

Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement  
Supérieur et de la Recherche Scientifique

\*\*\*\*\*

REPUBLIQUE DU MALI

\*\*\*\*\*

Un Peuple-Un But-Une Foi



FMOS



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

*Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie*

Année universitaire 2021-2022

Thèse N° :..... /

THEME

**EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS DANS LA  
SALLE D'ACCOUCHEMENT DU CSREF CIII DU  
DISTRICT DE BAMAKO.**

Présenté et Soutenu publiquement le 27/ 01/2023 devant le jury de la Faculté de Médecine  
et d'Odontostomatologie

Par :

**M. Ibrahim CISSE**

**Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)**

**JURY**

**Président :** M. DIAKITE Abdoul Aziz (professeur)  
**Membre :** M. KAREMBE Boubacar (Maitre de conférences)  
**Membre :** M. SISSOKO Hamady (Chargé de recherche)  
**Co-Directeur :** M. SOUMARE Modibo Dianguina (Chargé de  
**Directeur :** recherche)

## **DEDICACES**

*Ce modeste travail est dédié :*

*A Allah le Tout Puissant, le miséricordieux, Gloire a lui et à Mahomet que la  
paix et le salut éternel soit sur lui et ses disciples. Compagnons  
Merci, de m'avoir donné la vie, la santé, et l'inspiration nécessaire pour mener  
à bien ce travail.*

**A mon père Dramane CISSE** qui est un modèle de bonne conduite sociale pour moi m'a enseigné les bonnes manières de la vie, et qui m'encourageait dans tout ce que j'entreprenais. Votre combativité, ton courage, ta générosité resteront pour moi un repère sûr.

**A Ma mère, Rokia Diallo** cette brave dame au courage comparable à celle d'une guerrière qui s'est battu corps et âme pour que je n'aie rien à envier à quelqu'un, Sans vos efforts conjugués mon rêve n'allait pas être une réalité. Recevez toute ma gratitude Reçois toute mon affection. Qu'Allah t'accorde longue vie, bonheur et santé pour goûter aux fruits de l'arbre que tu as planté. Certes je ne pourrais jamais vous récompenser mais j'espère pouvoir vous rendre fière de moi.

Merci, de m'avoir donné la vie, la santé, et l'inspiration nécessaire pour mener à bien ce travail.

**A ma Femme Aissata Fomba** elle est pour moi une femme au sens propre du terme, merci pour ton accompagnement, ta générosité, ton courage, ta patience, tu as été dans mon parcours d'étudiant en médecine une source de motivation.

**A mes tontons** vous avez été des sources d'inspirations, un « père » et un modèle pour moi.

**A toutes mes tantes** de Kayes à Bamako d'avoir contribué financièrement, physiquement ou moralement à la réussite de ce travail.

**A mes frères et sœurs** pour votre accompagnement sans faille.

Ce travail est le vôtre

## **REMERCIEMENTS**

Mes remerciements vont à l'endroit de :

Mon codirecteur de thèse Dr Modibo G Soumaré qui a accepté d'initier ce travail et veillé à sa réussite malgré ses multiples occupations.

Mes chers maitres Dr Sissoko Hamady, Dr Diarra Salif, Dr Kodio Souma, Dr Diadité Sydi Moctar et aux DES du CS Réf de la Commune III, merci pour les critiques, la qualité de la formation, les encouragements et les conseils.

Toutes les sages-femmes, Infirmières obstétriciennes du CS Réf commune III pour leur bonne collaboration.

Tous les médecins généralistes, Anesthésistes, aides de Bloc et les manœuvres du centre pour leurs accompagnements.

Tous mes chers aînés, de la faculté en particulier à la personne de Dr Traoré Boubacar Dit FIGO pour la qualité de leur enseignement.

Tous les gynécologues, sages-femmes et internes de l'HFDK pour l'initiation l'amour et les encouragements accordés à ma personne.

Tous mes amis d'enfance, du LDKK, de l'AERK je remercie le bon Dieu de m'avoir donné des amis comme vous.

Tous les Internes, Externes de la commune III pour votre bonne collaboration et esprit de partage.

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

### **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

#### **Pr. DIAKITE Abdoul Aziz**

- Pr Titulaire de pédiatrie à la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ;
- Chef de service de la pédiatrie générale du CHU Gabriel Touré ;
- Responsable de l'unité de prise en charge de la drépanocytose à la pédiatrie ;
- Spécialiste en hématologie pédiatrique, en nutrition pédiatrique et en vaccino-logie ;
- Diplômé en surveillance épidémiologique des maladies infectieuses et tropicales ;
- Membre de L'APANF ;
- Membre de L'AMAPED ;
- Président du Conseil Médicale d'Etablissement du CHU Gabriel Touré.

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de cette soutenance malgré votre emploi du temps chargé.

Veillez trouver ici, l'expression de notre respectueuse reconnaissance, votre disponibilité et votre rigueur scientifique ont été un atout considérable tout au long de ce travail.

Que Dieu tout puissant vous accorde le bonheur dans vos projets, la santé, une longue vie.

## **A NOTRE MAITRE ET CODIRECTEUR DE THESE**

### **Dr SOUMARE Modibo Dianguina**

- Gynécologue Obstétricien
- Médecin chef du Centre de santé de Référence de la Commune III du District de Bamako
- Chargé de Recherche

### **Cher maître,**

Vos conseils et vos suggestions nous ont été d'un apport bénéfique dans la réalisation de ce travail.

Toujours disponible, malgré votre emploi du temps chargé, vous avez été pour nous un bon guide ; c'est le moment de le dire vous êtes un exemple à suivre, et c'est un honneur pour nous de vous voir siéger dans notre jury.

Durant notre séjour, nous avons pu apprécier et admirer votre compétence et votre qualité scientifique et humaine.

Trouvez ici l'expression de nos sincères remerciements.

Que le tout puissant vous garde longtemps auprès de nous.

## **A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY**

### **Dr SISSOKO Hamady**

- Gynécologue Obstétricien
- Chef de service de gynécologie obstétrique du Centre de Sante de Reference de la Commune III du District de Bamako
- Chargé de recherche

### **Cher Maitre,**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant d'être parmi ce jury.

Homme ouvert et pragmatique, votre compétence, votre rigueur scientifique et votre humilité font de vous un maitre respectable et admiré de tous.

En plus de vos connaissances scientifiques, votre sens social élevé de la vie humaine mérite le respect.

Nous gardons de vous l'image d'un homme de science et un enseignant soucieux de la bonne formation de ses élèves.

Nous sommes fières d'être compté parmi vos disciples.

Soyez assurer de notre profonde reconnaissance.

## **A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY**

### **Professeur KAREMBE Boubacar**

- Maître de conférences à la FMOS
- Praticien hospitalier au CSRéf CIII
- Chirurgien, Chef d'unité de la chirurgie au CSRéf CIII
- Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHILMA)

### **Cher maître**

C'est un grand privilège que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury.

Votre rigueur scientifique, votre simplicité et votre souci de bien faire, font de vous un grand homme de science.

Nous vous remercions de votre participation à l'encadrement de ce travail.

Veillez trouver ici, notre toutes reconnaissances et profond, respect cher maître



## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

### **Pr THERA Tioukani Augustin**

- Chef de service de gynécologie obstétrique au CHU du Point G
- Maître de conférences Agrégé en Gynécologie Obstétrique
- Ancien Faisant Fonction d'Interne des Hôpitaux de Lyon (France)
- Diplôme d'Etude universitaire en Thérapeutique de la Stérilité-Université Paris IX (France)
- Diplôme Européen d'Endoscopie Opératoire en Gynécologie : Université d'Auvergne, Clermont Ferrant (France)
- Diplôme Inter Universitaire d'Echographie gynécologique et obstétrique : Université Paris Descartes
- Membre de société africaine et française de gynécologie obstétrique
- Président de la commission médicale au CHU du Point G

### **Cher Maître,**

Votre spontanéité à accepter de contribuer à ce travail nous a énormément touchés.

Vos suggestions et vos remarques ont su conduire ce travail à son terme.

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Passionné du travail bien fait, soucieux de notre formation et notre réussite, vous êtes pour nous un modèle à suivre.

Votre abord facile, votre grande simplicité et surtout votre abnégation font de vous un modèle pour les étudiants. Nous espérons être dignes de votre confiance, et nous vous prions, cher Maître, d'accepter notre profonde reconnaissance et notre haute considération.

Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre profond respect et de notre très grande considération. Que le tout Puissant Allah vous protège. Amen

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

<b>AgHBs</b>	: Antigène HBS
<b>ASACO</b>	: Association de Santé Communautaire
<b>ARV</b>	: Anti-rétro-viraux
<b>BCF</b>	: Bruits du cœur du fœtus
<b>CCC</b>	: Communication pour le Changement de Comportement
<b>CHU</b>	: Centre hospitalier universitaire
<b>CPN</b>	: Consultation prénatale
<b>CUD</b>	: Contraction utérine douloureuse
<b>CS Réf</b>	: Centre de Santé de Référence
<b>CSCOM</b>	: Centre de santé de communautaire
<b>DBM</b>	: Déchet biomédical
<b>DES</b>	: Diplôme d'Etude Spécialisé
<b>DRC</b>	: Dépôt Répartiteur de médicament du Cercle
<b>DV</b>	: Dépôt de Vente
<b>EDM</b>	: Energie Du Mali
<b>EDS-VI</b>	: Enquête démographique de la santé
<b>EDSM</b>	: Enquête démographique de la santé au Mali
<b>FMOS</b>	: Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
<b>GATPA</b>	: Geste active de la troisième période de l'accouchement
<b>GS</b>	: Garçon de Salle
<b>H</b>	: Heure
<b>HTA</b>	: Hypertension artérielle
<b>IEC</b>	: Information Education et communication
<b>INFSS</b>	: Institut national de formation en science de santé
<b>NV</b>	: Naissance vivante
<b>ODD</b>	: Objectif du développement durable
<b>OIDA</b>	: Occipito Iliaque Droit Antérieur
<b>OIDP</b>	: Occipito Iliaque Droite Postérieur

<b>OIGA</b>	: Occipito Iliaque Gauche Antérieur
<b>OIGP</b>	: Occipito Iliaque Gauche Postérieur
<b>OMS</b>	: Organisation mondiale de la santé
<b>ORL</b>	: Oto-Rhino-Laryngologie
<b>PCI</b>	: Prévention et contrôle des infections
<b>PEC</b>	: Prise en charge
<b>PEV</b>	: Programme élargi de vaccination
<b>PF</b>	: Planning familial
<b>PTME</b>	: Prévention de la transmission mère enfant
<b>RPM</b>	: Rupture prématurée des membranes
<b>SAA</b>	: Soins après avortement
<b>SOMAGEP</b>	: Société Malienne de Gestion d'Eau Potable
<b>SR</b>	: Santé de la reproduction
<b>SRV</b>	: Sérologie Rétrovirale
<b>TA</b>	: Tension artérielle
<b>TV</b>	: Toucher vaginal
<b>USAC</b>	: Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseils

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des parturientes selon la profession .....	35
Tableau II: Répartition des parturientes selon le niveau de scolarisation.....	35
Tableau III: Répartition du personnel interviewé selon le sexe.....	37
Tableau IV: Répartition du personnel interviewé selon la qualification .....	37
Tableau V: Niveau de qualité de la structure. ....	38
Tableau VI: Equipement de la salle d'accouchement .....	39
Tableau VII: Matériels de la salle d'accouchement.....	40
Tableau VIII: Parturientes selon le mode d'admission.....	41
Tableau IX: Parturientes selon le motif d'admission.....	41
Tableau X: Observation sur l'accueil.....	42
Tableau XI: Questions posées à l'admission de la parturiente en salle d'accouchement.....	43
Tableau XII: Recherche des antécédents de la parturiente par le personnel.....	43
Tableau XIII: Les antécédents médicaux retrouvés .....	44
Tableau XIV: Les antécédents chirurgicaux retrouvés .....	44
Tableau XV: Principaux facteurs de risques retrouvés .....	46
Tableau XVI: Evaluation de la qualité de l'examen général .....	46
Tableau XVII: Evaluation de l'examen obstétrical.....	47
Tableau XVIII: Médicaments au cours du travail d'accouchement. ....	47
Tableau XIX: Examens complémentaires demandés au cours du travail.....	48
Tableau XX: Suivi du rythme cardiaque fœtal au cours du travail.....	48
Tableau XXI: Evaluation du respect de l'intimité de la parturiente. ....	48
Tableau XXII: Evaluation de la relation soignant-soignée.....	49
Tableau XXIII: Répartition des accouchements selon la qualification du prestataire. ....	49
Tableau XXIV: Type d'accouchement : .....	50
Tableau XXV: Types de délivrance .....	50
Tableau XXVI: Evaluation des mesures de prévention des infections (PCI)....	51

Tableau XXVII: Evaluation de la prise en charge du nouveau-né dans la première heure de vie. ....	52
Tableau XXVIII: Evaluation des soins préventifs administrés aux nouveau-nés .....	52
Tableau XXIX : Qualité des conseils prodigués aux parturientes avant leur sortie .....	53
Tableau XXX: Qualité de la surveillance dans le postpartum immédiat.....	53
Tableau XXXI: L'état du nouveau-né à la sortie .....	54
Tableau XXXII : Répartition des accouchées selon le critère de choix de la maternité.....	54
Tableau XXXIII: La qualité de l'accueil selon les accouchées .....	55
Tableau XXXIV : Les raison d'accoucher à la maternité du CSRéf. ....	55
<b>Tableau XXXV:</b> Appréciation de l'état de salle d'accouchement par les parturientes .....	56
Tableau XXXVI: Compréhension des conseils donnés aux parturientes dans le post-partum.....	56
Tableau XXXVII: Prescription d'une ordonnance à la sortie de la parturiente..	57
Tableau XXXVIII: Appréciation de la relation soignant-parturiente par les accouchées elles-mêmes.....	57
Tableau XXXIX: Evaluation des différentes étapes de la prise en charge de la parturiente de l'admission jusqu'à la sortie .....	58
Tableau XL : Répartition des parturientes selon le niveau de satisfaction général. ....	58
Tableau XLI : Opinions des personnels sur la qualité des matériels et équipements.....	59
Tableau XLII : Opinions des personnels sur l'état du local.....	59

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1: Face antéro-postérieure du bassin.....	6
Figure 2 : Les différentes variétés du sommet .....	8
Figure 3 : Le partogramme .....	13
Figure 4 : Carte sanitaire de commune III .....	18
Figure 5: Répartition des parturientes selon l'âge.....	34
Figure 6: Répartition des parturientes selon l'état matrimonial.....	36
Figure 7: Répartition des parturientes selon les conditions socio-économiques	36
Figure 8 : Répartition des parturientes selon le nombre de CPN.....	42
Figure 9: Répartition des parturientes selon la gestité .....	45
Figure 10: Répartition des parturientes selon la parité .....	45

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>OBJECTIFS</b> .....	<b>3</b>
Objectif général .....	3
Objectifs spécifiques .....	3
<b>I. GENERALITES</b> .....	<b>4</b>
1.1. Définition de l'accouchement.....	4
1.2. Historique de l'accouchement .....	4
1.3. Etapes physiologiques de l'accouchement .....	5
1.4. Pronostic fœtal.....	9
1.5. Aspects techniques de l'accouchement .....	9
1.6. Accouchement proprement dit .....	14
1.7. La délivrance .....	14
1.8. Le dépistage des accouchements à risques.....	15
<b>II. METHODOLOGIE</b> .....	<b>16</b>
2.1. Cadre de l'étude.....	16
2.2. Description du service de Gynéco-Obstétrique.....	19
2.3. Type d'étude .....	20
2.4. Population d'étude.....	21
2.5. Période d'étude .....	21
2.6. Echantillonnage .....	21
2.7. Collecte et analyse des données .....	22
2.8. Variables étudiées.....	27
<b>III. RESULTATS</b> .....	<b>34</b>
<b>IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION</b> .....	<b>60</b>
<b>CONCLUSION</b> :.....	<b>71</b>
<b>RECOMMANDATIONS</b> : .....	<b>72</b>
<b>REFERENCES</b> .....	<b>73</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>75</b>

## **INTRODUCTION**

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

L'évaluation de la qualité des soins de santé est le processus d'évaluation des performances des prestataires de soins de santé, les bénéficiaires et des plans de santé conformément aux normes de qualité reconnues.

