.D. du programme d'action de la conférence de l'ONU sur les femmes (1995) et d'autres institutions et conventions. Elle rappelle que toutes les femmes doivent pouvoir choisir d'avoir des enfants et que celles qui font ce choix doivent être rassurées de bénéficier d'une surveillance prénatale de qualité, d'une assistance qualifiée à la naissance et pendant la période du post-natal et d'éviter les risques de décès ou d'incapacité liée à l'accouchement [13].

#### **3.5.12. La mortalité maternelle :**

C'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentel, ni fortuite [14].

#### **3.5.13. Taux de mortalité maternelle :**

C'est le nombre de décès maternels pour 100000 naissances vivantes, parfois exprimé pour 100000 femmes en âge de procréer [14].

#### **3.5.14. L'aire de santé ou secteur sanitaire :**

Elle représente une zone géographique desservie par une ressource sanitaire.

#### **3.5.15. La carte sanitaire :**

C'est la répartition géographique actuelle de l'ensemble des coins d'une circonscription sanitaire. Elle est un instrument de planification pour une utilisation optimale des ressources [15].

#### **3.5.16. Le paquet minimum d'activités (PMA) :**

Il signifie l'offre d'activités intégrée de soins de santé. Il comporte des activités préventives, curatives et promotionnelles. Il s'agit entre autres de traitement des maladies courantes, consultation prénatale et post-natale avec accouchement et vaccination [15].

#### **3.5.17. L'évacuation :**

C'est le transfert d'une urgence vers une structure spécialisée d'une patiente qui présente une complication au cours du travail d'accouchement.

**3.5.18. Référence :**

C'est l'orientation d'une patiente vers un service spécialisé en absence de toute situation d'urgence.



## **IV. METHODOLOGIE**

### **4.1. Cadre d'étude :**

#### **4.1. 1. Lieu d'étude :**

Notre étude s'est déroulée à la maternité du CS Réf de Kayes

#### **4.1.2. Situation socio-sanitaire du district de Kayes :**

Le District de Kayes est situé à l'extrême ouest de la région de Kayes. Il compte 665 865 habitants avec une superficie de 22 190 km<sup>2</sup>. Il dispose d'un centre de santé de référence, d'un service local du développement social et de l'économie solidaire et d'un service local de promotion de la femme, de l'enfant et de la famille.

#### **4.1.3 Organisation du système de santé :**

Le système de santé est organisé en CS Réf, les CSCom, les centres secondaires de santé, les centres confessionnels, la garnison, le CMIE, les cliniques, les cabinets médicaux, les cabinets de soins, les officines privées, les laboratoires privés d'analyses biomédicales.

Ce système est organisé au tour de la référence évacuation où le conseil de cercle, les mairies et les ASaCO payent les quottes parts.

#### **4.1.4. Historique :**

Dans le cadre de la décentralisation, suivant le décret n° 314, le centre de santé de référence du cercle de Kayes est géré par un conseil de gestion dont le président est celui du conseil de cercle.

#### **4.1.5. Organisation de la gestion des soins :**

Les soins sont gérés à travers un système de référence évacuation où les quottes parts sont payées par le conseil de cercle, les mairies et les ASACO.

Deux fois par an, le conseil de gestion est tenu pour présenter le bilan des activités.

A) **Situation des ressources humaines :** la situation des ressources humaines se trouve dans le tableau I

**Tableau I : Situation des ressources humaines**

<b>Profils</b>	<b>CSREF</b>
Médecin	6
Pharmacien	1
Technicien Supérieur de Santé (Santé Publique)	2
Assistants Médicaux	1
Technicien Supérieur de Santé(Sage-femme)	11
Technicien Supérieur de Santé(Laboratoire)	2
Technicien de Santé (Santé Publique)	9
Technicien de Santé (Infirmière obstétricienne)	17
Technicien de Santé (Laboratoire)	3
Technicien supérieur d'Hygiène	2
Technicien d'Hygiène	0
Autres Techniciens de Santé	0
Comptables	04
Gérant	3
Matrones	12
Aide-soignant	8
Chauffeur	6
Secrétaire	2
Gardien manœuvre	7
Dépisteurs	2

**B).Les locaux :**

L'enceinte du centre comprend cinq bâtiments qui se répartissent comme suit :

- A droite se trouve un premier bâtiment comportant : la comptabilité, le bureau du médecin chef, le laboratoire, le service des urgences, la salle de CPN, l'unité de vaccination, l'unité de planification.
- A gauche se trouve deux bâtiments contigus : le premier comportant le guichet, le bureau du pharmacien, un magasin, le second est la maison du gardien.
- En face de la porte d'entrée se trouve la maternité

La maternité comprend une salle d'accouchement avec trois tables, une salle de post-partum avec cinq lits, un bureau pour la sage-femme maîtresse, deux salles (blocs) d'intervention opératoire contenant chacune une table, deux salles de stérilisation des matériels, une salle réservée aux pansements.

- A l'extrême nord se trouvent le DAT (dispensaire anti tuberculeux)
- Au sud il y a une cantine actuellement non fonctionnelle et le parking pour les véhicules de l'administration.

#### **4.1.6. Organisation et fonctionnement de la maternité du CS Réf de Kayes**

Chaque jour la permanence est assurée par une équipe de garde constituée de : un médecin, un interne, un AS et les stagiaires qui assurent les urgences ; du côté de la maternité une sage-femme, une infirmière obstétricienne, une matrone qui s'accompagne aussi de leurs stagiaires

Un staff à lieu tous les jours ouvrables à partir de 8h30 minutes dirigé par le Gynécologue obstétricien du service.

Au cours de ce staff l'équipe de garde fait le compte-rendu des activités et des évènements qui se sont déroulés pendant la garde.

Les consultations externes sont assurées chaque jour par les internes et les médecins généralistes.

Le médecin chef consulte les jeudis.

#### **4.2. Période d'étude :**

Notre étude s'est déroulée sur une période de 6 mois allant du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 1<sup>er</sup> juin 2018.

#### **4.3. Type d'étude :**

Il s'agissait d'une étude transversale, prospective et qualitative.

#### **4.4- Population d'étude**

- L'étude a concerné les parturientes admises au CS Réf de Kayes pendant la période d'étude ;
- les personnels chargés des soins de l'accouchement.
- la structure du centre de santé de référence de Kayes.

#### **4.5. Critères de jugement :**

Nous nous sommes référés sur le document de la politique sectorielle de santé au Mali et de la politique des normes et procédures en accouchement au Mali.

##### **4.5-1- Taille de l'échantillon**

L'étude a porté sur 462 parturientes admises en salle d'accouchement au CSREF de Kayes.

##### **4.5-2- Critères d'inclusion**

- Ont été incluses dans cette étude toutes les parturientes venue d'elles-mêmes en salle de naissance pendant la période d'étude et ayant accepté de participer à l'étude après un consentement éclairé sur le but de l'étude.
- Les parturientes référées ou évacuées par les CSCOM ou d'autres structures sanitaires.

##### **4.5-3- Critères de non inclusion**

N'ont pas été inclus dans l'étude :

- Les accouchements à domicile
- Les accouchements en dehors des heures d'enquête
- les parturientes évacuées à l'hôpital

#### **4.5. 4. Technique et déroulement de l'échantillonnage :**

Il s'agit d'un recrutement systématique de toutes les parturientes qui se sont présentées pour les soins d'accouchement au cours de la période d'enquête et qui ont accepté de se soumettre à nos questionnaires. Ainsi nous avons colligés 462 parturientes.

Le protocole a consisté à observer le praticien avant, pendant et après l'accouchement tout en remplissant le questionnaire (en restant le plus anonyme possible).

Les accouchées ont été ensuite reçues individuellement pour recueillir leurs opinions sur la qualité des soins administrés.

#### **Collecte des données :**

Elle a été faite à partir des questionnaires individuels.

- 1 questionnaire pour l'étude de la structure sanitaire.
- 1 questionnaire pour l'opinion des parturientes
- 1 questionnaire pour l'observation des soins d'accouchement.

Les techniques de collecte des données ont été une interview et l'exploitation documentaire (le registre d'accouchement des sages-femmes et les dossiers des parturientes).

L'étude de la structure a reposé sur un accueil rétrospectif des données du centre de santé. Elle a consisté en une description des capacités de production (locaux, ressources humaines, équipements du centre) ; et celle de la description de l'organisation du travail.

L'étude des procédures a consisté en une observation transversale de l'accouchement avec recueil prospectif des données sur la réalisation des gestes techniques et sur l'opinion des parturientes en ce qui concerne les prestations qui leur ont été offertes par le personnel du centre de santé.

Ces supports des données ont été portés à l'annexe.

#### **4.6. Les variables étudiées :**

##### **4.6. 1. Sur la structure :**

Pour étudier le niveau de qualité des centres de santé, nous avons étudié les exigences et attentes suivantes :

- les normes architecturales (matériaux de construction, état du local, système de protection contre la poussière et la clôture) ;
- Le dispositif d'accueil et d'orientation (existence d'un service d'accueil, qualification du personnel d'accueil, existence d'une pancarte pour l'orientation dans le centre)
- La structure et l'équipement de l'unité d'accouchement (les ciseaux, les pinces, un stéthoscope obstétrical, un mètre ruban, des bassines, trois tables d'accouchement, etc....).
- La structure et l'équipement de l'unité de consultation (état et équipement de la salle, équipement pour examen physique, dispositif d'accueil) ;
- L'équipement de la salle d'attente (pour l'accouchement, la consultation médical, la CPN et hangar de vaccination) ;
- Les autres salles du centre (salle d'injection, salle de pansement, salle de stérilisation, salle de petite chirurgie) ;
- La fonctionnalité de la pharmacie (normes architecturales, l'équipement, qualification du personnel et mode d'approvisionnement) ;
- La fonctionnalité du laboratoire (normes architecturales, l'équipement et qualification du personnel)
- L'état des toilettes (normes architecturales, l'équipement et propreté) ;
- Le système d'approvisionnement en eau et le mécanisme d'élimination des déchets (existence de robinet ou de puits, de chasse eau et de poubelles) ;
- Système d'éclairage et de communication (existence de téléphone, fax, Internet, éclairage par un réseau publique, un groupe électrogène ou des panneaux solaires).

