

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

République du Mali

Un Peuple - Un But - Une Foi



U.S.T.T.B

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES,
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)



FACULTE DE MEDECINE, ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2019/2020

N°.....

THESE

**EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS
OBSTETRICAUX ET NEONATALS AU CENTRE
DE SANTE DE REFERENCE DE FANA**

Présentée et soutenue publiquement le 04/02/2020 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako

Par : M. Mahamoudou B. DEMBELE

**Pour obtenir le grade de docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)**

Jury

PRESIDENT : Pr Abdoul Aziz DIAKITE

MEMBRES : Dr Amadou BOCOUM

Dr ALMEIMOUNE Abdoul Hamidou

CO-DIRECTEUR: Dr Sema KEÏTA

DIRECTEUR : Pr Youssouf TRAORE

DEDICACES :

JE DEDIE CE TRAVAIL

A ALLAH, le tout puissant, le tout Miséricordieux, le très Miséricordieux pour m'avoir donné la santé, la capacité, le courage de mener à bien ce travail et de m'avoir guidé pendant ces longues périodes d'étude.

Au prophète Mohamed, paix et salut sur lui, sur sa famille, ses compagnons et tous ceux qui le suivent jusqu'au jour de la résurrection. Puisse votre lumière éclairer et guider nos pas.

A toutes les femmes qui ont perdu leur produit de conception en voulant donner la vie.

A toutes les mères, particulièrement celles qui ont perdu leur vie en donnant la vie.

Aux orphelins dont les mères ont succombé en leur donnant naissance.

A mon beau pays, le MALI :

Dont ta générosité m'a permis une scolarité aussi poussée. Que Dieu me donne la force, le courage et surtout la longévité et la santé pour pouvoir le servir avec loyauté et dévouement.

A mon Bakary Dembélé :

Tu as été un père exemplaire pour moi, tu me disais chaque fois qu'il faut toujours chercher à être indépendant et que seul le travail libère l'homme. Grâce à tes conseils et ton encouragement j'ai pu réaliser ce travail.

Le courage, l'assiduité, la discipline et le travail bien fait sont les qualités que tu nous as enseignées depuis le bas âge et qui nous ont permis d'atteindre ce niveau aujourd'hui. Mon père, ce travail est le vôtre et merci pour tout. Que Dieu te donne longue vie.

A ma mère Dou Konaté :

Tu es une mère exceptionnelle pour moi, tu as tout fait pour nous tes enfants pour que nous puissions réussir. Tu as partagé avec moi l'angoisse des examens, le stress des résultats. La patience, l'amour du prochain, la bonté, le partage sont des qualités qui te font une excellente mère. Que dieu te fasse bénéficier les fruits de ton sacrifice et de ta patience.

Aujourd'hui grâce à tes efforts, tes conseils, et ton amour envers tes enfants ce travail a vu le jour. Je ne peux remercier dieu de t'avoir eu comme mère et te remercier pour tout ce que tu fais pour nous. Que dieu te garde longtemps auprès de nous.

A mes frères et sœurs : Mohamed Dembélé, Aliou Badra Dembélé, Abdoulaye Dembélé, Aboubacar Dembélé, Sory Ibrahim Dembélé, korotoumou Dembélé, Kadidiatou Dembélé, Alimata Dembélé, Fatoumata Dembélé, Aminata Dembélé, Diaminatou Dembélé.

Vous avez été plus que frères et sœurs, vous m'avez soutenu durant tout mon cycle. Que Dieu consolide notre famille dans l'unité, la paix, la santé et le bonheur. Merci à vous tous.

A ma tante : Aminata Dembélé

C'est avec joie que je vous dédie ce travail, témoignant mon amour et ma reconnaissance pour le soutien et la confiance que vous m'avez toujours accordé. Trouvez ici, l'amour et l'estime que je porte sur vous et à vos familles respectives.

A ma belle-sœur et cousin : Malekana Coulibaly, N'dji Idrissa Koné

Vos conseils, encouragements et soutiens m'ont beaucoup aidé.

Merci pour tout, je vous serais toujours reconnaissant.

REMERCIEMENTS :

A tout le corps professoral de la FMOS, merci pour l'intérêt que vous accordez aux étudiants en plus de la qualité de l'encadrement.

A Dr Sema Keïta chef de service de gynéco-obstétrique du CSRéf de fana, merci pour vos conseils et la qualité de votre encadrement. Que dieu vous garde longue temps auprès de nous.

A Dr Youssouf Samaké chef de service de chirurgie, Médecin chef du CSRéf/Fana, merci pour vos conseils, la qualité de vos encadrements. Que dieu vous donne longue vie dans la paix et la santé pour que nous puissions bénéficier de vos qualités incomparables.

A tous les médecins du CSRéf/Fana : Dr TRAORE Moumine, Dr GUINDO Tégue, Dr TRAORE Souleymane, Dr SIDIBE Adama, Dr DEMBELE Arouna, Dr DIAWARA YOUSOUF merci pour vos conseils et encouragements.

A toutes les sages-femmes et infirmières-obstétricienne du CSRéf. Vous avez été si accueillantes que je me sentais presque dans ma famille. Merci infiniment pour tous ce que vous avez fait pour moi.

A tout le personnel du CSRéf de Fana, Vous êtes si accueillants, respectueux et gentils qu'il serait injuste de ne pas vous accorder une mention particulière ; à vos côtés j'ai appris beaucoup de choses, il a été un plaisir de travailler à vos côtés. Merci.

A mes aînés médecins, Dr Garba Guindo, Dr Oumar Guindo, Dr Mahamadou Dembélé, Dr Adama Diallo, Dr Abdrahamane Sagara, Dr Moussa Doumbia, vous avez été une source d'inspiration pour moi, merci infiniment pour vos conseils et encouragements.

A mes collègues thésards du CSRéf : Issa Diawara, Adama Koïta, Djenèba Nientao, Boubacar Diallo, Cheick O Diarra. Merci pour l'esprit d'équipe et de collaboration franche.

A notre équipe d'anesthésie, principalement Mr Komoko Niambélé. Merci pour tes conseils et encouragements.

A mes amis de la faculté et 10^{ième} promotion, Ibrahim O Cissé, Mohamed L Sylla, Abdoulaye Sidibé, Bourama Camara, Aïssata Dia, Adam sogodogo. Merci pour tous ce travail est le vôtre.

A mes amis du Csréf, Nouhoum Sagara, Aliou Sissoko, Farima Camara, Mariam Dembélé, Adiaratou Diallo, Boubacar Diallo, Boubacar Coiré, Mamadou Doumbia, Aichata Diallo. Merci pour tous.

A mes amis du quartier, Nouhoum Arma, Sory S Bouaré, Bazoumana koné, Badra Ali Koné, Dramane Sanogo, Aboul Aziz Maïga, Mamadou Diallo, Moussa Diallo. Merci pour vos conseils et encouragements ; ce travail est le vôtre

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Abdoul Aziz DIAKITE

- ✓ **Professeur agrégé en pédiatrie à la FMOS ;**
- ✓ **Spécialiste en hématologie pédiatrique ;**
- ✓ **Diplômé en surveillance des maladies infectieuses tropicales ;**
- ✓ **Responsable de l'unité de prise en charge des enfants atteints de drépanocytose au CHU Gabriel TOURE ;**
- ✓ **Membre de l'Association Malienne de Pédiatrie (l'AMAPED)**

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous faites en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations. Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre simplicité et surtout votre sens du devoir nous forcent estime et admiration. Soyer en infiniment remercié. Que Dieu dans sa miséricorde, comble toute votre famille de ses bienfaits et vous accorde une longue vie. Amen !

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur ALMEIMOUNE ABDOULHAMIDOU

- ✓ **Maître Assistant en Anesthésie-Réanimation à la FMOS,**
- ✓ **Chef du Service de la régulation des urgences médicales du CHU**

Gabriel Touré,

- ✓ **Diplômé en technique ultrasonique en anesthésie réanimation et médecine critique,**
- ✓ **Diplômé en pédagogie médicale,**
- ✓ **Certifié en lecture critique d'articles scientifiques.**

Cher Maître,

Votre spontanéité à accepter de juger ce travail nous a énormément touché.

Votre abord facile et votre simplicité font de vous un modèle pour les étudiants.

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre très haute considération.

A NOTRE MAITRE ET JUGE :

Docteur Amadou BOCOUM

- ✓ **Maître Assistant en Gynécologie Obstétrique à la Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie,**
- ✓ **Praticien hospitalier au Service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré,**
- ✓ **Titulaire d'un Diplôme Inter Universitaire d'échographie en gynécologie et obstétrique en France,**
- ✓ **Titulaire d'un Diplôme Inter Universitaire de Cœlioscopie en Gynécologie en France,**
- ✓ **Titulaire d'un Diplôme de Formation Médicale Spécialisé en Chirurgie Gynécologie Obstétrique en France,**
- ✓ **Membre de la Société Malienne de gynécologie obstétrique.**

Cher Maître,

Nous avons pu apprécier vos qualités humaines qui nous ont permis de travailler à vos côtés. Malgré vos multiples occupations, vos suggestions et vos remarques ont su conduire ce travail à son terme. Vos connaissances immenses et surtout votre maîtrise parfaite en la matière font de vous un formateur apprécié.

Que Dieu le tout puissant, vous accorde santé et longévité. Amen !

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :

Docteur Sema KEITA

- ✓ **Médecin gynécologue et obstétricien**
- ✓ **Chef de service de gynéco-obstétrique au CSRéf de fana**
- ✓ **Praticien hospitalier**

Cher maître,

Ce travail est le vôtre, vous nous avez dirigés durant tout au long du travail sans ménager aucun effort.

Votre rigueur pour le travail bien fait, votre courage, votre dynamisme, votre simplicité, votre contact facile, votre dévouement nous ont beaucoup marqué.

Recevez ici cher Maître l'expression de nos sincères remerciements et notre profonde reconnaissance.

Que le Dieu le tout puissant vous donne longue et heureuse vie. Amen !

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Youssouf TRAORE

- ✓ **Professeur agrégé de Gynécologie Obstétrique à la Faculté de Médecine d'Odonto Stomatologie,**
- ✓ **Responsable de la Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH au MALI,**
- ✓ **Titulaire d'un Diplôme Universitaire de Méthodologie de Recherche Clinique Bordeaux II**
- ✓ **Président de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique,**
- ✓ **Vice Président de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique,**
- ✓ **Membre de la Société de Chirurgie du Mali,**
- ✓ **Enseignant-chercheur.**

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Vous êtes notre référence en matière de rigueur scientifique.

Vous nous avez impressionnés par la pédagogie, l'humilité, le franc parler dont vous faites preuve.

Veillez, accepter cher maître notre sincère considération

Que Dieu le tout puissant, vous accorde santé et longévité afin que plusieurs générations d'apprenant puissent bénéficier de votre expérience. Amen !

SIGLES ET ABREVIATIONS

ATCD : Antécédent

CPN : Consultation Périnatale

CPNR : Consultation Périnatale Recentrée

BPN : Bilan Périnatale

OMS : Organisation Mondiale de Santé

EDS : Etude Démographique de Santé

CSREF : Centre de Santé de Référence

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

ASACO : Association de Santé Communautaire

SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

SONUB : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Basse

SONUC : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complet

DV : Dépôt de Vente

TA : Tension Artérielle

HU : Hauteur Utérine

BDCF : Bruits Du Cœur Fœtal

CU : Contraction Utérine

TV : Toucher Vaginal

CMDT : Compagnie Malienne de Développement Textile

USAC : Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseil

URENI : Unité Récupération d'Education nutritionnelle Intensive

PEC : Prise En Charge

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH /sida

PF : Planning Familial

SR : Santé de la Reproduction

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

PV-VIH : Personne Vivant avec le VIH

SOMAGEP : Société Malienne de Gestion de l'Eau Potable

EDM : Energie du Mali

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

OMI : Œdème des Membres Inférieurs

GATPA : Gestion Active du Troisième Période d'Accouchement

HPPI : Hémorragie du Post-Partum Immédiat

BCG : Vaccin Bilié de Calmette et Guérin

ODD : Objectifs du Développement Durable

SOMAGO : Société malienne de Gynécologie Obstétrique

SAGO : Société Africaine de Gynécologie Obstétrique

USTTB : Université des Sciences des Techniques et des
Technologies de Bamako

SPSS : Statistical Package for Social Sciences

% : Pourcentage

LISTE DES FIGURES :

Figure 1 : Cadre de référence de l’OMS pour la qualité des soins maternels et néonataux	22
Figure 2 : Répartition des parturientes selon leur Résidence.....	52
Figure 3 : Répartition des parturientes selon le pronostic de l’accouchement à l’admission.....	61
Figure 4 : Répartition selon la qualité de remplissage du partographe pendant le travail d’accouchement.....	67
Figure 5 : Répartition selon le moment de remplissage du partographe pendant le travail d’accouchement.....	67
Figure 6 : Répartition des parturientes selon le nombre de fois d’accouchement dans la structure.....	74

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau I : Les interventions des soins maternels et néonataux.....	15-20
Tableau II : Niveau de qualité des structures au niveau du centre de santé de référence de Fana.....	49
Tableau III : Récapitulatif de la fréquence de participation.....	50
Tableau IV : Répartition des parturientes selon la tranche d'âge.....	50
Tableau V : Répartition des parturientes selon leurs professions.....	51
Tableau VI : Répartition des parturientes selon le mode d'admission.....	51
Tableau VII : Répartition des parturientes selon leurs motifs d'évacuation....	52
Tableau VIII : Répartition des parturientes selon leur niveau d'instruction....	53
Tableau IX : Répartition des parturientes selon leur statut matrimonial.....	53
Tableau X : Répartition des parturientes selon leurs gestités.....	54
Tableau XI : Répartition des parturientes selon leurs parités.....	54
Tableau XII : Répartition des parturientes selon les affections associées à la grossesse.....	55
Tableau XIII : Répartition des parturientes selon la qualification de l'agent ayant fait l'accueil.....	55
Tableau XIV : Répartition des parturientes selon le lieu de consultation prénatale.....	56
Tableau XV : Répartition des parturientes selon le nombre de fois de CPN....	56
Tableau XVI : Répartition des parturientes selon l'estimation de l'âge de la grossesse.....	57
Tableau XVII : Répartition selon la réalisation des gestes du respect physique et psychique des parturientes par les prestataires.....	57
Tableau XVIII : Répartition selon la réalisation des variables techniques de l'interrogatoire par les prestataires.....	58
Tableau XIX : Répartition selon la réalisation des gestes techniques de préparation d'accouchement par les prestataires.....	58

Tableau XX : Répartition selon la réalisation des gestes techniques de l'examen général par les prestataires.....	59
Tableau XXI : Répartition selon la réalisation des gestes techniques de l'examen obstétrical par les prestataires.....	60
Tableau XXII : Répartition des parturientes selon les examens complémentaires demandés en per-partum par les prestataires.....	61
Tableau XXIII : Répartition selon la réalisation des normes d'hygiène au cours de l'accouchement par les prestataires.....	62
Tableau XXIV : Répartition selon la réalisation des gestes pendant la surveillance du travail de l'accouchement par les prestataires.....	62
Tableau XXV : Répartition selon les gestes thérapeutiques pendant le travail d'accouchement par les prestataires.....	63
Tableau XXVI : Répartition selon la qualification de l'agent ayant fait l'accouchement.....	63
Tableau XXVII : Répartition des parturientes selon la voie d'accouchement..	64
Tableau XXVIII : Répartition des parturientes selon les méthodes d'intervention obstétricales spécifique subie au cours de l'accouchement par voie basse.....	64
Tableau XXIX : Répartition des parturientes selon les complications en per-partum.....	65
Tableau XXX : Répartition des parturientes selon les complications en post-partum.....	65
Tableau XXXI : Répartition selon le respect de l'intimité des parturientes dans la salle d'accouchement par les prestataires.....	66
Tableau XXXII : Répartition selon des gestes technique réalisés pendant la délivrance.....	66
Tableau XXXIII : Répartition des parturientes selon le delai entre l'admission et l'accouchement.....	68
Tableau XXXIV : Répartition selon les gestes techniques réalisés pendant la surveillance du post partum immédiat.....	68

Tableau XXXV : Répartition selon la durée de séjours après l'accouchement.....	69
Tableau XXXVI : Répartition selon les conseils donnés aux accouchées.....	69
Tableau XXXVII : Résultats récapitulatifs de soins maternels.....	70
Tableau XXXVIII : Répartition selon la réalisation des gestes technique de soins du nouveau-né par les prestataires.....	71
Tableau XXXIX : Répartition selon l'évaluation du score d'Apgar de nouveau-nés.....	72
Tableau XL : Résultats récapitulatifs de soins néonataux.....	72
Tableau XLI : Répartition des parturientes selon leurs raisons de choix de la maternité du CSRéf de fana.....	73
Tableau XLII : Répartition des parturientes leurs l'opinions sur la qualité de l'accueil par des prestataires.....	74
Tableau XLIII : Répartition des parturientes selon leurs opinions sur la qualité des soins reçus.....	75
Tableau XLIV : Répartition des accouchées selon leur degré de satisfaction par rapport à la prise en charge.....	75
Tableau XLV : Corrélation entre la qualification de l'agent de santé et le pronostic d'accouchement à l'admission.....	76
Tableau XLVI : Relation entre la voie d'accouchement et les complications maternelles.....	76
Tableau XLVII : Relation entre les prestataires à l'accouchement et les complications maternelles.....	77
Tableau XLVIII : Relation entre les prestataires à accouchement et l'Apgar du nouveau-né.....	77

SOMMAIRE

I-INTRODUCTION.....	1
II-OBJECTIFS.....	4
III-GENERALITES	5
IV-METHODOLOGIE.....	37
V- RESULTAT.....	48
VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	78
VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	85-86
VII- REFERENCES.....	87
ANNEXES.....	91

I-INTRODUCTION

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. Ils visent à prévenir les problèmes de santé pendant la grossesse, à détecter des états anormaux, à apporter l'assistance médicale en cas de besoin et à mettre en place des mesures d'urgences si celle-ci fait défaut. [1]

Selon l'organisation mondiale de la santé, environ 800 femmes meurent chaque jour de causes évitables liées à la grossesse, à l'accouchement ou à un avortement non médicalisé, ainsi que 7000 nouveau-nés, en grande majorité au cours du premier jour ou de la première semaine de vie. La quasi-totalité des décès maternels (99%) et infantiles (98%) surviennent dans les pays à faible revenu.[2]

Selon les recommandations de l'OMS [3], les programmes d'intervention en santé maternelle et néonatale doivent reposer sur quatre principaux piliers formant un continuum de soins obstétricaux qui sont: les soins prénatals, les soins lors de l'accouchement, les soins aux nouveaux nés et les soins postnataux.

Sur la base des données factuelles disponibles actuellement sur la charge de morbidité et de mortalité et sur l'impact, les domaines thématiques suivants ont été identifiés comme hautement prioritaires pour les pratiques fondées sur les preuves concernant les soins courants et les soins d'urgence :

- Soins courants pendant le suivi des grossesses non compliquées et compliquées ;
- Soins courants pendant l'accouchement, comprenant la surveillance du travail ainsi que les soins essentiels au nouveau-né à la naissance et au cours de la première semaine ;
- Prise en charge de la pré-éclampsie, de l'éclampsie et de ses complications ;
- Prise en charge des difficultés du travail au moyen de techniques médicales sûres et appropriées ;

- Prise en charge de l'hémorragie post-partum ;
- Réanimation du nouveau-né ;
- Prise en charge du travail et de la naissance prématurée et soins appropriés aux nouveau-nés prématurés et de faible poids ; et
- Prise en charge des infections maternelles et néonatales. [4]

Selon l'enquête démographique et santé au Mali (EDSM) en 2018, le taux de femmes ayant reçu des soins prénatals est passé à 80% dont 43% au moins avait fait quatre visites prénatales. [5]

Une étude faite en 2019 au Ghana [6] a révélé que 65,1% des femmes avaient fait 4 CPN, 49,7% avaient bénéficié d'un accouchement qualifié, 65,4% avaient bénéficié des soins postnatals.

Selon une étude réalisée en 2018 au CHU Gabriel Touré au Mali [7], 63,1% des femmes avaient fait la CPN, 100% des femmes avaient bénéficié d'un accouchement qualifié, le taux de mortalité maternels était de 28,33 pour 1000 naissances vivantes, le taux de mortalité néonatale était de 405,73 pour 1000 naissances vivantes et le taux de mortinaissance était de 198,69 pour 1000 naissances vivantes.