À l'échelle mondiale, environ 810 femmes continuent de mourir chaque jour en raison de complications de la grossesse et de l'accouchement principalement de causes évitables ou traitables, telles que les maladies infectieuses et les complications pendant la grossesse ou après la grossesse et l'accouchement [1]. La quasi-totalité des décès maternels (99%) et infantiles (98%) surviennent dans les pays à faible revenu. [2]

Au Mali selon EDS-VI, le taux de mortalité maternelle est estimé à 325 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et le taux mortalité néonatale est de 33 pour 1000 (NV). Le taux de femmes ayant reçu des soins prénatals est passé à 80% dont 43% au moins avaient fait quatre visites prénatales. [3]

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

Selon une étude réalisée en 2019 au CHU Gabriel Touré au Mali [5], 63,1% des femmes avaient fait la CPN, 100% des femmes avaient bénéficié d'un accouchement effectué par un personnel qualifié, le taux de mortalité maternelle était de 28,33 pour 100 000 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. [5]

En assurant la présence de personnel qualifié à la naissance et à des soins obstétricaux essentiels qui soient efficaces et de bonne qualité, il est possible de réduire la morbidité et la mortalité chez les mères et les nouveau-nés [6]. L'OMS envisage un monde dans lequel « chaque femme enceinte et chaque nouveau-né bénéficient de soins de qualité tout au long de la grossesse, au cours de l'accouchement et pendant la période postnatale » [7].

Une couverture de soins élevée ne suffit pas à elle seule à réduire la mortalité. Les objectifs 3.1 et 3.2 de l'ODD d'ici 2030 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 [8].

Malgré les engagements politiques de haut niveau, les efforts déployés par le gouvernement du Mali et ces différents partenaires de fonds pendant ces dernières années, l'augmentation de structures et de personnels en nombre et en qualité, il existe beaucoup d'insuffisance dans la prise en charge des femmes et des nouveau-nés dans la salle de travail.

C'est dans cette optique que nous avons initié ce travail afin d'évaluer la qualité des soins dans la salle d'accouchement du Centre de Santé de Référence de la Commune III.

## **OBJECTIFS**

### **Objectif général**

Évaluer la qualité des soins obstétricaux et néonataux offerts aux parturientes et aux nouveau-nés à la maternité du centre de santé de référence de la Commune III.

### **Objectifs spécifiques**

1. Déterminer la prévalence des accouchements dans le CS Réf de la Commune III ;
2. Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes et le profil des personnels ;
3. Décrire les infrastructures de la salle d'accouchement du CS Réf de la Commune III et comparer les soins d'accouchement appliqués aux politiques, normes et procédure en santé de la reproduction au Mali ;
4. Rapporter le niveau de satisfaction des parturientes.

## **I. GENERALITES**

### **1.1. Définition de l'accouchement**

Après neuf mois de vie intra utérine, le fœtus se sépare de l'organisme maternel. Ce phénomène se nomme accouchement ou parturition. Son déroulement physiologique et mécanique est complexe. Il met schématiquement en présence trois éléments :

- La filière osseuse et les parties molles,
- L'utérus,
- Le fœtus.

### **1.2. Historique de l'accouchement**

Dans les années 1930 en France, naissait chez les médecins une véritable obsession sociale autour de la maternité contre la mortalité infantile et la mortalité intra-utérine [9]. L'enfant n'a pas de prix, il est précieux pour la population française, plus précieuse qu'une mère en agonie.

En 1920, à Paris, 42,5% des accouchements étaient pratiqués à domicile ; 32,6% à la maternité ; 23,2% chez une sagefemme.

En 1939 7,7% des accouchements avaient été pratiqué à domicile ; 67,8% à la maternité, 23% chez une sagefemme. Il fut noté une baisse considérable du taux de mortalité maternelle et infantile grâce au concours de la caisse sociale qui octroyait 10 francs en prime par examen effectué pour stimuler l'assiduité aux CPN chez les futures mères[9].

De nouvelles techniques et innovations naissent autour de l'accouchement : le bilan sanguin, l'échographie, le monitoring ; la surveillance, aboutissant ainsi à une hyper médicalisation de l'obstétrique.

L'obstétrique dévient dès lors une discipline d'urgence.

Actuellement, les complications obstétricales sont fréquentes, surtout dans les pays en voie de développement. Une analyse de cette situation a pu faire

ressortir les difficultés qui existent autour de la prise en charge des urgences obstétricales.

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

Ces urgences obstétricales sont représentées essentiellement par les dystocies, les souffrances fœtales aiguës, les hémorragies, l'éclampsie et la pré éclampsie [8].

### **1.3. Etapes physiologiques de l'accouchement**

L'accouchement comporte deux phénomènes :

#### **1.3.1. Phénomènes dynamiques**

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

Les contractions utérines ont pour effet :

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

#### **1.3.2. Phénomènes mécaniques**

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

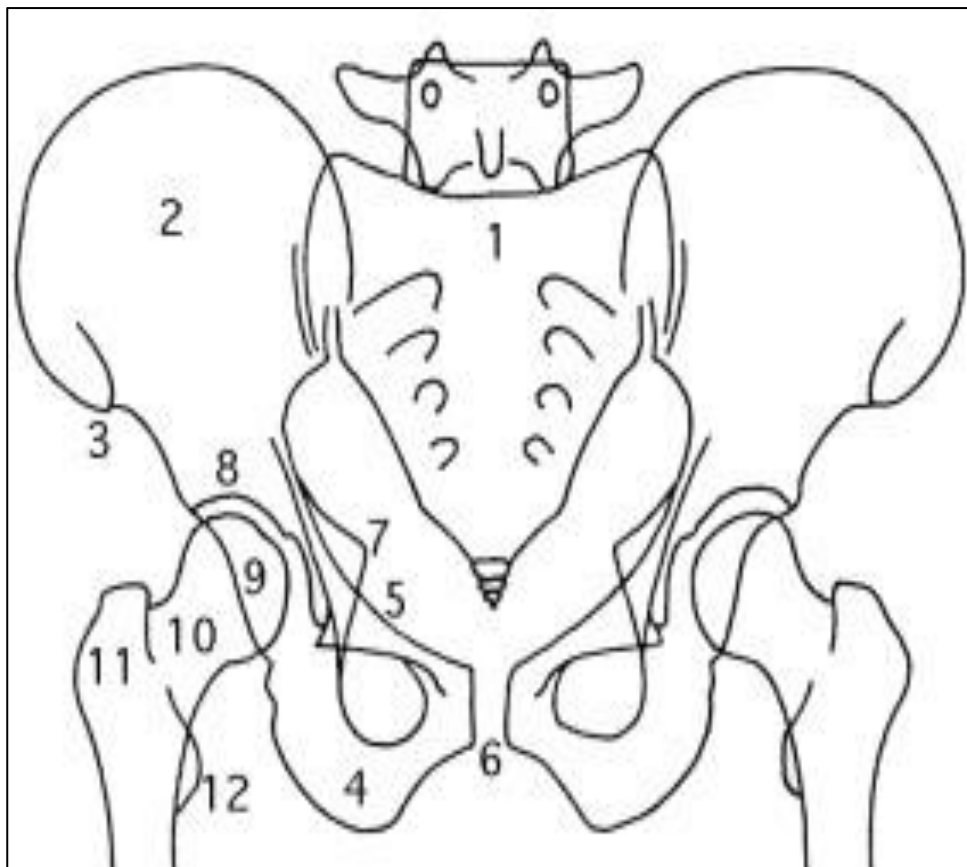
Le bassin osseux se compose de :

- 4 pièces osseuses (les 2 os iliaques, le sacrum et le coccyx)

- 4 articulations très peu mobiles (2 articulations sacro-iliaques, la symphyse pubienne et la sacro coccygienne).

Dans l'étude du bassin on décrit plusieurs diamètres dont la connaissance est nécessaire pour l'obstétricien. A partir de ces diamètres, on peut faire un pronostic de l'accouchement par l'appréciation de la perméabilité pelvienne. L'indice de Magnin est égal à la somme du diamètre antéro-postérieur et diamètre transverse médian.

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



**Figure 1: Face antéro-postérieure du bassin.** *IN JI Paul..*

1. sacrum, 2. aile iliaque, 3. Elias, 4. ischion, 5. branche ilio-pubienne, 6. pubis, 7. épine sciatique, 8. toit de la cotyle, 9. tête fémorale, 10. col, 11. grand trochanter, 12. petit trochanter.

### **1.3.3. Le travail d'accouchement**

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

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

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

Le travail d'accouchement est divisé en 3 périodes :

#### **✓ Première période**

Elle commence au début du travail jusqu'à la dilatation complète du col (10cm). Elle dure 6 heures à 18 heures chez la primipare et de 2 à 10 heures chez la multipare.

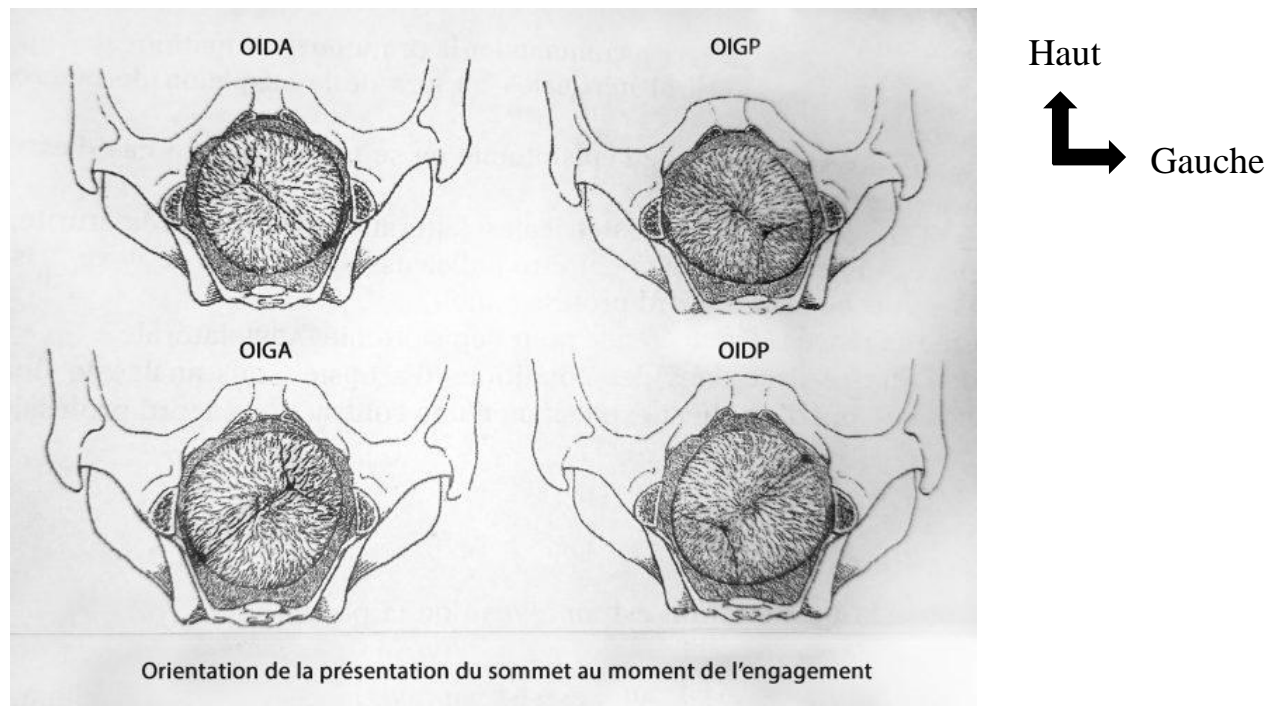
#### **✓ Deuxième période**

Elle commence de la dilatation complète du col jusqu'à l'expulsion du fœtus.

### **1.3.4. Présentation céphalique**

- La tête s'engage dans le détroit supérieur, moyen puis inférieur,
- La tête fœtale en descendant décrit une rotation intra pelvienne pour orienter son plus grand diamètre à l'axe du bassin.
- Les différentes variétés du sommet sont :
  - OIGA : (Occipito Iliaque Gauche Antérieur)
  - OIDP : (Occipito Iliaque Droite Postérieur)
  - OIDA : (Occipito Iliaque Droit Antérieur)
  - OIGP : (Occipito Iliaque Gauche Postérieur)
- La tête se dégage de la vulve, puis les épaules, puis le corps

- Durée d'expulsion : 30 minutes pour une primipare et 15 minutes pour une multipare.



**Figure 2 : Les différentes variétés du sommet**

### ✓ Troisième période

C'est la délivrance. Elle va de l'expulsion du fœtus à la sortie du placenta et dure 5 à 30 minutes.

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

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

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

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

#### **1.4. Pronostic fœtal**

La vitalité fœtale sera appréciée à l'aide d'un stéthoscope obstétrical, d'un appareil à effet Doppler ou d'un cardiotocographe. Les éléments de surveillance clinique du travail seront recueillis au terme des examens obstétricaux pratiqués à l'intervalle régulier par la même personne sur un partogramme. Le partogramme est un outil de travail qui permet la surveillance de l'accouchement.

#### **1.5. Aspects techniques de l'accouchement**

Une fois le travail d'accouchement découvert, il faut maintenant évaluer le pronostic de cet accouchement débutant, en recherchant tous les facteurs de risques qui peuvent en compromettre l'évolution, tout ce qui peut retentir sur la santé maternelle ou fœtale[10].

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

- Vérifier le bon déroulement de l'accouchement et dépister tous les facteurs de risque antérieurs et contemporains ;
- Traiter ou orienter la femme dans les cas échéant vers une surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison d'un des facteurs de risque décelé ;
- Etablir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions de l'accouchement de manière à ce que toutes les dispositions pratiques soient prises pour éviter les dangereux en urgence [11].

#### **1.5.1. Moyens techniques utilisés aux différentes périodes de l'accouchement**

##### **a. Accueil de la parturiente**

Comprend :

- Salutation chaleureuse ;
- Souhait de la bienvenue ;



- Aide la parturiente à s'installer sur la table d'accouchement ;
- Demande son nom ;
- Rassure la parturiente.

#### **b. Interrogatoire de la parturiente**

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

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

#### **c. Examen général de la parturiente**

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

Cet examen consiste à :

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

#### **d. Examen obstétrical de la parturiente**

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

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

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

### **1.5.2. Le partogramme**

#### **✓ Définition**

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

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

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

#### **✓ Au niveau du tracé**

Il y a deux phases distinctes

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

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

#### **✓ Le remplissage du tracé**

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

- **En phase de latence**

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

Un carreau correspond à 2 heures de temps.