#### **4.6. 2. Sur les procédures de l'accouchement :**

Les variables étudiées sont en rapport avec les gestes techniques suivants :

- Identification des parturientes ;
- Identification de la personne qui a pris en charge les parturientes ;
- Accueil ;
- L'interrogatoire ;
- L'examen général ;
- L'examen obstétrical ;
- la demande des examens complémentaires : Echographie, groupage sanguin/ rhésus, taux d'hémoglobine ; la numération formule sanguine, la glycémie, la goutte épaisse.
- Les renseignements sur les consultations prénatales ;
- Le déroulement de l'accouchement ;
- L'hygiène de la parturiente ;
- Les facteurs de risque ;
- Les consultations après l'accouchement;
- La planification familiale.

#### **4.6.3. Sur l'opinion des parturientes :**

Ce sont les informations reçues des parturientes à la suite d'un accouchement par rapport aux prestataires et leur prestation.

Les paramètres étudiés ont été :

Le critère de choix ayant motivé la parturiente à fréquenter le centre de santé :

La nature de l'accueil ;

La satisfaction des parturientes sur l'état des locaux ;

La prescription des examens complémentaires et des médicaments.

#### **4.7. La procédure de l'accouchement :**

Le déroulement de l'étude a été le suivant :

- Les observations ont été faites dans la plus grande discrétion possible et en restant totalement passive. Les fiches d'enquête utilisées ont permis de répondre rapidement aux questions.

- L'opinion des accouchées a été demandée sur les soins après l'accouchement.

#### **4.8. Plan d'analyse des données :**

Les données ont été saisies sur le logiciel Word et analysées sur le logiciel SPSS.20 et Excel 2007

#### **4.9. Niveau de la qualité de la structure : [10]**

Les exigences et attentes pour offrir un service de qualité dans la structure sanitaire ont été définies dans le référentiel pour l'analyse de la qualité des soins en milieu urbain.

Ces références ont été en rapport avec :

- Les normes architecturales :
  - Le matériel de construction ;
  - L'état de la salle;
  - Le système de protection (contre la poussière) et la clôture.
- Le dispositif en place pour l'accueil :
  - Existence d'un service d'accueil ou d'un bureau des entrées ;
  - Présence et qualification du personnel d'accueil ;
  - Existence de pancarte pour l'orientation dans le centre.
- La structure et l'équipement de l'unité d'accouchement :
  - Equipement ;
  - Personnel ;
  - Formation du personnel ;
  - Faisabilité du bilan de CPN.
- La structure et l'équipement de l'unité de consultation prénatale :
  - Structure de la salle ;
  - Matériel technique ;
- L'existence de la fonctionnalité du laboratoire :
  - Equipement ;
  - Personnel ;



- Formation du personnel ;
- Faisabilité du bilan de CPN.
- Le dépôt de médicament :
  - Normes architecturales ;
  - Equipement ;
  - Mode d'approvisionnement ;
  - Formation du personnel.
- Etat des toilettes :
  - Normes architecturales ;
  - Equipement ;
  - Propreté.
- Le système d'approvisionnement en eau et d'élimination des déchets :
  - Robinet ou puits ;
  - Poubelles ;
  - Incinérateur.
- Le système d'éclairage et la communication :
  - Téléphone (fixe et mobile), fax, Internet ;
  - Réseau public, groupe électrogène.

#### **4.10. Système de classement : [10]**

Une cotation (0 ; 1) a été faite pour les critères identifiés. Chaque référence composée de critères a été aussi cotée de 0 à 4. la somme des scores réalisés appliqués à l'échelle d'évaluation pour un centre donné a permis d'évaluer le niveau de qualité de la structure. Le maximum de score que l'on peut enregistrer pour les treize références est de 50.

L'échelle d'évaluation se présente comme suit : [10]

- **Niveau IV** : 95 à 100% de score maximal soit un score total de 38 à 40
- **Niveau III** : 75 à 94% de score maximal soit un score total de 30 à 37,99

- **Niveau II** : 50 à 74% de score maximal soit un score total de 20 à 30.

Le niveau de qualité des accouchements et des CPN a été déterminé à partir des scores obtenus lors de la réalisation des valeurs discriminatoires.

L'analyse a porté sur deux types d'échelles :

- Une première échelle où les soins sont dits : [10]

- De bonne qualité : si toutes les variables discriminatoires sont réalisées
- De moins bonnes qualités : si une au moins des variables discriminatoires n'est pas réalisées.

- Une deuxième échelle où les soins ont été classés en quatre niveaux de qualité :

- Elevé (Q4) : 95 à 100% des gestes de la dimension sont réalisés
- Assez élevé (Q3) : 75,99% des gestes de la dimension sont réalisés
- Moyen (Q2) : 50 à 74,99 des gestes de la dimension sont réalisés
- Faible (Q1) : moins de 50% des gestes de la dimension sont réalisés

Cette échelle s'applique aux dimensions qui ont quatre variables et plus.

C'est ainsi qu'elle a permis de déterminer pour le centre de la promotion de parturientes recevant des soins de bonne et d'assez bonne qualité (Q4 et Q3) et d'avoir un classement par niveau du dit centre. Les critères de ce classement ont été :

- Niveau IV : 75 à 100% des parturientes reçoivent des soins de bonne et d'assez bonne qualité.
- Niveau III : 50 à 74,99 des parturientes reçoivent des soins de bonne et d'assez bonne qualité.
- Niveau II : 25 à 44, 99% des parturientes reçoivent des soins de bonne ou d'assez bonne qualité.
- Niveau I : moins de 25% reçoivent des soins de bonne ou d'assez bonne qualité.

#### **4.11. L'étude analytique : [10]**

Évaluation du niveau de la qualité des prestations ses déroulé suivantes certaines rubriques. Pour chaque item nous avons adopté la cotation de 0 à 1. Pour chaque

rubrique le score total attendu dépendait du nombre des questions en faveur. Notre appréciation a été relevée par le taux de bon score sur le total des points attendus multipliés par 100.

Ainsi nous avons retenu les rubriques suivantes :

**Au niveau de l'accueil :**

- ✓ Souhaiter la bienvenue ?
- ✓ Se présenté à vous ?
- ✓ Demander votre nom ?
- ✓ Aider à s'installer sur la table d'accouchement ?
- ✓ Etat de la salle ?

Score maximum attendu = 5

Score minimum attendu = 0

**Au niveau de l'examen général :**

- ✓ Mesure de la TA (cm hg),
- ✓ Auscultation cardio-pulmonaire,
- ✓ La température,
- ✓ Recherche des œdèmes,
- ✓ . Examen des conjonctives,

Score maximum attendu =5

Score minimum attendu = 0

**Au niveau de l'examen obstétrical :**

- ✓ -Mesure de la hauteur utérine,
- ✓ -Palpation abdominale à la recherche d'un pôle fœtal,
- ✓ -Appréciation du rythme des contractions utérines,
- ✓ -Auscultation des BCF,
- ✓ -Appréciation de la dilatation du col,
- ✓ -Note les renseignements de l'examen dans le partogramme

Score maximum attendu = 6

Score maximum attendu = 0

**Au niveau Relations humaines :**

- ✓ Pendant ou au décours de l'examen était-il expliquée l'évolution du travail,
- ✓ Explique le déroulement de l'accouchement,

Score maximum = 2

Score maximum = 0

**Au niveau de l'hygiène :**

- ✓ Le praticien s'est-il lavé les mains avant et après chaque examen?
- ✓ Les agents Changent-il de blouses ?
- ✓ Le praticien a-t-il utilisé des gants ?
- ✓ Laver les matériels au savon ?
- ✓ Mettre les matériels dans la solution de décontamination ?
- ✓ Un tissu était déposé sur la table d'accouchement ?

Score maximum attendu = 6

Score maximum attendu = 0.

**Au niveau du respect de l'intimité et la confidentialité :**

- ✓ L'accouchement a été fait à l'abri l'indiscret non justifiés ?
- ✓ Y avait-il des rentrées et des sorties non justifiées ?

Score maximum attendu = 2

Score minimum attendu = 0

## V. RESULTATS

**1. Qualité des structures :** La qualité des structures a été évalué selon la grille dévaluation du tableau I

### 1.1 Etude descriptive et analytique de la structure:

**Tableau II :** Niveau de la qualité des structures au CS Réf de Kayes.

Références	Niveau de la Qualité				Score	Observations
	A	B	C	D		
1. Normes architecturales		+			3	Ancien bâtiment rénové avec toiture en tôles, mais plafonnée
2. Dispositif d'accueil et d'orientation			+		2	Absent mais l'orientation est assurée par le guichet
3. Structure/équipement Unité d'accouchement	+				4	Matériels techniques de qualité satisfaisante (ciseaux, pinces, etc....).
4. Equipement salle	+				4	3 bancs en bois sous un hangar à l'abri du vent et la poussière.
5. Unité de consultation gynécologique					0	Absente
6. Unité d'hospitalisation suites de couches	+				4	5 lits pour 01 salle de propreté d'aération et de ventilation suffisantes puis climatisée
7. Dépôts médicaments. Normes architecturales/coût Médicaments	+				4	Bien protégé contre la poussière; IB appliquée.
8. Laboratoire/fonctionnalité	+				4	Fonctionnel pour tous les examens complémentaires au cours de la grossesse.
9. Etat des toilettes		+			3	Intimité respectée, propreté insuffisante.
10. Bloc opératoire					0	Absent
11. Système d'approvisionnement en eau et d'élimination des déchets.	+				4	Incinérateur disponible avec un service Hygiène et Assainissement
12. Unité d'hospitalisation du bloc					0	Absent
13. Système d'éclairage et de Communication				+	1	Groupe électrogène absent, pas de système de communication en place

<b>Total</b>		<b>37/52</b>	<b>71,15%</b>
--------------	--	--------------	---------------

NB: A=4; B=3; C=2; D=1.