A l'échelle mondiale plus de 70% des décès maternels sont dus aux complications de la grossesse et de l'accouchement telles-que l'hémorragie, l'hypertension gestationnelle, la pré-éclampsie, l'éclampsie, la septicémie et l'avortement etc.. [8]

Les complications de la prématurité, l'asphyxie, les décès intrapartum et périnataux et les infections néonatales représentent plus de 85 % des décès chez les nouveau-nés [9]. Ces décès étaient pour la plupart évitable par les interventions médicales nécessaires et bien connues.

Il est reconnu qu'une couverture de soins élevée ne suffit pas à elle seule à réduire la mortalité. Dans l'optique d'atteindre les objectifs 3.1 et 3.2 de l'ODD d'ici 2030 qui sont de réduire la mortalité maternelle et néonatale respectivement au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes et de 12 pour 1000 naissances vivantes [7], l'OMS a élaboré un outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux intégrés.

En effet le CSRéf de Fana est une structure de santé de 2^{ème} référence remplissant pratiquement toutes les différentes gammes de la santé de la reproduction notamment la prise en charge des urgences obstétricales et des nouveau-nés

Ainsi à l'instar de l'étude faite au CHU Gabriel Touré en 2018, nous avons voulu faire le point sur la qualité des soins obstétricaux et néonataux au CSRéf de Fana.

II- OBJECTIFS

1- Objectif général :

- Évaluer la qualité des soins obstétricaux et néonataux dans le service de gynécologie obstétrique au centre de santé de référence de fana

2- Objectifs spécifiques :

- Classer le niveau de qualité des structures du CSRéf de fana
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des accouchées
- Classer le niveau qualité de la prise en charge des parturientes et les nouveau-nés
- Déterminer le degré de satisfaction des accouchées
- Faire des recommandations

III- GENERALITES

3-1- Définitions :

- Soins obstétricaux :

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. [1]

- Qualité des soins

La qualité des soins se définit comme la capacité des services de santé fournis aux individus et aux populations afin d'améliorer les résultats de santé souhaités. [4]

3.2. Concept des soins obstétricaux

Les soins obstétricaux se divisent schématiquement en deux types d'établissements médicaux pouvant délivrer les soins aux mères et aux nouveau-nés : les SONUB, où sont dispensés des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base, et les SONUC où l'on effectue des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complètes.

3.2.1. Le cadre conceptuel des trois délais

La majorité des décès maternels sont évitables. Sinon, comment expliquer que, dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, des femmes décèdent à la suite de complications obstétricales qui ne sont pas létales ailleurs ? C'est qu'il existe des délais dans la prestation du traitement adéquat. Selon Taddheus et Maine [10], trois moments sont critiques entre l'apparition d'une complication et l'issue de la grossesse : le temps mis pour se décider à avoir recours aux soins de santé (premier délai), le temps nécessaire pour se rendre à un centre de santé (deuxième délai) et le temps écoulé entre l'arrivée au centre de santé et la prestation des soins (troisième délai). À chacun de ces délais correspondent certains facteurs qui déterminent leur importance.

Le premier délai est influencé par les éléments qui entourent la prise de décision, tels que le statut de la femme au sein de la famille, la perception de la gravité de la maladie, la

distance à parcourir pour se rendre à un centre de santé, les coûts liés à la prestation des soins, les expériences antérieures, etc.

Le deuxième délai dépend de facteurs liés à l'accessibilité physique, comme le réseau routier, la disponibilité des transports, la distribution des centres de santé, etc. Le troisième délai est attribuable à la qualité des soins dispensés et au temps mis pour recevoir ces soins.

Ce cadre a été revisité par Gabrysch et Campbell [11] afin de distinguer le fait d'avoir recours aux soins de façon préventive de celui d'avoir recours aux soins de façon urgente. Dans le premier cas, l'accouchement débute dans une formation sanitaire, alors que, dans l'autre, l'accouchement débute à domicile. Une revue de la littérature leur a permis d'identifier vingt éléments qui influencent le recours aux soins et qui peuvent être regroupés en quatre catégories : facteurs socioculturels, bénéfices et nécessité perçus du recours aux soins, accessibilité économique et accessibilité physique. Le rôle joué par chacun de ces déterminants varie selon le type de recours aux soins. Par exemple : « Physical accessibility may exert its role on preventive care-seeking mainly through influencing the decision to seek care, while in the case of emergency care-seeking, reaching the facility in time may be the main problem. » [11] Selon les auteurs, la qualité des soins préventifs peut influencer la survenue des complications, alors que la qualité des soins d'urgence n'exerce une influence que sur l'issue de la grossesse. En effet, si une femme se trouve déjà dans un établissement de santé lorsqu'elle développe une complication, les prestataires de soins devraient être en mesure de la prendre en charge. Sa survie dépend donc de la capacité des prestataires de soins à identifier rapidement la complication et à fournir le traitement adéquat. S'ils peuvent soigner la femme sur place, elle n'aura pas besoin d'être transférée. Si la complication ne peut pas être traitée dans ce centre, la femme devra être déplacée vers un établissement de niveau supérieur et donc faire face à un deuxième délai. Si une femme développe une complication à la maison, elle devra d'abord faire face aux premiers et deuxièmes délais avant de recevoir urgemment des soins de qualité.

3.2.2. Quelles stratégies pour lutter contre la mortalité maternelle ?

De nombreux pays sont parvenus à améliorer la santé maternelle de façon substantielle. Le taux de mortalité maternelle dans le monde a chuté de 47% entre 1990 et 2010 [12]. La Roumanie, la Thaïlande, le Sri Lanka, la Malaisie et le Bangladesh sont des exemples de pays qui ont réduit leur taux de mortalité maternelle de plus de 50%. Plusieurs facteurs sont responsables de ces progrès, dont les efforts consacrés à la formation des sages-femmes, la mise en œuvre de systèmes de référence et de la gratuité des soins. Si certains pays ont connu d'importants avancements en matière de mortalité maternelle, les progrès sont toujours insuffisants dans d'autres. En effet, plusieurs pays défavorisés sont confrontés à d'importants obstacles. C'est que la mortalité maternelle est un enjeu complexe, influencé par de multiples déterminants qui varient en fonction des contextes. Malgré cela, certaines stratégies se sont montrées efficaces. Bien qu'il existe différentes interventions qui visent à améliorer la santé maternelle, aucune, à elle seule, n'est suffisante. Il s'agit plutôt d'élaborer des stratégies, soit de regrouper les interventions et de les distribuer de façon à ce qu'elles atteignent les groupes cibles. Les moyens de distribution des interventions visant à lutter contre la mortalité maternelle sont nombreux. Lorsque la stratégie est préventive, les interventions peuvent être distribuées par le biais des médias ou des écoles. Si la stratégie vise à traiter les complications, les interventions seront distribuées dans les centres de santé, les hôpitaux ou par le biais des accoucheuses traditionnelles. Étant donné que la plupart des complications obstétricales se manifestent lors de l'accouchement ou dans les 24 heures qui suivent, plusieurs auteurs s'entendent pour dire que la période intrapartum est critique. L'endroit où la femme donne naissance, les individus qui l'assistent et la rapidité avec laquelle elle reçoit le traitement adéquat sont des éléments cruciaux. Ainsi, la meilleure stratégie est de mettre l'accent sur cette période en faisant en sorte que les femmes choisissent de donner naissance dans des centres de santé où les sages-femmes sont les principaux prestataires de soins, mais où d'autres professionnels de santé les assistent dans cette démarche [13].

3.2.3. Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence

Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) s'inscrivent également dans cette stratégie. Les SONU constituent un paquet d'interventions essentielles pour faire face aux complications qui surviennent lors de l'accouchement. L'accès aux SONU constitue une dimension clé de la lutte contre les décès maternels. En effet, « essential obstetric care for haemorrhage, sepsis, eclampsia, and obstructed labour alone would have the capacity to avert around half of deaths » [14]. Plusieurs pays se sont tournés vers cette stratégie. Les SONU peuvent être divisés en deux catégories : SONU de base et SONU complets. Les SONU de base peuvent être administrés par des sages-femmes ou des médecins et ne nécessitent pas de compétences chirurgicales. Ils sont composés des interventions suivantes : l'administration d'antibiotiques, de médicaments et d'anticonvulsivants parentéraux ; l'extraction manuelle du placenta et des résidus ; et l'accouchement par voie basse assisté. Les SONU complets comprennent toutes ces interventions, en plus de la possibilité d'effectuer des césariennes et des transfusions sanguines. Ils ne peuvent être administrés que par des prestataires de soins ayant les compétences chirurgicales adéquates dans un centre de santé qui dispose des ressources nécessaires [15].

L'accès aux SONU est donc influencé par la possibilité pour une femme d'être transférée d'un centre de santé offrant des soins de base à un autre offrant des soins complets. Les systèmes de référence visent à assurer ce transfert.

3.2.4. Les systèmes de référence

Le fait de pouvoir référer une patiente d'un centre hospitalier offrant des soins de base à un autre offrant des soins de niveau supérieur est considéré comme un élément fondamental de l'amélioration de la santé maternelle, puisqu'il s'inscrit dans la problématique de la continuité de l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence. Il s'agit d'être en mesure de reconnaître les signes de complications obstétricales dans les centres de santé de premier niveau afin d'assurer le transfert rapide des parturientes dans les centres de

santé de deuxième niveau qui disposent des ressources nécessaires pour les prendre en charge. Toutefois, malgré le fait que plusieurs pays africains aient mis en place ce type de structure, les taux élevés de mortalité maternelle persistent. Plusieurs éléments limitent les effets positifs que pourrait induire l'implantation des systèmes de référence. Comme le soulignent Murray et Pearson, l'efficacité des systèmes de référence « [...] may be impeded by a lack of basic equipment, up-to-date knowledge and readiness to act on obstetric complications at frontline facilities » [14]. C'est dire qu'il s'agit d'une chose que d'arriver à temps au sein d'une structure sanitaire et d'une toute autre que d'obtenir les soins appropriés rapidement. En effet, la mauvaise qualité des soins, le manque de personnel qualifié, l'absence d'équipements adéquats et d'outils de communication ne sont que des exemples des nombreux problèmes rencontrés au sein des systèmes de santé en Afrique qui nuisent à leur efficacité [16]. Afin d'accroître l'efficacité des systèmes de référence, les professionnels de santé doivent être encadrés à l'aide d'un protocole qui facilite leur prise de décision. Ces derniers seraient alors en mesure de déterminer à quel moment lors de l'apparition d'une complication ou à quel degré de risque les patientes doivent être évacuées vers un niveau de soins supérieur. Par ailleurs, les prestataires de soins doivent faire preuve de responsabilité à l'égard de leur fonction à remplir. Cela est influencé par le contexte organisationnel, soit par les procédures et par le type de relations qu'entretiennent les employés. Les systèmes de référence devraient également bénéficier de mécanismes de protection pour les plus démunis lorsque ceux-ci ne peuvent pas assurer les frais liés à l'évacuation d'urgence, d'un système de surveillance afin d'évaluer leur performance et du soutien des décideurs [14]. Le bon déroulement des évacuations des urgences obstétricales ne dépend pas uniquement de caractéristiques techniques ou organisationnelles des systèmes de santé. Une étude réalisée au Niger a démontré que les infirmières peuvent être réticentes à autoriser le transfert de leur patiente par crainte de perdre du prestige [17]. De plus, les prestataires de soins dans les centres de santé de première ligne peuvent manquer des compétences nécessaires à la reconnaissance rapide

des signes de complication. Ainsi, la mauvaise gestion des complications obstétricales et la survenue de délais dans la prestation du traitement adéquat sont fréquentes dans les centres de santé de première ligne.

3.2.5. Le troisième délai :

Les trois-quarts des décès maternels pourraient être évités si les femmes des pays en développement avaient accès aux interventions de base permettant de traiter les complications obstétricales [14]. Or, dans les pays à faible revenu, près d'une femme sur quatre donne encore naissance seule ou avec l'assistance d'une personne sous-qualifiée [18]. Aussi, bien que plusieurs pays aient mis en place des stratégies qui visent à faciliter le recours aux soins lors de l'accouchement, les taux élevés de mortalité maternelle persistent. Cela n'est pas seulement attribuable aux obstacles que rencontrent les femmes enceintes lorsqu'elles souhaitent se rendre dans les centres de santé, mais surtout aux difficultés auxquelles elles sont confrontées au sein même des structures sanitaires. En effet, la majorité des décès maternels ont lieu à l'hôpital [15]. Ceux-ci sont provoqués par la survenue de retards dans la prestation du traitement adéquat, ce qui constitue le troisième délai. L'importance du troisième délai :

Dans les pays en voie de développement, le troisième délai contribue de façon importante aux décès maternels.

Une étude réalisée dans cinq centres de santé de l'État d'Enugu au Nigeria [19] a trouvé que la majorité des décès maternels ont été causés par des retards au niveau du traitement des urgences obstétricales. Les auteurs ont conclu que les taux de mortalité maternelle demeurent élevés dans cette région à cause du troisième délai.

Deux autres recherches effectuées au Nigéria en sont arrivées au même constat [20]. D'après les chercheurs, la lutte contre la mortalité maternelle demeurera inefficace tant et aussi longtemps que les hôpitaux ne seront pas mieux équipés et les prestataires mieux formés, deux éléments qui causent un troisième délai.

Ces conclusions vont dans le même sens que celles de l'Organisation Mondiale de la Santé: « Each and every mother and each and every newborn needs skilled maternal and neonatal care provided by professionals at and after birth [...] with a skilled professional able to act immediately when largely unpredictable complications occur. » [21]. Une étude réalisée auprès des membres des familles de douze femmes enceintes décédées en Haïti a révélé que la majorité des décès étaient aussi attribuables au troisième délai [22]. Des autopsies verbales ont permis aux auteurs de constater que, même si les femmes souhaitent accoucher dans de bonnes conditions pour éviter de mettre en péril leur santé et celle de leur nouveau-né, elles évitent de fréquenter les systèmes de santé qui ne répondent pas à leurs besoins. Les femmes sont réticentes à donner naissance dans les centres de santé où le personnel est sous-qualifié et où l'équipement n'est pas adéquat. L'efficacité des systèmes de santé et la qualité des soins n'influencent pas seulement la durée du troisième délai, mais aussi la perception qu'ont les parturientes des systèmes de santé modernes et, ainsi, leur décision d'y avoir recours. En conséquence, la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales dans les centres de santé influence également la durée du premier délai, puisque « the desire to seek care and the motivation to overcome transportation problems are eclipsed by a lack of confidence 27 in the medical system » [22].

Plusieurs travaux se sont intéressés aux expériences négatives vécues par les parturientes. Des entrevues réalisées auprès de femmes ayant présenté des complications, mais en ayant réchappé (échappées-belles) ont montré que, lors des évacuations sanitaires, les patientes rencontrent de nombreux problèmes [23]. Parmi ceux-ci figurent les mauvais traitements infligés aux patientes par le personnel soignant, les coûts élevés engendrés par l'évacuation, les retards au niveau du transport, etc. Ces obstacles provoquent des retards dans le traitement des urgences obstétricales et découragent les femmes de refaire appel au système de santé par la suite. Les expériences vécues dans les centres de santé lors des accouchements antérieurs sont un des déterminants du recours aux soins [10, 11]. Bref, il est essentiel d'agir sur les éléments qui constituent le troisième délai afin d'améliorer la

prise en charge des urgences obstétricales et d'encourager les femmes à avoir recours aux soins.

3.2.6. Les composantes du troisième délai

Le troisième délai se caractérise par le temps écoulé entre l'identification d'une complication obstétricale et la prestation des soins appropriés dans les structures sanitaires. Il est donc déterminé par des facteurs qui sont propres aux centres de santé et qui ont une influence sur la qualité des soins obstétricaux dispensés dans ces établissements, tels que : l'absence de personnel formé en obstétrique [24], les ruptures de stocks au niveau des médicaments et des poches sanguines [25], l'organisation du transport pour permettre l'évacuation des parturientes, le niveau de communication entre les paliers de soins, l'absence de protocoles cliniques [26], etc. Selon une étude menée en Argentine, la structure des hôpitaux est fortement associée à leur taille (mesurée en termes d'accouchements par année) et est une des variables les plus importantes dans l'explication des décès maternels [27].

À Dakar, d'autres auteurs associent le risque de décéder lors de l'accouchement au délai entre l'arrivée d'une parturiente au centre de santé de base et son transfert dans un centre de santé de niveau supérieur [28].

Selon Kongnyuy, Mlava et Van Den Broek en 2009, les décès maternels qui se produisent dans le système de santé sont d'abord provoqués par des éléments attribuables aux prestataires de soins (erreur du diagnostic, délai de référence, manque de suivi) et aux centres de santé (manque de médicaments) [29].

Le troisième délai peut être divisé en plusieurs phases,

La première phase correspond au délai écoulé entre l'arrivée d'une parturiente dans un centre de santé et l'identification de la complication obstétricale. Elle est essentiellement déterminée par le niveau de compétence des prestataires de soins et la disponibilité des ressources nécessaires pour fournir des soins de base.

La deuxième phase équivaut au temps mis pour assurer son transfert du CSCOM au CSRéf. Elle dépend des moyens de communication et de l'organisation des transports.

La troisième phase correspond au délai entre l'arrivée au CSRéf et la prestation du traitement adéquat et varie selon le niveau de compétence des prestataires de soins et la disponibilité des ressources.

Bien que ces trois phases aient un impact sur la survie de la mère, la reconnaissance rapide des signes de complication (1^{ère} phase) dans les centres de santé de premier niveau (CSCOM) est d'une importance capitale.

Le personnel de santé doit disposer d'un environnement adéquat et des compétences nécessaires pour être en mesure de détecter les complications obstétricales et fournir aux parturientes le traitement adéquat (évacuation vers le CSRéf) de façon rapide.

3-3- Les composantes des soins obstétricaux :

Les programmes de santé maternelle et néonatale devraient comprendre des interventions essentielles pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né et leur donner de plus grandes chances de survie [4]. Ce pendant l'OMS a établi les interventions essentielles à appliquer dans le cadre des services de santé, de la famille et de la communauté.