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

- **En phase active**

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

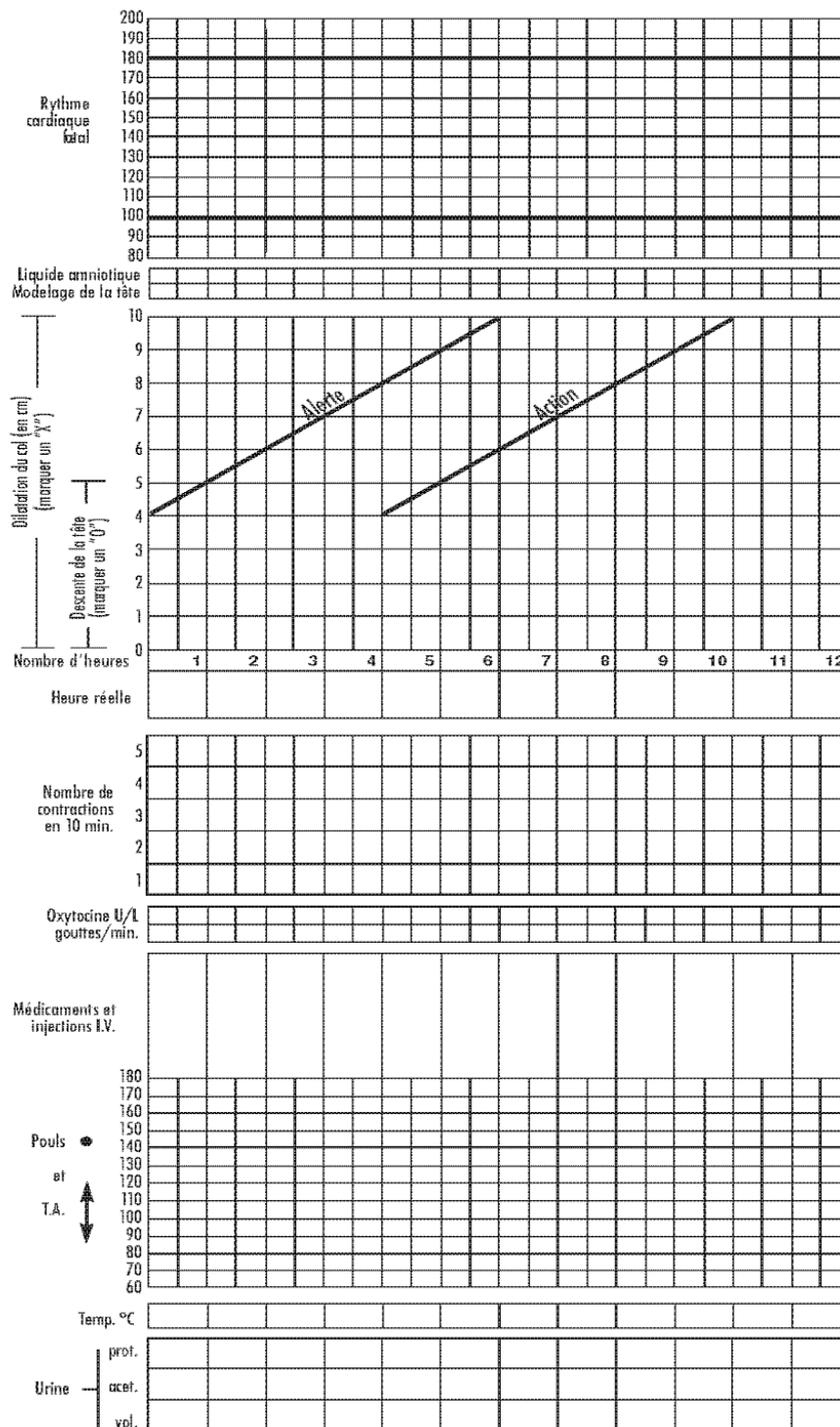
La dilatation normale est de 1cm par heure. Au cours de cette phase l'examen doit être pratiqué toutes les heures et un carreau représente une heure d'évolution.

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

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

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

Nom	Geste	Pare	Dossier No.
Date d'admission	Heure d'admission	Rupture des membranes	heure



**Figure 3 : Le partogramme**

## **1.6. Accouchement proprement dit**

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

La progression du mobile fœtal et le périnée doivent être surveillés. La femme pousse pendant la contraction quand la tête du fœtus est à la vulve. L'accouchement du siège se fait sans toucher ni tirer sur corps du fœtus, le plan du dos est maintenu en avant pour éviter au fœtus de faire une rotation postérieure.

Une épisiotomie prophylactique, surtout chez la primipare est envisagée si c'est nécessaire. L'accouchement chez une parturiente séropositive se fera dans même condition que chez les autres femmes.

En cas d'expulsion prolongée, l'accouchement instrumental est envisagé (forceps, ventouse ou spatule).

## **1.7. La délivrance**

La délivrance active ou geste active de la troisième période de l'accouchement (GATPA) se fait après l'expulsion du fœtus. Elle est normale (physiologique) après l'injection de dix (10) unités d'ocytocine en intramusculaire et si elle ne se fait pas spontanément après dix (10) minutes, la délivrance artificielle va extraire le placenta suivi d'une révision utérine pour s'assurer qu'un cotylédon et/ou une membrane ne soient pas restés dans l'utérus.

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

Toute délivrance est suivie de :

- La Surveillance de l'état hémodynamique de la parturiente ;

- La vérification du périnée et des parties molles pour détecter une déchirure enfin une réparation de ces déchirures ;
- L'examen du placenta pour vérifier son intégrité.

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

## **1.8. Le dépistage des accouchements à risques**

### **1.8.1. Les facteurs de risques**

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

**Accouchement à risques** : c'est un accouchement comportant un ou plusieurs facteurs de risque.

Ils sont classés en deux catégories :

- Les facteurs de risque présents avant même l'accouchement.
- Ceux qui apparaissent au cours de l'accouchement.

### **1.8.2. Les facteurs de risques antérieurs à l'accouchement**

Ce sont :

- L'âge inférieur à 16 ans et supérieur à 30 ans ; taille : inférieure à 1m50 ;
- La multiparité supérieure à 6 ; le niveau d'alphabétisation ;
- Le statut matrimonial ; les conditions socioéconomiques basses ; poids inférieur à 40 kg ;
- L'intervalle inter gésique inférieur à 24 mois ; les antécédents obstétricaux (mort-né, mort intra- utérine, avortement à répétition, stérilité secondaire, accouchement prématuré, ventouse, forceps, césarienne, déchirure périnéale grave ou l'excision rituelle).
- Les pathologies cardio-respiratoires sévères.

## **II. METHODOLOGIE**

### **2.1. Cadre de l'étude**

L'étude s'est déroulée au Centre de Santé de Référence de la commune III (CSRéf. CIII) du district de Bamako.

#### **Présentation du District Sanitaire de la commune III :**

##### **✓ Superficie**

La commune III a une superficie de 23 km<sup>2</sup> soit 8,61% de la superficie totale du district de Bamako qui est de 267 km<sup>2</sup>.

La Commune est composée de 20 quartiers

Elle est limitée :

- Au nord par le cercle de Kati ;
- A l'Est par le boulevard du Peuple qui la sépare de la Commune II ;
- Au Sud par la portion du Fleuve Niger comprise entre le pont des Martyrs et le Motel de Bamako ;

A l'Ouest par la Commune IV en suivant la rivière Farako à partir du Lido, par l'avenue des grottes devenue Cheick Zayed El Mahyan Ben Sultan qui enjambe ladite rivière et enfin la route de l'ancien aéroport dite route ACI 2000 passant derrière le cimetière de Hamdallaye pour joindre la zone du Motel.

Dans le cadre de la réorganisation territoriale pour la création des Collectivités Territoriales, les villages de Koulouninko et Sirakoro Dounfing ont été rattachés à la commune III sur demande expresse.

La commune III comporte 20 quartiers : Badialan1, Badialan2, Badialan3, Bamako-coura, Bamako-coura-Bolibana, Darsalam, Centre commerciale, N'Tomikorobougou, Dravela-Bolibana, Dravela, Kodabougou, Koulouba village, Niomirambougou, Wolofobougou, Wolofobougou-Bolibana, Sokonafing, Minkoungo, Point G et Samè.

### **a. Population de la commune III**

La population de la Commune III est estimée en 2021 à 187 420 habitants selon les projections du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH 2009). La densité de la commune avoisine les 3.920 habitants / Km<sup>2</sup>. C'est une population cosmopolite, et presque toutes les ethnies du Mali s'y côtoient dans une parfaite symbiose.

Elle est majoritairement composée des jeunes de 15 à 45 ans. Les Femmes en âge de procréer constituent 22% de cette population soit 41 232 femmes en 2021.

### **b. District sanitaire**

Le district sanitaire est composé de huit aires de santé fonctionnelles dotées toutes de Centre de Santé Communautaire (CSCoM). Il s'agit des CSCoM de : ASACOTOM, ASACOBKON, ASCOM, ASACODRAB, ASACOOB, ASACODAR, ASACOKOUL POINT-SOG et ASACODES.

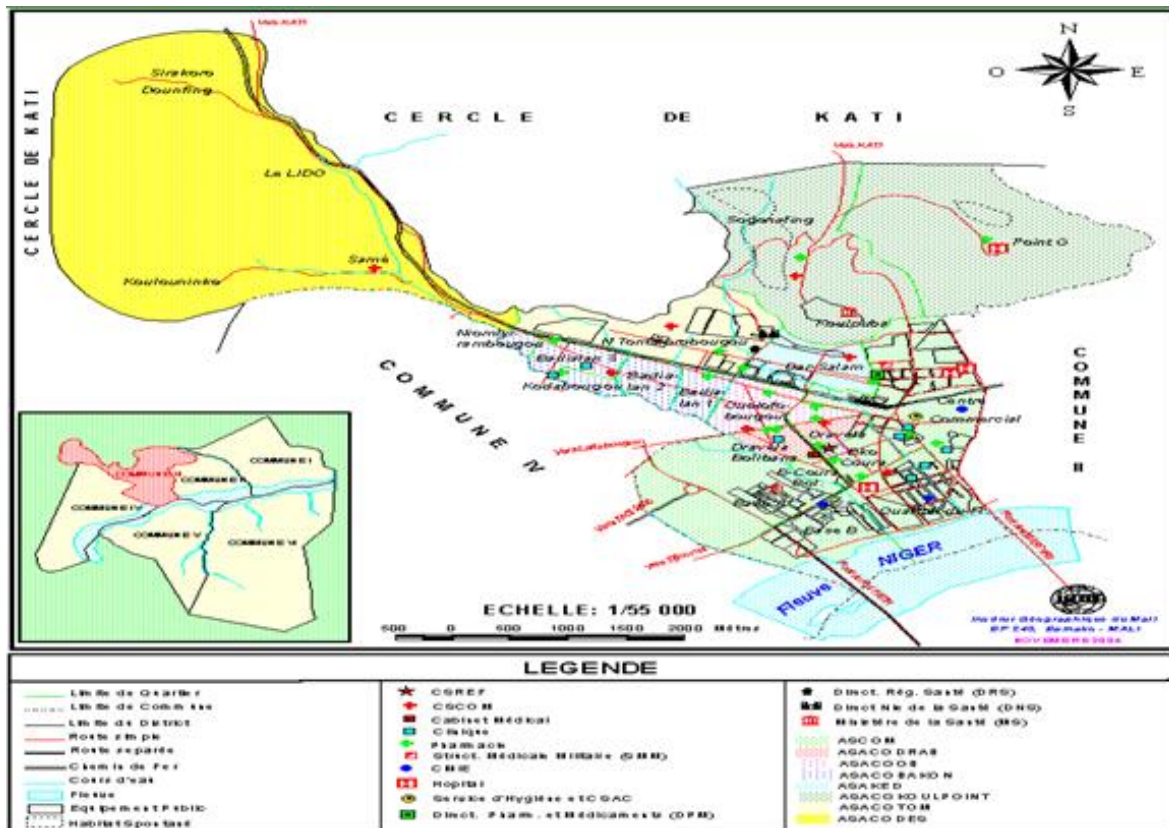
A côté de ces structures communautaires, il existe des structures privées (23 composées des cabinets et cliniques médicaux), parapubliques (04) et des infirmeries de garnison militaires (04).

Les tradithérapeutes, les agents de santé communautaires (Relais, ASC) font partir du système de santé du district.

Aussi, le district sanitaire abrite les CHU de Gabriel Toure, du Point G, de l'IOTA et du CNOS.

Les structures de premiers niveau (CSCoM, cliniques, cabinets et parapubliques) sont techniquement coordonnées par l'équipe cadre du district sanitaire logée au Centre de Santé de Référence de la Commune III, qui constitue le cadre de notre étude.





**Figure 4 : Carte sanitaire de commune III**

### c. Présentation du CSRéf de la commune III

Le centre de santé a été créé avec un plateau minimum pour assurer les activités courantes et pour mieux répondre aux besoins de la population en matière de soins de santé primaires. Il a été érigé en Centre de Santé de Référence (CSRéf.) en 2013.

Le centre de santé de référence est situé dans le quartier de Bamako-coura. Il comprend plusieurs unités :

- L'administration ;
- La pharmacie et le laboratoire ;
- L'unité d'oto-rhino-laryngologie (ORL) ;
- L'unité d'ophtalmologie ;
- L'unité d'odonto-stomatologie ;

- L'unité de médecine interne (médecine générale, cardiologie ; pneumologie ; dermatologie ; neurologie ; endocrinologie, de rhumatologie et Gastro-entérologie) ;
- L'unité de chirurgie générale (urologie et traumatologie ;
- L'unité de pédiatrie, néonatalogie et URENI;
- L'unité d'imagerie médicale (radiologie conventionnelle et échographie) ;
- La brigade d'hygiène et d'assainissement ;
- L'unité d'anesthésie réanimation
- L'unité d'accueil des urgences chirurgicales
- L'unité de kinésithérapie et rééducation fonctionnelle
- L'unité de Gynéco-obstétrique.

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynéco-obstétrique précisément dans la salle d'accouchement.

## **2.2. Description du service de Gynéco-Obstétrique**

Le service de gynécologie obstétrique est situé à l'Ouest du centre.

Il comporte :

- Une salle d'accouchement avec trois (3) tables d'accouchement ;
- Une salle d'attente et de suites de couches immédiates avec 4 lits ;
- Une salle pour les infirmières et aides-soignantes ;
- Un bureau pour la sage-femme maîtresse ;
- Une unité prénatale (CPN) et PTME ;
- Une unité de planning familial (P.F) et Post-natale ;
- Une unité de suivi de grossesse pathologique et de consultation gynécologique
- Une unité de dépistage de cancer du col de l'utérus et du sein ;
- Une unité pour le programme élargi de vaccination (PEV) et enfants sains ;
- Une unité de soins après avortement (SAA) ;
- Cinq (5) salles d'hospitalisation avec dix (17) lits ;
- Une toilette externe pour le personnel ;

✓ **Le personnel comprend :**

- Trois (3) Médecins spécialistes en Gynécologie obstétrique ;
- Trois (3) médecins généralistes ;
- Quatre médecins en spécialisation de gynécologie obstétrique (DES)
- Vingt-neuf (29) sages-femmes parmi lesquelles une sage-femme maîtresse ;
- Quinze (15) infirmières obstétriciennes ;
- Trois (3) Assistants médicaux ;
- Une (1) aide-soignante ;
- Dix-huit (18) étudiants faisant fonction d'interne ;
- Neuf (9) manœuvres ;

✓ **Fonctionnement de l'unité :**

L'unité est sous la supervision d'un chef de d'unité qui est un médecin spécialisé en gynéco-obstétrique. Le service dispose d'une seule salle d'accouchement qui fonctionne 24h/24h.

Un staff se tient tous les jours de 8 H 15 min à 9 H 30 min pour discuter de la prise en charge des patientes, et les événements survenus lors de la garde (évacuations etc....).

Une équipe de garde travaille 24 heures sur 24. Elle est composée d'un gynécologue-obstétricien qui est le chef d'équipe, d'un médecin généraliste, de deux sages-femmes, de trois internes, deux infirmières obstétriciennes, d'une aide-soignante, d'un chauffeur, de deux (2) manœuvres.

Le CSRéf de la commune III assure la formation initiale et continue des agents de santé à cet effet, il reçoit les étudiants et thésards de la FMOS, les étudiants de l'INFSS et des écoles privées de santé.

### **2.3. Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude mixte qualitative et quantitative avec collecte prospective des données.

## **2.4. Population d'étude**

Notre étude a concerné toutes les parturientes reçues à la maternité du CSREF CIII pendant la période d'étude et les personnels chargés des soins de l'accouchement.

### **✓ Critères de jugement**

Nos critères de jugement sont tirés des documents de la politique sectorielle de santé au Mali et des politiques normes et procédures en santé de la reproduction au Mali.

### **✓ Critères d'inclusion**

Ont été incluses dans cette étude :

- Toutes les parturientes reçues en salle d'accouchement pendant la période d'étude et ayant accepté de participer à l'étude après un consentement éclairé.
- Tous les personnels chargés des soins de l'accouchement ayant accepté de participer à l'étude après un consentement éclairé.

### **✓ Critères de non inclusion**

N'ont pas été inclus dans l'étude

- Toutes les parturientes évacuées vers les CHU (Gabriel Touré ou Point G).
- Tout le personnel chargé des soins de l'accouchement et toutes les parturientes n'ayant pas accepté de participer à l'étude après un consentement éclairé sur le but de l'étude.

## **2.5. Période d'étude**

Notre étude s'est déroulée sur une période de trois (3) mois allant du 1<sup>er</sup> Avril au 31 Juin 2021.

## **2.6. Echantillonnage**

L'échantillon est non probabiliste portant sur toutes parturientes et agents de santé répondant aux critères d'inclusion de l'étude.

### ✓ **Taille de l'échantillon**

Notre étude a porté sur 220 parturientes admises en salle d'accouchement et 30 agents de santé parmi lesquels 1 gynécologue et obstétricien ; 12 sages-femmes ; 7 internes ; 5 médecins ; 5 infirmières tous du CSREF de la commune III.

### ✓ **Technique et déroulement de l'échantillonnage**

Il s'agit d'un recrutement systématique de toutes les parturientes qui se sont présentées pour les soins d'accouchement au cours de la période d'enquête et qui ont accepté de se soumettre à nos questionnaires. Ainsi nous avons colligés 220 parturientes.