+ = désigne le niveau de qualité coché.

Score maximal (SC. Max)=52

Niveau de la qualité:

Niveau 4: 95-100%SC.MAX soit 48 à 52

Niveau 3: 75-94%SC.MAX soit 40 à 47,99

Niveau 2: 50-74%SC.MAX soit 30 à 39,99

Niveau 1: moins de 50%SC.MAX soit moins de 30.

Le centre est de niveau II.

## 2. Caractéristiques sociodémographiques des parturientes :

**Tableau III** : Répartition des parturientes selon l'âge.

<b>Age</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
≤18	33	7,14
<b>19– 30</b>	<b>214</b>	<b>46,32</b>
31- 35	164	35,14
>35	51	11,4
<b>Total</b>	<b>462</b>	<b>100</b>

- L'âge moyen était de 24,5 ans avec des extrêmes allant de 14 ans à 45 ans.

- la tranche d'âge 19 et 30 ans était la plus représentée soit 46,32%

**Tableau IV :** Répartition des parturientes selon la profession.

<b>Profession</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Ménagère</b>	<b>192</b>	<b>41,56</b>
Vendeuse/Commerçante	90	19,48
Fonctionnaire	48	10,36
Autre	132	28,6
<b>Total</b>	<b>462</b>	<b>100</b>

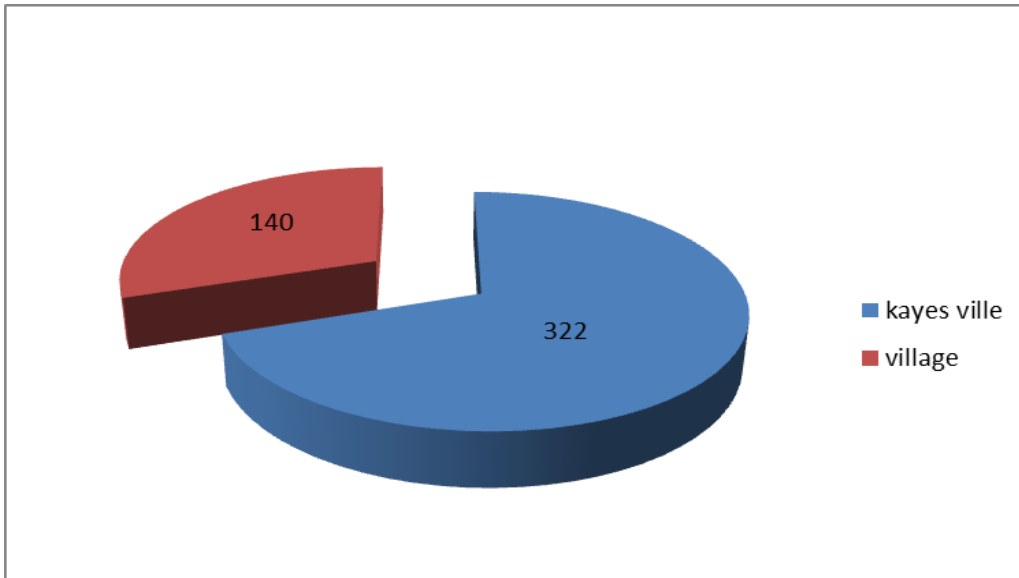
\*Autres : élevés, étudiantes, aide-ménagère ....

**Tableau V:** Répartition des parturientes selon le niveau de scolarisation.

<b>Niveau</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Non scolarisée	172	37,23
<b>Scolarisée</b>	<b>250</b>	<b>62,77</b>
<b>Total</b>	<b>462</b>	<b>100</b>

**Tableau VI :** Répartition des parturientes selon l'état matrimonial.

<b>Etat matrimonial</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Célibataire	58	12,56
<b>Mariée</b>	<b>402</b>	<b>87,01</b>
Divorcée	0	0
Veuve	2	0,43
<b>Total</b>	<b>462</b>	<b>100</b>



**Figure 1:** effectif des parturientes selon la résidence

### 3. Les normes et procédures dans la salle d'accouchement

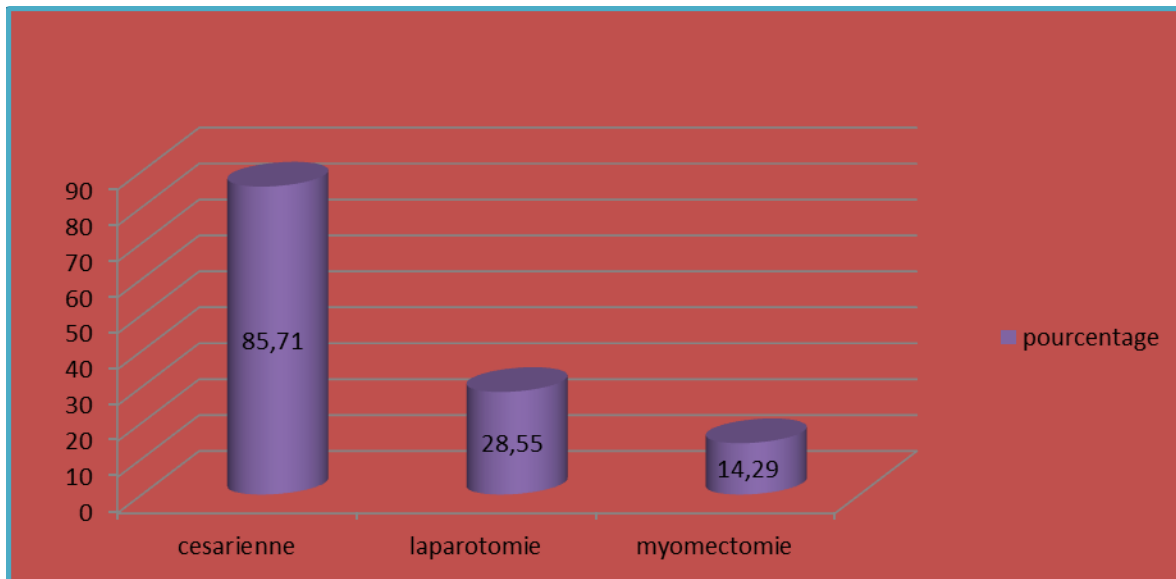
**Tableau VII :** Répartition des parturientes selon les facteurs de risque.

<b>Facteur de risque</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Grande Multipare	72	28,92
<b>Multipare</b>	<b>128</b>	<b>51,41</b>
Primipare âgée	5	2,01
<b>Dernier accouchement Dystocique</b>		
Oui	12	4,81
Non	450	95,19
<b>ATCD de mort-né</b>		
Oui	8	3,22
Non	454	96,78
ATCD d'avortement	24	9,63



**Tableau VIII :** Répartition des parturientes selon les antécédents médicaux.

Pathologie médicale	Effectif	Pourcentage
L'hypertension Artérielle	65	85,56
Asthme	0	0
Drépanocytose	1	1,34
VIH	4	5,27
La tuberculose	0	0
Diabète	6	7,83



**Figure 2:** Répartition de la population selon les antécédents chirurgicaux

Nous avons noté 1cas de laparotomie pour péritonite et un cas de néphrectomie dans ces antécédents.

**Tableau IX :** Répartition des parturientes selon la gestité.

<b>Gestité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Primigeste	58	12,55
<b>Paucigeste</b>	<b>184</b>	<b>39,8</b>
Multigeste	128	27,72
Grande multigeste	92	19,93
<b>Total</b>	<b>462</b>	<b>100</b>

**Tableau X :** Répartition des parturientes selon la parité.

<b>Parité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Nullipare	3	0,65
<b>Paucipare</b>	<b>187</b>	<b>40,48</b>
Multipare	118	25,53
Grande Multipare	105	22,72
<b>Total</b>	<b>462</b>	<b>100</b>

**Tableau XI :** Répartition des parturientes selon le nombre de CPN effectué.

<b>Nombre de CPN</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
0	78	16,85
<b>01-3</b>	<b>372</b>	<b>80,56</b>

$\geq 4$	12	2,59
<b>Total</b>	<b>462</b>	<b>100</b>

**Tableau XII :** Répartition des parturientes selon la qualification de l'agent de santé ayant fait l'examen d'entrée.

<b>Qualification</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Médecin	64	13,85
<b>Sage femme</b>	<b>282</b>	<b>61,04</b>
Infir. Obstétricienne	96	20,78
Stagiaires	20	4,33
<b>Total</b>	<b>462</b>	<b>100</b>

**Tableau XIII :** Répartition des parturientes selon l'accueil.

<b>Conditions de l'accueil</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Pourcentage</b>
Souhaiter la bienvenue	73,59	26,41	100
Se présenter	19,91	80,09	100
Demander le nom	100	0	100
Aider à s'installer sur la table	46,40	53,60	100

**Tableau XIV** : Répartition des parturientes selon la réalisation des variables techniques de l'interrogatoire.

<b>Variable technique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Début des contractions utérines douloureuses	346	77,90
Fréquence de la douleur	194	42
Mouvements fœtaux	218	47,20
Perte liquidienne	306	66,20
Ecoulement sanguin vaginal	282	61,04
Possession du carnet de CPN	438	94,80
Appréciation de l'information du carnet	434	94

**Tableau XV** : Répartition des parturientes selon le respect des mesures d'hygiène.

<b>Mesures d'hygiène</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Se lavaient-ils les mains avant/après l'accouchement?	282	61,04
Changeaient-ils de blouses quand elles sont sales?	28	6,10
Portaient-ils les Gants?	462	100
Matériel lavé au savon ?	462	100
Matériel trempé dans une solution de décontamination ?	462	100
Un tissu était déposé sur la table d'accouchement ?	462	100

La variable ‘le changement de blouse au moment de l'accouchement était’ passable tandis que les autres gestes étaient de meilleure qualité soit 100% des gestes de la dimension ont été réalisés.