Les interventions dont doivent bénéficier la mère pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, et le nouveau-né tout de suite après la naissance. Il s'agit de mesures importantes de prévention, de traitement et de promotion de la santé pour aujourd'hui et pour demain. Les « soins essentiels systématiques » sont les soins à dispenser à toutes les mères et à tous les bébés, tandis que les « soins de circonstance » dépendent du tableau des maladies dans la communauté. Certaines femmes et certains nouveau-nés atteints de maladies ou de complications modérément graves ont besoin de « soins supplémentaires », tandis que ceux qui présentent des pathologies ou des complications graves ont besoin de « soins spécialisés » [30]. Ces différentes interventions se regroupent dans le tableau ci-dessous

Tableau I : Interventions de soins essentiels maternels et néonataux

	Soins systématiques (toutes les femmes et tous les enfants)	Soins supplémentaires (femmes et enfants souffrant de maladies et complications modérément graves)	Soins spécialisés – obstétricaux et néonataux (femmes et enfants souffrant de maladies et de complications graves)
Grossesse 4 visites Soins essentiels	<ul style="list-style-type: none"> •Confirmation de la grossesse •Suivi de la grossesse et Surveillance de la santé de la mère et du fœtus •Dépistage des problèmes compliquant la grossesse :(anémie, hypertension, saignements, présentation dystocique, grossesse multiple) •Tenir compte de tout autre affection signalée •Vaccination antitétanique, prévention et prise en charge de l'anémie (supplémentation en fer et en acide folique) •Informations et conseils sur les moyens de prendre soin de sa santé à domicile, sur la nutrition, les rapports sexuels protégés l'allaitement, la planification familiale, un mode de vie sain •Préparation à l'accouchement et à une urgence éventuelle, conseils pour repérer les signes de danger •Enregistrement et notification •Dépistage de la syphilis 	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement des complications légères à modérées : <ul style="list-style-type: none"> -anémie légère à modérée - infection urinaire - infection vaginale •Soins après avortement et planification familiale •Traitement des complications graves avant évacuation <ul style="list-style-type: none"> - toxémie gravidique - éclampsie - hémorragie - infection -avortement •Soutien aux femmes ayant des besoins particuliers (adolescentes, femmes victimes de violences) •Traitement de la syphilis (femme et son partenaire) 	<ul style="list-style-type: none"> •Traitement des complications graves de la grossesse : <ul style="list-style-type: none"> - anémie - toxémie gravidique grave - éclampsie - hémorragie - infection - autres complications médicales •Traitement des complications de l'avortement

<p>Soins de circonstance</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Dépistage du VIH et services de conseil •Prophylaxie antipaludique intermittente et promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticide •Traitement vermifuge •Appréciation des mutilations sexuelles féminines 	<ul style="list-style-type: none"> •Traitement antirétroviral (TARV) pour prévenir la transmission mère enfant du VIH, conseils sur l'alimentation du nourrisson et selon le mode d'accouchement •Traitement des infections opportunistes légères à modérées •Traitement du paludisme simple 	<ul style="list-style-type: none"> •Traitement de l'infection à VIH grave •Traitement du paludisme compliqué
<p>Accouchement (travail, accouchement et immédiat post-partum) Soins essentiels</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Soins pendant le travail et l'accouchement -Diagnostic du travail - Suivi du travail, surveillance de la santé de la mère et de l'enfant à l'aide d'un partogramme - Soins de soutien et soulagement de la douleur -Dépistage des problèmes et complications (présentation dystocique, travail prolongé ou dystocie, hypertension, hémorragie, infection) 	<ul style="list-style-type: none"> •Traitement des anomalies et des complications (travail prolongé, extraction par ventouse obstétricale, présentation en siège, épisiotomie, suture des déchirures, extraction manuelle du placenta 	<ul style="list-style-type: none"> •Traitement des complications graves pendant l'accouchement et l'immédiat post-partum, y compris césarienne, transfusion sanguine et hystérectomie : - dystocie - présentation dystocique - éclampsie - infection grave

	<p>Soins systématiques (toutes les femmes et tous les enfants)</p>	<p>Soins supplémentaires (Femmes et enfants souffrant de maladies et complications modérément grave)</p>	<p>Soins spécialisé- obstétricaux et néonataux (femmes et enfants souffrant de maladies et complication graves)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> -Accouchement et soins immédiats au nouveau-né, mise en route de l'allaitement - Réanimation du nouveau-né - Prise en charge active du troisième stade du travail •Soins à la mère tout de suite après l'accouchement - Contrôle et surveillance de l'état de santé de la mère, prévention et dépistage des complications (hypertension, infections, hémorragie, anémie) -Traitement de l'anémie post hémorragique modérée -Informations et conseils sur les moyens de prendre soin de sa santé à domicile, sur la nutrition, les rapports sexuels protégés, les soins des seins et la planification familiale - Conseils pour repérer les signes de danger et préparation à une urgence éventuelle •Enregistrement et notification 	<ul style="list-style-type: none"> •Prise en charge des complications graves avant évacuation (dystocie, souffrance fœtale, travail prématuré, hémorragie périnatale et du post-partum grave) •Prise en charge des complications en urgence si l'accouchement est imminent •Soutien à la famille en cas de décès de la mère 	<ul style="list-style-type: none"> - hémorragie •Déclenchement du travail et stimulation de l'activité utérine

Soins de circonstance	<ul style="list-style-type: none"> •Administration de vitamine A 	<ul style="list-style-type: none"> •Prévention de la Transmission mère enfant du VIH selon le mode d'accouchement, conseils et soutien selon l'option choisie par la mère pour l'alimentation enfant 	<ul style="list-style-type: none"> •Prise en charge des complications liées aux mutilations sexuelles féminines
	Soins systématiques (toutes les femmes et tous les enfants)	Soins Supplémentaires (femmes et enfants souffrant de maladies et complications modérément grave)	Soins Spécialisé- obstétricaux et néonataux (femmes et enfants souffrant de maladies et complications graves)
Soins postpartum (mère) (jusqu'à six semaines après l'accouchement) Soins essentiels	<ul style="list-style-type: none"> •Surveillance de la sante de la mère •Prévention et dépistage des complications (infections, hémorragie, anémie) •Prévention et prise en charge de l'anémie (supplémentation en fer et en acide folique) •Informations et conseils sur la nutrition, les rapports sexuels protégés, la planification familiale et mise à disposition de certaines méthodes contraceptives •Conseils pour repérer les signes de danger et préparation à une urgence éventuelle •Mise à disposition de méthodes contraceptives 	<ul style="list-style-type: none"> •Traitement de certains Problèmes (anémie légère à modérée, dépression post-partum légère) •Traitement de certains Problèmes avant évacuation (hémorragie grave, accident septique) 	<ul style="list-style-type: none"> •Traitement de toutes les complications <ul style="list-style-type: none"> - anémie sévère - hémorragie grave - infection grave - dépression grave •Stérilisation féminine
Soins de circonstance	<ul style="list-style-type: none"> •Promotion de l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide 	<ul style="list-style-type: none"> •Traitement du Paludisme simple 	<ul style="list-style-type: none"> •Traitement du paludisme compliqué
Nouveau-né (naissance et	<ul style="list-style-type: none"> •Promotion, protection et soutien de l'allaitement maternel 	<ul style="list-style-type: none"> •Soins aux enfants 	<ul style="list-style-type: none"> • prise en charge des problèmes graves du nouveau-né

<p>tout de suite après la naissance) Soins essentiels</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Contrôle et surveillance de l'état de santé, dépistage des complications (respiration, infections, prématurité, faible poids de naissance, traumatisme, malformation) •Lutte anti-infectieuse, maintien dans la chambre de la mère •Soins oculaires •Informations et conseils sur les soins à domicile, l'allaitement et l'hygiène •Conseils pour repérer les signes et préparation à une urgence éventuelle •Vaccination conforme aux directives nationales (BCG, anti-HepB, VPO-O) 	<p>modérément prématurés, de faible poids de naissance ou jumeaux : soutien à l'allaitement, chaleur, contrôle fréquent de l'état de santé et dépistage des complications, par exemple problèmes d'alimentation, jaunisse, autres problèmes périnataux</p> <ul style="list-style-type: none"> •Suivi de la méthode « mère kangourou » •Traitement des infections légères à modérées <ul style="list-style-type: none"> -infections locales (cordon, peau, yeux, muguet) - traumatismes à la naissance •Prise en charge des enfants ayant de graves problèmes avant évacuation : <ul style="list-style-type: none"> -très grands prématurés et/ou très faible poids de naissance - complications graves - malformations •Soutien à la mère en cas de décès périnatal 	<p>– soins généraux pour le nouveau-né malade et prise en charge des problèmes spécifiques : - naissance prématurée</p> <ul style="list-style-type: none"> - difficultés respiratoires - accident septique - traumatisme grave à la naissance et asphyxie - jaunisse grave - méthode « mère kangourou » <p>•Prise en charge des malformations corrigibles</p>
<p>Soins de circonstance</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Incitation à dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide 	<ul style="list-style-type: none"> •Traitement présomptif de la syphilis congénitale •TARV pour prévenir 	<ul style="list-style-type: none"> •Traitement : <ul style="list-style-type: none"> - de la syphilis congénitale - du tétanos néonatal

		La transmission mère enfant du VIH •Soutien à l'alimentation du nourrisson choisie par la mère	
Soins post-natals au nourrisson (en milieu Médical /à domicile) Soins essentiels	<ul style="list-style-type: none"> •Surveillance de la santé de l'enfant et de l'allaitement •Dépistage des complications et réponse aux préoccupations de la mère •Informations et conseils sur les soins à domicile <p>Soins systématiques (toutes les femmes et les enfants)</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Prise en charge : <ul style="list-style-type: none"> -des problèmes mineurs à modérés -des problèmes d'alimentation <p>Soins supplémentaires (femmes et enfants souffrant de maladies et complications modérément graves)</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Prise en charge des problèmes graves du nouveau-né : <ul style="list-style-type: none"> - accident septique - autres infections - jaunisse - retard de développement
	<ul style="list-style-type: none"> •Visites supplémentaires pour les enfants à haut risque (enfants prématurés, ayant eu des problèmes graves ou ayant une alimentation de substitution) 	<ul style="list-style-type: none"> •Prise en charge des problèmes graves avant évacuation <ul style="list-style-type: none"> - convulsions - incapacité à s'alimenter •Soutien à la famille en cas de décès périnatal 	

3-4- Concept de la qualité des soins

La qualité des soins pour les femmes et les nouveau-nés est par conséquent la capacité des services de santé maternels et néonataux (fournis aux individus et aux populations) d'augmenter la probabilité d'obtenir des soins rapides et appropriés afin d'atteindre les résultats de santé souhaités, qui sont à la fois en conformité avec les connaissances

professionnelles du moment et avec les préférences et les aspirations des femmes et de leurs familles. Cette définition tient compte des critères de la qualité des soins et de deux éléments importants : la qualité de la prestation des soins et la qualité des soins selon l'expérience des femmes, des nouveau-nés et de leurs familles.

3-4-1- Cadre de référence pour la qualité des soins

Comme la qualité des soins est multidimensionnelle, divers modèles ont été utilisés pour établir un cadre de référence conceptuel pour guider les prestataires de soins, les gestionnaires et les responsables politiques dans l'amélioration de la qualité des services de santé pour les mères et les nouveau-nés.

En se fondant sur ces modèles ainsi que sur l'approche des systèmes de santé de l'OMS, un cadre de référence pour la qualité des soins (Fig. 1) a été conçu, identifiant les domaines qui doivent être ciblés pour évaluer et améliorer les soins et en assurer le suivi dans les établissements de santé, dans le contexte du système de santé. [4]

Le cadre de référence distingue huit domaines de la qualité des soins au sein du système de santé dans son ensemble. Bien qu'il mette l'accent sur les soins prodigués dans les établissements, il tient également compte du rôle essentiel des communautés et des usagers des services pour identifier leurs besoins et préférences et prendre en charge leur propre santé. La perception qu'ont les femmes, leurs familles et leurs communautés de la qualité des services de maternité influence leur décision en matière de recherche de soins et sont des éléments essentiels pour créer une demande pour des services maternels et néonataux de grande qualité et permettre l'accès à ceux-ci. La participation des communautés est par conséquent un aspect important à prendre en compte, au delà des établissements de santé, et il doit faire partie intégrante de l'amélioration de la qualité des soins aux femmes et aux nouveau-nés

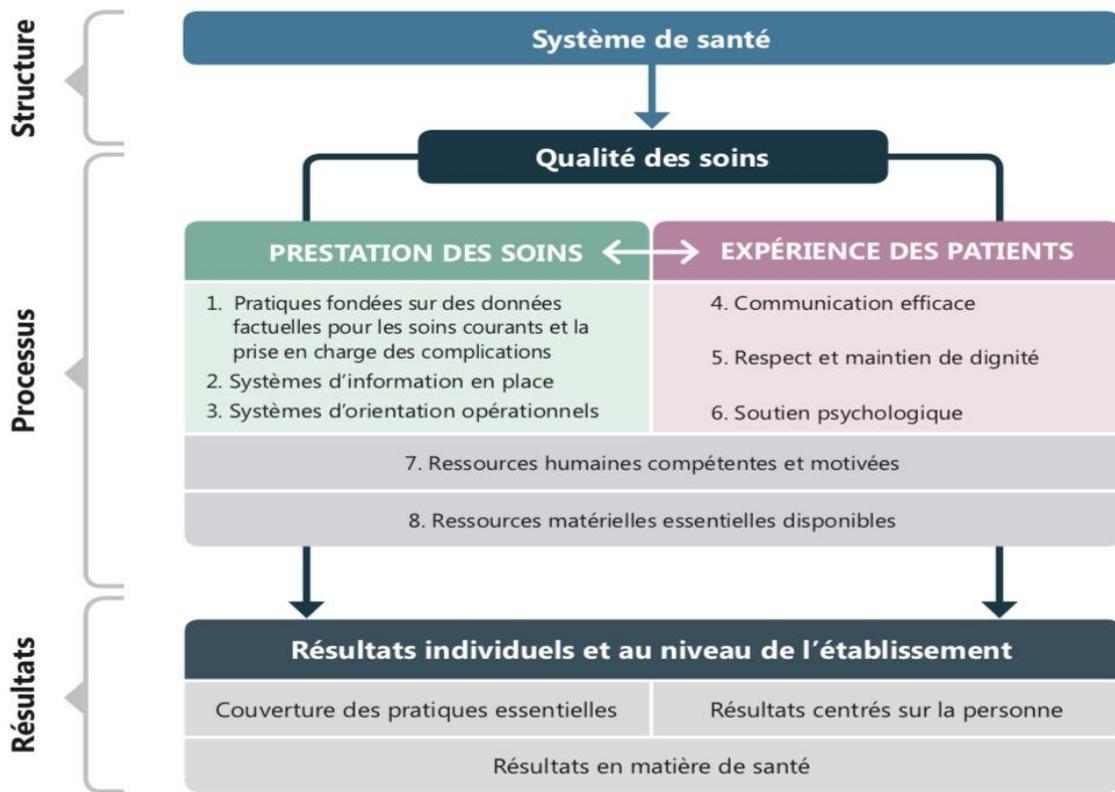


Figure N°1. Cadre de référence de l'OMS pour la qualité des soins maternels et néonataux. Le cadre de référence comprenant huit domaines de la qualité des soins pour les femmes enceintes et les nouveau-nés dans les établissements de santé permet d'améliorer la probabilité d'atteindre les objectifs souhaités au niveau individuel et de l'établissement de santé. L'approche du système de santé fournit la structure permettant d'améliorer la qualité en fonction des deux dimensions liées que sont la prestation des soins et l'expérience des patientes. La prestation de soins comprend l'utilisation de pratiques fondées sur des données factuelles pour les soins courants et les soins d'urgence ; des systèmes d'information au sein desquels l'enregistrement des données permet l'analyse et la vérification ; et des systèmes d'orientation fonctionnels entre les différents niveaux de soins. L'expérience des patientes (ou leur ressenti à l'égard des soins) porte sur une communication efficace avec les femmes et leur famille sur les soins fournis, leurs attentes et leurs droits ; des soins prodigués avec respect et le maintien de

la dignité ; et l'accès au soutien social et psychologique de leur choix. Les domaines transversaux du cadre de référence incluent la disponibilité de ressources humaines compétentes et motivées, et de ressources matérielles qui sont les conditions préalables indispensables à la bonne qualité des soins dans les établissements de santé.

Ce cadre de référence peut être utilisé pour évaluer les caractéristiques ou dimensions de la qualité des soins dans divers secteurs du système de santé, du point de vue des usagers, des prestataires et des gestionnaires. Sur la base de ce cadre et conformément au mandat institutionnel, six domaines d'activité stratégiques ont été recensés pour améliorer la qualité des soins maternels et néonataux.

Ces six domaines ont été utilisés comme fondement d'une approche systématique, reposant sur les données factuelles, visant à élaborer des lignes directrices, des standards de soins et des indicateurs de qualité des soins, à concevoir des interventions efficaces, à mener des travaux de recherche et à renforcer les capacités pour améliorer la qualité des soins maternels et néonataux.

3-4-2- Domaines stratégiques d'activité

Les six domaines stratégiques pour améliorer la qualité des soins et mettre fin à la mortalité et la morbidité évitables parmi les femmes et les nouveau-nés sont :

La recherche,

Les lignes directrices,

Les standards de soins,

Les stratégies d'intervention efficaces,

Les indicateurs de suivi au niveau mondial, national et des établissements,

Le renforcement des capacités pour l'amélioration de la qualité, l'évaluation et la programmation [4].

En s'appuyant sur le cadre de référence, les travaux dans ces domaines stratégiques contribueront à l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux, moyennant un renforcement ciblé des capacités nationales et un soutien technique. L'analyse a toutefois

montré que, bien que des lignes directrices relatives aux pratiques cliniques fondées sur des données factuelles soient généralement disponibles, il n'existait pas de recommandations sur les standards de soins attendus ni sur les mesures de qualité appropriés. Par conséquent, les standards de soins et mesure de qualité ont été hiérarchisés au premier rang des produits normatifs.

3-4-3- Données factuelles et résumé des conclusions

L'examen de la littérature n'a pas permis d'isoler une définition de la qualité des soins qui soit universellement reconnue [4]. On a pu constater que la qualité des soins présente de multiples facettes et fait l'objet de descriptions selon des perspectives et des dimensions différentes, y compris par les prestataires de soins, les gestionnaires ou les patients et le système de soins ; sur la base de critères de qualité tels que la sécurité, l'efficacité, la rapidité, le rapport coût/efficacité (ou l'efficience), l'équité et le fait d'être centré sur le patient ; ainsi que la prestation des soins et l'expérience des patientes.

Un certain nombre de modèles de la qualité des soins ont été proposés depuis celui de Donabedian en 1988 [31] : M, l'Institute of Medicine [32] et l'OMS [33].

Les trois modèles les plus fréquemment utilisés et définis avec le plus de précision sont des modèles s'appuyant sur des perspectives, critères et systèmes, qui ont été utilisés pour traduire les critères de qualité des soins en se fondant sur divers éléments. Le plus convaincant est le modèle de l'OMS [33] qui innove dans la réflexion sur les systèmes de santé en recensant six éléments constitutifs : la prestation des services ; les personnels de santé ; l'information, les produits médicaux, les vaccins et la technologie ; le financement, le leadership et la gouvernance ; une structure d'analyse des systèmes de santé, et la mise en place de points d'intervention. Le système de santé crée la structure qui permet l'accès aux soins de grande qualité. Ces modèles ont été utilisés pour concevoir un cadre conceptuel afin de définir, d'évaluer la qualité des soins maternels et néonataux et d'en assurer le suivi.

La définition et le cadre de référence pour la qualité des soins maternels et néonataux décrits ci-dessus reposent sur l'analyse ci-dessus et le consensus obtenu lors de la réunion du groupe d'experts chargé de l'élaboration des lignes directrices.

3-5- Les composantes de la qualité des soins

3-5-1 Standard de soins

Données factuelles et résumé des constatations

La recherche de définitions, d'une taxinomie et d'une structure des standards de soins n'a pas abouti à une « définition » cohérente ni à une « structure » spécifique, normalisée. La majorité des sources recensées étaient issues de domaines sans rapport avec la santé qui définissaient un standard comme l'énoncé de prescriptions visant à assurer la cohérence des processus et des produits. Les standards relatifs à la santé étaient essentiellement issus d'environnements à revenu élevé. En 2017, l'OMS a publié un nombre limité de standards pour les soins maternels et néonataux [4], aucune ne portant spécifiquement sur la période qui entoure l'accouchement.

Ces sources du domaine de la santé ont défini des standards essentiellement pour « accréditation » bien qu'un petit nombre d'entre elles aient eu pour objectif « l'amélioration de la qualité », en fournissant des « critères » pour satisfaire aux standards dans les « domaines prioritaires », les lacunes dans la qualité et la sécurité étant reconnues. Bien que la plupart d'entre elles recommandaient des « critères de mesure », seul un petit nombre d'entre elles les fournissaient.

- Définition et structure des standards

Sur la base de ces conclusions, pour les soins maternels et néonataux, un « standard » est défini comme « une description de ce que l'on attend, en termes de fournitures de soins, pour parvenir à des soins de grande qualité dans la période qui entoure l'accouchement ». Le standard de soins a deux composantes principales : la charte de qualité et la mesure de qualité. La charte de qualité expose ce qui est requis pour se conformer aux standards et

les mesures de qualité fournissent des données factuelles objectives permettant de déterminer si l'exigence a été satisfaite.

Les chartes de qualité sont des déclarations concises des priorités pour améliorer de façon mesurable la qualité des soins adaptées des standards de qualité du

« National Institute for Health and care Excellence – NICE » [34]. Elles définissent les marqueurs de qualité fondées sur les preuves sur les domaines thématiques et les ressources nécessaires.

Les mesures de qualité sont des critères pour évaluer, mesurer et monitorer la qualité des soins telle qu'elle est spécifiée dans la charte de qualité. Il y en a trois types :

- **Intrants** : ce qui est nécessaire pour fournir les soins en question (par exemple ressources matérielles, ressources humaines, politiques, lignes directrices)

- **Produit** : le process souhaité a été mis en œuvre et convenablement exécuté.

- **Résultat** : l'effet de la prestation et de l'expérience des soins sur la santé et sur l'individu. Huit standards ont été formulés pour définir les priorités pour l'amélioration de la qualité : elles correspondent aux huit domaines du cadre de référence de l'OMS pour la qualité des soins.

1. Pratiques fondées sur des données factuelles pour les soins courants et la prise en charge des complications ;
2. Systèmes d'information opérationnels ;
3. Systèmes de référence fonctionnels ;
4. Communication efficace ;
5. Respect et maintien de la dignité
6. Soutien psychologique
7. Personnel compétent et motivé ; et
8. Disponibilité des ressources matérielles essentielles.

Les standards sont accompagnés de deux ou trois chartes de qualité, à l'exception du standard 1 sur les pratiques fondées sur des données factuelles pour les soins courants et la

prise en charge des complications, pour lequel les chartes de qualité sont au nombre de 13 pour refléter des priorités spécifiques en matière d'interventions. Au total, les chartes de qualité sont au nombre de 31. Pour le standard 1, un « a » ajouté à certaines chartes indique qu'elles ne concernent que la femme, un « b » qu'elles ne concernent que le nourrisson et un « c » qu'elles concernent à la fois la mère et le nourrisson. Pour chacun des 31 chartes de qualité, 6 à 18 mesures relatives aux intrants, aux produits et aux résultats ont été définies.