Le protocole a consisté à observer les praticiens avant, pendant et après l'accouchement tout en remplissant le questionnaire (en restant le plus anonyme possible). Les accouchées ont été ensuite reçues individuellement pour recueillir leurs opinions sur la qualité des soins administrés.

## **2.7. Collecte et analyse des données**

Les données ont été collectées à l'aide des questionnaires administrés au personnel de soins et aux parturientes et des grilles d'observations pour chaque étape du travail d'accouchement, les soins du nouveau-né et une grille d'évaluation de l'infrastructure prenant en compte les matériels et équipements de la mise en œuvre des soins d'accouchement.

Notre étude est structurée sur la description du local pour l'accouchement, les matériels et équipements existants dans la salle et l'organisation des systèmes de gestion des déchets d'une part. Et d'autre part sur la réalisation des gestes et techniques appliqués par les agents lors de l'accouchement et la dispensation des soins au nouveau-né, et enfin sur l'opinion des parturientes et des agents de santé ayant réalisé ou participé aux accouchements.

Les données ont été saisies et analysées sur les logiciels SPSS.21 et Excel 2010, le rapport a été rédigé sur Word 2010.

❖ **Les recommandations de la politique, normes et procédures en santé de la reproduction sur les soins pernatals [12].**

➤ **Accueillir la parturiente**

- Accueillir la femme.
- Saluer chaleureusement la parturiente.
- Souhaiter la bienvenue.
- Aider la parturiente à s'installer sur la table d'accouchement.
- Se présenter à la parturiente et à son compagnon.
- Demander à la parturiente son nom.
- S'adresser à la parturiente par son nom.
- Rassurer la parturiente.
  - L'interrogatoire de la parturiente :
    - Assurer la confidentialité.
    - Demander le carnet de consultation prénatale ou chercher la fiche de suivi grossesse
    - Prendre connaissance des :
      - o observations des différentes visites prénatales ;
      - o risques identifiés pendant la grossesse ;
      - o résultats des examens complémentaires.
- Si elle n'a pas de carnet ou si elle n'a pas été suivie pendant la grossesse :
  - Demander les informations sur :
    - o l'identité de la femme ;
    - o les antécédents médicaux, obstétricaux, chirurgicaux, gynécologiques ;
    - o le déroulement de la grossesse actuelle (Consultation prénatale).
  - Demander à la femme l'heure du début des premières contractions
  - Demander si elle a perdu le bouchon muqueux, des liquides ou du sang.

Des contractions utérines, leur caractère (fréquence ; durée et intensité des douleurs).

➤ Examen général de la parturiente

Demander à la femme d'uriner.

Prélever un échantillon d'urines pour l'examen à la bandelette.

Se laver les mains avec du savon et les essuyer avec un linge individuel propre et sec.

Aider la femme à s'installer sur la table d'accouchement.

Procéder à un sondage vésical si la femme n'a pas pu uriner.

Prendre les constantes (TA, température, pouls, fréquence respiratoire).

Vérifier l'état des conjonctives.

Rechercher les œdèmes au niveau du visage et des membres inférieurs.

Procéder à une toilette vulvaire avec de l'eau savonneuse ou un antiseptique.

Se laver les mains avec du savon et les essuyer avec un linge individuel propre et sec.

➤ **Faire l'examen obstétrical de la parturiente :**

Faire l'inspection de l'abdomen : sa forme, la présence de cicatrice, son axe de développement.

Mesurer la hauteur utérine (HU) en cm.

Palper l'abdomen (position du fœtus ; localisation des pôles fœtaux).

Apprécier la fréquence et la durée des contractions utérines (CU) en les comptant.

Rechercher et compter les bruits du cœur du fœtus (BCF) après une contraction utérine douloureuse.

Se laver les mains avec du savon et les essuyer avec un linge individuel propre et sec.

Porter des gants stériles.

Faire un toucher vaginal et apprécier 5 éléments essentiels ;

Plonger les mains gantées dans la solution de décontamination.

- Retirer les gants et les mettre dans la poubelle appropriée.
- Se laver les mains avec du savon et les essuyer avec un linge individuel propre et sec
- Poser le diagnostic du travail.
- Etablir le pronostic de l'accouchement.
- Informer la femme des résultats de l'examen.
- Noter les informations recueillies sur le partographe.
  - Soins immédiats du nouveau-né
- Sécher et stimuler : Mettre le nouveau-né sur un linge propre et sec sur le ventre de sa mère tout en l'essuyant.
- Noter l'heure de naissance et le sexe du bébé et informer la mère d'une voix assez forte.
- Evaluer la respiration et la coloration.
- Décider si une réanimation est nécessaire
- Ligaturer et couper le cordon
- Soins ombilicaux
- Initier l'allaitement maternel.
- Appliquer le collyre ou la pommade ophtalmique selon les recommandations nationales.
- Administrer la vitamine K1.
- Identifier l'enfant (sexe et noms de la mère et du père).
- Nettoyer ou donner au besoin le bain du nouveau-né de mère séropositive en évitant de le refroidir.

### **La surveillance dans le postpartum**

#### **Mère :**

- Surveiller l'état hémodynamique (prendre la T°, la TA, le pouls et soulever le drap pour évaluer le saignement).
- Vérifier le globe de sécurité.



Donner des conseils sur l'hygiène de vie, l'allaitement, la PF, les soins au nouveau-né, l'alimentation de la mère allaitante y compris les mères séropositives.

Noter les résultats sur le partographe à la partie réservée à cet effet.

### **Nouveau-né :**

La respiration : Le nouveau-né normal respire 30 - 60 fois par minute sans geignement, sans tirage de la poitrine.

La température : Evaluer la température corporelle du nouveau-né pour voir s'il a le corps chaud et prendre la température rectale. Le nouveau-né doit être maintenu à une bonne température, de telle sorte qu'il n'ait ni froid, ni trop chaud.

Le saignement du cordon : Au fur et à mesure que le cordon sèche, la ligature peut se détacher et favoriser le saignement du cordon. Si la ligature du cordon se détache, faites une nouvelle ligature plus serrée avec un nouveau fil.

L'allaitement maternel : Vérifier auprès de la mère la pratique de l'allaitement.

Examiner le nouveau-né

#### **➤ Prévention des infections :**

Les techniques de la prévention de l'infection (PI) sont :

Le lavage des mains ou hygiène des mains

Le lavage des zones d'intervention ;

L'utilisation de barrière physique ;

Le traitement du matériel ;

L'élimination des déchets.

## **2.8. Variables étudiées**

### **✓ Sur l'infrastructure :**

- Disponibilité des salles : salle d'accouchement et de suite de couches
- Existence de source d'eau,
- Niveau d'aération et luminosité de la salle,
- Propriété de la salle d'accouchement,

### **✓ Matériels et équipements :**

- Disponibilité de table d'accouchement,
- Disponibilité des boîtes d'accouchement,
- Disponibilité des boîtes de suture,
- Disponibilité de lampes baladeuse,
- Disponibilité et fonctionnalité de la ventouse obstétricale,
- Disponibilité des équipements pour la PCI,
- Disponibilité et fonctionnalité des équipements de réanimation du nouveau-né,

### **✓ Les supports :**

- Registres
- Partogramme
- Fiche de référence et évacuation,
- Carnet de la parturiente : nombre de CPN, prévention et prophylaxie bilan prénatal

### **✓ L'Accueil, l'identification, les gestes et les techniques :**

- Identification et accueil de la parturiente ;
- L'interrogatoire ;
- L'examen général ;
- L'examen obstétrical ;
- Le déroulement de l'accouchement ;
- L'hygiène de la parturiente ;

- Les mesures d'hygiènes ;
- Les conseils donnés : IEC/CCC
- ✓ **Sur l'opinion des parturientes**

Ce sont les informations/opinion obtenues auprès des parturientes à la suite d'un accouchement et aussi celles collectées auprès des prestataires

Les paramètres étudiés ont été :

- Le critère de choix ayant motivé la parturiente à fréquenter le centre de santé,
- La qualité de l'accueil
- La satisfaction des patientes de la prise en charge ;
- La satisfaction des parturientes sur l'état des locaux ;
- La prescription des médicaments
- La satisfaction de la cliente à la sortie de la cliente.

✓ **Cotation des variables :**

L'évaluation du niveau de la qualité des prestations s'est déroulée suivant certaines rubriques. Pour chaque item nous avons adopté la cotation de 0 à 1. Pour chaque rubrique le score total attendu dépendait du nombre de questions en faveur. Notre appréciation a été relevée par le taux de bon score sur le total des points attendus multipliés par 100.

Ainsi nous avons retenu les rubriques suivantes :

✓ **Sur l'infrastructure :**

- Disponibilité des salles : salle d'accouchement et de suite de couches
- Existence de source d'eau,
- Niveau d'aération et luminosité de la salle,
- Propriété de la salle d'accouchement,

Score maximum attendu = 4

Score minimum attendu = 0

✓ **Matériels et équipements :**

- Disponibilité de table d'accouchement,
- Disponibilité des boîtes d'accouchement,
- Disponibilité des boîtes de suture,
- Disponibilité de lampes baladeuse,
- Disponibilité et fonctionnalité de la ventouse obstétricale,
- Disponibilité des équipements pour la PCI,
- Disponibilité et fonctionnalité des équipements de réanimation du nouveau-né,

Score maximum attendu = 7

Score minimum attendu = 0

✓ **Les supports :**

- Registres
- Partogramme
- Fiche de référence et évacuation,
- Carnet de la parturiente : nombre de CPN, prévention et prophylaxie bilan prénatal

Score maximum attendu = 4

Score minimum attendu = 0

✓ **Au niveau de l'accueil**

- Souhaiter la bienvenue ?
- Se présenter ?
- Demander son nom ?
- Aider à s'installer sur la table d'accouchement ?

Score maximum attendu = 4

Score minimum attendu = 0

✓ **Au niveau de l'examen général :**

- Mesure de la TA (cm hg),

- Auscultation cardio-pulmonaire,
- La température,
- Le pouls,
- Recherche des œdèmes,
- Examen des conjonctives,

Score maximum attendu = 6

Score minimum attendu = 0

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

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

Score maximum attendu = 6

Score minimum attendu = 0

✓ **Au niveau Relations humaines**

- Pendant ou au décours de l'examen était-il expliqué l'évolution du travail,
- Explique le déroulement de l'accouchement,
- Encourager les parturientes.

Score maximum = 3

Score minimum = 0

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

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

Score maximum attendu = 2

Score minimum attendu = 0

### **Au niveau des soins immédiats du nouveau-né**

- ✓ Sécher et stimuler le nouveau-né,
- ✓ Evaluer le score d'APGAR,
- ✓ Vérifier si le nouveau-né doit être réanimé,
- ✓ Garder le nouveau-né au chaud,
- ✓ Ligaturer et couper le cordon ombilical,
- ✓ Soins oculaires,
- ✓ Administrer la vitamine K1,
- ✓ Initier l'allaitement,
- ✓ Nettoyer et/ou faire le bain antiseptique,
- ✓ Examen physique systématique du nouveau-né,
- ✓ Soins Ombilicaux,
- ✓ Vacciner le nouveau-né.

Score maximum attendu = 12

Score minimum attendu = 0

### **✓ Au niveau de l'hygiène**

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

Score maximum attendu = 6

Score minimum attendu = 0.

➤ **Définitions opérationnelles :**

**Système de classement :**

Une cotation (0 ; 1) a été faite pour les critères identifiés. Chaque référence composée de critères a été aussi cotée de 1 à 4. La somme des scores réalisés appliqués à l'échelle d'évaluation pour un centre donné a permis d'évaluer le niveau de qualité de la structure.

L'échelle d'évaluation se présente comme suit :

- Niveau IV : 95 à 100% de score maximal
- Niveau III : 75 à 94% de score maximal
- Niveau II : 50 à 74% de score maximal.
- Niveau I : <50 % de score maximal.

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

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

- Une première échelle où les soins sont dits :
  - De bonne qualité : si toutes les variables discriminatoires sont réalisées
  - De moins bonnes qualités : si une au moins des variables discriminatoires n'est pas réalisées.
- Une deuxième échelle où les soins ont été classés en quatre niveaux de qualité :
  - Elevé (Q4) : 95 à 100% des gestes de la dimension sont réalisés
  - Assez élevé (Q3) : 75% à 94,99% des gestes de la dimension sont réalisés
  - Moyen (Q2) : 50 à 74,99 des gestes de la dimension sont réalisés
  - Faible (Q1) : moins de 50% des gestes de la dimension sont réalisés

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

C'est ainsi qu'elle a permis de déterminer le pourcentage des personnels produisant des soins de très bonne qualité (Q4) d'avoir un classement par niveau du dit centre. Les critères de ce classement ont été :

- Niveau IV : 90 à 100% des personnels produisent des soins de très bonne qualité.
- Niveau III : 70 à 89% des personnels.
- Niveau II : 50 à 69% des personnels.
- Niveau I : moins de 50% des personnels.

Une cotation (0 à 5) a été faite pour évaluer le niveau de satisfaction de chaque accouchée, ainsi la satisfaction des accouchées a été classée en quatre (4) niveaux :

Niveau 1 : Très satisfait si la femme estime que la prise en charge a été (5/5) ;

Niveau 2 : Satisfait si la femme estime que la prise en charge a été (3 à 4/5) ;

Niveau 3 : Peu satisfait si la femme estime que la prise en charge a été (2/5) ;

Niveau 4 : Déçue si la femme estime que la prise en charge a été nulle (0 à 1/5).

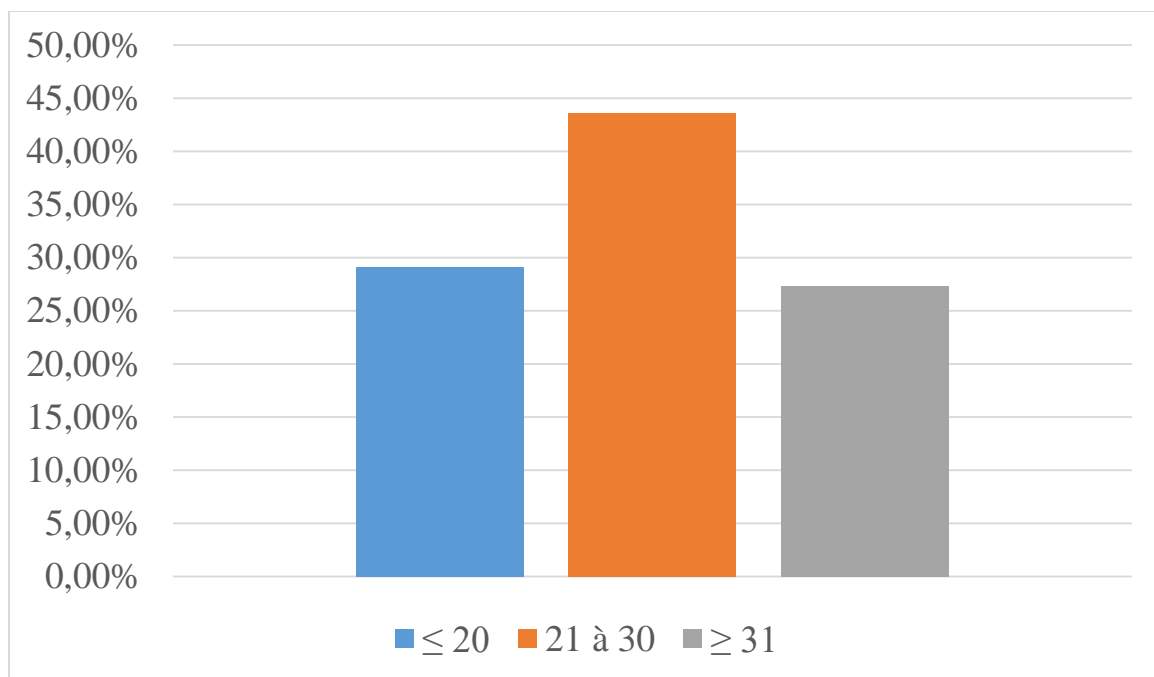


### III. RESULTATS

#### 3.1. Prévalence

Pendant les trois (3) mois de notre étude, nous avons reçus 950 parturientes dans le service parmi lesquelles nous avons recruté 220 parturientes correspondant à nos critères d'inclusion sur l'ensemble des parturientes reçues, soit 23,2% cas. Nous avons interrogé 30 personnels sur l'ensemble des personnels 72 soit 41,6%.