**Tableau XVI :** Répartition des parturientes selon la réalisation des gestes de l'examen général.

<b>Examen général</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
La tension artérielle mesurée	456	98,70
Pouls évalué	178	38,53
Température évaluée	223	48,27
Auscultation cardio-pulmonaire	454	98,30
L'œdème des membres inférieurs recherché	318	68,80
Conjonctives été examinées	424	91,80

Les gestes techniques de l'examen général étaient d'assez bonne qualité soit au moins 86,50% de la dimension. Le centre était de niveau III.

**Tableau XVII :** Répartition des parturientes selon la réalisation des gestes de l'examen obstétrical.

<b>Examen obstétrical</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Hauteur utérine mesurée	442	95,70
Pôle foetal défini?	343	74,20
Rythme des CU déterminé	344	74,46
BCF recherché	450	97,40
Dilatation du col apprécié	462	100
Partographe établi	462	100

L'examen obstétrical était de bonne qualité, car plus de 95% des gestes étaient réalisés.

**Tableau XVIII** : Répartition des parturientes selon les examens complémentaires demandés.

<b>Examen complémentaire</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
L'échographie obstétricale	3	0,65
Groupage/Rhésus	123	26,62
Taux d'hémoglobine	123	26,62
Bandelette urinaire	268	58,01

Le groupage/Rhésus et le taux d'hémoglobines sont demande chez toute femme n'ayant pas de bilan prénatal ou non suivi. la bandelette urinaire est l'examen le plus demande car elle est réalisé en salle d'accouchement

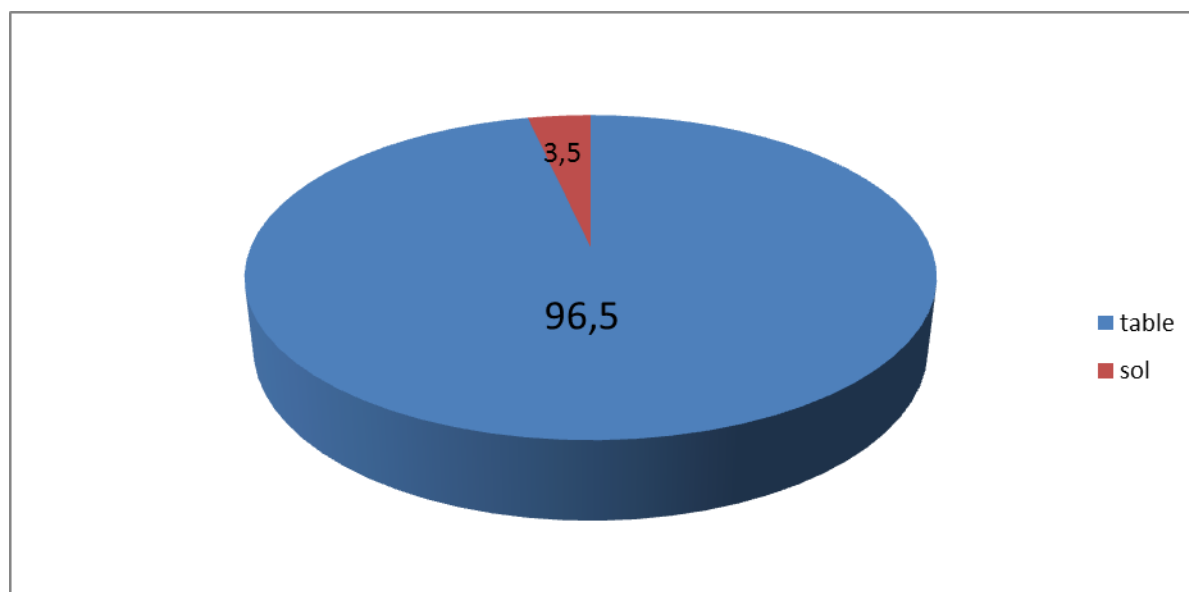
**Tableau XIX** : Répartition des parturientes selon le traitement institué.

<b>Thérapie en cours</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Ocytocique en perfusion</b>	<b>116</b>	<b>25,10</b>
Antispasmodique	63	13,64
Ocytocique en boulus	0	0
Une transfusion sanguine	17	3,67
Autres	78	16,90

+Autres : Un anti hypertenseur, un antibiotique, un anticonvulsivant .....

**Tableau XX :** Répartition des accouchées selon le type de la délivrance.

Type de délivrance	Effectif	Pourcentage
Active	450	97,40
Artificielle	12	2,60
<b>Total</b>	<b>462</b>	<b>100</b>



**Figure 3:** Répartition des parturientes (%) selon le lieu de l'accouchement.



**Tableau XXI** : Répartition des parturientes selon la relation interpersonnelle.

<b>Relation soignante soignée</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Les informations sur le déroulement de l'accouchement	354	76,60
Les explications sur l'évolution du travail	350	75,80

La relation soignante soignée était de meilleure qualité soit 76,60%, le centre est de niveau III.

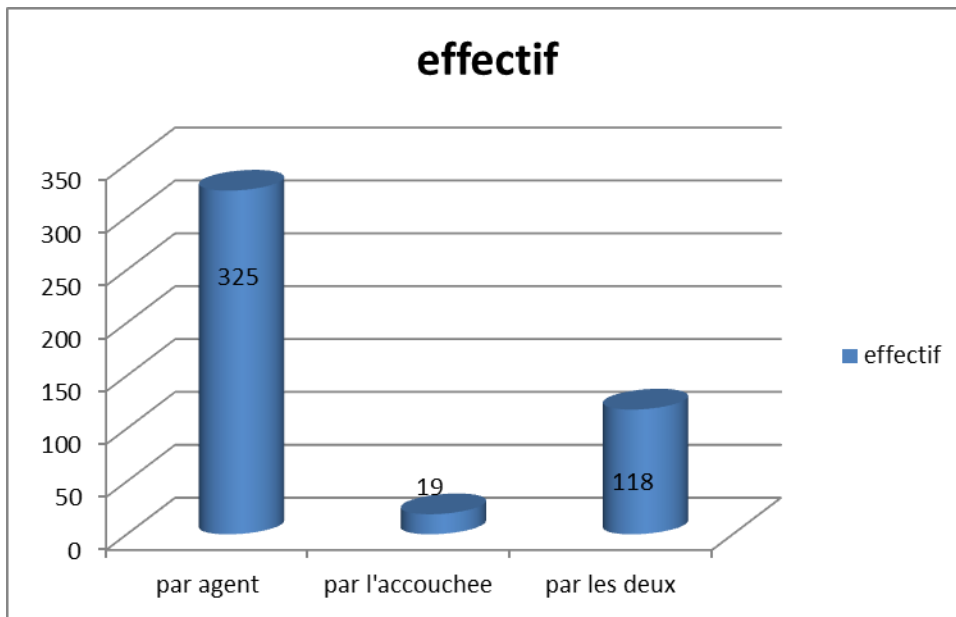
**Tableau XXII** : Répartition des parturientes selon le respect de l'intimité dans la salle d'accouchement.

<b>Intimité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Des rentrées et des sorties non justifiées	32	6,90
L'examen à abri des Regards	435	93,90
Plusieurs personnes ont-elles fait des TV ?	23	4,98

**Tableau XXIII :** Répartition des accouchées selon les soins du nouveau né.

Soins du nouveau né	Effectif	Pourcentage
Nouveau-né vus sur votre ventre	130	28,14
Nouveau-né recueilli dans un linge propre	446	96,50
Nouveau-né réchauffé	442	95,70
Nné mis au sein	98	21,20

Nous constatons un faible pourcentage du contact mère-Nné (mettre au sein ou sur le ventre de sa mère) car l'examen du nouveau-né est fait immédiatement après l'accouchement sous lampe chauffante. Le centre est de niveau IV pour ces gestes.



**Figure 4:** Répartition des accouchées selon la personne ayant pratiqué le massage de l'utérus.

**Tableau XXIV** : Répartition des accouchées selon la surveillance du postpartum Immédiat.

<b>Surveillance du postpartum</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Le pouls et la tension artérielle ?	178	38,50
La température?	168	36,40
L'hémorragie (globe de sécurité) ?	462	100
L'état de conscience ?	462	100

Les gestes comme l'appréciation du pouls, le contrôle de TA, et la température ont été de moyenne qualité soit entre 36% (Q2) tandis que les autres gestes étaient de meilleure qualité soit 100 % des gestes de la dimension.

**Tableau XXV** : Répartition des parturientes selon la qualité de l'examen général.

<b>Qualité de l'examen général</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Passable	305	66
Bonne	157	34
<b>Total</b>	<b>462</b>	<b>100</b>

L'examen général a été bon dans 34 % des cas. Le centre est de niveau II pour la qualité de l'examen général.

**Tableau XXVI :** Répartition des parturientes selon la qualité de l'examen obstétrical.

<b>Qualité de l'examen Obstétrical</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Passable	100	21,60
Bonne	362	78,40
<b>Total</b>	<b>462</b>	<b>100</b>

L'examen obstétrical a été bon dans 78,40%. Le centre est de niveau IV pour la qualité de l'examen obstétrical.