Portée et utilisation des standards et des chartes de qualité

Les standards de soins portent sur les soins courants et la prise en charge des complications chez les femmes et leurs nourrissons au cours du travail, de l'accouchement et de la période postnatale précoce, y compris les soins aux bébés de faible poids au cours de la première semaine de vie. Elles sont centrées sur la femme, le nouveau-né et la famille et sont applicables à tous les établissements de santé qui offrent des services de maternité. Elles sont conformes aux lignes directrices de l'OMS et conçues pour répondre aux priorités spécifiques recensées.

Les standards de soins fournissent une base pour ce qui est attendu et requis, ils permettent le suivi et l'évaluation des résultats par rapport aux meilleures pratiques afin d'identifier les priorités dans la perspective d'une amélioration ; ils permettent de fournir des informations sur les moyens d'utiliser les meilleures pratiques pour des soins ou des prestations de service de grande qualité. Ils définissent des priorités pour améliorer la qualité des soins maternels et néonataux, et sont appelées à être utilisés par les responsables de la planification, les gestionnaires et les prestataires de soins pour les fonctions suivantes :

- Établir des standards de soins fondés sur des données factuelles aux niveaux national et local pour assurer des services de santé maternels et néonataux efficaces, de grande qualité pendant la période qui entoure l'accouchement.

- Introduire les standards attendus en matière de soins et de prestation afin d'identifier les composantes des soins qui nécessitent une amélioration pour assurer des services de grande qualité.
- Utiliser les ressources disponibles pour obtenir des résultats optimaux en matière de soins et améliorer l'utilisation des services de santé maternels et néonataux par les individus, les familles et les communautés, et leur satisfaction à l'égard de ceux-ci.
- Assurer le suivi de l'amélioration des services, montrer que des soins ou services maternels et néonataux de grande qualité sont fournis et mettre en lumière les domaines à améliorer.
- Fournir une base de référence pour les contrôles, l'accréditation des établissements de santé nationaux, et la reconnaissance des performances des prestataires.

Les standards devraient être adoptés et intégrés aux stratégies et cadres nationaux relatifs à la qualité des soins pour la prestation des services de santé maternels et néonataux afin de garantir une grande qualité des services fournis.

3-6- Grille d'évaluation de la qualité des soins

3-6-1-Liste des standards et des chartes de qualité

Pratiques fondées sur des données factuelles pour les soins courants et la prise en charge des complications

Standard 1 : Chaque femme et chaque nouveau-né bénéficient, sur la base de données factuelles, des soins courants et d'une prise en charge des complications au cours du travail, de l'accouchement et de la période postnatale immédiate, conformément aux lignes directrices de l'OMS.

Objectif : L'objectif de ce standard est d'assurer la prise en charge fondée sur les données factuelles du travail, de l'accouchement et de la période postnatale immédiate, pour les mères et les nouveaux nés au cours des premiers jours de vie. Sont compris les soins courants, le diagnostic précoce des complications et leur prise en charge appropriée. De nombreuses pathologies requièrent une attention particulière pendant cette période ; le

standard a par conséquent été limité à celles associées à une morbidité et mortalité élevées. Prendre en charge ces pathologies de manière appropriée permettra de réduire considérablement le nombre de décès et de favoriser les issues positives chez les femmes et les nouveau-nés au cours de cette période.

Chartes de qualité

Charte de qualité 1.1a : Les femmes sont examinées de façon systématique au moment de leur admission dans l'établissement de santé, pendant le travail et l'accouchement, et elles bénéficient rapidement de soins appropriés.

Charte de qualité 1.1b : Les nouveau-nés bénéficient de soins courants immédiatement après la naissance.

Charte de qualité 1.1c : Les mères et les nouveau-nés bénéficient de soins postnatals courants.

Charte de qualité 1.2 : Les femmes présentant une pré-éclampsie ou une éclampsie bénéficient rapidement des interventions appropriées, conformément aux lignes directrices de l'OMS.

Charte de qualité 1.3 : Les femmes présentant une hémorragie post-partum bénéficient rapidement des interventions appropriées, conformément aux lignes directrices de l'OMS.

Charte de qualité 1.4 : Les femmes dont le travail est prolongé ou difficile bénéficient des interventions appropriées, conformément aux lignes directrices de l'OMS.

Charte de qualité 1.5 : Les nouveau-nés qui ne respirent pas spontanément sont stimulés et réanimés au moyen d'une ventilation par ballon et masque, dans un délai d'une minute après la naissance, conformément aux lignes directrices de l'OMS.

Charte de qualité 1.6a : En cas de travail prématuré, les femmes bénéficient des interventions appropriées à la fois pour elles-mêmes et pour leurs nourrissons, conformément aux lignes directrices de l'OMS.

Charte de qualité 1.6b : Les nouveau-nés prématurés et de petite taille bénéficient des soins appropriés, conformément aux lignes directrices de l'OMS.

Charte de qualité 1.7a : Les femmes atteintes d'une infection ou exposées au risque d'infection pendant le travail, l'accouchement ou la période postnatale immédiate bénéficient rapidement des interventions appropriées, conformément aux lignes directrices de l'OMS.

Charte de qualité 1.7b : Les nouveau-nés présentant une suspicion d'infection ou pour lesquels il existe des facteurs de risque d'infection bénéficient rapidement d'un traitement antibiotique, conformément aux lignes directrices de l'OMS.

Charte de qualité 1.8 : Toutes les femmes et tous les nouveau-nés bénéficient de soins conformes aux précautions standards pour prévenir les infections nosocomiales.

Charte de qualité 1.9 : Aucune femme ni aucun nouveau-né n'est soumis à des pratiques inutiles ou dommageables au cours du travail, de l'accouchement ou dans la période qui suit immédiatement la naissance.

Systèmes d'information opérationnels

Standard 2 : Le système d'information sanitaire permet l'utilisation de données afin de pouvoir prendre précocement des mesures appropriées pour améliorer la prise en charge de chaque femme et de chaque nouveau-né.

Objectif : Ce standard a pour objectif d'enregistrer avec exactitude toutes les informations dans l'établissement de santé et de les utiliser correctement pour améliorer la prise en charge des femmes et des nouveau-nés. Pour cela, il faudra disposer de formulaires standards pour collecter des informations sur tous les patients pendant leur séjour dans l'établissement ainsi que du personnel formé et qualifié pour collecter et analyser les données, et faire remonter ces informations pour contrôler et améliorer la performance à tous les niveaux du système de soins, y compris la performance des soignants.

Chartes de qualité

Charte de qualité 2.1 : Chaque femme et chaque nouveau-né disposent d'un dossier médical complet, précis et standardisé pendant la phase de travail, l'accouchement et le début de la période postnatale.

Charte de qualité 2.2 : Chaque établissement de santé dispose d'un mécanisme de collecte, d'analyse et de remontée des données dans le cadre de ses activités de suivi et d'amélioration de la performance pendant la période périnatale.

Systèmes de référence opérationnels

Standard 3 : Chaque femme et chaque nouveau-né présentant une ou plusieurs pathologies ne pouvant pas être prises en charge efficacement avec les ressources disponibles sont correctement réorientés.

Objectif : Ce standard a pour objectif de garantir la référence correcte en temps voulu de tous les patients qui ont besoin de soins qui ne peuvent pas être prodigués dans l'établissement de santé.

La décision de réorienter un patient doit être prise dès qu'une maladie qui ne peut pas être traitée dans l'établissement de santé a été diagnostiquée, et après l'administration du traitement nécessaire avant la référence. Le centre vers lequel le patient est référé doit être préalablement contacté afin que les dispositions nécessaires soient prises pour recevoir le patient. Un rapport complet doit être remis à l'établissement de santé qui reçoit le patient, et l'établissement qui l'a adressé doit s'enquérir périodiquement de l'état de ce patient afin d'améliorer

Chartes de qualité

Charte de qualité 3.1 : Chaque femme et chaque nouveau-né sont correctement examinés au moment de leur admission, pendant la phase de travail et au début de la période postnatale pour déterminer s'ils doivent être réorientés, et une décision est prise sans délai.

Charte de qualité 3.2 : Pour chaque femme et chaque nouveau-né devant être réorientés, la référence suit un plan préétabli qu'il est possible d'adopter à tout moment, sans délai.

Charte de qualité 3.3 : Pour chaque femme et chaque nouveau-né réorientés au sein d'un établissement de santé ou référés dans un autre établissement de santé, les soignants échangent des informations pertinentes.

Communication efficace

Standard 4 : La communication avec les femmes et leur famille est efficace et répond aux besoins et aux préférences des intéressés.

Objectif : Ce standard a pour objectif d'établir une communication efficace, aspect essentiel de l'expérience des patientes et de leur famille. Les patientes doivent recevoir toutes les informations concernant leurs soins et se sentir impliquées dans toutes les décisions prises concernant leur traitement. Une communication efficace entre les soignants et les patientes permet d'éviter l'anxiété et de faire de l'accouchement une expérience positive pour les mères.

Chartes de qualité

Charte de qualité 4.1 : Toutes les femmes et leur famille reçoivent des informations sur les soins et ont de véritables rapports avec le personnel.

Charte de qualité 4.2 : Toutes les femmes et leur famille bénéficient de soins coordonnés et d'un échange d'informations clair et précis entre les professionnels de la santé et ceux chargés de la prise en charge sociale.

Respect et maintien de la dignité

Standard 5 : Les femmes et les nouveau-nés bénéficient de soins dans le respect et le maintien de leur dignité.

Objectif : Ce standard a pour objectif d'assurer un respect total et de maintenir la dignité de toutes les femmes pendant leur séjour dans l'établissement de santé. L'intimité et la confidentialité doivent être constamment respectées et la maltraitance (violence physique, sexuelle ou verbale, par exemple), la discrimination, la privation de soins, la détention, l'extorsion ou le refus de prestation de services doivent être évités.

Chartes de qualité

Charte de qualité 5.1 : L'intimité de toutes les femmes et de tous les nouveau-nés pendant la période périnatale est respectée, et la confidentialité est assurée.

Charte de qualité 5.2 : Aucune femme ni aucun nouveau-né n'est victime de maltraitance telle que violence physique, sexuelle ou verbale, de discrimination, de privation de soins, de détention, d'extorsion ou de refus de prestation de services.

Charte de qualité 5.3 : Toutes les femmes peuvent faire des choix éclairés concernant les services dont elles bénéficient, et les motifs ou les résultats des interventions sont clairement expliqués.

Soutien psychologique

Standard 6 : Chaque femme et sa famille, bénéficient d'un soutien psychologique qui correspond à leurs besoins et qui renforce les capacités de la femme.²³

Objectif : Le soutien psychologique est un aspect essentiel de l'expérience des soins. Les femmes accouchent plus en confiance si elles sont accompagnées de la personne de leur choix. Chaque femme bénéficie d'un soutien pour renforcer ses capacités pendant l'accouchement.

Chartes de qualité

Charte de qualité 6.1 : Chaque femme a la possibilité d'être accompagnée par la personne de son choix pendant la phase de travail et l'accouchement.

Charte de qualité 6.2 : Chaque femme bénéficie d'un soutien pour renforcer ses capacités pendant l'accouchement.

Ressources humaines compétentes et motivées

Standard 7 : Pour chaque femme et chaque nouveau-né, du personnel compétent et motivé est toujours disponible pour prodiguer les soins courants et prendre en charge les complications.

Objectif : Du personnel compétent et bien formé ainsi que des accoucheurs qualifiés doivent être présents 24 heures sur 24 dans toutes les salles d'accouchement de l'établissement de santé en nombre suffisant par rapport à la charge de travail attendue.

Une direction et une gestion efficace de l'établissement sont indispensables pour assurer une amélioration continue de la qualité.

Chartes de qualité

Charte de qualité 7.1 : Chaque femme a accès en permanence à au moins un accoucheur qualifié et à du personnel de soutien pour les soins courants et la prise en charge des complications.

Charte de qualité 7.2 : Les accoucheurs qualifiés et le personnel de soutien ont les compétences requises pour répondre aux besoins pendant la phase de travail, l'accouchement et le début de la période postnatale.

Charte de qualité 7.3 : La direction administrative et clinique de chaque établissement de santé est collectivement responsable de la mise au point et de l'application des politiques appropriées et crée des conditions propices à l'amélioration continue de la qualité par le personnel de l'établissement.

Disponibilité des ressources matérielles essentielles

Standard 8 : L'établissement de santé dispose d'un environnement matériel adéquat.

L'approvisionnement en eau et en énergie, les moyens d'assainissement ainsi que les médicaments, les fournitures et le matériel sont suffisants pour les soins courants dispensés aux mères et aux nouveau-nés et pour la prise en charge des complications.

Objectif : Chaque établissement de santé doit disposer d'une infrastructure et de commodités de base (eau, moyens d'assainissement, sanitaires, électricité, système d'élimination des déchets, un stock de médicaments, de fournitures et de matériel essentiels) pour prodiguer aux femmes et aux nouveau-nés les soins dont ils ont besoin. Les salles d'accouchement et celles réservées aux soins postnatals doivent être propres, confortables et conçues et organisées logiquement afin d'assurer la continuité des soins.

Chartes de qualité

Charte de qualité 8.1 : L'approvisionnement en eau et en énergie, les moyens d'assainissement et les installations pour l'hygiène des mains et l'élimination des déchets

fonctionnent, sont fiables et sûrs et suffisent pour répondre aux besoins du personnel, des patientes et des familles.

Charte de qualité 8.2 : Les salles d'accouchement et celles réservées aux soins postnatals sont signalées, organisées et entretenues afin que chaque femme et chaque nouveau-né puissent être pris en charge selon leurs besoins dans le respect de leur intimité, pour faciliter la continuité des soins.

Charte de qualité 8.3 : Des stocks suffisants de médicaments, de fournitures et de matériel sont disponibles pour assurer les soins courants et la prise en charge des complications.

IV.METHODOLOGIE

4.1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de Gynéco-Obstétrique du centre de santé de référence de Fana. Il a été créé le 02/02/2007 ; le CSRéf de fana participe à la mise en œuvre de la supervision et la coordination des activités des centres de santé communautaires, la gestion des problèmes de santé et la prise en charge des références-évacuations de premier niveau.

Le personnel du service de gynécologie et d'obstétrique est composé de : 1 Gynéco-Obstétricien, 5 Sages-femmes dont une sage-femme maîtresse, 3 infirmières obstétriciennes, une matrone, les thésards et les stagiaires, une technicienne de surface

Le personnel des autres services est composé de : 1 médecin chirurgien (chef du CSRéf), un médecin ophtalmologiste, un médecin communautaire, 5 médecins généraliste, 7 assistants médicaux et 11 infirmiers d'états, 4 techniciens de laboratoire une pharmacienne et 2 techniciens gérants de DV, 2 comptables, 5 chauffeurs, 8 manœuvres et un gardien.

Le CS Réf est composé de plusieurs services dont :

- un service de Gynéco-Obstétrique,
- un service d'Urgence,
- un service de Médecine,
- un service de Chirurgie ;
- un service d'Odontologie,
- un service d'Ophtalmologie,
- un service d'Otorhinolaryngologie,
- un service d'Unité de soins d'accompagnement et de conseil (USAC),
- un service d'URENI et prise en charge (PEC) pédiatrique,
- un service de Laboratoire,
- un service de Radiologie,
- un service d'Hygiène assainissement,

- Une Unité de programme élargie de vaccination (PEV),
- Un Bloc d'administratif,
- Un Bloc de magasin,
- Deux Dépôts de vente,
- Une Cantine,
- Une Morgue

Le service de Gynéco-Obstétrique est composé de :

- une salle de consultation externe
- une salle d'échographie
- une salle de CPN
- une salle de PTME
- une salle d'hospitalisation composée de 5 lits
- une salle de vaccination
- une salle d'accouchement comportant deux (2) tables d'accouchement ;

Les activités du service de gynéco-obstétrique :

La garde est assurée par une équipe de 8 heures à 8 heures (24 heures) qui est composée de : une sage-femme, une infirmière obstétricienne, une matrone, un thésard, un infirmier anesthésiste, un technicien de laboratoire, un gérant de pharmacie, un chauffeur d'ambulance, une technicienne de surface.

Le médecin spécialiste en Gynéco-Obstétrique est appelé en cas de besoin.

Pendant la garde, l'équipe dispose de :

- Deux blocs opératoires fonctionnels dont un pour les interventions Chirurgicales et gynéco-obstétricales,
- Un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales (remboursé par les patientes après la prise en charge sauf le kit de césarienne),
- Deux (2) ambulances fonctionnelles pour les urgences obstétricales.

Un staff est tenu chaque jour ouvrable à partir de 8 heures par le chef de service ; l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés pendant les 24 heures.

Les consultations externes ont lieu tous les jours ouvrables par le gynécologue-obstétricien et les sages-femmes ainsi que la PTME tous les lundis et jeudis. Les vaccinations sont effectuées par la matrone tous les lundis et jeudis.

Une visite est faite tous les jours dirigée par le chef de service de gynéco-obstétrique.

4.2. Type d'étude :

Il s'est agi d'une étude transversale, descriptive et analytique sur la qualité des soins obstétricaux et néonataux au CSRéf de fana.

4.3. Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée du 1^{er} février 2019 au 31 Juillet 2019 soit une période de six (6) mois.

4.4. Population d'étude :

L'étude a concerné les patientes admises à la maternité du CSRéf, les agents de santé de la maternité et la structure.

4.5. Échantillonnage :

4.5.1. Critère d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude :

- toutes les parturientes qui ont accouchée à la maternité du centre de santé de référence de fana, qui ont accepté de répondre à notre questionnaire et qui ont donné leur consentement ;
- les personnels de santé qui ont accepté de participer à l'étude
- les structures du CSRéf

4.5.2. Critère de non inclusion

N'ont pas été incluses dans notre étude les parturientes qui ont accouché hors du CSRéf ou les parturientes qui n'ont pas accepté de répondre aux questionnaires

- les personnels n'ayant pas accepté de participer à l'étude.

4.5.3. Taille de l'Echantillonnage

- Nous avons opté pour un échantillonnage exhaustif prenant en compte toutes les parturientes qui se sont présentées à la maternité durant la période d'étude

4.6. Outils de collecte :

Nous nous sommes référés sur l'outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux intégrés de l'OMS adapté par le Mali.

4.7. Variables étudiées

4.7.1 L'étude des structures

- Le service de gynécologie obstétrique
- Le personnel de la maternité
- Le comité de gestion du centre : un président, un trésorier, et autres membres du bureau de gestion du centre

4.7.2 L'étude des procédures de l'accouchement

- L'accueil, l'attitude, le respect psychique et physique des parturientes
- La qualification de l'agent de santé
- Les conditions d'hygiène au cours de l'accouchement
- Les attitudes des agents de santé en salle d'accouchement
- Les soins du nouveau-né

4.7.3 L'opinion des accouchées

- Le choix de la maternité
- La qualité de l'accueil
- La qualité des soins
- La satisfaction des parturientes

4.8. Collecte des données

Pour évaluer les différents aspects de l'étude, les informations ont été collectées sous diverses formes notamment :

- Des observations faites sur l'environnement des soins ;

- Des contrôles concernant la disponibilité du matériel, des médicaments et des produits ;
- Des formulaires structurés pour la notation sur la base des observations relatives à la prise en charge des cas, conformément aux normes de soins et critères acceptés ;
- Un questionnaire « opinion des accouchées » concernant la satisfaction

4.9. Technique de collecte des données :

Elle a consisté en une observation directe des locaux et de la prise en charge des patientes par les agents de santé ; un examen des dossiers cliniques ; et un entretien avec les accouchées de façon isolée et discrète afin de recueillir leur degré de satisfaction.

4.10. Plan d'analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS 20.0

La saisie des textes, graphiques et tableaux a été effectuée sur le logiciel Word 2016 et Excel 2016

Les tests statistiques utilisés étaient le test Khi carré pour les effectifs > 5 et le test exact de Fisher pour les effectifs < 5 avec un seuil de signification $p \leq 0,001$.