#### 3.2. Profil des parturientes



**Figure 5: Répartition des parturientes selon l'âge**

La tranche d'âge la plus représentée est comprise entre 21 et 30 ans. La moyenne d'âge était de 25,95 ans  $\pm$  6,35 ans avec des extrêmes de 16 et 39 ans.

**Tableau I: Répartition des parturientes selon la profession**

<b>Profession</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Ménagères</b>	<b>104</b>	<b>47,3</b>
Elève / étudiante	43	19,5
Vendeuse /commerçante	27	12,3
Fonctionnaire	17	7,7
Autre*	29	13,2
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

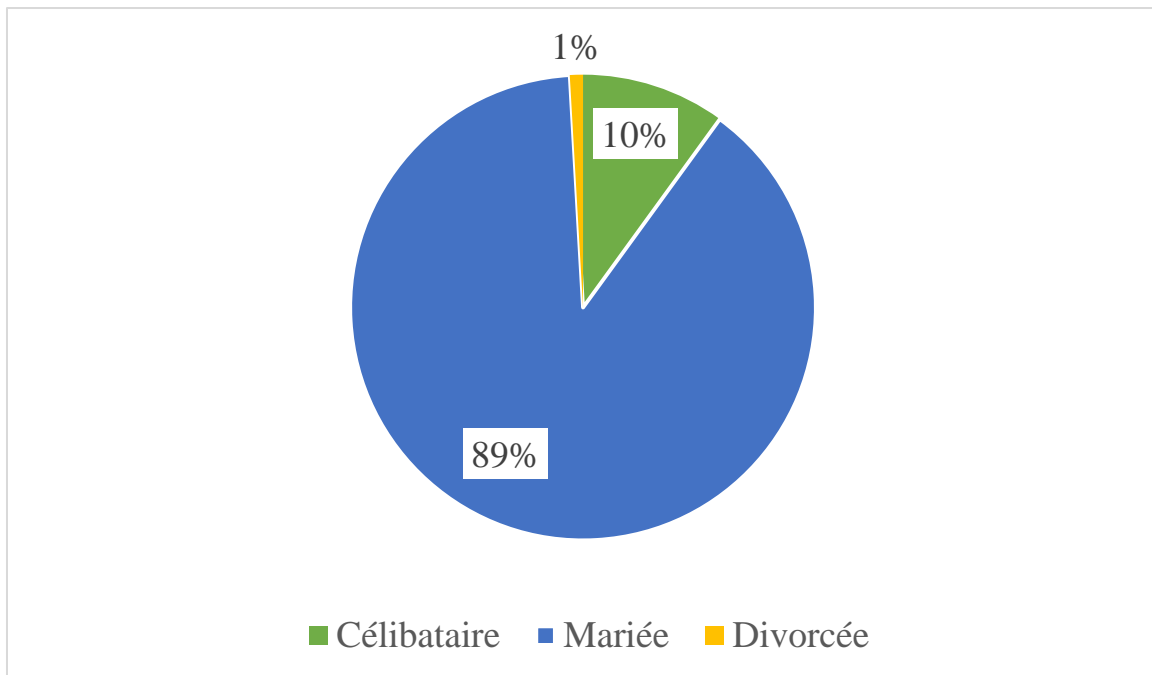
\* : Restauratrice (5), Coiffeuse (9), Enseignante (9), secrétaire (6)

Les ménagères étaient les plus représentées soit 47,3% des cas.

**Tableau II: Répartition des parturientes selon le niveau de scolarisation**

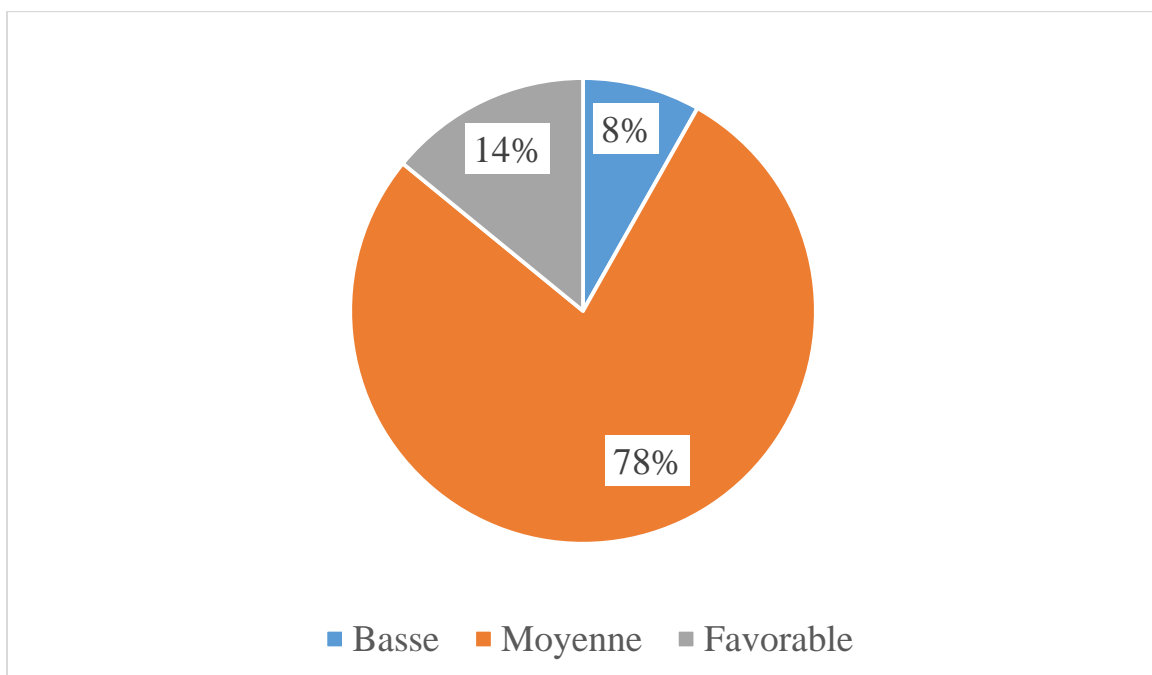
<b>Niveau de Scolarisation</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Primaire</b>	<b>77</b>	<b>35,0</b>
Non scolarisée	55	25,0
Secondaire	50	22,7
Supérieur	37	16,8
Coranique	01	0,5
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

La majorité des patientes avaient un niveau d'étude primaire dans 35% des cas et 25% étaient non scolarisées.



**Figure 6: Répartition des parturientes selon l'état matrimonial**

Les patientes étaient majoritairement mariées dans 89,0% des cas.



**Figure 7: Répartition des parturientes selon les conditions socio-économiques**

Les conditions socio-économiques moyennes ont été retrouvées dans 78,0% des cas.

### 3.3. Profil du personnel :

**Tableau III: Répartition du personnel observé selon le sexe**

<b>Sexe</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Féminin</b>	<b>19</b>	<b>63,3</b>
Masculin	11	36,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Le sexe féminin a représenté 63,3% des cas.

**Tableau IV: Répartition du personnel interviewé selon la qualification**

<b>Qualification</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Gynécologue et Obstétricien	01	3,3
<b>Sage-Femme</b>	<b>12</b>	<b>40,0</b>
DES Gyneco-obstetrique	03	10,0
Médecin généraliste	02	6,7
Infirmière obstétricienne	05	16,7
Interne	07	23,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Les sages-femmes étaient majoritairement représentées parmi les personnels évalués suivi des internes avec respectivement 40,0% et 23,3%.

### 3.4. Etude descriptive de la structure

✓ **Qualité des structures** : La qualité de la structure a été évaluée selon la grille d'évaluation du tableau V

**Tableau V: Niveau de qualité de la structure.**

Références	Niveau de la Qualité				Score	Observations
	A	B	C	D		
1. Normes architecturales		+			3	Ancien bâtiment rénové avec toiture en dalle
2. Box individuel		+			4	Trois box individuels dans la salle d'accouchement répondant aux normes
3. Points d'eau		+			4	Présent et opérationnel pour répondre aux différents besoins en eau dans la salle
4. Unité suites de couches			+		3	4 lits pour 01 salle de propreté d'aération et de ventilation suffisantes
5. Points d'eau dans les suites de couche				+	2	Présent non fonctionnel.
6. Propreté de la salle		+			4	Propreté satisfaisante assurée par une équipe de garde de GS présent 24h/24h.
7. Etat des toilettes		+			4	Intimité respectée, propreté suffisante.
<b>Total</b>					<b>24/28</b>	<b>85,7%</b>

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

+= désigne le niveau de qualité coché.

La salle d'accouchement du CSRéf de la commune III au moment de notre étude avait un score de 24 points sur 28 soit 85.71%. Ce score correspond au niveau III dans la classification de la qualité des infrastructures pour l'accouchement.

**Tableau VI: Equipement de la salle d'accouchement**

Références	Niveau de qualité				Score	Observations
	A	B	C	D		
Nombre et état des Tables d'accouchement	+				4	Aux nombres de trois en bon état et très propre
Poupinel	+				4	Disponible et fonctionnel
Lampe chauffante	+				4	Disponible et fonctionnelle
Lampe baladeuse	+				4	Disponible et fonctionnelle
cardiotocographe	+				4	Disponible et fonctionnel
Système de gestion des déchets biomédicaux		+			3	Présence des poubelles tricolores et boîte de sécurité pour le tri, la collecte, le stockage assurés par une équipe de GS et l'élimination est effectuée au CHU point G
Système d'éclairage, de ventilation et de communication		+			3	Groupe électrogène présent, et l'EDM SA Présence d'un interphone non fonctionnel
Système d'approvisionnement en eau potable	+				4	Approvisionnement assuré par SOMAGEP SA et un forage
Bloc opératoire	+				4	Disponible avec une table d'opération, deux lampes scialytiques, poste de travail d'anesthésie, un aspirateur, deux chariots.
<b>Total</b>					<b>34/36</b>	<b>94,4%</b>

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

+= désigne le niveau de qualité coché. Score maximal (SC. Max) =36

En termes d'équipements, la salle d'accouchement du CSRéf de la Commune III avait un score de 34/36 soit 94,44% au moment de notre étude. Ce score correspond au niveau le plus élevé c'est-à-dire le niveau 4.

**Tableau VII: Matériels de la salle d'accouchement**

Références	Niveau de qualité					Observations
	A	B	C	D	Score	
Ventouse	+				4	Disponible et opérationnelle (manuelle et électrique)
Toise et mètre ruban		+			2	Toise absente mètre ruban disponible
Stéthoscope de pinard	+				4	Disponible et en bon état
Pèse bébé	+				4	Disponible et bon état
Boîtes d'accouchement	+				4	Boîtes individuelles et une boîte d'urgence
Matériels de réanimation	+				4	Disponibles et opérationnels
Tabliers	+				4	Aux nombres de trois et en bon état
Boîtes de médicaments d'urgences				-	0	Non disponible
Bottes	+				4	Aux nombres de trois et en bon état
Tensiomètre	+				4	Disponible et en bon état
Fiches techniques et Supports	+				4	Dossiers obstétricaux partogramme, Registre d'accouchement
<b>Total</b>					<b>38/44</b>	<b>86,36%</b>

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

+ = désigne le niveau de qualité coché. Score maximal (SC. Max) =44

Niveau de la qualité :

En ce qui concerne les matériels de la salle d'accouchement, on enregistre un score de 86,36%. Ce score correspond au niveau 3 de la classification pour les matériels nécessaires pour une qualité des accouchements.

### 3.5. Examen clinique

**Tableau VIII: Parturientes selon le mode d'admission**

<b>Mode d'admission</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage%</b>
<b>Venue d'elle même</b>	<b>192</b>	<b>87,3</b>
Référée	21	9,5
Evacuée	07	3,2
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

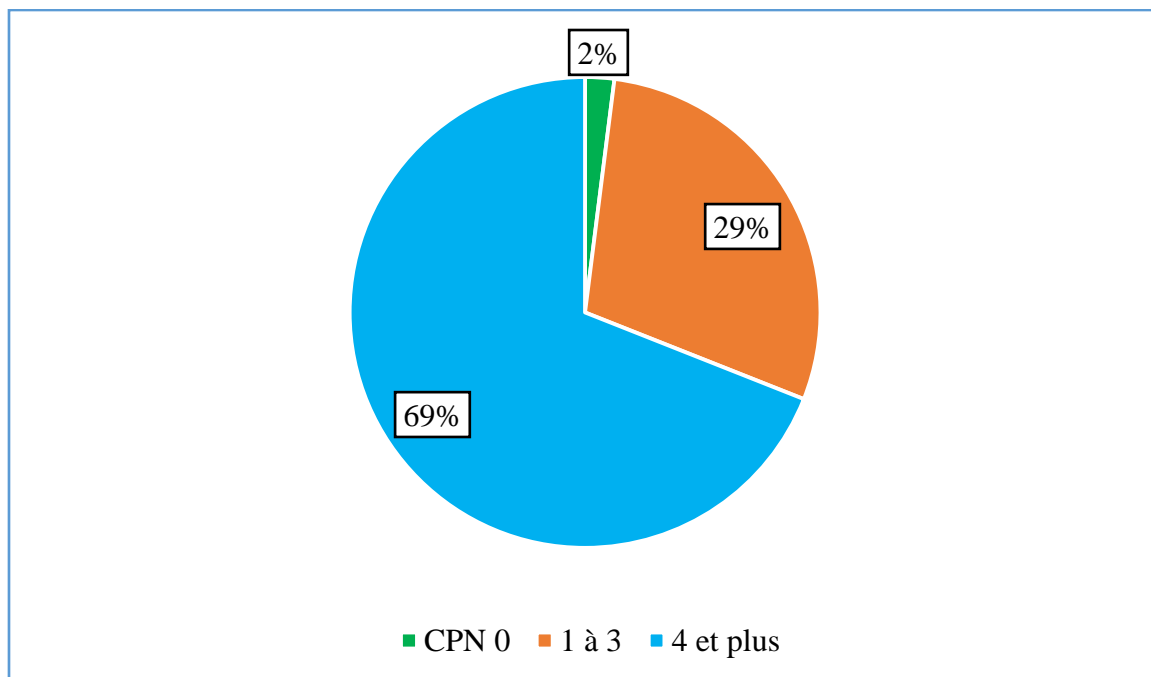
La majorité des parturientes est venue d'elle-même dans 87,3% des cas.

**Tableau IX: Parturientes selon le motif d'admission**

<b>Motifs</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage%</b>
<b>CUD sur grossesse</b>	<b>186</b>	<b>84,5</b>
Mère rhésus négatif	08	3,6
Hauteur utérine excessive	07	3,2
Saignement sur grossesse	05	2,3
Mère AgHBs positif	04	1,8
Dilatation stationnaire	04	1,8
Perte liquidienne	04	1,8
Hypertension artérielle	02	1,0
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

Le motif de consultation le plus représenté était la contraction utérine douloureuse sur grossesse estimée à terme dans 84,5% des cas.





**Figure 8 : Répartition des parturientes selon le nombre de CPN**

Le nombre de CPN effectué était supérieur ou égale à 4 dans 69% des cas. La moyenne était de  $4 \pm 2$  avec des extrêmes de 0 à 9 consultations prénatales.

### 3.6. Evaluation technique de la qualité de l'accouchement :

#### 3.6.1 Observation à la tâche :

**Tableau X: Observation sur l'accueil.**

Accueil	Effectifs	Pourcentage (%)
Demander le nom de la parturiente	30	100,0
Souhaiter la bienvenue	30	100,0
Se présenter	15	50,0
Aider à s'installer sur la table d'accouchement	30	100,0

Sur les quatre items évalués pour apprécier la qualité de l'accueil dans la salle d'accouchement, on enregistre un score de 87,50% ; ce qui correspond au niveau III.

**Tableau XI: Questions posées à l'admission de la parturiente en salle d'accouchement**

<b>Interrogatoire</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Début de la douleur	30	100,0
Examen du carnet	30	100,0
Possession du carnet de CPN	30	100,0
Perte liquidienne	27	90,0
Fréquence de la douleur	28	93,3
Mouvements du fœtus	29	96,6
Ecoulement sanguin	28	93,3
Score Moyen		96,17

Le score moyen des questions posées à l'admission de la parturiente est de 96,17%. La qualité de l'interrogatoire est classée au niveau IV.