**Tableau XXVII :** Répartition des accouchées selon la qualité de la surveillance du post partum immédiat.

<b>Qualité de la surveillance du post-partum</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Passable	189	40,90
Bonne	273	59,10
<b>Total</b>	<b>462</b>	<b>100</b>

La qualité de la surveillance du post partum immédiat a été bonne dans 59,1011% ; de ce fait le centre est de niveau II.

#### 4- le degré de satisfaction des accouchée :

##### L'opinion des accouche

**Tableau XXVIII** : Répartition des parturientes selon la réalisation des gestes du respect physique et psychique.

<b>Interaction parturiente</b>		
<b>soignante</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Les attitudes étaient-elles normales?		
- Oui	428	92,60
- Non	34	7,40
Ont crié sur moi	42	9,10
M'ont encouragé et ont été compréhensives	134	29
M'ont tranquilisé	290	62,80
Les attitudes étaient normales dans 92,60%		

**Tableau XXIX** : Répartition de l'état de la salle d'accouchement Selon l'opinion des accouchées

<b>Etat de la salle</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>d'accouchement</b>		
<b>Propre</b>	<b>391</b>	<b>84,62</b>
Satisfaisante	67	14,51
Sale	0	0
Désordonnée	0	0
Mauvaise odeur	4	0,87
<b>Total</b>	<b>462</b>	<b>100</b>

La salle était propre dans 84,6%. Le centre est de niveau II.

**Tableau XXL** : Répartition des accouchées selon la qualité de l'accueil

<b>Qualité de l'accueil</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Passable	101	21,9
Bonne	283	61,3
Très Bonne	78	16,8
<b>Total</b>	<b>462</b>	<b>100</b>

L'accueil a été bon dans 61,3% donc l'accueil est de niveau II.

**Tableau XXLI** : Répartition des accouchées selon la qualité des conseils donnés par les prestataires.

<b>Qualité des conseils</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Mauvaise	63	13,6
Passable	140	30,3
Très bonne	259	56,1
<b>Total</b>	<b>462</b>	<b>100</b>

La qualité des conseils a été très bonne dans 56,1%, donc le centre est de niveau III.

**Tableau XXLII :** Répartition des accouchées selon l'appréciation de la qualité de l'hygiène par les accouchées.

<b>Qualité de l'hygiène</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Mauvaise	20	4,34
Passable	13	2,81
Bonne	429	92,85
Pas de reponse	0	0
<b>Total</b>	<b>462</b>	<b>100</b>

L'hygiène a été bonne dans 92,9 % des cas, donc le centre est de niveau IV.

**Tableau XXLIII :** Répartition des accouchées selon la qualité du respect physique et psychique.

<b>Qualité du respect physique et psychique du malade</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Passable	22	4,8
Bonne	334	72,3
Très bonne	106	22,9
<b>Total</b>	<b>462</b>	<b>100</b>

Dans 72,3% des cas le respect physique et psychique a été bon donc le centre est du niveau III.

**Tableau XXLIV** : Répartition des accouchées selon la qualité du respect de l'intimité et de la confidentialité.

<b>Qualité du respect de l'intimité et de la Confidentialité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Mauvaise	2	0,4
Passable	25	5,4
Très bonne	435	94,2
<b>Total</b>	<b>462</b>	<b>100</b>

Dans 94,2% des cas l'intimité et de la confidentialité a été très bonne; donc le centre est de niveau IV.

**Tableau XXLIV** : Répartition des accouchées selon la qualité de la relation inter personnel.

<b>Qualité de la relation Humaine</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Passable	76	16,5
Très bonne	386	83,5
<b>Total</b>	<b>462</b>	<b>100</b>

La relation humaine a été de très bonne qualité dans la majorité des cas 83,5%.



**Tableau XXLVI :** Répartition des accouchées selon la qualité du suivi dans le post natal tardive (CPON).

<b>Qualité du suivi dans le post natal</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Bonne	64	13,9
Très bonne	123	26,6
Absent	275	59,5
<b>Total</b>	<b>462</b>	<b>100</b>

La surveillance du post natal a été de très bonne qualité dans 26,6% des cas. Le centre est de niveau I.

**Tableau XXLVII :** Répartition de la population selon le critère de choix de la maternité.

<b>Choix du centre</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Proche de mon domicile	72	13,7
Compétence du personnel	61	11,6
Tarif peu élevé	98	18,7
une connaissance	14	3,7
<b>Personnel accueillant</b>	<b>125</b>	<b>23,9</b>
Sur conseil	9	1,7
“Je suis sa protégée”	46	8,7
Adresser par un centre	99	18

**Tableau XLVIII** : Répartition des parturientes selon la raison du choix d'accoucher en maternité.

<b>Raison du choix</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Les complications de l'accouchement à domicile	149	32,3
Sécurité de l'accouchement en maternité	191	41,3
Par exigence de la famille	23	5
J'ai été référée/évacuée	99	21,4

## **VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS**

### **6.1-Étude des structures et Équipement**

Le CSREF de Kayes est de niveau II au plan structural. Clôturé d'un mur en mauvais état, le centre ne dispose pas de service de chirurgie, ni de médecine générale avec une maternité. L'état du bâtiment nécessite une rénovation en béton. La maternité est bien équipée malgré qu'il y'a deux tables en salle d'accouchement mais y'a suffisamment de boites d'accouchement, une boite pour l'examen sous valve, deux lampe baladeuse en salle d'accouchement, une ventouse pour des accouchements instrumental.

### **6.2-Étude des procédures :**

#### **6.2.1. Analyse Des caractéristiques sociodémographiques.**

**L'âge:** notre étude a révélé que la tranche d'âge de 19-30 était la plus représentée avec 37,20 %. La moyenne d'âge était de 24 ans, ceci correspond à la période optimale de procréation. Siby A. avait trouvé 69,4% en 2009 au cour de son étude à Kangaba [16] et contre 47,2% en 2009 par Tangara M. en **commune VI** [15].

**Niveau de scolarisation :** Les femmes non scolarisées représentent 37,20% de l'échantillon ce taux est acceptable par rapport aux études antérieurs comme à Kangaba avec un taux de 60,40% selon Siby A. [16] et 67,10% selon Tangara en commune VI [17]. Ce résultat traduit la bonne collaboration des parturientes durant l'enquête mais la majorité de ses femmes scolarisées ont abandonné au primaire.

**Statut matrimonial :** Nous avons trouvé 87,01%% de femmes mariées contre seulement 12,60% de célibataires et 0,43% des veuves .Ce qui est une bonne chose, surtout quand on considère le rôle de la famille malienne dans la gestion de la grossesse.

**La parité :** Notre échantillon était constitué de 40,49% de paucipare, 26,20% des femmes étaient multipares et 22,70% des grandes multipares tandis que les primipares représentaient que 10,61%. Ce résultat explique la forte croissance démographique de cette population. Alors des efforts doivent être consentis par les

agents de santé afin de minimiser les risques encourus par ces femmes surtout quand on sait que la multiparité constitue un facteur de risque important de morbidité et de mortalité maternelle, notamment les présentations vicieuses, la rupture utérine, l'hémorragie de la délivrance.

**La consultation prénatale** : 84,10%.des femmes avaient fait au moins une CPN ce qui explique une bonne sensibilisation de la population avec un très bon système de la stratégie avancée qui a beaucoup contribué à la réalisation de ce taux.

**Qualification de l'accoucheur** : Dans un CSREF comme celui de Kayes où il y'a manque de médecin généraliste, manque de bloc opératoire, avec un seul gynécologue qui est occupé par les tâches administratives 61,04% des accouchements réalisés par les sages-femmes contre 13,8% par des médecins ne peut être qu'acceptable (qualité de soin assez bon)

#### **6.2.2. Analyse de la qualité de la dimension humaine** :

L'évaluation du niveau de qualité de la dimension humaine révélait que le centre était de niveau IV. Ce résultat est comparable à celui de Diarra M. au CS Réf de la commune V en 2004 [18]. L'accueil était de qualité satisfaisante dans l'ensemble, les femmes étaient soutenues de l'entrée jusqu'à la table d'accouchement, elles recevaient toutes les explications sur le déroulement de l'accouchement et les risques à encourir par la sage-femme ou l'interne de la salle.

#### **6.2.3. Analyse du déroulement de l'accouchement** :

L'interrogatoire: l'analyse montrait un niveau III pour l'interrogatoire car la moyenne des différents paramètres de l'interrogatoire est 60%

L'exploitation du carnet de CPN était réalisé chez 94,8% des femmes ce qui doit être systématique pour permettre de connaître les antécédents des parturientes afin de dépister les grossesses à risques tout comme DIARRA M. qui avait trouvé 100% au CS Réf de la commune V en 2004 [18].

**L'examen général** : était assez bonne qualité .Les paramètres comme l'examen des conjonctives (91,8%), la recherche d'œdèmes des membres inférieurs (68,8%). Par ailleurs il faut signaler que l'auscultation cardio-pulmonaire faisait défaut et n'avait

été réalisé que chez 3,24% des parturientes enregistré au cour de l'enquête ainsi que la surveillance de la température(48,30%) et le pouls(38,50%) posait de problème tout en sachant que le pouls est l'un des paramètres vitaux, capital a surveille surtout dans les suites de couches

**L'examen obstétrical** : était de très bonne qualité, le toucher vaginal était réalisé dans 100%, des contractions utérines étaient évalué dans 74,50%, ainsi que la mesure de la hauteur utérine dans 95,70%.