4.11. Les variables mesurées ont été :

4.11.1 Pour l'accouchement

- Les caractéristiques de la parturiente
- Qualification du personnel ayant fait l'accueil de la parturiente
- La qualité de l'accueil de la parturiente
- La qualité de l'interrogatoire de la parturiente
- La préparation de la parturiente
- L'examen général
- L'examen obstétrical
- La familiarisation entre parturiente et agent de santé
- La prise de décision

- Norme d'hygiène pendant l'accouchement
- La surveillance du travail d'accouchement
- L'utilisation des médicaments
- Les relations humaines
- Qualification de l'accoucheur (se)
- La réalisation de l'accouchement
- Les méthodes intervention obstétricale spécifiques
- Le pronostic materno-foetal
- Le respect de l'intimité de la parturiente
- L'utilisation du partographe
- Les soins dispensés au nouveau-né
- La réanimation du nouveau-né
- Les examens complémentaires en per-partum
- La surveillance du post-partum immédiat
- Les conseils donnés à l'accouchée
- La durée de l'accouchement
- La durée du séjour après accouchement

4.11.2 Pour l'opinion des accouchées sur les prestations

- Le choix de la maternité par la parturiente
- Le nombre et lieu des CPN
- Le nombre d'accouchement de la parturiente dans le csréf
- Satisfaction à l'accueil
- Satisfaction au cours des soins

4.12. L'organisation de l'enquête

Les observations des accouchements et le recueil de l'opinion des parturientes ont été faits par l'enquêteur. Pour cela l'enquêteur était discret et ne devrait nullement intervenir pour le bon déroulement de l'étude.

Les références utilisées pour évaluer la qualité des locaux sont :

4.12.1 Les normes architecturales

- L'état du local
- Les matériaux de construction
- Le système de protection contre la poussière et la clôture
- Le système d'aération des locaux

4.12.2 Plan d'organisation des services

- L'existence d'un service d'accueil ou bureau des entrées (pour tickets et orientation)
- L'existence d'une pancarte d'orientation dans le centre.

4.12.3 Etat des locaux et l'équipement du service de gynécologie obstétrique

- L'état des salles (de consultation externe, d'attente, du travail d'accouchement, d'hospitalisation suites de couches, CPN, PTME et PF)
- L'équipement pour l'accueil
- L'équipement pour l'accouchement et les principaux examens physiques

4.12.4 Le bloc opératoire

- L'état du local
- L'équipement

4.12.5 L'existence et la fonctionnalité du laboratoire

- L'état du local
- L'équipement et logistique (réfrigérateur)
- Les réactifs
- Le personnel.

4.12.6 Le dépôt de médicaments

- Les normes architecturales
- L'équipement

- Le mode d’approvisionnement
- La formation du personnel

4.12.7 L’existence et la fonctionnalité des autres services et unités annexes

- Service de chirurgie et d’anesthésie-réanimation
- Service de médecine
- Service d’odontostomatologie
- Service d’ophtalmologie
- Service d’ORL
- Service USAC
- Service d’imagerie médicale
- Service de consultation externe et soins
- L’unité PEV
- Service social
- Service de recherche et d’information
- Service d’hygiène et d’assainissement
- La morgue.

4.12.8 L’état des toilettes

- Les normes architecturales
- L’équipement
- La propriété.

4.12.9 Le système d’approvisionnement en eau, électricité et communication

- Les robinets du réseau public (SOMAGEP sa), forage
- L’électricité du réseau public (EDM sa), le groupe électrogène fonctionnel
- Le téléphone (fixe ou portable), le fax, l’internet.

4.12.10 La gestion des déchets biomédicaux

- Les boîtes de sécurité
- Les poubelles

- L'incinérateur.

4.13. Système de notation

Pour la notation d'ensemble, les notes de 5 à 1 ont été attribuées :

- 5 pour une bonne pratique respectant les standards de soins ;
- 4 montrant peu de besoin d'amélioration pour être conforme aux standards de soins ;
- 3 signifiant un certain besoin d'amélioration pour atteindre les standards de soins ;
- 2 indiquant un besoin considérable d'amélioration pour atteindre les standards ;
- 1 montrant que les services ne sont pas fournis, que la prise en charge est totalement inadéquate ou que les pratiques présentent un risque mortel.

L'échelle d'évaluation de la structure :

- Niveau V : pour une bonne pratique respectant les standards de soins ;
- Niveau IV : montrant peu de besoin d'amélioration pour être conforme aux standards de soins ;
- Niveau III : signifiant un certain besoin d'amélioration pour atteindre les standards de soins ;
- Niveau II : indiquant un besoin considérable d'amélioration pour atteindre les standards ;
- Niveau I : montrant que les services ne sont pas fournis, que la prise en charge est totalement inadéquate ou que les pratiques présentent un risque mortel.

Ces notes sont simplement additionnées et une moyenne est calculée pour l'ensemble des sections.

Analyse de la qualité de l'accouchement :

Le niveau de qualité des accouchements sera déterminé à partir des scores obtenus lors de la réalisation des variables mesurées pour l'accouchement, conformes aux standards de soins.

Une moyenne est calculée à la fin de chaque variable réalisée qui déterminera le niveau de qualité des soins prodigués.

Echelle d'évaluation de la qualité des soins :

- Niveau V : moyenne comprise entre 95 à 100% (pour une bonne pratique respectant les standards de soins) ;
- Niveau IV : moyenne comprise entre 75 à 94% (montrant peu de besoin d'amélioration pour être conforme aux standards) ;
- Niveau III : moyenne comprise entre 55 à 74% (indiquant un besoin considérable d'amélioration pour atteindre les standards) ;
- Niveau II : moyenne comprise entre 45 à 54 % (indiquant un besoin considérable d'amélioration pour atteindre les standards) ;
- Niveau I : moyenne moins de 25% (montrant que les services ne sont pas fournis, que la prise en charge est totalement inadéquate ou que les pratiques présentent un risque mortel).

4.14. Définitions opérationnelles :

- **Accouchement** : c'est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de six (6) mois (28 semaines d'aménorrhées).[35]
- **Partogramme** : c'est «l'enregistrement graphique de la progression du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus».
- **Gestité** : c'est le nombre de grossesses d'une femme.
- **Primigeste** : une femme enceinte pour la première fois.
- **Paucigeste** : une femme qui est entre sa 2^{ème} et sa 3^{ème} grossesse.
- **Multigeste** : une femme qui est entre sa 4^{ème} et 6^{ème} grossesse.
- **Grande multigeste** : une femme qui est à sa 7^{ème} grossesse ou plus

- **Parité** : c'est le nombre d'accouchements d'une femme.
- **Primipare** : une femme qui accouche pour la première fois.
- **Paucipare**: une femme qui est entre son 2^{ème} et son 3^{ème} accouchement.
- **Multipare** : une femme qui est entre son 4^{ème} et son 6^{ème} accouchement.
- **Grande multipare** : une femme qui a fait plus de 6 accouchements.
- **Sécurité** : c'est d'assurer des soins qui réduisent au minimum les risques et les dommages aux usagers des services, y compris en évitant les traumatismes évitables et en réduisant les erreurs médicales.
- **Efficacité** : c'est de fournir des services fondés sur des connaissances scientifiques et des lignes directives fondées sur des données factuelles.
- **Rapidité** : c'est de réduire les délais dans la prestation et l'obtention des soins.
- **Efficiace** : c'est d'assurer les soins de façon à utiliser les ressources le plus efficacement possible et éviter le gaspillage.
- **Equité** : c'est d'assurer des soins de qualité égale quelles que soient les caractéristiques personnelles : genre, race, origine ethnique, origine géographique ou statut socio-économique.
- **Priorité à la personne** : c'est d'assurer des soins qui tiennent compte des préférences et des aspirations de chaque usager des services et de la culture de sa communauté

V. RESULTATS

5.1. Description du centre de santé de la reproduction

Le service de Gynéco-Obstétrique du CSRéf de fana dispose de deux (2) salles de consultation externe, une salle d'accouchement qui est ouverte 24 heures sur 24 et qui est aussi utilisée pour les urgences.

Il existe une salle d'hospitalisation pour les grossesses pathologiques comportant 5 lits et une salle pour la vaccination, il disposait également d'un bloc opératoire pour les césariennes qui est très éloigné de la salle d'accouchement.

Les parturientes césarisées sont hospitalisées dans le service de chirurgie. Le service dispose d'un réfrigérateur pour les médicaments, les vaccins et les produits sanguins.

Les registres servent de supports sources pour les rapports mensuels sur les accouchements, les consultations externes en gynéco-obstétrique.

Les dossiers médicaux et obstétricaux sont bien tenus et sont corrigés au staff puis classés dans une armoire du service.

Le csréf de fana dispose d'une unité de pédiatrie qui est dirigée par un médecin généraliste ; au sein de laquelle il existe une salle de soins intensifs néonataux, mais ne dispose pas d'une unité mère kangourou.

L'eau et l'électricité sont disponibles à tout moment, un groupe électrogène existe en cas de coupure d'électricité.

Tableau II : Niveau de qualité des structures du Csréf de Fana

Références	Niveau de qualité					Note	Observations
	I	II	III	IV	V		
1 Normes architecturales		*				2	Protection contre la poussière et les moustiques insuffisantes, Insuffisance d'étanchéité des toits et fenêtres
2 Dispositifs d'accueil et d'orientation					*	5	Il existe un service d'accueil et d'orientation
3 structures /équipements de L'unité de Gynéco-obstétrique		*				2	Insuffisance d'étanchéité des toits, et insuffisance des salles pour les différentes gammes de SR, salle d'accouchement exigüe, absence de paravent et de cardiocographe
4 Bloc opératoire		*				2	Protection contre les insectes et étanchéité des fenêtres, insuffisantes, absence de circuit d'O2, lampe scialytique inadéquate, éloigné de la salle d'accouchement
5 La fonctionnalité des autres Services					*	5	Existant et fonctionnels
6 Dépôt de médicaments					*	5	Protection contre la poussière suffisante, produits disponibles Climatisation bon
7 Laboratoire				*		4	Fonctionnel, non disponibilité de la NFS
8 Toilettes			*			3	Propriété peu suffisante
9 Système d'approvisionnement en Eau, éclairage et communication					*	5	Réseaux public, forage, groupe électrogène, Orange, sotelma-malitel
10 Elimination des déchets					*	5	Boite de sécurité et poubelle existant, élimination régulière des déchets

NB : * = Niveau de qualité des structures

la moyenne pour la structure est 3,8

5.2. Fréquence :

- Sur 757 accouchements effectués au cours de l'enquête, 624 parturientes ont accepté de répondre au questionnaire soit une fréquence de 82,4%
- Sur 18 personnels de santé de la maternité, 17 personnes ont accepté de participer à notre étude soit une fréquence de 94,4%.

Tableau III : Récapitulatif de la fréquence de participation

Variable	Effectifs total	Effectifs de participation	pourcentage
Accouchement	757	624	82,4
Personnel	18	17	94,4
Total	775	641	82,7

5.3. Caractéristiques sociodémographiques des parturientes

Tableau IV : Répartition des parturientes selon la tranche d'âge

Tranche d'âge en année	Effectifs	Pourcentage
≤ 19	147	23,56
20-29	312	50,00
30-35	119	19,07
≥ 36	46	7,37

L'âge moyen était de 27,5 ans avec des extrêmes de 15 et 40 ans.

Tableau V : Répartition des parturientes selon leurs professions

Profession	Effectifs	Pourcentage
Femmes au foyer	562	90,1
Elève/Étudiante	29	4,7
Fonctionnaire	17	2,7
Vendeuse	14	2,2
Autre	2	0,3
Total	624	100

Autres sont coiffeuse et teinturière.

Tableau VI : Répartition des parturientes selon le mode d'admission

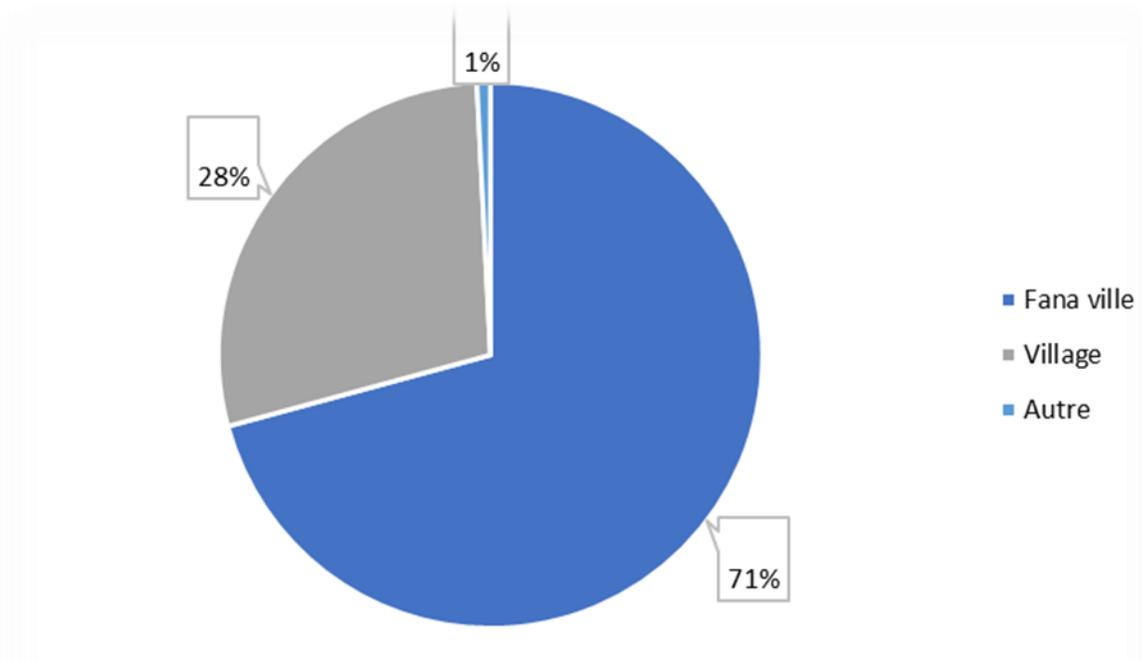
Mode d'admission	Fréquence	Pourcentage
Auto-référée	499	80,0
Evacuée	102	16,3
Référée	23	3,7
Total	624	100

La majeure partie de nos parturientes étaient auto-référée dans 80% des cas.

Tableau VII : Répartition des parturientes selon les motifs d'évacuation

Motif d'evacuation	Effectifs	Pourcentage
Travail dystocique	85	13,6
Hémorragie	10	1,6
Eclampsie	4	0,6
Anémie sèvere	3	0,5
Aucune	522	83,7
Total	624	100

le travail dystocique était le motif d'évacuation le plus frequent dans 13,6% des cas.



Autre :

Village de Baraouli

Figure N°2 : Répartition des parturientes selon leur résidence

Tableau VIII : Répartition des parturientes selon leur niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Non scolarisée	455	72,9
Niveau primaire	79	12,6
Niveau secondaire	74	11,9
Niveau supérieur	16	2,6
Total	624	100

Les femmes non scolarisées étaient les plus représentées dans 72,9% des cas.

Tableau IX : Répartition des parturientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectifs	Pourcentage
Mariée	613	98,2
Célibataire	11	1,8
Total	624	100

Les femmes mariées étaient majoritaires dans 98,2% des cas.

Tableau X : Répartition des parturientes selon la gestité

Gestité	Effectifs	Pourcentage
Primigeste	159	25,5
Paucigeste	242	38,8
Multigeste	143	22,9
Grande multigeste	80	12,8
Total	624	100

La gestité moyenne était 3,25 avec des extrêmes de 1 et 13.

Tableau XI : Répartition des parturientes selon la parité

Parité	Effectifs	Pourcentage
Nullipare	170	27,2
Primipare	125	20,0
Paucipare	177	28,4
Multipare	99	15,9
Grande multipare	53	8,5
Total	624	100

La parité moyenne était 2,4 avec des extrêmes de 0 et 12.

Tableau XII : Répartition des parturientes selon les facteurs de risques associées à la grossesse

Groupe à risque	Effectifs	Pourcentage
Antécédant de césarienne	68	10,9
Antécédant de gros fœtus	4	0,6
Antécédant de mort-né	30	4,8
Antécédant d'HTA	7	1,1
Aucuns facteurs de risque	514	82,4
PV-VIH	1	0,2
Total	624	100

L'antécédent de césarienne était le facteur de risque le plus associé à la grossesse soit 10,9% des cas.

Tableau XIII : Répartition selon la qualification de l'agent ayant reçu la parturiente à l'admission

Qualification	Effectifs	Pourcentage
Sage-femme	433	69,4
Infirmière obstétricienne	173	27,7
Gynécologue-obstétricien	10	1,6
Matrone	5	0,8
Interne	3	0,5
Total	624	100

5.4 Soins maternels

5.4.1. Suivi de la grossesse

Tableau XIV : Répartition des parturientes selon le lieu de consultation prénatale

Lieu de CPN	Effectif	Pourcentage
A la maternité du Csréf	410	65,7
Dans un CScOm	167	26,8
Dans une Structure privée	13	2,1
Dans un autre établissement	4	0,6
Aucune CPN faite	30	4,8
Total	624	100

La maternité du CSRéf était le lieu de CPN des parturientes dans 65,7% des cas

Tableau XV : Répartition des parturientes selon le nombre de CPN réalisée

Nombre de CPN réalisée	Effectifs	Pourcentage
1-4	544	87,2
> 4	50	8,0
Aucune	30	4,8
Total	624	100

Au moins une CPN a été réalisée chez 87,2% des patientes.

Tableau XVI : Répartition des parturientes selon l'estimation de l'âge de la grossesse

Age de la grossesse	Effectif	Pourcentage
≤ 28 SA	4	0,64
29 - 36SA+6J	95	15,22
37 - 42 SA	519	83,17
> 42 SA	6	0,97
Total	624	100

La plupart des parturientes avait une grossesse à terme théorique dans 83,17% des cas.

5.4.2. Analyse de la qualité de la dimension humaine

Tableau XVII : Répartition selon la réalisation des gestes du respect physique et psychique des parturientes par les prestataires

Respect physique et psychique	Effectifs	Pourcentage
Salutation conforme aux normes sociales	624	100
S'adresser avec douceur	623	99,8
L'encourager	623	99,8
Explication de l'évolution et du déroulement l'accouchement	624	100
Donner un pronostic de l'accouchement	624	100

Le respect physique et psychique a été réalisé dans 99,92% des cas ; les soins sont de niveau IV.

5.4.3 Analyse du déroulement de l'accouchement

Tableau XVIII : Répartition selon la demande des éléments de l'interrogatoire par les prestataires

Eléments de l'interrogatoire	Effectif	Pourcentage
Début et fréquence de la douleur	623	99
Mouvements fœtaux	623	99,8
Détermination de l'âge de la grossesse	621	99,5
Possession de carnet de CPN	624	100
Examen du carnet de CPN	594	95,1
Demande du nombre de CPN	584	93 ,6
Demande de la réalisation de BPN	580	92,9
Demande de notion écoulement sanguin	622	99,7
Demande de perte liquidienne	623	99,8

Les éléments de l'interrogatoire ont été demandés dans 97,8% des cas ; les soins sont de niveau IV.

Tableau XIX : Répartition selon la réalisation des gestes techniques de préparation de l'accouchement par les prestataires

Préparation de l'accouchement	Effectif	Pourcentage
Se lave les mains avant chaque examen	51	8,2
Fait uriner la parturiente	624	100
Toilette vulvaire	624	100

Les gestes techniques de la préparation de l'accouchement ont été réalisés dans 69,4% des cas ; les soins sont de niveau III.

Tableau XX : Répartition selon la réalisation des gestes technique de l'examen général par les prestataires

Examen général	Effectif	Pourcentage
Evaluation de l'état général	624	100
Mensuration de la taille	50	8,01
Prise du poids	100	16,02
Prise de la TA	620	99,4
Prise du pouls	624	100
Prise de la température	624	100
Etat des conjonctives	624	100
Recherche d'OMI	624	100
Auscultation cardio- pulmonaire	19	3

Les gestes techniques de l'examen général ont été réalisés dans 69,6% des cas ; les soins sont de niveau III.

Tableau XXI : Répartition selon la réalisation des gestes techniques de l'examen obstétrical par les prestataires

Geste technique de l'examen obstétrical	Effectif	Pourcentage
Aspect des seins	624	100
Présence de cicatrice abdominale	624	100
Mesure de la hauteur utérine	624	100
Palpation abdominale	624	100
Evaluation de la fréquence et du rythme des CU	624	100
Evaluation des BDCF	624	100
Appréciation de la dilatation du col	624	100
Appréciation de la poche des eaux	624	100
Appréciation de la présentation	624	100
Appréciation du bassin	624	100
Aspect du gant au TV	624	100
Note les renseignements sur partographe	624	100
Résume t'il l'examen	17	2,7

Les gestes techniques de l'examen obstétrical ont été réalisés dans 92,51% des cas ; les soins sont de niveau IV.