**Tableau XII: Recherche des antécédents de la parturiente par le personnel.**

<b>Antécédents recherchés</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
ATDC médicaux	27	90,0
ATCD chirurgicaux	29	96,7
<b>ATCD obstétricaux</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

La recherche des ATCD chez les parturientes a été correctement effectuée dans plus de 90,0% des cas.

**Tableau XIII: Les antécédents médicaux retrouvés**

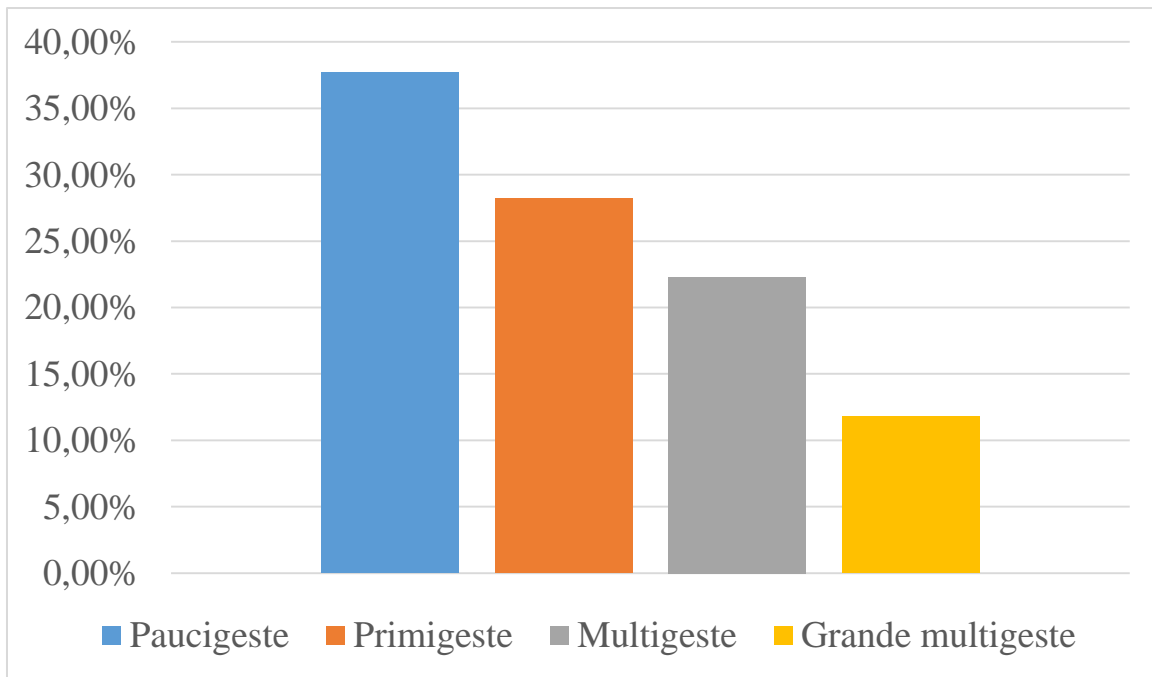
<b>Antécédents médicaux</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Ag HBs positif	12	5,4
Rhésus négatif	22	10,0
Virus immunodéficience humaine	07	3,2
Hypertension artérielle	03	1,4
Asthme	02	1,0
Drépanocytose	02	1,0
Diabète	01	0,5

L'Ag HBs positif, le mère Rhésus négatif et le VIH positif sont les principaux antécédents médicaux retrouvés.

**Tableau XIV: Les antécédents chirurgicaux retrouvés**

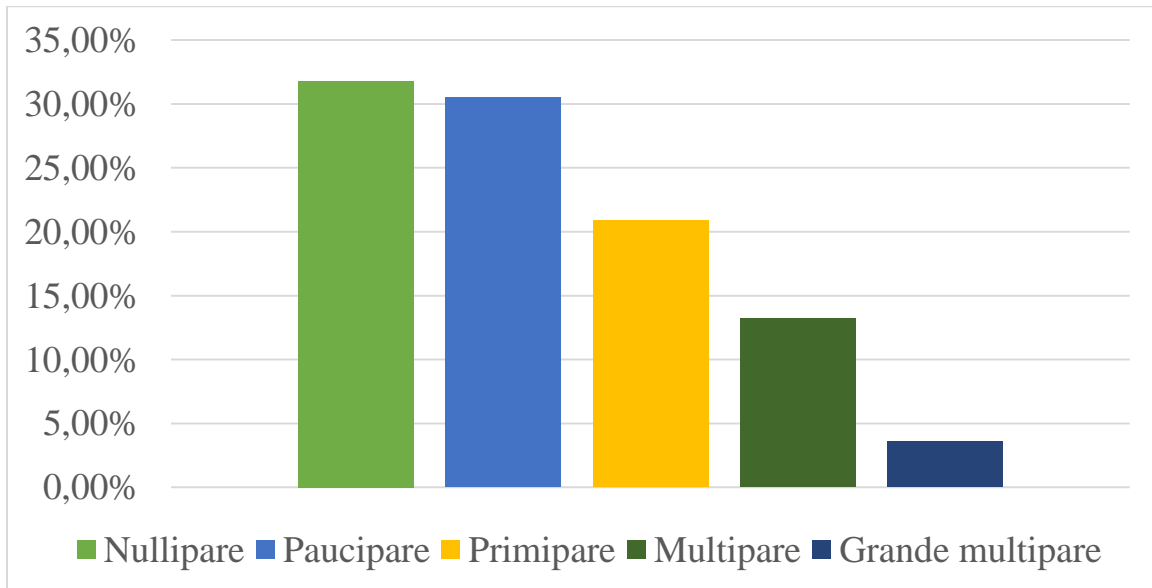
<b>Antécédents chirurgicaux</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Césarienne	08	72,73
Laparotomie	02	18,18
Appendicectomie	01	9,09
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>

Nous avons noté 72,73% de césarienne parmi les antécédents chirurgicaux.



**Figure 9: Répartition des parturientes selon la gestité**

Les pauci gestes représentent 37,7% de l'effectif. La moyenne était de  $3 \pm 1,8$  grossesses, avec des extrêmes de 1 à 9 grossesses.



**Figure 10: Répartition des parturientes selon la parité**

Les paucipares et les primipares représentent respectivement 32% et 31% de l'effectif. La moyenne était de  $2 \pm 2$  parités avec des extrêmes de 1 à 8 accouchements.

**Tableau XV: Principaux facteurs de risques retrouvés**

<b>Facteurs de Risque</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Multiparité</b>	<b>46</b>	<b>20,9</b>
Rhésus négatif	22	10,0
Grossesse multiple	16	7,3
AgHBs positif	12	5,5
Dernier accouchement dystocique	05	2,3
SRV positive	07	3,2
Avortement à répétition	03	1,4
Zéro CPN	03	1,4
HTA	03	1,4
Primipare âgée	02	1,0
Diabète	02	1,0
Asthme	02	1,0
RPM $\geq$ 12H	01	0,5

La multiparité (20,9%), la mère rhésus négatif (10,7%) et la mère porteuse de grossesses multiples sont les principaux facteurs de risques retrouvés à l'admission de la parturiente.

**Tableau XVI: Evaluation de la qualité de l'examen général**

<b>Examen général</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Prise de la tension artérielle	30	100,0
Prise de la température	30	100,0
Prise de pouls	19	63,3
Recherche d'œdème des membres inférieurs	30	100,0
Examen des conjonctives	27	90,0
Réalisation de l'Auscultation cardio-Pulmonaire	12	40,0
Score moyen		82,21%

L'évaluation de l'examen général enregistre un score moyen de 82%, ce qui classe la structure au niveau III.

**Tableau XVII: Evaluation de l'examen obstétrical**

<b>Examen obstétrical</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Mesure de la hauteur utérine	30	100,0
Palpation Abdominale à la recherche du pôle foetal	30	100,0
Auscultation des bruits du cœur-foetal	30	100,0
Notation les renseignements sur le partogramme	30	100,0
Dilatation du col de l'utérus	30	100,0
Rythme des contractions utérines	28	93,3
Score moyen		98,88

L'évaluation de l'examen obstétrical enregistre un score moyen de 99%, ce qui classe la structure au niveau IV.

**Tableau XVIII: Médicaments au cours du travail d'accouchement.**

<b>Médicaments utilisés</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Antispasmodique</b>	<b>84</b>	<b>38,2</b>
Ocytocine en perfusion	43	19,5
Antibiotique	05	2,3
Antipyrétique	01	0,5
Autres*	05	2,3

\* : Antihypertenseur (3), Anticonvulsivant (1), ARV (1)

L'Antispasmodique était la thérapie la plus utilisée dans 38,2% des cas suivi de l'ocytocique en Perfusion dans 19,5% des cas.

**Tableau XIX: Examens complémentaires demandés au cours du travail.**

<b>Examen complémentaires</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Albumine Sucre dans les urines</b>	<b>40</b>	<b>18,2</b>
Taux d'Hémoglobine	18	8,2
Groupage / Rhésus	06	2,7
Sérologie Rétrovirale	02	0,9

La recherche de l'albumine sucre a été réalisée dans 18,2% des cas.

**Tableau XX: Suivi du rythme cardiaque fœtal au cours du travail**

<b>Rythme de surveillance</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Chaque 30 minutes	27	90,0
Chaque 1 heure	03	10,0
Chaque 2 heures	00	2,5
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

La surveillance du rythme cardiaque du fœtus toutes les 30 minutes a été effectuée dans 90,0% des cas. Ce qui classe le centre au niveau IV.

**Tableau XXI: Evaluation du respect de l'intimité de la parturiente.**

<b>Respect de l'intimité</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Box Individuel	30	100,0
Accouchement à l'Abri des regards	30	100,0

La salle d'accouchement offre une intimité de parturientes dans 100% des cas, avec l'existence des box individuel, et confère à la structure le niveau IV.

**Tableau XXII: Evaluation de la relation soignant-soignée**

<b>Explication des Actes</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Expliquer l'évolution du travail	30	100,0
Encourager et soutenir psychologiquement les parturientes	30	100,0
Expliquer le déroulement de l'accouchement	30	100,0

La relation soignant-soignée est bonne.

### 3.7. Accouchement :

**Tableau XXIII: Répartition des accouchements selon la qualification du prestataire.**

<b>Prestataires</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Sagefemme</b>	<b>130</b>	<b>59,1</b>
DES gynécologue	33	15,0
Interne	28	12,7
Médecin généraliste	17	7,7
Infirmière obstétricienne	10	4,5
Gynécologue obstétricien	02	1,0
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

La majorité des accouchements a été effectuée par les sages-femmes (59%) et les DES (15%). Cependant les internes ont réalisé 13% des accouchements.



**Tableau XXIV: Type d'accouchement :**

Type	Effectifs	Pourcentage%
<b>Voie basse</b>	<b>201</b>	<b>91,4</b>
Ventouse	04	1,8
Césarienne	15	6,8
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

L'accouchement par voie basse était le mode d'accouchement le plus représenté soit 91,4% des cas.

**Tableau XXV: Types de délivrance**

Type	Effectifs	Pourcentage%
<b>Active GATPA</b>	<b>203</b>	<b>92,3</b>
Artificielle	17	7,7
Naturelle	00	0,0
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

La délivrance active était retrouvée dans 92,3% des cas contre 7,7% de délivrance artificielle.

**Tableau XXVI: Evaluation des mesures de prévention des infections (PCI).**

<b>Mesures de prévention des infections</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Matériels et consommables prêts et portés de mains	30	100,0
Port de gants stériles	29	96,6
Déposer un tissu sur la table d'accouchement	30	100,0
Tremper les matériels dans une solution décontaminant puis stériliser	30	99,0
Laver les mains avant et après chaque accouchement	30	100,0
Port des combinaisons de protection	25	83,3
Matériels lavés au savon	30	100,0
<b>Score Moyen</b>		<b>97%</b>

L'évaluation de la PCI en salle d'accouchement donne un score de 97%.

**Tableau XXVII: Evaluation de la prise en charge du nouveau-né dans la première heure de vie.**

<b>Soins au nouveau-né</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Sécher et stimuler le nouveau-né	30	100,0
Evaluer le score d'APGAR	30	100,0
Vérifier si le nouveau-né doit être réanimé	30	100,0
Garder le nouveau-né au chaud	30	100,0
Ligaturer et couper le cordon ombilical	30	100,0
Soins oculaires	30	100,0
Administration de vitamine K1	30	100,0
Initier l'allaitement	27	90,0
Nettoyer et/ou faire le bain antiseptique	30	100,0
Examen physique du nouveau-né	30	100,0
Soins ombilical	30	100,0
Etablit un carnet de santé du nouveau-né	30	100,0
Identifier le nouveau-né	24	80,0
Score moyen		98,0

L'évaluation de la prise en charge des nouveau-nés dans la première de vie enregistre un score de 98% ce qui classe le centre au niveau IV.

**Tableau XXVIII: Evaluation des soins préventifs administrés aux nouveau-nés**

<b>Traitement administré au nouveau-né</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Vaccin (BCG + Polio0)	218	99,1
Vaccin contre l'hépatite	09	4,1
Anti-retro-viral	07	3,2

Tous les nouveau-nés ont reçu le vaccin (BCG + Polio0), 75,0% des nouveau-nés (soit 9/12) de mère AgHBS positive ont reçu le vaccin contre l'hépatite et 100,0% des nouveau-nés (soit 7/7) de mères SRV positive ont reçu les ARV selon l'indication et le choix des mamans.

**Tableau XXIX : Qualité des conseils prodigués aux parturientes avant leur sortie**

<b>Conseils avant la sortie</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Encouragez l'allaitement maternel exclusif	30	100,0
Lutter contre l'hypothermie	30	100,0
Hygiène vestimentaire du bébé	30	100,0
Conseils par rapport au sommeil du bébé	27	90,0
Recherchez les signes de danger	30	100,0
Recherche d'ictère	30	100,0
Recherchez les signes d'infection locale	30	100,0
Donnez un RDV de suivi post-natal	30	100,0

L'évaluation de l'IEC/CCC aux parturientes concernant le nouveau-né avant leur sortie donne un score moyen de plus de 95%.

**Tableau XXX: Qualité de la surveillance dans le postpartum immédiat.**

<b>Surveillance postpartum</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Globe de sécurité	30	100,0
Etat de conscience	30	100,0
Saignement / Hémorragie	30	100,0
Prise de température et TA	30	100,0
Prise de pouls	30	100,0

La surveillance dans le post-partum enregistre un score de 100%.

**Tableau XXXI: L'état du nouveau-né à la sortie**

<b>Etat du nouveau-né à la sortie</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Vivant et Bien portant</b>	<b>215</b>	<b>97,7</b>
Mort-né Macéré	02	1,0
Référé à la néonatalogie	03	1,3

La majorité des nouveau-nés soit 97,7% se portaient bien à la sortie des accouchées. Nous avons enregistré 1,0% de cas de mort-né macéré de causes indéterminées.

### **3.8. Opinions des Accouchées**

**Tableau XXXII : Répartition des accouchées selon le critère de choix de la maternité**

<b>Critère de choix</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage%</b>
<b>Personnel est accueillant</b>	<b>40</b>	<b>18,2</b>
Personnel est compétent	35	15,9
Sur conseil d'une tierce personne	34	15,5
Référer et/ou évacuer	28	12,7
Je suis la protégée	26	11,8
Plateau technique satisfaisant	20	9,1
Disponibilité du personnel qualifié	14	6,3
Etablissement proche de mon domicile	12	5,5
Bonne Qualité des soins	11	5,0
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

Le personnel est accueillant a été évoqué dans 18,2% des cas par les accouchées comme raison du choix du lieu d'accouchement.

**Tableau XXXIII: La qualité de l'accueil selon les accouchées**

<b>Qualité de l'accueil</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Très bonne</b>	<b>195</b>	<b>88,6</b>
Bonne	20	9,1
Passable	03	1,3
Mauvaise	02	1,0
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

L'accueil était de bonne qualité dans 97 % des cas selon les accouchées et 1,0% a jugé l'accueil comme étant de mauvaise qualité.

**Tableau XXXIV : Les raisons d'accoucher à la maternité du CSRéf.**

<b>Raisons d'accoucher en maternité</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
PEC facile des complications	207	94,1
Accoucher à la maternité offre plus grande sécurité	207	94,1
Facilité d'acquisition de la déclaration naissance	207	94,1
Raison familiale	13	5,9

La majorité des parturientes venaient à la maternité pour la sécurité, déclaration facile de la naissance et pour éviter des complications graves soit 94,1% des cas.