**Préparation à l'accouchement** : Elle commence depuis la consultation prénatal doit être juste un rappel en per-partum pour rassuré la parturiente et rendre la surveillance du travail facile tout en coopérant avec les personnels soignants ce taux était satisfaisant au cours de notre étude 75,80% avaient reçu des informations sur les différents processus de l'accouchement

**Le respect des mesures de prévention de l'infection** :cette étape qui est la plus importante dans l'évaluation de la qualité de soin avait été bien conduit selon les normes standards de la prévention des infections : les matériels étaient trempés dans une solution de décontamination à 100% puis laves avec du savon, séchés et stérilisés en salle d'accouchement car il y'a un poupinelle disponible et en bon état , toutes les parturientes avaient accouchée sur des plastiques à usage unique comme alèze . le seul problème qui s'est pose à cette étape était le lavage des alèzes et des pagnes souillés par les accompagnatrices sans mesures de protection avec évacuation des déchets biologiques des parturientes.

**Traitements reçus** : au cours de notre étude nous avons constaté que beaucoup des femmes recevaient une perfusion d'ocytocine soit 25,10% ce taux s'explique par le cas de référence pour dystocie tout en prenant en compte toutes les contre-indications avec 13,60% antispasmodiques. Nous avons transfuse 3,70% de notre échantillon pour anémie du per-partum ou du post-partum par contre aucune parturiente n'a reçu de l'ocytocine en boulus à cause de risque en courir et manque de plateau technique adéquat. Comme une étude faite par COULIBALY M. en 2001 avait révélé une injection d'ocytocine par voie veineuse directe sur utérus cicatriciel au CSCOM de

l'ADASCO [19]. Traoré Y avait trouvé 3,8% de ruptures utérines liées à l'ocytocine avec 81,1% de mortalité fœtale à l'hôpital Gabriel Touré [20].

**L'usage du partographe** : notre étude avait montré que toutes les parturientes avaient été surveillées avec le partographe dans 100%. Le partogramme est un outil de la surveillance par excellence il constitue également une preuve médico-légale tout comme une étude faite en 2005 au CS Réf de la Commune V avait montré que l'utilisation du partogramme permettait de réduire le taux de mortalité de 54,6 à 6,05 pour 1000 naissances vivantes [18]. Le taux de souffrance fœtale aiguë est passé de 56,5% à 5,1% au Rwanda [21].

**L'intervention** : la ventouse avait été utilisée chez 5,60% des parturientes l'expression utérine étant une vieille pratique en obstétrique n'a pas été observée car c'est une intervention néfaste responsable de plusieurs complications de l'accouchement comme la rupture utérine, les fistules urogénitales, les prolapsus. Nous avons constaté que les indications de l'épisiotomie n'étaient pas respectées elle avait juste été réalisée chez les primipares seulement par contre y'a eu des déchirures périnéales chez certaines paucipares car le périnée était soit étroit, du aux séquelles d'excisions .....

**Les soins donnés aux nouveau-nés** : étaient d'une assez bonne qualité l'Apgar avait été coté dans 100%

Cependant certains paramètres, à savoir l'établissement d'un carnet de santé, la mise au sein du nouveau né et le contact peau à peau n'étaient pas réalisés.

**la délivrance et la surveillance du post partum immédiat** : la délivrance était active dans 97,40% contre 2,60% artificielle ce résultat est excellent. La délivrance artificielle n'était pas systématique, Par contre certains paramètres comme l'examen du placenta et des conjonctives après l'accouchement sont peu pratiqués.

**Conseils donnés aux femmes** : les accouchées avaient bénéficié de conseils très bonne qualité dans 56,10% et de mauvaise qualité dans 13,60% ce taux est acceptable par rapport à l'étude menée par Siby A. en 2009 au CS Réf de Kangaba

12,60% de conseil [16], M. Tangara a trouvé 95.10% aux cours de son étude en commune VI [15].

#### **6.2.4. L'opinion des femmes sur les prestations**

##### **L'analyse de la qualité de l'accueil du personnel :**

Elle a été qualifiée de « très bonne » ou de « bonne » et de « passable » par la presque totalité des accouchées. L'accueil avait été jugé bon par 61,30% des accouchées.

**Raisons de choix du centre :** cette étude nous a montré que 23,90% des femmes choisissaient le centre pour le personnel accueillant et 18,70% pour la tarification, la proximité du centre dans 13,70%. La compétence du personnel dans l'accueil tant évoquée est une bonne chose, car étant un centre de référence, le personnel se doit d'être qualifié par rapport au centre qu'il couvre mais des efforts doivent être consentis car ce résultat est paradoxal par rapport aux résultats de l'examen clinique.

## **VII. CONCLUSION :**

Cette étude nous a permis d'analyser les différents aspects de la qualité des soins, ce qui nous amène à dire qu'il faut une structure en bon état et un plateau technique adéquat pour offrir les soins de qualité aux populations.

Elle nous montre que les parturientes sont en mesure d'exprimer un point de vue détaillé sur l'offre des soins obstétricaux.

A cet effet l'analyse de ses résultats montre une amélioration de la qualité de soins de 2008 à 2018 malgré cette amélioration des insuffisances persistent dans nos pratiques quotidiennes.

Ces insuffisances sont de nature à entacher les résultats attendus à savoir : l'administration des soins de qualité aux populations cibles.

Au regard de ces résultats que nous avons commentés, les recommandations suivantes sont formulées afin d'améliorer la qualité.



## **VIII- RECOMMANDATIONS :**

### **8.1. Aux autorités de tutelle :**

- ✓ Améliorer l'état des structures sanitaires selon les normes architecturales ;
- ✓ Aménager un hangar principale pour le programme de vaccination des enfants ;
- ✓ Aménager un parking auto pour les personnels soignants ;
- ✓ Doter le centre d'un service de chirurgie et de médecine ;
- ✓ Assurer une formation continue et régulière des agents santé, particulièrement ceux des CSCOM afin qu'ils se conforment aux normes nationales;
- ✓ Organiser au mieux le système de référence et d'évacuation entre les différentes structures de la pyramide sanitaire ;
- ✓ Renforcer le système de rétro information pour les références ;

### **8.2. Au comité de gestion :**

- ✓ Assurer un système de communication pour la gestion des référence évacuation ;
- ✓ Equiper le centre de matériels techniques adéquats pour assurer une meilleure prise en charge des malades (appareil à tension, thermomètre, aspirateur électrique, oxygène).

### **8.3. Aux personnels de santé :**

- **Respect des normes et procédures telle que :**
  - ✓ Assurer une bonne hygiène de la salle d'accouchement par l'utilisation convenable des antiseptiques lors des accouchements afin de réduire les risques de contamination et se lave les mains avant et après chaque examens ;
  - ✓ Insister lors des séances d'I E C sur le planning familial, la préparation à l'accouchement, l'allaitement et les avantages de se rendre dans une structure sanitaire dès les premiers signes du travail d'accouchement ;
  - ✓ Faire du dossier médical, un droit pour la patiente et un devoir pour le personnel ;
  - ✓ Améliorer l'examen général des parturientes.



**8.4. Aux populations cibles :**

- ✓ Faire régulièrement les CPN ;
- ✓ Respecter les consignes données par le personnel au cours des CPN et l'accouchement;
- ✓ Exiger de la part du personnel des soins de qualité ;
- ✓ Suivre régulièrement les CPoN

## **IX. Références :**

- 1. Pirkle et Al** : La qualité des soins obstétricaux en Afrique de l'ouest ;2013
- 2. SOMAGO**: 5ème congres de la SOMAGO ; Mali ; (30 mars 2016)
- 3. EDSM V** : Mali Enquête Démographique et de sante ; 2012
- 4. HAS** : Accouchement normal - Recommandations - HAS ; 2017
- 5. Andrée Rivard** : les horreur de l'accouchement à travers l'histoire : l'histoire de l'accouchement Québécoise pro 2013
- 6. Saye M.** : Les urgences obstétricales à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti Thèse de méd., Bamako 2005 N°120, page 82
- 7. Merger R., Levy J., Melchior J.**: Précis d'obstétrique. 6ème éd, Paris.Masson.1995. 597 P- P71.
- 8. OMS** : Rapport sur la santé dans le monde: donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Edition de 2005 261 Pages.
- 9. Ndeye Fatou Ngom** : L'assistance médicale à l'accouchement au Sénégal ; accouchement sans risque , med , senegal , université de bordeaux
- 10. Donabedian Avédis**: Exploration in assessment and monitoring, vol 1 the definition of quality and approaches to its assessment; health Administration presses An – Arbor, Michigan, 1980.
- 11. OMS** : Mortalité maternelle ; soustraire les femmes de l'engrenage fatale 40(5), 1986,193-202.

**12. Ministère de la santé et des affaires sociales de la république du Mali:**

Politique des normes et procédures pour la surveillance périnatale; Mali : 2005.

**13. DNSI-CPS/MSSPA:** Information générale sur les données des communes du district de Bamako. Année 2006.

**14. Ministère de la Santé et des Affaires Sociales - Division Santé Familiale:** Programme de santé familiale.

Plan quinquennal.1988-1992. Mali Décembre 1987

**15. Kanté M. :** Etude clinique et épidémiologique de l'utilisation du partogramme dans les maternités publiques. Thèse médecine, Bamako -99-M-75.

**16. Siby A. :** Thèse de médecine Évaluation de la qualité des soins obstétricaux Cs réf de Kangaba ,2009

**17. Tangara M. :** Évaluation de la qualité des soins obstétricaux en salle d'accouchement au CS Ref commune VI en 2009

**18. Diarra M. :** Evaluation de la qualité des soins dans la maternité du centre de santé de la référence de la commune V du District de Bamako. Thèse médecine 2005. 05-M-154

**19. Coulibaly M. :** Qualité de l'accouchement dans les centres de santé communautaires Des communes V et VI du district de Bamako Thèse médecine Bamako 2001.N0 01-M- 46

**20. Traore Y. :** Les ruptures utérines à l'hôpital du Point G ;facteurs influençant le pronostic materno- fœtale et mesures prophylactiques. A propos de 180 cas Thèse médecine, Bamako 1996. N° 27 – 146 pages.