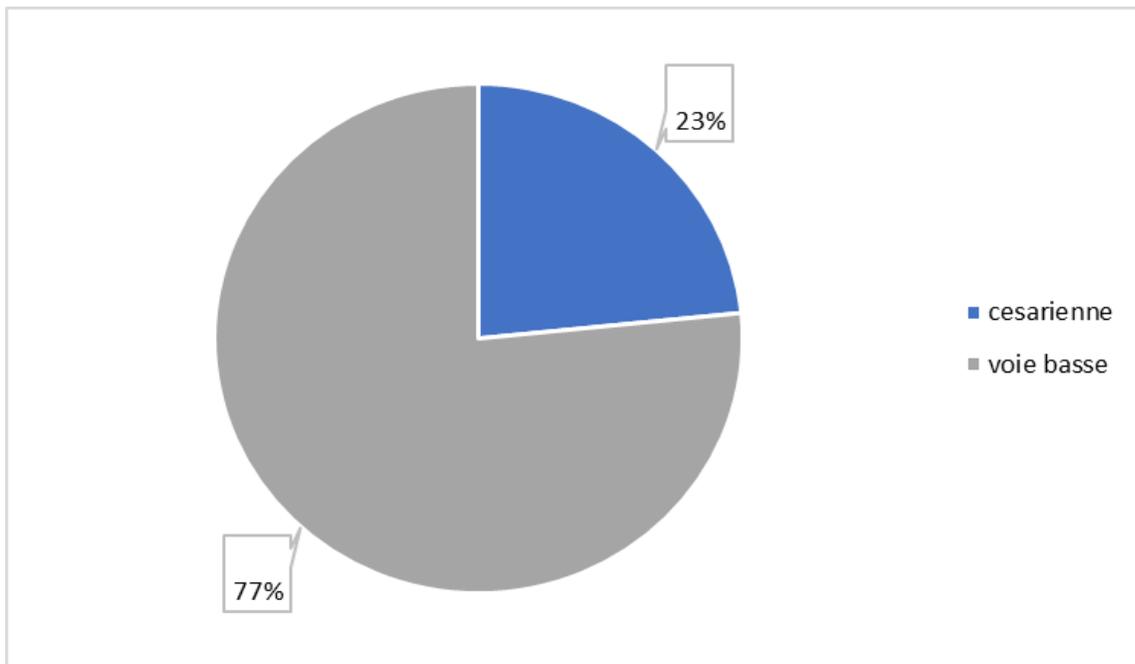


Figure n°3 : Répartition des parturientes selon le pronostic de l'accouchement à l'admission

Tableau XXII : Répartition des parturientes selon les examens

Complémentaires demandés en per-partum par les prestataires

Examen complémentaire demandé	Effectif	Pourcentage
Groupage et Rhésus	70	11,2
Taux d'hémoglobine et hématoците	611	97,9
Protéinurie et glucosurie à la bandelette	45	7,2
Sérologie VIH	325	52,1

Les examens complémentaires ont été demandés dans 42,10% des cas.

Tableau XXIII : répartition selon le respect des normes d'hygiène au cours de l'accouchement par les prestataires

Respect des normes d'hygiène	Effectifs	Pourcentage
Changement de blouses	142	22,8
Lavage des mains	623	99,8
Gant à usage unique	622	99,7
Nouveau gant à chaque examen	622	99,7
Matériel changé pour chaque accouchement	622	99,7
Décontamine le matériel	622	99,7
Alèse propre la sur la table d'accouchement	622	99,7

Les normes d'hygiène ont été respectées dans 88,72% de cas ; les soins sont de niveau IV.

Tableau XXIV : Répartition selon la réalisation des gestes pendant la Surveillance du travail d'accouchement par les prestataires

Geste pendant surveillance du travail	Effectifs	Pourcentage
Examen obstétricale toute les 2 h	290	46,5
Rupture artificielle de membranes	394	63,1
Pendant le travail d'accouchement		
Evaluation des BDCF	398	63,8
Prise de la tension artérielle	325	52,0
Prise du pouls	80	12,8

Les gestes techniques pendant la surveillance du travail d'accouchement ont été réalisés dans 47,64% des cas ; les soins sont de niveau II.

Tableau XXV : Répartition selon les gestes thérapeutiques pendant le travail d'accouchement par les prestataires

Geste thérapeutique	Effectifs	Pourcentage
Prise d'une voie veineuse sûre	618	99,0
Antispasmodique	357	57,2
Ocytocique en perfusion	373	59,8
Antihypertenseur	18	2,9
Anticonvulsivant	12	1,9
Antipyrétique	7	1,1

Les gestes thérapeutiques pendant le travail d'accouchement ont été appliqués dans 36,98% des cas.

Tableau XXVI : Répartition selon la qualification de l'agent ayant fait l'accouchement

Qualification de l'agent à l'accouchement	Effectif	Pourcentage
Sage-femme	217	34,8
Interne	146	23,4
Infirmière-obstétricienne	139	22,3
Matrone	82	13,1
Gynécologue-Obstétricien	40	6,4
Total	624	100

Tableau XXVII : Répartition des parturientes selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectif	pourcentage
Voie basse	478	76,6
Césarienne	146	23,4
Total	624	100

**Tableau XXVIII : Répartition des parturientes selon les interventions
obstétricale subie au cours de l'accouchement par voie basse**

Intervention	Effectif	Pourcentage
Épisiotomie	127	20,4
Forceps	6	1,0
Ventouse	2	0,3
Aucune	489	78,3
Total	624	100

L'épisiotomie était l'intervention obstétricale la plus utilisée au cours l'accouchement par voie basse dans 20,4% de cas.

Tableau XXIX : Répartition des parturientes selon les complications en per- partum

Complications en per-partum	Effectif	Pourcentage
Aucune	615	98,5
Hémorragie	5	0,8
Eclampsie	3	0,5
Rupture utérine	1	0,2
Total	624	100

Tableau XXX : Répartition des parturientes selon les complications en post-partum

Complications en post-partum	Effectif	Pourcentage
Aucune	616	98,7
HPPI	3	0,4
Eclampsie	2	0,3
Infection du post-partum	4	0,6
Total	624	100

Tableau XXXI : Répartition des parturientes selon le respect de l'intimité des parturientes dans la salle d'accouchement par les prestataires

Intimité des parturientes	Effectif	Pourcentage
Accouchement à l'abri des regards non justifiés	50	8,01
Entrées et sorties non justifier dans la salle d'accouchement	618	99,00

L'intimité des parturientes n'a pas été respectée dans 99% des cas.

Tableau XXXII : Répartition des parturientes selon la réalisation des gestes techniques pendant la délivrance

Gestes techniques réalisés pendant la délivrance	Effectif	Pourcentage
Pratique du GATPA	476	76,6
Examen du placenta	624	100
Appréciation du globe utérin de sécurité	624	100
Surveillance du saignement vulvaire	624	100
Examen des conjonctives	624	100

Les gestes techniques de délivrance ont été réalisés dans 95,32% des cas.

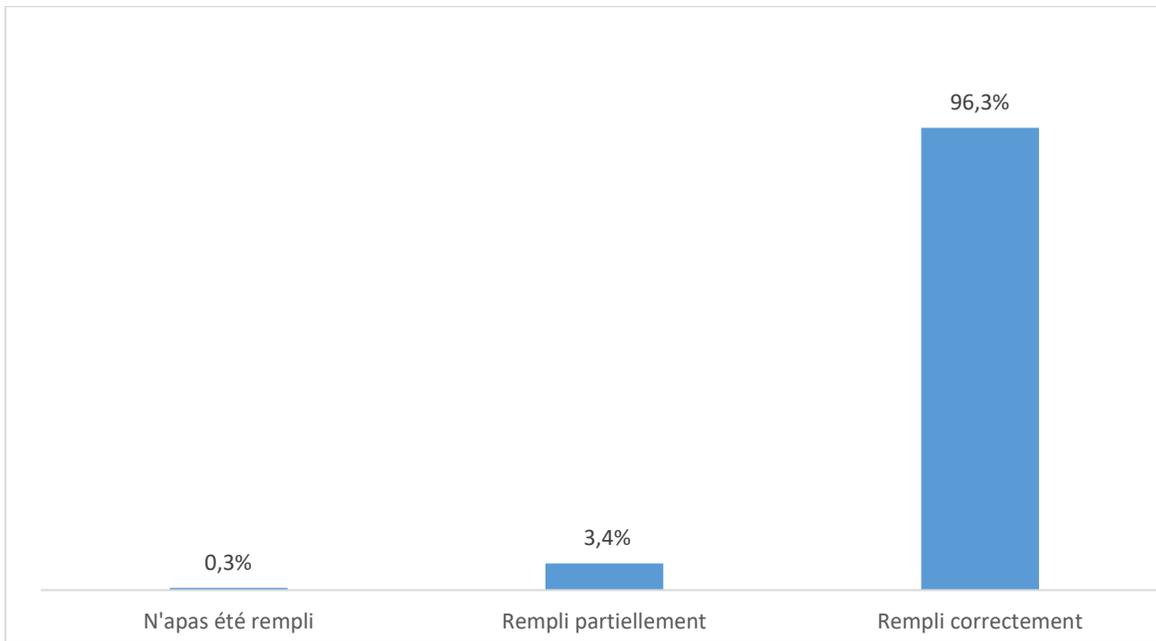
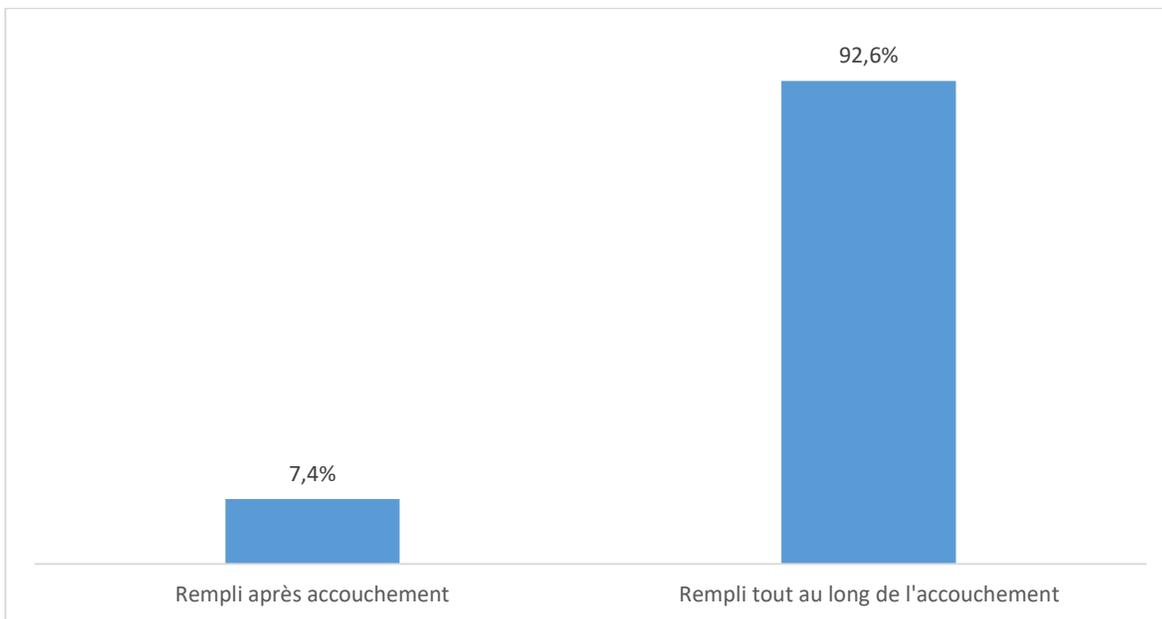


Figure N°4 : Répartition selon la qualité de remplissage du partographe pendant le travail d'accouchement par les prestataires



FigureN°5 : Répartition selon le moment de remplissage du partographe pendant le travail d'accouchement par les prestataires

Tableau XXXIII : Répartition des parturientes selon le délai entre l'admission et l'accouchement

Délai entre admission et accouchement	Effectif	Pourcentage
Moins d'une heure	302	48,4
2 heures à 4 heures	266	42,6
4 heures à 8 heures	51	8,2
8 heures à 12 heures	4	0,6
Plus de 12 heures	1	0,2
Total	624	100

La majorité des parturientes avait fait moins d'une heure entre l'admission et l'accouchement dans 48,4% de cas et 42,6% de cas avait fait 2 heures à 4 heures

Tableau XXXIV : Répartition des parturientes selon la réalisation des gestes techniques de la surveillance du post partum immédiat par les prestataires

Gestes techniques de surveillance du post partum	Effectif	Pourcentage
Examiner les conjonctives	624	100,0
Apprécier le globe utérin de sécurité	624	100,0
Apprécier le saignement vulvaire	624	100,0
Rechercher la déchirure des parties molles	622	99,7
Contrôler de la TA	624	100,0
Contrôler le pouls	624	100,0
Contrôler de la température	624	100,0

Tableau XXXV : Répartition des parturientes selon leurs durées de séjour après l'accouchement

Durée de séjour après accouchement	Effectif	Pourcentage
Moins de 6 heures	2	0,3
6 heures à 12 heures	450	72,1
12 heures à 24 heures	18	2,9
1 à 3 jours	142	22,7
Plus de 4 jours	12	1,9
Total	624	100

La majorité des accouchées avait fait une durée de 6 heures à 12 heures après accouchement soit 72,1% des cas.

Tableau XXXVI : Répartition des accouchées selon les conseils donnés par les prestataires après accouchement

Conseils donnés après accouchement	Effectif	Pourcentage
Faire la toilette vulvaire	624	100,0
Conseiller l'allaitement maternel	609	97,6
Conseiller le planning familial	622	99,7
Suivi du nouveau-né	608	97,4
Alimentation d'une femme allaitante	607	97,3

Les conseils ont été donnés aux accouchées dans 98,4% des cas, les soins sont de niveau I

Tableau XXXVII : Résultats récapitulatifs des soins maternels

Paramètres des soins maternels	NOTE (1 à 5)
Soins obstétricaux d'urgence	5
Maternités	2
Médicaments essentiels	5
Matériel et produits	2
Prise en charge des mères	
Consultation prénatale	5
Respect physique et psychique	5
Interrogatoire	5
Préparation de l'accouchement	3
Examen général	3
Examen obstétrical	4
Norme d'hygiène	4
Surveillance du travail d'accouchement	3
Respect de l'intimité	2
La délivrance	5
Surveillance en post partum immédiat	5
Conseils donnés aux accouchées	5
Suivi et contrôle	5
Moyenne	4

5.5. Soins néonataux

Tableau XXXVIII : Répartition des nouveau-nés selon la réalisation des gestes technique de soins par les prestataires

Gestes techniques de soins du nouveau-né	Effectif	Pourcentage
Soins immédiats au nouveau-né	604	96,8
Dégager les mucosités du nez et de la bouche	605	97,0
Aspirer les voies respiratoires du bébé	605	97,0
Placer le bébé sous oxygène	12	1,9
Poser le bébé sur le ventre de sa mère	135	21,6
Recueillir le nouveau-né dans un linge propre	622	99,7
Recouvrir le bébé pour le réchauffer	611	97,9
Evaluer le score d'Apgar	618	99,0
Administrer de la vitamine k1	601	96,3
Administrer la pommade de tétracycline dans les yeux	602	96,5
Peser le nouveau-né	623	99,8
Mesurer la taille du nouveau-né	624	100,0
Mesurer le périmètre crânien du nouveau-né	624	100,0
Mesurer le périmètre thoracique du nouveau-né	624	100,0
Examen systématique du nouveau-né	624	100,0
Montrer le bébé à sa mère	607	97,3
Etablir un carnet de santé de l'enfant	610	97,8

Les gestes techniques de soins des nouveau-nés ont été réalisés dans 88, 15 % des cas, les soins sont de niveau IV.

**Tableau XXXIX : Répartition selon l'évaluation du score d'Apgar
de nouveau-nés**

Score d'Apgar	Effectif	pourcentage
Apgar > 7	584	93,6
Apgar 4-7	23	3,7
Apgar 1-4	8	1,3
Mort-nés	9	1,4
Total	624	100,0

Le score d'Apgar était bon pour 93,5% des nouveau-nés.

Tableaux XL : Résultats récapitulatifs des soins néonataux

Paramètres des soins néonataux	NOTE (1 à 5)
Réanimation des nouveau-nés	5
Services de santé néonatale	1
Médicaments essentiels	5
Matériel et produits	2
Soins de soutien	
Soins de soutien	5
Soins néonataux courants	5
Prise en charge des nouveau-nés malades	2
Contrôle et suivi	5
Moyenne	3,75

5.6. Appréciation des parturientes sur la qualité des soins

Tableau XLI : Répartition des parturientes selon les raisons de choix de la maternité du CSRéf de fana

Raison de choix de la maternité	Effectif	Pourcentage
Compétence du personnel	281	45,1
J'ai fait mes CPN	130	20,8
Habitude d'y accoucher	52	8,3
Recommandation d'une connaissance	24	3,8
Total	487	78

Le choix de la maternité du CSRéf a été dans 45,1% des cas pour compétence du personnel.

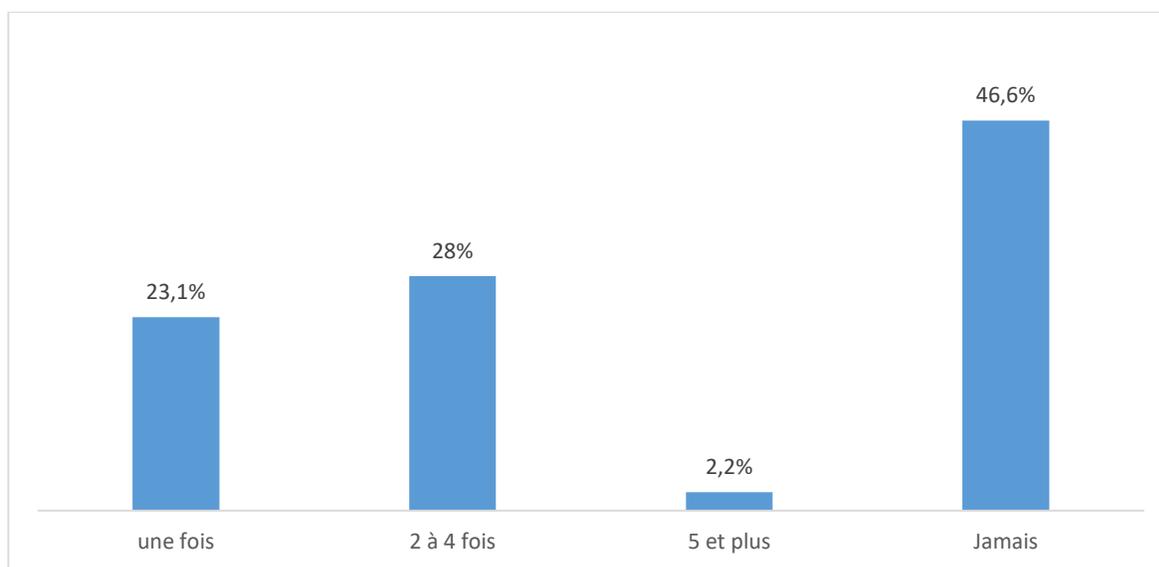


Figure N°6 : Répartition des parturientes selon le nombre de fois d'accouchement dans la structure

La majorité des parturientes était à leur première fois d'accoucher dans le centre soit 46,6% de cas.

Tableau XLII : Répartition des accouchées selon leurs opinions sur la qualité de l'accueil

Opinions des accouchées sur la qualité de l'accueil	Effectif	Pourcentage
Bonne	616	98,7
Passable	6	1
Mauvaise	2	0,3
Total	624	100

La qualité de l'accueil était bonne selon l'opinion des parturientes dans 98,7% de cas.

Tableau XLIII : Répartition des accouchées selon leurs opinions sur la qualité des soins

Opinions des accouchées sur la qualité des soins	Effectif	Pourcentage
Bonne	616	98,7
Passable	7	1,1
Mauvaise	1	0,2
Total	624	100,0

La qualité des soins était bonne selon l'opinion des accouchées dans 98,7% de cas

Tableau XLIV : Répartition des accouchées selon leurs degrés de satisfaction par rapport à la prise en charge

Degré de satisfaction des accouchées	Effectif	Pourcentage
Attitude du personnel		
- Accueillant, poli	616	98,7
- Parfois bon, parfois cri sur moi	6	1,0
- N'a pas été accueillant, cri sur moi	2	0,3
- Intimité n'était pas garantie	618	99,0
La qualité des soins		
-Bonne	616	98,7
- Passable	7	1,1
- Mauvaise	1	0,2

Les accouchées étaient satisfaites dans 98,7% des cas, leurs intimités n'étaient pas garanties dans 99% de cas

5.7. Analyse bivariée

Tableau XLV : Corrélation entre la qualification de l'agent de santé à l'accueil et le pronostic d'accouchement

Pronostic de l'accouchement	Qualification de l'agent de santé				Total
	Gynécologue obstétricien	Sage-femme	Interne	Infirmière obstétricienne	
Césarienne	34(23,3%)	2(1,4%)	105(71,9%)	5(3,4%)	146(100 %)
Voie basse	6(1,3%)	215(45%)	123(25,7%)	134(28%)	478(100%)
Total	40(6,4%)	217(34,8%)	228(36,5%)	139(22,3%)	624(100%)

Test exact de Fisher= 337,754

P valeur ≤ 0,001

Il y'a une relation statistiquement significative entre la qualification de l'agent de santé et le pronostic de l'accouchement.