**Tableau XXXV: Appréciation de l'état de salle d'accouchement par les parturientes**

<b>Etat de la salle d'accouchement</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Propre</b>	<b>177</b>	<b>80,5</b>
Satisfaisante	31	14,1
Sale	08	3,6
Désordonner	04	1,8
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

La salle d'accouchement était propre selon 80,5% des accouchées.

Cependant 5% des parturientes pensent que la salle d'accouchement est sale et désordonnée.

**Tableau XXXVI: Compréhension des conseils donnés aux parturientes dans le post-partum**

<b>Niveau de compréhension</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Bien compris</b>	<b>200</b>	<b>90,9</b>
Mal compris	15	6,8
Non compris	05	2,3
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

Plus de neuf parturientes sur dix (91%) affirment avoir bien compris les conseils donnés par le personnel après l'accouchement.

**Tableau XXXVII: Prescription d'une ordonnance à la sortie de la parturiente**

<b>Obtention d'une Ordonnance</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Ordonnance de sortie	220	100,0
Totalement servie à la pharmacie du centre	08	3,6
Servie en partie	09	4,1

**N.B.** L'ordonnance de sortie de la parturiente comprend : Amoxicilline 500, Fer Acide Folique, Antalgique, Collyre ophtalmologique pour le nouveau-né, le soin ombilical.

Toutes les parturientes avaient reçu une ordonnance à leur sortie, dont seulement 3% ont été entièrement servis à la pharmacie du centre et 4% partiellement servis.

**Tableau XXXVIII: Appréciation de la relation soignant-parturiente par les accouchées elles-mêmes**

<b>Relation interhumaine</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Très bonne</b>	<b>205</b>	<b>93,2</b>
Bonne	12	5,4
Passable	03	1,4
Mauvaise	00	0,0
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

Dans 93% des cas les parturientes ont trouvé que la relation soignant-parturiente était très bonne.



### 3.9. Niveau satisfaction

**Tableau XXXIX: Evaluation des différentes étapes de la prise en charge de la parturiente de l'admission jusqu'à la sortie**

Niveau satisfaction	Effectifs	Pourcentage (%)
Satisfait de l'accueil	215	97,7
Satisfait de la prise en charge au cours du travail	215	97,7
Satisfait de la prise en charge dans les suites de couches	220	98,0

La majorité des accouchées soit 97,7% disent être satisfaites de la prise en charge par les personnels au moment de l'accueil et pendant le travail d'accouchement.

**Tableau XL : Répartition des parturientes selon le niveau de satisfaction général.**

Niveau de satisfaction Général	Effectifs	Pourcentage (%)
<b>Très satisfaites</b>	<b>161</b>	<b>73,2</b>
Satisfaites	54	24,5
Peu satisfaite	03	1,4
Déçues	02	0,9
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

De façon générale, les accouchées étaient satisfaites des soins reçus pendant le travail d'accouchement dans 97,7% des cas.

### 3.10. : Opinions du personnel

**Tableau XLI : Opinions des personnels sur la qualité des matériels et équipements**

Opinions des personnels	Effectifs	Pourcentage (%)
Très bonne qualité	05	16,7
<b>Bonne qualité</b>	<b>20</b>	<b>66,6</b>
Passable	03	10,0
Mauvaise qualité	02	6,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Le personnel de santé a trouvé les matériels et équipement de bonne qualité dans 66,6% des cas.

**Tableau XLII : Opinions des personnels sur l'état du local**

Etat du local	Effectifs	Pourcentage (%)
<b>Très propre</b>	<b>18</b>	<b>60,0</b>
Propre	06	20,0
Désordonner	04	13,3
Sale	02	6,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Le local était jugé très propre par 60,0% des personnels.

## **IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

### **4.1. Fréquence**

Le nombre de naissance attendu dans le district pour l'année est de 2 062 (41232X5%), soit 516 par trimestre. Pendant les trois mois de notre étude (avril-juin), le centre a enregistré 950 accouchements soit un taux de réalisation de 184%. Ce qui prouve que le centre est bien sollicité pour les accouchements, même s'il y a des cas qui proviennent d'ailleurs.

Pendant les trois (3) mois de notre étude, nous avons reçus 950 parturientes dans le service parmi lesquelles nous avons recruté 220 parturientes correspondant à nos critères d'inclusion sur l'ensemble des parturientes reçues, soit 23,2% cas.

Nous avons interrogé 30 personnels sur l'ensemble des personnels 72 soit 41,6%.

### **4.2. Étude de la structure et Équipement :**

- **La structure**

La maternité avec une salle d'accouchement contient trois box d'accouchement en bon état ; qui assurent la prise en charge en respectant l'intégrité physique et de l'intimité de la parturiente. Ainsi la qualité des infrastructures du centre de santé de référence de la commune III était classée au niveau III soit 24/28 du score. En effet, il s'agit d'un ancien bâtiment rénové avec toiture en dalle bien clôturé par un mur. La propreté de la salle des suites des couches et sa toilette sont suffisantes. Les salles sont propres et bien aérées, disposant d'une source d'eau.

A Madagascar, selon l'étude de Justin Ranjalahy Rasolofomanana Un tiers (36%) des formations sanitaires offraient une salle privée garantissant intimité et confidentialité ; 22% des formations avaient une salle partagée, et une salle avec intimité seulement a été notée dans 9% des formations sanitaires.

SAGARA A dans sa thèse classe le CSREF de Kayes comme étant de niveau II au plan structural. Clôturé d'un mur en mauvais état, le centre dispose d'une

maternité, mais n'a pas de bloc opératoire. L'état du bâtiment nécessite une rénovation en béton.

- **Personnels**

Dans Notre étude, les sages-femmes ont été interviewées dans 40% des cas suivi à la tâche dans 59% des cas. Les Internes ont été interviewés dans 23% des cas suivi par les médecins en formation (DES) observé dans 15% des cas.

Cependant, les Gynécologues obstétriciens ont été interviewés dans 3% des cas et observés dans 1% des cas. Notre score concernant la qualité des ressources humaines est élevé du fait qu'on a interviewé et observé à la tâche, le personnel qualifié, autorisé à mener l'activité en fonction des documents des Normes et Procédures en Santé de la Reproduction au Mali.

A Madagascar, [13] ce sont les sages-femmes qui ont le plus souvent été observées et interviewées (entre 64 et 70% des trois groupes d'échantillons). Les autres prestataires médecins représentaient un quart de l'échantillon (24%). Lors des observations SPN « les autres prestataires non-médecins » représentaient 30% des prestataires. Les obstétriciens et les infirmiers n'ont que rarement participé à l'enquête (1,5 à 7% et 4 à 7% respectivement) dans tous les échantillons.

A Kayes, [13] 61,04% des accouchements sont réalisés par les sages-femmes contre 13,8% par des médecins ne peut être qu'acceptable (qualité de soin assez bon).

- **Matériels et Equipements**

La salle dispose trois tables d'accouchement, un Poupinel, une lampe chauffante, une lampe baladeuse, un cardiotocographe, et un système de gestion des déchets biomédicaux (par la présence des poubelles tricolores, boites de sécurité et une équipe de GS pour assurer une bonne gestion des déchets produits lors des soins d'accouchement) pour une meilleure prise en charge des

parturientes dans un environnement sain. Le centre est de niveau III avec un score de 30/32 soit 93,75%.

Système d'éclairage assuré par EDM-SA et un groupe électrogène de grande capacité, l'approvisionnement en eau est assuré par le réseau SOMAGEP SA et un forage.

La salle dispose tous les matériels techniques nécessaires pour assurer une bonne prise en charge des parturientes et les nouveau-nés selon les besoins ainsi le centre est classé niveau III avec un score de 41/48 soit 85,4%.

Cependant à Kayes [13] la maternité est équipée de deux tables en salle d'accouchement, suffisamment de boîtes d'accouchement, une boîte pour l'examen sous valve, deux lampes baladeuses en salle d'accouchement, une ventouse pour des accouchements instrumentés. Pendant qu'à Madagascar [14], le taux d'équipements de la salle d'accouchement était de 68%.

### **4.3. Profils des parturientes**

- **Age**

Dans notre étude la tranche d'âge la plus représentée était comprise entre 21 à 30 ans. La moyenne d'âge était de  $25,9 \pm 6,33$  ans avec des extrêmes de 16 et 39 ans.

Ce résultat comparable à ceux rapportés dans la littérature : Samaké D. [15] en 2011 a trouvé un âge moyen de 24,95 ans avec des extrêmes de 15 et 45 ans. Dembélé S. [16] a trouvé un âge de  $26 \text{ ans} \pm 5,88$  avec des extrême de 17 et 40 ans au CSRéf de Koutiala en 2011. Sagara A en 2019 a rapporté dans son étude un âge moyen de 24,5 ans avec des extrêmes allant de 14 ans et 45 ans au CSRéf de Kayes [13]. Dembélé M [17] avait trouvé un âge moyen de 27,5 ans avec des extrêmes de 15 et 40 ans en 2021 au CSRéf de Fana. Nos données concordent avec celles de l'EDS-VI du Mali [3].

- **Niveau d'étude**

Dans cette étude la majorité des patientes avaient un niveau d'étude primaire soit 35,0% des cas et plus d'un quart (25,0%) n'étaient pas instruites.

Ce résultat est inférieur de ceux de Dembélé S. [16] en 2011 qui a trouvé 68,4% de parturientes non scolarisées. Les femmes non scolarisées représentent 37,20% de l'échantillon de Sagara A en 2019 [13] comme à Fana avec un taux de 72,9 % selon Dembélé M. [17]. Selon l'EDS-VI du Mali deux tiers des femmes de 15-49 ans (66 %) n'ont aucun niveau d'instruction.

Une enquête mondiale de l'OMS a montré que la fécondité était inversement proportionnelle au niveau d' instruction des femmes. Les femmes sans instruction ont en moyenne 2 fois plus d' enfants que celles qui ont eu 7 années ou plus de scolarité [18].

- **Statut matrimonial**

Les parturientes étaient majoritairement mariées dans 89,0% des cas. Comme dans la plupart des études menées tels-que l'étude de Dembélé S. [16] en 2011, de Sagara A. [13] en 2019 et de Dembélé M. [17] en 2021 qui ont rapporté respectivement 88,2%, 87,1% et 98,2 des femmes mariées. Le rôle de la famille malienne est primordial dans la gestion de la grossesse.

- **Parité**

La multiparité a été observée dans 13,2% des cas dans cette étude. Ce résultat est inférieur à celui de Sagara A. [13] qui a trouvé 26,20% des femmes multipares. La multiparité étant un facteur de risque de mortalité materno-fœtale tels-que : l'hémorragie de délivrance, la rupture utérine etc.

- **Conditions socio-économiques**

Les conditions socio-économiques étaient jugées moyennes 78,0% des cas. Selon l'EDS-VI [3] du Mali la fécondité augmente pour les ménages ayant un niveau de bien-être économique plus bas. La condition socio-économique peut avoir un impact négatif, le recours et la qualité des soins offerts aux femmes

enceintes selon l'EDSM-VI, l'assistance à la naissance par un prestataire formé augmente avec le niveau de bien-être économique du ménage et la demande en planification familiale satisfaite est plus élevée (54 %) dans les ménages du quintile de bien-être économique le plus élevé.

#### **4.4. Examen à l'admission**

- **Mode et motifs de consultation**

Au cours de notre étude, 87,3% de nos patientes sont venues d'elles-mêmes, 9,5% des parturientes ont été référées, et 3,2% ont été évacuées. Le motif de consultation le plus fréquemment retrouvé était la contraction utérine douloureuse sur grossesse dans 84,2% des cas.

- **Nombre de CPN**

Dans notre étude 98% des femmes avaient effectué au moins une consultation prénatale. Le nombre de CPN effectué était supérieur ou égale à 4 dans 87,3% des cas. La moyenne était de  $4 \pm 2$ . Ce résultat est similaire à celui de Sagara A. [13] qui a trouvé 84,10% des femmes ayant fait au moins une CPN au CSRéf de Kayes en 2019. En 2018, Bocoum B [5] a révélé au cours de son étude que 63,1% des parturientes avaient fait la CPN au CHU Gabriel Touré. Une étude faite au Ghana en 2019 [4] sur l'amélioration des qualités des soins maternels et néonataux a trouvé que 65,1% des femmes avaient fait 4 CPN.

Selon l'EDS-VI [3] du Mali 80 % ont effectué au moins une visite prénatale auprès d'un prestataire formé (médecin, infirmière, sage-femme, matrone). Le nombre et le moment des visites sont également importants. Moins de la moitié des femmes (43 %) ont effectué au moins quatre visites prénatales et pour 36 % la première visite s'est déroulée avant quatre mois de grossesse. La proportion de femmes ayant effectué 4 visites prénatales ou plus a augmenté de 30 % en 2001 à 43 % en 2018.

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.

- **Accueil**

Dans cette étude l'accueil était jugé bon de façon générale. Tous les personnels demandaient le nom de parturientes ; les souhaitaient la bienvenue ; et ils les aidaient à s'installer sur la table d'accouchement. Et seulement 50,0% des personnels se présentaient aux parturientes à l'admission, le centre est classé niveau III, parce que 75,0% des personnels ont correctement effectués les gestes techniques de l'admission. Ce qui prouve que l'accueil était de bonne qualité dans la majorité des cas. Ce résultat est similaire à celui de Samaké D [15] qui a trouvé un accueil de bonne qualité dans l'ensemble soit 75,64% (niveau IV). Hassan I. [19] dans son mémoire a rapporté que toutes les femmes avaient trouvé l'accueil bon au niveau de la maternité du CSCom Universitaire de Konobougou en 2021.

L'accueil fait partie de la qualité des soins et un bon accueil augmenterait la fréquentation du service de maternité d'une part et permettrait d'établir la confiance entre soignante-soignée d'autre part qui améliorerait la satisfaction des femmes.

- **Interrogatoire**

L'interrogatoire était noté très bon (5/5) car tous les éléments étaient demandés par plus de 90% des personnels. Le début de la douleur a été demandé chez toutes les parturientes ainsi que l'examen du carnet a été effectué, soit 100% des cas. Ce qui doit être systématique pour permettre de connaître les antécédents des parturientes afin de dépister les grossesses à risques. Tout comme Dembéle M [17] a rapporté une l'interrogatoire notée (5/5) dans son étude en 2021 au CSRéf de Fana. Sagara A. [13] en 2019 a trouvé un niveau III pour



l'interrogatoire car la moyenne des différents paramètres de l'interrogatoire est 60%. Dans son étude l'exploitation du carnet de CPN était réalisée chez 94,8% des femmes.

- **Examen général**

L'examen général était jugé de bonne qualité chez 75,0% des personnels, le centre est de niveau III. Les paramètres ont été pris en compte dans la majorité des cas comme la tension artérielle (100%), la recherche d'œdèmes des membres inférieurs (100%), l'examen des conjonctives (90,0%), la température (100%) et le pouls (63,3%). A signalé que l'auscultation cardio-pulmonaire fait défaut soit 40,0% des personnels. Ces résultats sont similaires à ceux de Sagara A. [13] qui a trouvé l'auscultation pulmonaire dans 3,24% des cas.

Samaké D. [15] a constaté que le CS Réf commune VI était de niveau IV sur le plan de l'examen général en 2011. L'examen clinique était noté niveau III dans l'étude de Dembéle M.[17] au CSRéf de Fana en 2021.

L'examen clinique est une étape importante dans la prise en charge des parturientes, elle permet la détection des signes vitaux et d'avoir une idée sur le pronostic de la parturiente.

- **Examen obstétrical**

L'examen obstétrical était noté niveau IV. Tous les paramètres obstétricaux étaient examinés par plus de 90% des personnels, comme la mesure de la hauteur utérine (100%), l'auscultation des bruits du cœur fœtal (100%), la recherche du pôle fœtal (100%), la dilatation du col de l'utérus (100%), le rythme des contractions utérines (93,3%) et tous ces renseignements ont été noté dans le partogramme soit 100% des cas. Ce résultat est comparable à celui de Sagara A. [13] qui a noté un examen obstétrical de très bonne qualité, le toucher

vaginal était réalisé dans 100%, des contractions utérines étaient évalué dans 74,50%, ainsi que la mesure de la hauteur utérine dans 95,70%.

- **Accouchement**
- **Qualification de l'accoucheur**

La majorité des accouchements était effectuée par les sages-femmes soit 59,1% des cas ; cela s'explique par leur présence et leur compétence en termes des soins d'accouchements et par insuffisance du nombre de médecins.