**21. Batungwanayo C., Dujardin B., Questiaux G., Dusabebariyab B.:**

Résultats de l'introduction du partogramme à l'hôpital de KABGAYE (RWANDA).

Médecine d'Afrique noire 1995 N° 12 P : 628-635.

**22. UVMaF :** l'accouchement normal et dystocique, éditorial 2014

# ANNEXES

**Annexes 1**

**FICHE SIGALITIQUE :**

NOM : SAGARA

PRENOM : Aboubacar

NATIONALITE : Malienne

TITRE DE THESE : Evaluation de la qualité des soins obstétricaux en salle d'accouchement au centre de sante de Référence de Kayes

ANNEE UNIVERCITAIRE : 2018-2019

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : Mali

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et Odontostomatologie de l'Université de Bamako

SECTEUR D'INTERET : Gynécologie et Obstétrique

**RESUME DE LA THESE :**

Une étude transversale, prospective et qualitative a été menée au CS Réf de Kayes sur une période de 6 mois au cours de laquelle quatre cent soixante deux (462) cas ont été colligés. Ont été inclus dans cette étude les parturientes venues d'elles-mêmes en salle de naissance pendant la période d'étude et ayant accepté de participer aux enquêtes après un consentement éclairé. Non pas été inclus dans cette étude les accouchements à domicile, les accouchements en dehors des heures d'enquête et les parturientes évacuées à l'Hôpital Al Fousseini DAOU de Kayes.

La collecte et la saisie des données ont été faites à partir des questionnaires individuels et l'analyse faite à travers le logiciel SPSS version 20.

Les références évaluées étaient assez bonnes dans 74% soit 37/52 sur le plan structural ; les gestes techniques de l'examen général étaient d'assez bonne qualité

*Evaluation de la qualité des soins obstétricaux en salle d'accouchement au CS Réf de Kayes*  
avec 86,50% ainsi que l'examen obstétrical 95% et le respect des mesures d'hygiène réalisé à 100%. Le Centre a été classé de niveau II sur le plan structurel et de niveau III selon la qualité de l'examen général.

L'analyse de la compétence des prestataires a été qualifiée de satisfaisante.

L'étude nous a permis de montrer que le respect des normes et procédures étaient indispensables pour offrir des soins de qualité.

La présente étude avait pour objectif d'évaluer le niveau actuel de la qualité de accouchements au centre de santé de référence de Kayes, de décrire les caractéristiques socio-démographiques des accouchées et de déterminer leur degré de satisfaction.

---

## SUMMARY

A cross-sectional, prospective and qualitative study was conducted at Kayes Ref CS over a 6-month period during which four hundred and sixty two (462) cases were collected. Included in this study parturients who came to the birth room during the study period and agreed to participate in the surveys after informed consent. Not included in this study home deliveries, deliveries outside the survey hours and parturients evacuated at the Hospital Al Fousseini DAOU Kayes.

The collection and data entry were made from individual questionnaires and analysis done through the SPSS version 20 software.

Evaluated references were quite good structurally in 74% of cases (37/52); the technical gestures of the general examination were of fairly good quality with 86.50% of cases, 95% of obstetric examination and 100% of hygiene compliance. The Center has been rated Level II Structurally and Level III according to the quality of the overall review.

The analysis of the competence of services was qualified as satisfactory.

The study showed that adherence to standards and procedures was essential to providing quality care.



The purpose of this study was to assess the current level of quality of deliveries at the Kayes Reference Health Center, to describe the socio-demographic characteristics of women who are delivering, and to determine their level of satisfaction.

Key Words : *Evaluation, Quality, Care, Childbirth, CS Réf de Kaye, Mali.*

## **Annexe 2**

### FICHE D'ENQUETE

#### I - OBSERVATION DES ACCOUCHEMENTS

Centre :.....Service :.....Commune

.....

N° de la fiche :.....N° dossier ou carnet

CPN:.....

1. Date d'observation :.....

2. Heure de visite :.....

3. Durée de la visite :.....a- Heure de début :.....b- Heure fin :.....

Q1 Date

.....

Q2 Heure d'entrée en maternité

.....

Q3 Qualité de l'agent qui a pris en charge la parturiente (1-5)

1=Médecin, 2=Sage femme, 3=infirmière obstétricienne, 4=Matrone, 5=Autre

Q4 Statut (1-4)

1=Fonctionnaire, 2=Contractuel, 3=Remplaçant, 4=Autre

QUALITE DE L'ACCUEIL

Q5 Souhaiter la bienvenue 1=ooui 2=non

Q6 Se présenter 1=ooui 2=non

Q7 Demander le nom de la parturiente 1=ooui 2=non

Q8 Aider à s'installer sur la table d'accouchement 1=ooui 2=non

Q9 L'état de la salle d'accouchement (1-5)

1= Propre, 2= Satisfaisant, 3= Sale, 4= Désordonné, 5= Mauvais odeur

QUALITE DE L'INTERROGATOIRE ET L'EXAMENDE LA FEMME EN TRAVAIL

Interroge la femme

Q10 Sur le début des contractions 1=ooui 2=non

Q11 La fréquence des contractions 1=ooui 2=non

Q12 Sur les mouvements fœtaux 1=ooui 2=non

Q13 Sur les pertes liquidiennes 1=ooui 2=non

Q14 sur un écoulement sanguin vaginal 1=ooui 2=non

Q15 Sur la possession du carnet de CPN 1=ooui 2=non

Q16 Sur l'examen du carnet 1=ooui 2=non

Préparation de la parturiente

Q17 Fait uriner la parturiente 1=ooui 2=non

Q18 Toilette vulvaire 1=ooui 2=non

Examen général

Q19 La tension artérielle 1=ooui 2=non

Q20 Prise de pouls 1=ooui 2=non

Q21 Prise de la température 1=ooui 2=non

Q22 Auscultation cardio-pulmonaire 1=ooui 2=non

Q23 Œdème des membres inférieures 1=ooui 2=non

Q24 L'examen des conjonctives 1=ooui 2=non

Examen obstétrical

Q25 Mesure la hauteur utérine (HU) 1=ooui 2=non

Q26 Palpation abdominale à la recherche d'un pôle fœtal 1=oui 2=non

Q27 Appréciation du rythme des contractions utérines 1=oui 2=non

Q28 Auscultation des bruits du cœur fœtales (BCF) 1=oui 2=non

Q29 Appréciation de la dilatation du col de l'utérus 1=oui 2=non

Q30 Note les renseignements sur le partogramme 1=oui 2=non

Familiarisation entre parturiente et l'agent de la santé

Q31 Expliquer l'évolution du travail 1=oui 2=non

Q32 Le déroulement de l'accouchement 1=oui 2=non

Prise de décision

Q33 Donne un pronostic de l'accouchement 1=oui 2=non

Q34 Une décision de transfert a-t-elle été prise 1=oui 2=non

Surveillance du travail d'accouchement

En phase de latence

Q35 Examen obstétrical toutes les 2 heures 1=oui 2=non

Q36 Si rythme différent : toutes les .....heures

Q37 Si Oui, continu

1= Prise de TA 1=oui 2=non

2= Recherche des BCF 1=oui 2=non

3= Examen du col 1=oui 2=non

4= Détermination de la fréquence et du rythme des CU 1=oui 2=non

En phase active

Q38 Examen obstétrical 1=oui 2=non

Q39 Si autres préciser : toutes les.....heures

Q40 Apprécier l'évolution 1=oui 2=non

Q41 Anniotomie 1=oui 2=non

Q42 Compter les BCF juste après la rupture et note 1=oui 2=non

Q43 Plusieurs personnes font-elles des TV 1=oui 2=non

Pendant l'une des deux phases

Q44 Thérapeutiques en cours

0= Aucun            1=oui 2=non

1= Antispasmodique            1=oui 2=non

2= Ocytocique en perfusion            1=oui 2=non

3= ocytocique par voie veineuse directe            1=oui 2=non

4= Une transfusion sanguine            1=oui 2=non

5= Autre            1=oui 2=non

#### Q45 Examens complémentaires

1= Echographie            1=oui 2=non

2= groupage/Rhésus            1=oui 2=non

3= Taux d'hémoglobine            1=oui 2=non

4= Autre            1=oui 2=non

#### Caractéristiques de l'accoucheur (se)

Q46 Est-ce la même personne qui a effectué le suivi du travail ?            1=oui

2=non

Q47 Si non quelle sa qualification (1-5)

1=Médecin, 2=Sage femme, 3=infirmière obstétricienne, 4=Matrone, 5=Autre

Q48 Statut (1-4)

1=Fonctionnaire, 2=Contractuel, 3=Remplaçant, 4=Autre

Q49 Heure d'accouchement :.....