Tableau XLVI : Relation entre la voie d'accouchement et les complications maternelles

Voie d'accouchement	Complications maternelles					Total
	HPPI	Rupture utérine	Infection du post-partum	Eclampsie	Aucune complication	
Voie basse	3(0,6%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(0,2%)	472(99,2%)	476(100%)
Césarienne	5(3,4%)	1(0,7%)	4(2,7%)	4(2,7%)	134(90,5%)	148(100%)
Total	8(1,3%)	1(0,2%)	4(0,6%)	5(0,8%)	606(97,1%)	624(100%)

Test Exact de Fisher= 26,427

P valeur ≤ 0,001

Il y'a un lien statistiquement significative entre la voie d'accouchement et les complications maternelles.

Tableau XLVIII : Relation entre le prestataire à l'accouchement et les complications maternelles

Prestataire	Complications maternelles					Total
	HPPI	Rupture utérine	Infection du post-partum	Eclampsie	Aucune complication	
Gynécologue-obstétricien	3(7,3%)	1(2,4%)	2(4,9%)	0(0,0%)	35(85,4%)	41(100%)
Sage-femme	1(0,5%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	216(99,5%)	217(100%)
Interne	4(2,8%)	0(0,0%)	2(1,4%)	5(3,4%)	134(92,4%)	145(100%)
Infirmière obstétricienne	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	139(100%)	139(100%)
Matrone	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	82(100%)	82(100%)
Total	8(1,3%)	1(0,2%)	4(0,6%)	5(0,8%)	606(97,1%)	624(100%)

Test exact de Fisher= 40,526

P valeur ≤ 0,001

Il y'a une relation statistiquement significative entre le prestataire à l'accouchement et les complications maternelles.

Tableau XLIX : Relation entre le prestataire et l'Apgar du nouveau-né

Prestataire	Apgar du nouveau-né			Total
	Apgar > 7	4 ≤ Apgar ≤ 7	Apgar = 0	
Gynécologue obstétricien	36(87,8%)	3(7,3%)	2(4,9%)	41(100%)
Sage-femme	209(96,3%)	7(3,2%)	1(0,5%)	217(100%)
Interne	123(84,8%)	18(12,4%)	4(2,8%)	145(100%)
infirmière obstétricienne	136(97,8%)	2(1,5%)	1(0,7%)	139(100%)
Matrone	80(97,6%)	1(1,2%)	1(1,2%)	82(100%)
Total	584(93,6%)	31(4,9%)	9(1,5%)	624(100%)

Khi-carré de Pearson= 33,699

P valeur ≤ 0,001

Il y'a une relation statistiquement significative entre le prestataire à l'accouchement et l'Apgar du nouveau-né.

VI COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6.1 Approche méthodologique :

Notre étude, descriptive et transversale portée sur l'évaluation de la qualité des soins obstétricaux a été faite selon l'outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux adapté par l'OMS.

Elle a été réalisée sur une période de 6 mois (1^{er} Février 2019 – 31 Juillet 2019). Nous avons observé 624 accouchements à la maternité du CSRéf de fana afin de remplir les formulaires préétablis sur la base des observations relatives à la prise en charge des cas conformément aux normes de soins et critères acceptés et un entretien discret avec les accouchées pour recueillir leurs opinions par rapport aux soins donnés.

Au cours de notre étude, nous avons rencontré des difficultés à savoir : la non collaboration de certaines patientes, et les éclamptiques qui avaient du mal à comprendre les explications du protocole et à répondre aux questionnaires.

Nous avons été aidés par les personnels du service par leurs collaborations et leurs disponibilités.

6.2 Structures de soins

Les consultations externes se font tous les jours ouvrables de 8h à 16h.

Le service de gynécologie-obstétrique dispose d'une salle d'hospitalisation de 5 lits et une salle d'accouchement abritant 2 tables d'accouchement en bon état mais avec des insuffisances de norme architectural et de matériel ce qui donnait 2/5 comme note

Le bloc opératoire est fonctionnel 24 heures sur 24h pour les césariennes. Il a des insuffisances par rapport à la structure et aux équipements avec un service de réanimation peu adéquat ce qui a attribué au centre une note de 2/5. Le bloc est éloigné de la salle d'accouchement d'environ 150m ce qui peut retarder la prise en charge de certaines urgences obstétricales. Donc le bâtiment du bloc opératoire nécessite une rénovation pour une amélioration de qualité des soins.

Le dépôt de médicament était bien protégé et la disponibilité des produits était suffisante avec un coût abordable, conférant au centre une note de 4/5.

Le laboratoire était fonctionnel pour la réalisation des examens complémentaires des standards de la CPN et autres bilans sanguins conférant au centre une note de 4/5. Notre résultat est supérieur à ceux de Guie YP et Coll [36] qui avaient attribué une note de 3/5 au laboratoire du CHU de Treichville qui n'assurait pas de garde et de Bocoum B [7] en 2018 qui avait attribué 2/5 comme note au laboratoire du CHU Gabriel Touré où seuls les examens comme : la goutte épaisse, le taux d'hémoglobine, et groupage/ rhésus étaient réalisables. Notre résultat pourrait s'expliquer par le fait que le laboratoire de notre centre était mieux équipé et était fonctionnel 24 heures sur 24.

Le système d'approvisionnement en électricité, en eau potable et le système d'élimination des déchets étaient satisfaisants ce qui attribue au centre une note de 4/5. Ce résultat est supérieur à celui de Dembélé S [37] qui avait donné une note de 3 au CSRéf de Koutiala. A l'analyse de la qualité de notre structure, le CSRéf de fana avait eu une moyenne totale de 3,8/5 ; cela signifie un certain besoin d'amélioration pour être conformes aux normes de soins. Notre résultat est proche de celui de Bocoum B [7] qui avait trouvé une note de 3,87/5 pour le CHU Gabriel Touré. Ce constat pourrait s'expliquer par la non implication des autorités sanitaires dans l'amélioration des infrastructures des centres de santé au Mali.

6.3 Caractéristiques socio-démographiques :

Dans notre étude la tranche d'âge de 20 à 29 ans était la plus représentée avec un taux de 50% des cas. L'âge moyen était 27,5 ans avec des extrêmes de 15 et 40 ans. Nos données concordent avec celles de l'EDSM-VI [5] qui trouvent que la moyenne d'âge était 34,5 ans avec des extrêmes de 20 et 49 ans dans le milieu rural. Notre résultat pourrait s'expliquer par notre contexte socio-économique et géographique dans lesquels les femmes se marient tôt.

La majorité de nos parturientes n'était pas scolarisée avec 72,9% des cas. En 2018, l'Etude Démographique de Santé du Mali (EDSM-VI) [5] a rapporté que 74% des femmes

n'étaient pas scolarisées dans le milieu rural. Notre résultat pourrait s'expliquer par le fait que Fana est une zone rurale où la population accorde moins d'importance à la scolarisation de la fille. Cela pourrait avoir un impact défavorable sur la qualité des soins maternels et néonataux.

Les femmes mariées avaient représenté 98,2% des cas dans notre étude contre 1,8% de parturiente célibataire. Cela pourrait être une bonne chose pour l'image de notre société et pourrait contribuer au bon déroulement de leur prise en charge.

Les femmes au foyer étaient majoritaires avec 90,1% des cas contre 2,7% des cas pour les fonctionnaires. Cela s'expliquerait par le fait que les femmes non scolarisées étaient les plus représentées au cours de notre étude.

Les paucipares étaient les plus représentées avec 28,4% des cas, dont la moyenne des parités était 2,4% avec des extrêmes allant de 0 et 12, cette population se trouve dans la tranche d'âge qui est majoritairement représentée ; ce qui pourrait expliquer leur fréquence élevée. Notre résultat concorde avec celui de Dembélé S [37] qui avait trouvé que les paucipares étaient majoritaires dans la même tranche avec 28,9% des cas. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les femmes se marient tôt dans les zones rurales.

Les grandes multipares avaient représenté 8,5% des cas. La multiparité étant un facteur de risque de mortalité materno-fœtale tels-que : l'hémorragie de délivrance, la rupture utérine etc.... cependant aucun cas de décès maternel n'a été enregistré au cours de notre étude.

6.4. SOINS MATERNELS :

La prise en charge des parturientes a été assurée dans 69,4% des cas par une sage-femme ; 27,7% par une infirmière obstétricienne ; 1,6% par un médecin, 0,5% par un interne et 0,8% par les matrones. Notre résultat atteste que la prise en charge était assurée par les personnels qualifiés contribuant à l'amélioration de la qualité des soins.

Au cours de notre étude, 95,2% des parturientes ont été suivies au cours de leur grossesse dont 65,7% des femmes avaient fait leurs CPN dans la structure et 60% des cas avaient fait 4 CPN ou plus ; Ce qui correspond au nombre des consultations prénatales recommandé

par l'OMS dans les pays en développement. Une étude faite au Ghana en 2019 [6] sur l'amélioration des qualités des soins maternels et néonataux a trouvé que 65,1% des femmes avaient fait 4 CPN. En 2018, Bocoum B [7] a révélé au cours de son étude que 63,1% des parturientes avaient fait la CPN au CHU Gabriel Touré. Notre résultat concorde avec ceux de Bocoum B [7] et de Ansong J [6], Ces résultats pourraient s'expliquer par la bonne diffusion de l'information sur les CPN en Afrique. Des efforts doivent être entrepris afin que toutes les femmes enceintes puissent bénéficier des consultations prénatales pour une bonne amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux.

Les parturientes étaient bien accueillies avec une bonne explication sur le déroulement du travail d'accouchement ainsi que le pronostic d'accouchement, ces gestes pourraient permettre aux femmes de faire confiance aux personnels de santé et pourraient contribuer au bon déroulement de l'accouchement ; d'où le niveau IV (un besoin mineur d'amélioration pour être conforme aux standards).

Toutes les urgences obstétricales admises au service de gynéco-obstétrique sans système de triage étaient prises en charges par un personnel qualifié ce qui attribuait une note de 5/5.

Au cours de notre étude, la majeure partie des accouchements a été pratiquée par les Sages-femmes dans 34,8% des cas, et respectivement par les internes dans 23,8% des cas, les infirmières obstétriciennes dans 22,3% des cas, les matrones dans 13,1% des cas et le médecin spécialiste dans 6,4% des cas. Notre résultat montre que les accouchements ont été pratiqués par les personnels qualifiés. Bocoum B [7] avait rapporté ce même constat avec des accouchements faits par les médecins en spécialisation de gynécologie obstétrique dans 57,70%, 35% par les sages-femmes, 4,20% par les gynécologues-obstétriciens et 3,10% par les internes du service.

L'accouchement par voie basse était le plus fréquent avec 76,6% des cas contre 23,4% pour la césarienne, la voie basse étant la voie normale d'accouchement cela pourrait s'expliquer par leur fréquence élevée. Notre résultat concorde avec celui de Bocoum B [7]

et Dembélé S [37] qui avait trouvé respectivement 62% et 76,3% d'accouchement par voie basse.

48,6% des parturientes avaient accouchées en moins d'une heure y compris les césariennes ; les parturientes qui avaient accouchées par voie basse font la moitié de leur travail à la maison sous prétexte de ne pas durer au centre de santé ; pour les césarisées, c'étaient soit les cas évacués pour lesquelles l'indication de la césarienne se pose ou les césariennes prophylactiques.

La césarienne était gratuite pour toutes les parturientes césarisées et tous les produits étaient disponibles dans le kit de césarienne.

Les gestes techniques au cours du travail d'accouchement et du post-partum étaient respectés dans la majeure partie des cas avec une moyenne de 83,1%, classe donc les soins sont de niveau IV (un besoin mineur d'amélioration pour être conforme aux standards).

Cependant les auscultations cardio-pulmonaires et le résumé de l'examen clinique étaient faits irrégulièrement ; l'hygiène était précaire, le lavage des mains n'était pas respecté, les accouchements, les révisions utérines étaient souvent faites par des gants non stériles. Certains paramètres de surveillance du travail d'accouchement n'étaient pas pris conformément à la norme du partogramme modifié de l'OMS. Nous avons remarqué des fois que le partogramme n'était pas rempli complètement et ou rempli après l'accouchement.

L'intimité n'était respectée chez 99% des parturientes ; cela serait dû à l'inexistence de salle d'urgence à la maternité. Ce qui explique les entrées fréquentes dans la salle d'accouchement en présence des parturientes.

La majeure partie des accouchées avait reçue des conseils sur l'alimentation et le suivi des nouveau-nés, il arrivait des fois ou les personnels oublient le counseling sur le planning familial.

Au total une note de 4/5(niveau IV) a été obtenue montrant un besoin mineur d'amélioration pour être conforme aux standards. Notre résultat est proche de celui

Bocoum B [7] qui avait trouvé une note de 4,14/5 au cours de son étude au CHU Gabriel Touré, ce résultat pourrait s'expliquer par l'implication des personnels qualifiés pour la prise en charge des parturientes dans notre centre.

6.5. Soins néonataux

Il n'existe pas de service de néonatalogie au CSRéf de fana, cependant le CSRéf dispose d'un service de pédiatrie dirigé par un médecin généraliste dans lequel il y'a une salle de soins intensif où se fait la prise en charge des nouveau-nés malades et les prématurés. Ce service est équipé de deux lampes chauffantes et un extracteur d'oxygène pour tous les malades entrants, il n'y avait pas de couveuse pour les cas de prématurité sévère.

La réanimation des nouveau-nés un geste médical très important était maîtrisée par l'ensemble des personnels de la maternité. La salle d'accouchement dispose des matériels de réanimation pour la prise en charge des nouveau-nés naissant avec un Apgar < 7. Au cours de notre étude, 93,6% des nouveau-né avaient un bon Apgar (>7) ; 5%des nouveau-nés ont été réanimés (Apgar 1-7), et 1,4% étaient mort-nés.

La prise des paramètres du nouveau-né était systématique ainsi que l'administration de la vitamine K1 et la pommade tétracycline. La Chlorhexidine étaient offertes à toutes les accouchées pour les soins ombilicaux du bébé. Les soins des nouveau-nés malades et les prématurés étaient peu adéquats, les soins mère kangourou se faisaient dans la même salle d'hospitalisation de la maternité. Cependant le diagnostic était bien posé et les nouveau-nés qui ne peuvent pas téter recevaient le lait maternel par une cuillère ou par gavage.

Les vaccins BCG et Polio 0 étaient administrés aux bébés une semaine après accouchement. Selon l'explication du responsable ces vaccins sont administrés en masse c'est pourquoi il faut attendre ce temps afin de pouvoir faire une vaccination de masse. Un carnet de vaccination avec explication pour le suivi est donné à toutes les accouchées.

Avec une note totale de 3,75/5(niveau III) il y'a donc un besoin important d'amélioration pour atteindre les standards de soins. Notre résultat est inférieur à celui de Bocoum B [7] qui avait trouvé 4,22/5 comme note au cours de son étude, cela pourrait s'expliquer par

l'absence d'un pédiatre et d'un service de néonatalogie adéquat au sein du CSRéf pour la prise en charge de nouveau-né.

6.5. Opinion des accouchées

Les accouchées étaient satisfaites de la prise en charge dans 98,7% dans notre étude. Par contre dans l'étude de Bocoum B [7] ce taux de satisfaction était de 97%. Ce résultat pourrait s'expliquer par l'implication des personnels dans les soins et leurs bonnes collaborations avec les patientes.

VII CONCLUSION

Il ressort de notre étude que la qualité des soins obstétricaux et néonataux au CSRéf de fana était satisfaisante dans l'ensemble. En effet certaines insuffisances ont été observées conformément aux normes de soins maternels et néonataux.

Ces insuffisances sont entre-autre des bâtiments en mauvais état, le bloc opératoire éloigné de la salle d'accouchement, l'absence de cardiotocographe, de circuit d'oxygène, de couveuse..., une insuffisance dans l'hygiène et la surveillance du travail d'accouchement, dans le délai de séjour des accouchées, dans la réanimation néonatale ainsi que l'absence d'un pédiatre.

L'amélioration de la qualité des soins permettra de réduire la mortalité maternel et néonataux afin d'atteindre les objectifs 3.1 et 3.2 du développement durable (ODD) de l'OMS.

VIII- RECOMMANDATIONS :

En regard des résultats de notre étude et notre discussion, nous avons quelques recommandations à soumettre :

8.1. Aux autorités sanitaires et politiques :

- Construire un bloc opératoire et une salle d'urgence au sein de la maternité.
- Augmenter le nombre de salle de suite de couche.
- Equiper la salle d'accouchement de cardiocographe, de lampe chauffante.
- Améliorer l'état des structures du CSRéf.
- Recruter un pédiatre.
- Doter le centre d'un service de néonatalogie et de réanimation adéquats.

8.2. Aux personnels de santé :

- Faire correctement l'examen clinique chez toutes les parturientes.
- Respecter l'intimité des parturientes
- Respecter le délai de séjour du post partum.
- Respecter les mesures d'hygiène dans la salle d'accouchement.
- Renforcer la surveillance du travail d'accouchement

8.3. Aux populations cibles :

- Suivre les conseils donnés par les personnels des santés.
- Faire régulièrement les CPN pendant les grossesses.
- Venir tôt dans le centre de santé pour les accouchements.

IX- REFERENCES

- 1. Organisation Mondiale de Santé.** Thème de sante : soins obstétricaux. 2020 Disponible sur :([http : www.who.int/topics/midwifery/fr/](http://www.who.int/topics/midwifery/fr/). Accessed April 11, 2020).
- 2. Médecins Sans Frontières.** Soins obstétricaux et néonataux essentiels : guide pratique à l'usage des sages-femmes, médecins spécialisés en obstétrique et personnel de santé devant faire face à des urgences obstétricales. 2^{ème} Édition. Paris : Médecins Sans Frontières ; 2019.
- 3. Dugas M.** Donner aux populations vulnérables de l'Afrique subsaharienne un accès aux soins obstétricaux : stratégie avancée de consultations prénatales. 27/06/2011.Med Trop.71.6:526
- 4. World Health organisation [webpage on the Internet].** Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities; 2017.84p Available from: (<http://apps.who.int/iris/bitstream/har>. Accessed May 25, 2020).
- 5. Enquête Démographique et de Santé Mali (EDSM-VI),** Bamako, Ministère de la santé, 2014-2018 :171p
- 6. Ansong J.** Socio-Cultural Practices Influencing Intrapartum and Postpartum continuum of care in the Asante Akim North District, Ashanti Region. Thèse of medecine University of GHANA; July 2019; 19M84. 236p
Available from: <http://Ugspace.ug.edu.gh>
- 7. Bocoum B.** Evaluation de la qualité des soins maternels et néonataux selon le référentiel de l'OMS adapté par le Mali au CHU Gabriel Toure du district de Bamako. Thèse de médecine FMOS Bamako ; 2019 ; 19M409.87p

8. Organisation Mondiale de Santé. Morbidité maternelles grave par causes obstétricales directes en Afrique de l'ouest : incidence et létalité, 2000; 3:9.disponible sur : (<http://apps.who.int>, Accessed April 21, 2020).

9. Organisation Mondiale de la Santé. Observatoire mondial de la santé 2014 (<http://apps.who.int/gho/data/?theme=main>, Accessed July 23, 2019).

10. Taddheus S, Maine D. Too far to walk: Maternal Mortality in Context. Social Science & Medicine.1994; 38 (8) :1091-1110.

11. Gabrysch S, Campbell O M. Still too far to walk: Literature review of the determinants of delivery service use. BMC Pregnancy and Childbirth 9,34(2009). (<http://Doi:0rg/10.186/1471-2393-9-34>)

12. OMS, UNICEF, UNFPA, la Banque mondiale. Trends in Maternal Mortality: 1990-2010. 2012. Disponible sur (<http://www.unfpa.org/public/home/publications/pid/1072836>. Accessed July 15, 2019)

13. Campbell O M, Graham W J. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works.2006. The Lancet 368:1284-1299.

14. Murray S F, Pearson S C. Maternity referral systems in developing countries: Current knowledge and future research needs. Social Science & Medicine.2006; 62:2205-2215.

15. Ronsmans C, Graham W J. Maternal mortality: who, when, where, and why.2006; The Lancet 368:1189-1200.

16. Macintyre K, Hotchkiss D R. Referral revisited: community financing schemes and emergency transport in rural Africa. Social Science & Medicine.1999; 49:1473-1487.

17. Bossyns P, Van Lerberghe W (2004). The weakest link: Competence and prestige as constraints to referral by isolated nurses in rural Niger. *Human Resources for Health*.2004; 2 (1). Doi: 10.1186-1478.

18. Koblinsky M, Matthews Z, Hussein J, Mavalankar D, Mridha M K, Anwar I et al. Going to scale with professional skilled care. September 28, 2006.

DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69382-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69382-3)

19. Onah H E, Okaro J M, Umeh U, Chigbu C O. Maternal mortality in health institutions with emergency obstetric care facilities in Enugu State, Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*.2005; 25 (6):569-574.

20. Igberase G O, Ebeigbe P N. Maternal mortality in a rural referral hospital in the Niger Delta, Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*.2007; 27 (3):275-278.

21. World Health organisation. The World Health Report: Make every mother and child count.2005. Available from

(<http://www.who.int/whr/2005/en/index.html>. Accessed November 25, 2019)

22. Barnes-Josiah D, Myntti C. The three delays as a framework for examining maternal mortality in Haiti. *Social Science & Medicine*.1998 ; 46 (8) :981-993.

23. Saizonou J, Godin I, Ouendo E M, Zerbo R, Dujardin B. La qualité de la prise en charge des urgences obstétricales dans les maternités de référence au Bénin : Le point de vue des « Échappées Belles » et leurs attentes. *Tropical Medicine and International Health*.2006; 11 (5):672-680.

24. Anwar I, Kalim N, Koblinsky M. Quality of emergency obstetric care in public-sector facilities and constraints to implementing emergency obstetric care services: evidence from high- and low-performing districts of Bangladesh. *Journal of Health, Population and Nutrition*.2009; 27 (2):139-155.

- 25. Cham M, Sundby J, Vagen S.** Availability and quality of emergency obstetric care in Gambia's main referral hospital : women-user's testimonies. *Reproductive Health*.2009; 6:5.
- 26. Issah K, Nang-Beifubah A, Opoku F C.** Maternal and neonatal survival and mortality in the Upper West Region of Ghana. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*.2011; 113 (3):208-210.
- 27. Ramos S, Karolinski A, Romero M, Mercer R.** A comprehensive assessment of maternal deaths in Argentina: translating multicentre collaborative research into action. *Bulletin of the World Health Organization*.2007; 85 (8):615-622.
- 28. Garenne M, Mbaye K, Bah M D, Correa P.** Risk factors for maternal mortality: a case-control study in Dakar hospitals (Senegal). *African Journal of Reproductive Health*.1997; 1 (1):14-24.
- 29. Kongnyuy E J, Mlava G, Van Den Broek N.** Facility-based maternal death review in three districts in the central region of Malawi: an analysis of causes and characteristics of maternal deaths. *Women's Health Issues*.2009 ; 19 (1) : 14-20.
- 30. Organisation Mondiale de Santé.** Interventions recommandées par l'OMS pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né. 2007
- Disponible sur :(<http://apps.who.int/iris/bitstream/har>. Accessed April 24, 2020).
- 31. Donabedian A.** The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988; 260:1743-1748.
- 32. Institute of Medicine.** A strategy for quality assurance. Washington, DC: National Academy Press; 1990.
- 33. World Health organisation.** Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Genève, 2006.

Available from: (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43470>. Accessed April 25, 2020).

34. National Institute for Health and Care Excellence. Londres

(<https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators>, Accessed June 24, 2019).

35. Merger R, Levy J, Melchior J. Précis d'obstétrique, 6ème édition, Paris: Masson; 2001.p135.

36. Guie YP, Cisse L, Saki-Nekouressi G, Bueagu M, Landrison G, Agbodjan-Prince O. Qualité des soins en SMNI, Méthodologie de l'évaluation et mise en pratique en Afrique de l'Ouest. À propos de l'expérience de la côte d'Ivoire. Med Santé Trop 2016 ; 26 : 357-362.

37. Dembélé S. Evaluation de la qualité des soins obstétricaux au CSRéf de Koutiala. Thèse de médecine FMOS Bamako 2011 ; 11M310; 98p.

X-ANNEXES

FICHE D'ENQUETE N°.....

OBSERVATION DES ACCOUCHEMENTS

A- Caractéristiques de la parturiente :

Q1- Date et Heure d'entrée à la maternité :.....

Q2- Nom et Prénom.....

Q3- Age en années.....

Q4- Ethnie (1-8) 1. Bambara 2. Peulh 3. Mianka 4. Bobo 5. Dogon 6. Senoufo
7. Soninké 8. Autre..... /...../

Q5- Profession (1-6) 1. Ménagère 2. Vendeuse 3. Aide-ménagère 4. Fonctionnaire 5. Elève
ou Etudiante 6. Autre..... /...../

Q6- Mode d'admission (1) 1. Auto-référée 2. Référée 3. Évacuée 4. Autre..... /...../

Q7- Résidence habituelle (1-3) 1. Fana ville 2. Village 3. Autre..... /...../

Q8- Niveau d'instruction (1-6) 1. Analphabète 2. Primaire 3. Secondaire 4. Supérieur 5.
Medersas 6. Autre..... /...../

Q9- Etat matrimonial (1-4) 1. Célibataire 2. Mariée 3. Divorcée 4. Veuve /...../

Q10- Gestité :

Q11- Parité :

Q12- Appartenance à un groupe à risque (1-8) 1. Taille < à 1,50 mètres 2. ATCD de
césarienne 3. ATCD de gros fœtus 4. ATCD de mort ne 5. ATCD d'HTA 6. ATCD de
diabète 7. Autres..... /...../

Q13- Âge de la grossesse (1-4) 1. $\leq 28SA$; 2. 29-36SA+6 ; 3. 37-42SA ; 4. $\geq 42SA$ /...../

Q14- Bilans prénatals réalisés 1. oui 2. Non /...../

B- Caractéristiques de l'agent de santé ayant fait l'accueil

Q15- Qualification (1-7) 1. Gynécologue-obstétricien 2. Sage-femme 3. Matrone 4.
Interne 5. Infirmière obstétricienne 6. Stagiaires 7. Autre..... /...../

Q16- Statut (1-4) 1. Fonctionnaire 2. Contractuel 3. Bénévole 4. Remplaçant /...../

C- Qualité de l'accueil

Q17- Salutations conformes aux normes sociales 1. Oui 2. Non /..../

Q18- Expliquer ce qui va se dérouler 1. Oui 2. Non /..../

Q19- S'adresser avec douceur 1. Oui 2. Non /..../

Q20- L'encourager 1. Oui 2. Non /..../

D- Qualité de l'interrogatoire de la parturiente

Q21- Début et fréquence de la douleur 1. Oui 2. Non /..../

Q22- Mouvements fœtaux 1. Oui 2. Non /..../

Q23- Détermination de l'âge de la grossesse 1. Oui 2. Non /..../

Q24- Possession de carnet de CPN 1. Oui 2. Non /..../

Q25- Examen du carnet de CPN 1. Oui 2. Non /..../

Q26- Vérification du nombre de CPN 1. Oui 2. Non /..../

Q27- Vérification de la réalisation du BPN 1. Oui 2. Non /..../

Q28- Vérification d'écoulement sanguin vaginal 1. Oui 2. Non /..../

Q29- Vérification de pertes liquidiennes 1. Oui 2. Non /..../

E- Préparation de la parturiente

Q30- Se laver les mains avant chaque examen 1. Oui 2. Non /..../

Q31- Fait uriner la parturiente 1. Oui 2. Non /..../

Q32- Toilette vulvaire 1. Oui 2. Non /..../

F- Examen général

Q33- Evaluation de l'état général 1. Oui 2. Non /..../

Q34- Mensuration de la taille 1. Oui 2. Non /..../

Q35- Prise du poids 1. Oui 2. Non /..../

Q36- Prise de la TA 1. Oui 2. Non /..../

Q37- Prise du pouls 1. Oui 2. Non /..../

Q38- Prise de la température 1. Oui 2. Non /..../

Q39- Etat des conjonctives 1. Oui 2. Non /..../

Q40- Rechercher d'OMI 1. Oui 2. Non /..../

Q41- Auscultation cardio-pulmonaire 1. Oui 2. Non /..../

G-Examen obstétrical

Q42- Aspect des seins 1. Oui 2. Non /..../

Q43- Présence de cicatrice abdominale 1. Oui 2. Non /..../

Q44- Mesurer la hauteur utérine (HU) 1. Oui 2. Non /..../

Q45- Palpation abdominale à la recherche d'un pôle fœtal 1. Oui 2. Non /..../

Q46- Evaluation de la fréquence et du rythme des contractions utérines 1. Oui 2. Non /..../

Q47- Evaluation des BDCF 1. Oui 2. Non /..../

Q48- Appréciation de la dilatation du col 1. Oui 2. Non /..../

Q49- Appréciation de la poche des eaux 1. Oui 2. Non /..../

Q50- Appréciation de la présentation 1. Oui 2. Non /..../

Q51- Appréciation du bassin 1. Oui 2. Non /..../

Q52- Aspect du gant au TV 1. Oui 2. Non /..../

Q53- Noter les renseignements sur le partographe 1. Oui 2. Non /..../

Q54- Résume -t-il l'examen 1. Oui 2. Non /..../

H- Familiarisation entre parturiente et agent de santé

Q55- Explication de l'évolution et du déroulement du travail d'accouchement 1. Oui 2. Non /..../

I- Prise de décision

Q56- Donner un pronostic de l'accouchement 1. Oui 2. Non /..../

1- Voie basse 1. Oui 2. Non /...../

2- Césarienne 1. Oui 2. Non /...../

Q57- Pronostic maternel /...../

1- Bon 2- Passable 3- Mauvais

Q58- Pronostic fœtal /...../

1- Bon 2- Passable 3- Mauvais

J- Normes d'hygiène pendant l'accouchement

Q59- Changement de blouses 1. Oui 2. Non /..../

Q60- Lavage des mains 1. Oui 2. Non /..../

Q61- Gants à usage unique 1. Oui 2. Non /..../

Q62- Nouveau gant à chaque examen 1. Oui 2. Non /..../

Q63- Matériel change pour chaque accouchement 1. Oui 2. Non /..../

Q64- Matériel plonge dans une solution de décontamination 1. Oui 2. Non /..../

Q65- Présence d'alèse propre sur la table d'accouchement 1. Oui 2. Non /..../

K-Surveillance du travail d'accouchement avec le partogramme modifié de l'OMS

En phase active :

Q66- Examen obstétrical toutes les 2 heures 1. Oui 2. Non /..../

Q67- Appréciation de l'évolution 1. Oui 2. Non /..../

Q68- Faire l'amniotomie 1. Oui 2. Non /..../

Q69- Evaluation des BDCF juste après la rupture et note 1. Oui 2. Non /..../

L- Aspect thérapeutique pendant l'une des deux phases du

Travail d'accouchement

Q70- Thérapeutique (1-8) :

1. Prise d'une veineuse sure 1. Oui 2. Non /..../

2. Antispasmodique 1. Oui 2. Non /..../

3. Ocytocique en perfusion 1. Oui 2. Non /..../

4. Antihypertenseur 1. Oui 2. Non /..../

5. Anticonvulsivant 1. Oui 2. Non /..../

6. Antipyrétique 1. Oui 2. Non /..../

7. Aucun 1. Oui 2. Non /..../

M- Relations humaines :

Q71- Des personnes viennent-elles tranquilliser la parturiente 1. Oui 2. Non /..../

Q72- Si oui, lesquelles?.....

N- Caractéristiques de l'accoucheur (se) :

Q73- Est-ce la même personne qui a effectué le suivi du travail 1. Oui 2. Non /..../

Q74- Si non, quelle est sa qualification ? (1-7) 1. Médecin 2. Sage-femme 3. Matrone4. Interne 5. Infirmière obstétricienne 6. Aide-soignante 7. Autre /..../

Q75- Statut (1-4) 1. Fonctionnaire 2. Contractuel 3. Bénévole 4. Remplaçant /..../

Q76- Heure de l'accouchement 1. Oui 2. Non /..../

O-Réalisation de l'accouchement :

Q77- Changement de blouses 1. Oui 2. Non /..../

Q78- Lavage des mains avant et après chaque accouchement 1. Oui 2. Non /..../

Q79- Porter les gants 1. Oui 2. Non /..../

Q80- Fait faire une toilette 1. Oui 2. Non /..../

Q81- Geste actif du troisième stade du travail (GATS) 1. Oui 2. Non /..../

Q82- S'adresse à la parturiente (1-4)

1. Avec douceur 1. Oui 2. Non /..../

2. L'encouragement 1. Oui 2. Non /..../

3. Ton normal 1. Oui 2. Non /..../

Q83-Réalisation de méthodes d'intervention obstétricale
spécifiques

1. Episiotomie 1. Oui 2. Non /..../

2. Forceps 1. Oui 2. Non /..../

3. Ventouse 1. Oui 2. Non /..../

4. Césarienne 1. Oui 2. Non /..../

5. Aucune 1. Oui 2. Non /..../

Q84- Qui fait la section du cordon ombilical.....

Q85- Qui fait la ligature du cordon ombilical ?.....

P- Intimité de l'accouchement

Q86- Accouchement à l'abri des regards indiscrets non justifiés 1. Oui 2. Non

/.../

Q87- Nombre de personnes en salle d'accouchement

1. Nombre de femmes entrain d'accoucher.... /...../

2. Nombre d'accompagnatrices...../..... /

3. Nombre de personnel soignant./...../

Q88- Entrées et sorties non justifiées en salle d'accouchement 1. Oui 2. Non..../...../

Q- Qualité de la délivrance

Q89- Pratiquer le GATPA 1. Oui 2.Non./...../

Q90- Examen du placenta 1. Oui 2. Non./...../

Q91- Appréciation du globe utérin de sécurité 1. Oui 2. Non./...../

Q92- Surveillance du saignement vulvaire 1. Oui 2. Non./...../

Q93- Examen des conjonctives 1. Oui 2. Non./...../

R-Utilisation du partographe modifié de l'OMS

Q94- N'a pas été remplir 1. Oui 2. Non /..../

Q95- Partiellement remplir 1. Oui 2. Non /..../

Q96- Remplir après accouchement 1. Oui 2. Non /..../

Q97- Remplir tout au long de l'accouchement 1. Oui 2. Non /..../

S- Qualité des soins au nouveau-né

Q98- Soins immédiats au nouveau-né s'il a crié 1. Oui 2. Non /..../

Q99- Dégager les mucosités du nez et de la bouche 1. Avec poire 2. Avec aspirateur /..../

Q100- Aspirer les voies respiratoires du bébé 1. Oui 2. Non /..../

Q101- Placer le bébé sous oxygène (si détresse respiratoire) 1. Oui 2. Non /..../

Q102- Poser le bébé sur le ventre de sa mère 1. Oui 2. Non /..../

Q103- Recueillir le nouveau-né dans un linge propre 1. Oui 2. Non /..../

Q104- Recouvrir le bébé pour le réchauffer 1. Oui 2. Non /..../

Q105- Evaluation du score d'APGAR 1. Oui 2. Non /..../

Q106- Administration de la vitamine K1 1. Oui 2. Non /..../

Q107- Administration de pommade tétracycline dans les yeux 1. Oui 2. Non /..../

Q108- Peser le nouveau-né 1. Oui 2. Non /..../

Q109- Mesurer la taille du nouveau-né 1. Oui 2. Non /..../

Q110- Mesurer le périmètre crânien du nouveau-né 1. Oui 2. Non /..../

Q111- Mesurer le périmètre thoracique du nouveau-né 1. Oui 2. Non /..../

Q112- Examen systématique de tout son corps 1. Oui 2. Non /..../

Q113- Noter le résultat sur le partographe 1. Oui 2. Non /..../

Q114- Montrer le bébé a sa mère 1. Oui 2. Non /..../

Q115- Mettre le bébé au sein 1. Oui 2. Non /..../

Q116- Lavage du bébé 1. Oui 2. Non /..../

Q117- Etablir un carnet de santé de l'enfant 1. Oui 2. Non /..../

T-Réanimation du nouveau-né s'il n'a pas crié

Q118- Cherche-t-on à dégager les voies respiratoires 1. Oui 2. Non /..../

Q119- Si oui, comment ?

Q120- Cherche-t-on à le ventiler 1. Oui 2. Non /..../

Q121- Fait-on un massage cardiaque 1. Oui 2. Non /..../

Q122- Le place-t-on sous l'oxygène 1. Oui 2. Non /..../

Q123- Le perfuse-t-on 1. Oui 2. Non /..../

Q124- Réfère-t-on le nouveau-né 1. Oui 2. Non /..../

Q125- Si oui, sur où?.....

U-Examens complémentaires demandés en per-partum

Q126- Groupage et Rhésus 1. Oui 2. Non /..../

Q127- Taux d'hémoglobine et l'hématocrite 1. Oui 2. Non /..../

Q128- Protéinurie et glycosurie a la bandelette 1. Oui 2. Non /..../

Q129- Sérologie HIV 1. Oui 2. Non /..../

Q130- Aucun 1. Oui 2. Non /..../

V-Qualité de la surveillance du post-partum immédiat

Q131- Examen des conjonctives 1. Oui 2. Non /..../

Q132- Appréciation du globe utérin de sécurité 1. Oui 2. Non /..../

Q133- Appréciation du saignement vulvaire 1. Oui 2. Non /..../

Q134- Rechercher de déchirures des parties molles 1. Oui 2. Non /..../

Q135- Contrôler la TA 1. Oui 2. Non /..../

Q136- Contrôler le pouls 1. Oui 2. Non /..../

Q137- Contrôler la température 1. Oui 2. Non /..../

W- Conseils donnés à l'accouchée

Q 138- Conseils donnés à l'accouchée

1. Toilette vulvaire 1. Oui 2. Non /..../

2. Allaitement maternel 1. Oui 2. Non /..../

3. Planning familial 1. Oui 2. Non /..../

4. Suivi du nouveau-né 1. Oui 2. Non /..../

5. Alimentation d'une femme allaitante 1. Oui 2. Non

X- Durée de l'accouchement

Q139- Durée de l'accouchement /..../

1. Moins d'une heure

2. heure à 4 heures

3. 4 heures à 8 heures

4. 8 heures à 12 heures

5. Plus de 12 heures

Y-Durée de séjour après accouchement

Q140- Durée de séjour après accouchement /..../

1. Moins de 6 heures

2. 6 heures à 12heures

3. 12 heures à 24 heures

4. 1-3 jours

5. plus de 4 jours

OPINIONS SUR LES ACCOUCHEMENTS

A- Raisons du choix de la maternité

Q1- Pourquoi avez-vous choisi cette maternité ?.....

Q2- Avez-vous été suivi en consultations prénatales dans la structure ? 1. Oui 2. Non /...../

Q3- Si oui, combien de fois? /...../

Q4- Si non, quel a été le lieu des consultations prénatales /...../

1. Dans un CSCom

2. Dans une structure privée

3. En partie à la maternité du Csréf

4. Dans un autre établissement à préciser.....

Q5- Avez- vous accouché au paravent dans cette formation sanitaire ? 1. Oui 2. Non /...../

Q6- Si oui, combien de fois ? //

B- Suggestions

Q7- Sur la qualité de l'accueil.....

Q8- Sur la qualité des soins.....

Q9- Sur la satisfaction.....

FICHE SIGNALITIQUE

NOM : DEMBELE

PRENOM : Mahamoudou B

NATIONALITE : Malienne

TITRE DE THESE : Evaluation de la qualité des soins obstétricaux et néonataux au Centre de Santé de Référence de Fana.

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2019-2020

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : Mali

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de l'Université de Bamako.

SECTEUR D'INTERET : Santé Publique, Gynécologie et Obstétrique

RESUME DE LA THESE : Notre étude avait pour but d'évaluer la qualité des soins obstétricaux et néonataux dans le service de Gynéco-Obstétrique au Centre de Santé de Référence de Fana,

Ainsi la structure des soins a une moyenne totale de **3,8/5(Niveau III)**; il existe donc un besoin mineur d'amélioration de la qualité des soins pour être conforme aux standards de soins.

Notre étude a décelé des insuffisances tant, au niveau des soins maternels ainsi que les soins néonataux avec des moyennes respectives de **4/5(Niveau IV) et de 3,75/5(Niveau III)**. Les insuffisances concernent l'architecture et les matériels de travaux (cardiotocographe, circuit d'oxygène, couveuse...), l'hygiène, application correcte de certains gestes pendant l'accouchement, dans la réanimation néonatale, l'absence d'un pédiatre.

MOTS CLES : Evaluation, Qualité des soins obstétricaux et néonataux, normes, Centre de Santé de Référence (Fana).

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, et 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 à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de race, de parti ou de classe 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 condisciples si j'y manque.

Je le Jure !