#### Réalisation de l'accouchement

Q50 Se laver les mains avant et après chaque accouchement            1=oui 2=non

Q51 Change de blouse            1=oui 2=non

Q52 Porte des gants            1=oui 2=non

Q53 Matériels lavé au savon            1=oui 2=non

Q54 Matériel baigné dans une solution décontaminant            1=oui 2=non

Q55 Déposer un tissu sur la table d'accouchement            1=oui 2=non

Q56 S'adressé à la parturiente (1-4)

1= Avec douceur

2= Lui crie dessus

3= L'encourager

4= Ton normal

Q57 Délivrance (1-3)

1= Normale

2= Artificielle

3= Révision utérine

Q58 Lieu de l'accouchement (1-4)

1= Sur la table d'accouchement

2= Au cours de la route

3= A domicile

4= Sur le sol

Q59 Comment le massage utérine a été fait ? (1-3)

1= Par l'agent de santé

2= Par soi même

3= Par les deux

Q60 Si sur le sol (1-3)

1= sur le plancher      2= sur un pagne      3= sur une alaise

Intimité de l'accouchement

Q61 Accouchement à l'abri des regards indiscrets non justifiés      1=oui 2=non

Q62 Nombre de personnes en salle d'accouchement

1= Nombre de femmes entrain d'accoucher      1=oui 2=non

2= Nombre d'accompagnatrices      1=oui 2=non

3= Nombre de personne soignant      1=oui 2=non

Q63 Quel a été le type d'accouchement ? (1-3)      1=oui 2=non

1= Normal

2= Par césarienne

3= Par forceps

Q64 Entrées et sorties non justifiées en salle d'accouchement      1=oui 2=non

SOINS DU NOUVEAU NE

Q65 Soins immédiats au nouveau né s'il a crié (0 ou 1) 1=oui 2=non

Q66 Recueille sur un linge propre 1=oui 2=non

Q67 Le laver 1=oui 2=non

Q68 Recouvre pour le réchauffer 1=oui 2=non

#### Evaluation du score d'APGAR

Q69 Une minute après la naissance 1=oui 2=non

Q70 Cinq minutes après la naissance 1=oui 2=non

Q71 Note le résultat du score dans le partogramme 1=oui 2=non

Q72 Dégager les mucosités du nez et de la bouche 1=oui 2=non

Q73 Aspire les voies respiratoires du bébé 1=oui 2=non

Q74 Placer le bébé sous oxygène 1=oui 2=non

Q75 Pèse le nouveau né 1=oui 2=non

Q76 Mesure la taille du nouveau né 1=oui 2=non

Q77 Mesure du périmètre crânien 1=oui 2=non

Q78 Mesure le périmètre thoracique 1=oui 2=non

Q79 Poser l'enfant sur le ventre de la mère 1=oui 2=non

Q80 Mettre le nouveau né au sein 1=oui 2=non

Q81 Etablit un carnet de santé du nouveau né 1=oui 2=non

Q82 Référent à la pédiatrie 1=oui 2=non

Q83 Mort né 1=oui 2=non

#### SURVEILLANCE DU POST PARTUM

Q84 Prise de pouls et la TA 1=oui 2=non

Q85 Prise de la température 1=oui 2=non

Q86 Le globe de sécurité 1=oui 2=non

Q87 L'état de conscience 1=oui 2=non

Q88 Quelle a été l'heure de sortie :.....

#### II- OPINIONS SUR LES ACCOUCHEMENTS

Centre :.....Service :.....Commune

:.....

Caractéristiques des parturientes

OAC1 Date :.....

OPC2 Nom :.....Prénom :.....Age

:.....

OAC3 Profession (1-5)

1=femme au foyer, 2=élève/étudiante, 3= vendeuse/commerçante, 4=fonctionnaire,  
5=autre

OAC4 Niveau scolaire (1-5)

1=non scolarisée, 2=primaire, 3= secondaire, 4=supérieur, 5=coranique

OAC5 Etat matrimonial (1-4)

1=célibataire, 2=mariée, 3=divorcée, 4=veuve

OAC6 Conditions socio-économique (1-3)

1=basse, 2=moyenne, 3=favorable

OAC7 Résidence actuelle (1-3)

1=Bamako, 2=ville de l'intérieur 3=village

OAC8 Facteur de risque (1-6)

1=grand multipare 2=multipare, 3=primipare âgée, 4=dernier accouchement  
dystocique (césarienne, forceps, ventouse), 5=ATCD de mort née, 6=avortement

Antécédents médicaux

OAC9 1=l'hypertension, artérielle 1=oui 2=non

OAC10 2=l'asthme 1=oui 2=non

OAC11 3=diabète 1=oui 2=non

OAC12 4=drépanocytose 1=oui 2=non

OAC13 5=VIH 1=oui 2=non

OAC14 6=tuberculose 1=oui 2=non

Antécédents chirurgicaux

OAC15 1=césarienne 1=oui 2=non

OAC16 2=laparotomie (GEU, RU, Appendicite etc....) 1=oui 2=non

OAC17 3=myomectomie 1=oui 2=non

Antécédents familiaux

OAC18 1=l'hypertension, artérielle 1=oui 2=non

OAC19 2=l'asthme 1=oui 2=non

OAC20 3=diabète 1=oui 2=non

OAC21 4=drépanocytose 1=oui 2=non

OAC22 5=tuberculose 1=oui 2=non

Antécédents obstétricaux

OAC23 1=gestité 1=oui 2=non

OAC24 2=parité 1=oui 2=non

OAC25 3=vivants 1=oui 2=non

OAC26 4=décédés 1=oui 2=non

OAC27 5=avortements 1=oui 2=non

OAC28 Nombre de CPN réalisée 1=oui 2=non

Qualités de l'agent de santé

OAC29 Qualification (1-4) 1=oui 2=non

1=Médecin, 2=Sage femme, 3=infirmière obstétricienne, 4=Matrone, 5=Autre

OAC30 Statut (1-4) 1=oui 2=non

1=Fonctionnaire, 2=Contractuel, 3=Remplaçant, 4=Autre

Critère de choix de la maternité

OAC31 Pourquoi avez-vous choisi la maternité où nous somme ? 1=oui

2=non

1= Parce que cet établissement est proche de mon domicile

2= Parce que je connais quelqu'un dans cet établissement

3= Parce que l'attente n'est pas trop longue

4= Parce que le personnel est compétent

5= Parce que le personnel est accueillant

6= Parce que quelqu'un me l'a conseillé

7= Parce que je suis sa protégée

8= Référent



9= Autre à préciser

OAC32 Si autre, laquelle

?.....

OAC33 Avez-vous suivi des consultations prénatales (0 ou 1 ou 9) 1=oui

2=non

OAC34 Où avez-vous effectué vos consultations prénatales

1= Autre raisons à préciser 1=oui 2=non

2= Dans un autre établissement 1=oui 2=non

3= Dans les deux 1=oui 2=non

OPC35 Si autre,

lequel.....

OAC36 Pourquoi avez-vous changé d'établissement

?.....

OAC37 Avez-vous accouché au paravent dans cette formation sanitaire ? (0 ou 1)

OAC38 Si oui, combien de fois ? 1=oui 2=non

OAC39 Pour raison vous venue accoucher en maternité ? (plusieurs réponses possibles)

1= parce que si l'on accouche à domicile et que survient une complication,

C'est très grave 1=oui 2=non

2= parce que accoucher dans une maternité offre une plus grande sécurité 1

1=oui

2=non

3= parce que c'est plus facile pour la déclaration de l'enfant 1=oui 2=non

4= parce que accoucher dans une maternité, c'est être émancipée 1=oui

2=non

5= parce que ma famille l'a exigé 1=oui 2=non

6= je ne sais pas 1=oui 2=non

7= autre 1=oui 2=non

OAC40 Si autre laquelle ?.....

OAC41 Cette fois –ci, qui vous a accueilli à la maternité ?

0= personne ne s'est occupé de moi quand je suis arrivé      1=oui 2=non

1= c'est une matrone qui m'a accueilli      1=oui 2=non

2= c'est une sage femme qui m'a accueilli

3= autre      1=oui 2=non

OAC42 Si autre, laquelle ?.....

OAC43 Connaissez vous la personne qui a accouché ?

0= non, je ne l'avais rencontrée      1=oui 2=non

1= oui, nous avons des relations familiales      1=oui 2=non

2= oui, je suis sa "protégée " (pour avoir payé un droit de "protection ")

OAC44 La personne qui vous a reçu-t-elle ?

0= désagréable      1=oui 2=non

1= indifférente      1=oui 2=non

2= attentif polie      1=oui 2=non

OAC45 A-t-elle eu selon vous, l'attitude dont vous souhaitez bénéficier ? (0 ou 1 ou 9)

OAC 46 Si non, qu'avez-vous à lui reprocher ?.....

OAC 47 Votre bébé ?

0= est mort-né      1=oui 2=non

1= est né vivant mais il est mort ensuite      1=oui 2=non

2= est vivant mais avait des problèmes, dont référer à la pédiatrie      1=oui

2=non

3= est vivant et il se porte en merveille      1=oui 2=non

OAC48 Vous a-t-on expliqué pourquoi votre bébé est mort ou pourquoi il a eu des problèmes ?

0= non      1=oui 2=non

1= oui, mais je n'ai pas bien compris pourquoi      1=oui 2=non

2= oui, on m'a expliqué clairement pourquoi      1=oui 2=non

OAC49 Après l'accouchement, le personnel de santé vous a-t-il donné des conseils sur le suivie ?

0= non            1=oui 2=non

1= oui et j'ai bien compris            1=oui 2=non

2= oui, mais je n'ai pas compris            1=oui 2=non

3= je ne sais pas, car je n'ai pas compris            1=oui 2=non

OAC50 Si vous avez compris, les quels ?

1= sur l'avantage de l'allaitement maternel            1=oui 2=non

2= sur le statut vaccinal du nouveau né            1=oui 2=non

3= sur la toilette vaginale et le port des garnitures            1=oui 2=non

4= sur les méthodes de planification familiale (PF)            1=oui 2=non

5= sur les pathologies maternelles et néonatales            1=oui 2=non

6= sur l'alimentation et l'hygiène d'une femme qui allaite            1=oui 2=non

7= sur l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides            1=oui 2=non

8= sur la suppléments en fer et d'acide folique            1=oui 2=non

9= sur l'acte de naissance et les consultations externes du nouveau né

1=oui 2=non

OAC51 Vous a-t-on remis une ordonnance ? (0 ou 1 ou 9)            1=oui 2=non

OAC52 Si oui, avez-vous été servie à la pharmacie de l'établissement ?

0= non            1=oui 2=non

1= oui, mais en partie seulement            1=oui 2=non

2= oui en totalité            1=oui 2=non

OAC53 Conseilleriez vous à une de vos amies de venir accoucher dans cette maternité ?

OAC54 Pourquoi ?:.....

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine,

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail,

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**Je le jure**