Dans son étude Samaké D [15] a trouvé que l'accouchement était effectué par les sages-femmes dans 40,39% suivi des internes 39,40% en 2011 au CSRéf de la Commune VI. Dembélé S[16] a rapporté dans son étude que l'accouchement a été dirigé dans 35,5% par un médecin au CSRéf de Koutiala en 2011. Dans l'étude réalisée au CSRéf de Kayes par Sagara A [13] 61,04% des accouchements étaient réalisés par des sages-femmes. Tout comme au CSRéf de Fana où la prise en charge des parturientes a été assurée dans 69,4% des cas par une sage-femme ; selon Dembélé M [17]. Cela s'explique par le manque de médecin dans la plupart des CSRéf en dehors de Bamako.

Bocoum B [5] 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.

Ces résultats dénotent que la majorité des accouchements ont été effectués par des personnels qualifiés comme le recommande l'organisation mondiale de la santé.

- **Type d'accouchement et délivrance**

Dans notre étude 91,4% des femmes ont accouché par voie basse contre 1,8% d'accouchement instrumental, la délivrance était active dans 92,3% des cas.

Ce résultat est comparable à celui de Sagara A. [13] qui a noté une délivrance active dans 97,40% des cas.

Ce résultat montre l'importance accordée à la délivrance active en fin d'éviter le mieux que possible l'hémorragie dans le postpartum.

- **L'usage du partographe :**

Notre étude avait montré que toutes les parturientes avaient été surveillées avec le partographe. Le partogramme est un outil de surveillance par excellence il constitue également une preuve médico-légale.

- **Le respect des mesures de prévention de l'infection :**

Cette étape qui est la plus importante dans l'évaluation de la qualité de soin avait été bien conduite selon les normes standards de la prévention des infections : le lavage des mains était très bien conduit, les matériels étaient trempés dans une solution de décontamination à 100% puis lavés avec du savon, séchés et stérilisés en salle d'accouchement car il y'a un stérilisateur disponible et en bon état, toutes les parturientes avaient accouché sur des plastiques à usage unique comme alèze.

Les personnels portaient les Combinaisons de protection contre les infections. Le seul problème qui s'est posé à cette étape était le port des lunettes de protections, car le centre n'en dispose pas.

- **Traitement reçu**

Dans notre étude l'antispasmodique était le traitement le plus utilisé dans 41% des cas suivi de la perfusion d'ocytocine dans 21% des cas. Ce résultat est

inversement proportionnel à celui de Sagara A. [13] qui a noté 25% de cas de perfusion d'ocytocine et 13,60% de cas d'antispasmodique en intraveineuse.

- **Soins des nouveau-nés**

La prise en charge des nouveau-nés était correcte selon leurs états de naissance et les conditions d'accouchement dans 100,0% des cas, 8,6% des nouveau-nés de mères SRV et AgHBS positive ont reçu le bain antiseptique. Nous avons enregistré 1,0% de mort-né macéré de contexte inconnu, tous les nouveau-nés ont reçu le vaccin (polio0, BCG) les soins oculaires et ombilicaux. Le centre est de niveau IV pour les soins immédiats et la surveillance des nouveau-nés dans les six heures après l'accouchement chez les 100,0% des personnels.

- **La surveillance du post-partum immédiat**

La surveillance dans le post-partum était de bonne qualité chez 100,0% des personnels, le centre est classé niveau IV. Les paramètres comme le globe de sécurité, le saignement, l'état de conscience ont été bien surveillés dans 100,0% des cas. Sagara A. [13] avait trouvé une surveillance de meilleure qualité de l'état de conscience et de l'hémorragie à 100,0%.

#### **4.5. L'opinion des femmes sur les prestations :**

**Qualité de l'accueil :** elle a été jugée très bonne ou bonne par la plupart des accouchées dans 97,7% des cas, ce taux est très satisfaisant, le centre étant un centre de référence, les personnels se doivent être beaucoup plus accueillant afin de mieux prendre soins des clientes. Coulibaly OT[20] a rapporté 80,2% des cas de qualité d'accueil jugé bon dans son étude basée sur l'évaluation de la qualité des consultations prénatales au centre de santé de référence de la Commune I en 2012.

**Critère de choix du centre :** la compétence des personnels et les personnels accueillants ont été les raisons les plus notées par les parturientes avec respectivement 18,2% et 15,9% des cas. Ce résultat est différent à celui de

Samaké D. [15] qui a rapporté la proximité de l'établissement avec un taux de 32,67% des cas dans son étude.

- **Conseils donnés aux femmes :**

Les conseils ont été de très bonne qualité dans 90,9% des cas d'assez bonne qualité dans 6,8% des cas et mauvaise qualité dans 2,3% des cas.

Dans l'étude de Sagara A. [13] les accouchées avaient bénéficié des conseils de très bonne qualité dans 56,10% des cas et de mauvaise qualité dans 13,60% des cas.

- **Relation interhumaine :**

La relation interhumaine était jugée très bonne dans 93,2% des cas, cela sous-entend une parfaite collaboration entre les soignants et les soignées.

- **Niveau de satisfaction**

De façon générale les clientes étaient très satisfaites ou satisfaites de la prise en charge globale depuis l'admission jusqu'à la sortie du centre dans 97,7% des cas. Coulibaly OT[20] a signalé un taux de 90% des cas de satisfaction dans son étude. Toutes les patientes ont reçu une ordonnance de sortie.

## **CONCLUSION :**

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

Elle nous montre que les parturientes sont en mesure d'exprimer un point de vue détaillé sur l'offre des soins obstétricaux. A cet effet l'analyse de ses résultats montre une amélioration de la qualité de soins de 2018 à 2021 malgré cette amélioration des insuffisances persistent dans nos pratiques quotidiennes. Ces insuffisances sont de nature à entacher les résultats attendus à savoir : l'administration des soins de qualités aux populations cible.

## **RECOMMANDATIONS :**

### **Aux CSRéf :**

- Créer une unité pour l'accueil des parturientes
- Renforcer les compétences des agents en matière d'accueil et orientation
- Renforcer l'IEC/CCC dans l'unité d'accueil
- Aménager une salle de pré travail pour les parturientes
- Renforcer les matériels et équipements en salle d'accouchement la prise en charge des parturientes et des nouveau-nés ;

### **Aux personnels de santé :**

- Respecter les normes et procédures en SR
- Insister lors des séances d'I E C sur le planning familial, la préparation à l'accouchement, l'allaitement et les avantages de se rendre dans une structure sanitaire dès les premiers signes du travail d'accouchement ;
- Analyser régulièrement les différentes plaintes formulées par les bénéficiaires auprès des comités de gestion des plaintes ou issues des boîtes de suggestions ;

### **Aux populations cibles :**

- Evaluer de façon régulière et permanente le niveau de satisfaction des bénéficiaires parturientes et personnel de santé.
- Faires des observations et des suggestions à travers les boîtes de suggestion,

## REFERENCES

1. World Health Organization. New global targets to prevent maternal deaths [Internet].
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. 2ème Édition. Paris : Médecins Sans Frontières ; 2019.
3. Enquête Démographique et de Santé Mali (EDSM-VI), Bamako, Ministère de la santé, 2014-2018 :171p.
4. Ansong J. Socio-Cultural Practices Influencing Intrapartum and Postpartum continuum of care in the Asante Akim North District, Ashanti Region. Thèse of medicine University of GHANA; July 2019; N°84 : 236p.
5. 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. USTTB; 2019 ; N°409 :87p.
6. Raven JH, Tolhurst RJ, Tang S, van den Broek N. What is quality in maternal and neonatal health care? *Midwifery*. oct 2012;28(5):e676-683.
7. Tunçalp Ö., Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl R, et al. Quality of care for pregnant women and newborns-the WHO vision. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. juill 2015;122(8):1045-9.
8. OMS : Réduction de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique de l'Ouest et du centre. Rapport de l'atelier sur le suivi technique du Forum « vision 2010 ». Bamako octobre 2003.
9. Beatrice J Expérience de la maternité. Thèse de doctorat en sociologie. Paris, 1994 : 403p.
10. Kassambara M Evaluation d'un centre de santé maternelle et infantile en milieu urbain appliqué à la commune VI du district de Bamako Thèse de médecine, Bamako. 1989 N° 15 ; p179.
11. Roemer ML, Montaya, Aguilar L'évaluation et l'assurance de la qualité des soins de santé primaire OMS. Publication offset, Genève ; N° 105,75p. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39880>.
12. Ministère de la Santé et des Affaires sociales du MALI. PNP ; Gravido-puerperalité : soins prénatals, soins pernatals & soins postnatals ; Volume 3, 2019 : 200p.



13. Sagara A. Evaluation de la qualité des soins obstétricaux en salle d'accouchement au CSREF de Kayes. Thèse Médecine USTTB 2019 N°333 92p.
14. Justin Ranjalahy Rasolofomanana, Qualité des soins dans la prévention et la prise en charge des complications courantes chez la mère et le nouveau-né dans les formations sanitaires de Madagascar, JPIEGO, 2011.
15. Samaké D. Evaluation de la qualité des soins d'accouchement au Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako. Thèse de Méd. USTTB; 2011;N°172:99p.
16. Dembélé S. Evaluation de la qualité des soins obstétricaux au Centre de Santé de Référence de Koutiala. Thèse Méd USTTB 2011N°31098p.
17. Dembélé MB. Evaluation de la qualité des soins obstétricaux et néonataux au Centre de Santé de Référence de Fana. Thèse de Méd. USTTB; 2021;N°10: 117p.;
18. Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle. 1ère éd. Nouvelle méthodologie OMS/UNICEF Avril 1996. Genève. P: 16. Engrenage fatal 40(5), 1986,193-202.
19. Hassan I. Évaluation de la qualité du travail d'accouchement a la maternité du Centre de Santé Communautaire et Universitaire (CSCoM-U) de Konobougou. Mémoire en médecine. USTTB; 2021 :64p.
20. Coulibaly OT. Evaluation de la qualité des consultations prénatales au centre de santé de référence de la Commune I. [Thèse], Bamako. 2012 N° 191 : 109p.

## **ANNEXES**

### **Fiche signalétique**

**Nom :** CISSE

**Prénom :** Ibrahim

**Thème :** Evaluation de la qualité des soins dans la salle d'accouchement du CSREF CIII du district de Bamako.

**Pays d'origine :** Mali

**Bibliothèque :** FMOS.

#### **Résumé :**

Il s'agissait d'une étude mixte qualitative et quantitative avec collecte prospective des données allant du 1<sup>er</sup> Avril au 31 Juin 2021 soit une période de 3mois. Elle s'est déroulée au Centre de Santé de Référence de la commune III (CSRéf. CIII) du district de Bamako. Nous avons inclus toutes les parturientes reçues en salle d'accouchement et ayant accepté de participer à l'étude après un consentement éclairé et tous les personnels chargés des soins de l'accouchement ayant accepté de participer à l'étude après un consentement éclairé. Au total nous colligé 220 parturientes admises en salle d'accouchement et 30 agents de santé parmi lesquels 1 gynécologue et obstétricien ; 12 sages-femmes ; 7 internes ; 5 médecins ; 5 infirmières tous du CSREF de la commune III.

Il ressort que dans cette étude, le nombre de naissance attendu dans le district pour l'année est de 2 062 (41232X5%), soit 516 par trimestre. Pendant les trois mois de notre étude (avril-juin), le centre a enregistré 950 accouchements soit un taux de réalisation de 184%. La qualité des infrastructures du centre de santé de référence de la commune III était classée au niveau III soit 24/28 du score.

Les sages-femmes ont été interviewées dans 40% des cas suivi à la tâche dans 59% des cas, les Internes dans 23% des cas suivi par les médecins en formation (DES) dans 15% des cas. Cependant, les Gynécologues obstétriciens ont été interviewés dans 3% des cas et observés dans 1% des cas.

La salle dispose tous les matériels techniques nécessaires pour assurer une bonne prise en charge des parturientes et les nouveau-nés selon les besoins ainsi le centre est classé niveau III avec un score de 41/48 soit 85,4%.

Concernant les parturientes, la majorité était dans une tranche d'âge de 21 à 30 ans, avec un âge moyen de  $25,9 \pm 6,33$  ans avec des extrêmes de 16 et 39 ans. Nous avons enregistré 35,0% des cas des patientes ayant un niveau d'étude et 25,0% des cas n'étaient pas instruites.

Elles étaient mariées dans 89,0% des cas et multiparité dans 13,2% des cas. Elles avaient une condition socio-économique jugée moyennes dans 78,0% des cas. Dans 98% des parturientes avaient effectuées au moins une consultation prénatale. Le nombre de CPN effectué était supérieur ou égale à 4 dans 87,3% des cas. La moyenne était de  $4 \pm 2$ .

L'accueil était jugé bon de façon générale. L'examen général était jugé de bonne qualité chez 75,0% des personnels, le centre est de niveau III. La qualité de l'examen obstétrical était noté niveau IV. La majorité des accouchements était effectuée par les sages-femmes soit 59,1% des cas. Le respect des mesures de prévention de l'infection avait été adopté dans tous les cas. Le centre est de niveau IV pour les soins immédiats et la surveillance des nouveau-nés dans les six heures après l'accouchement chez les 100,0% des personnels.

La surveillance dans le post-partum était de bonne qualité chez 100,0% des personnels, le centre est classé niveau IV. De façon générale les clientes étaient très satisfaites ou satisfaites de la prise en charge globale depuis l'admission jusqu'à la sortie du centre dans 97,7% des cas.

**Mots clés :** Qualité des soins ; Salle d'accouchement ; Gyneco-obstetrique ; Mali.

## **Summary:**

This was a mixed qualitative and quantitative study with prospective data collection from April 1 to June 31, 2021, i.e., a 3-month period. It took place at the Reference Health Center of the commune III (CSRéf. CIII) of the district of Bamako. We included all parturients received in the delivery room and who agreed to participate in the study after informed consent and all the staff in charge of delivery care who agreed to participate in the study after informed consent. In total, we collected 220 parturients admitted to the delivery room and 30 health workers, including 1 gynecologist and obstetrician; 12 midwives; 7 interns; 5 doctors; and 5 nurses, all from the CSREF of commune III.

In this study, the number of births expected in the district for the year was 2,062 (41232X5%), or 516 per quarter. During the three months of our study (April-June), the center recorded 950 deliveries, a rate of 184%. The quality of the infrastructure of the commune III referral health center was classified as level III, i.e., 24/28 of the score.

Midwives were interviewed in 40% of cases, followed by interns in 23% of cases, followed by doctors in training (DES) in 15% of cases. However, obstetrician gynecologists were interviewed in 3% of cases and observed in 1% of cases.

The room has all the technical equipment necessary to ensure good care of parturients and newborns as required, and the center is classified as level III with a score of 41/48, i.e. 85.4%.

Concerning the parturients, the majority were in an age range of 21 to 30 years, with an average age of  $25.9 \pm 6.33$  years with extremes of 16 and 39 years. We recorded 35.0% of the cases of patients with a level of education and 25.0% of the cases were uneducated.

They were married in 89.0% of cases and had multiple pregnancies in 13.2% of cases. Their socio-economic status was considered average in 78.0% of cases. In 98% of the cases, they had undergone at least one prenatal consultation. The number of ANC performed was greater than or equal to 4 in 87.3% of cases. The average was  $4\pm 2$ .

The reception was generally considered good. The general examination was judged to be of good quality in 75.0% of the staff, the center is level III. The quality of the obstetrical examination was rated level IV. The majority of deliveries were carried out by midwives (59.1% of cases). Compliance with infection prevention measures was adopted in all cases. The center was level IV for immediate care and monitoring of newborns within six hours of delivery for 100.0% of staff.

Postpartum monitoring was of good quality for 100.0% of the staff, and the center is classified as level IV. In general, the clients were

**Key words:** Quality of care; Delivery room; Gynéco-obstétric ; Mali.

## **FICHE D'ENQUETE**

### **I- Opinions des personnels sur la structure**

#### **Etat de la Salle d'accouchement**

Q1. Très propre...../ 1=oui 2=non

Q2. Propre...../ 1=oui 2=non

Q3. Sale...../ 1=oui 2=non

Q4. Désordonner...../ 1=oui 2=non

#### **Qualité des matériels et équipements**

Q5. Très bonne qualité...../ 1=oui 2=non

Q6. Bonne qualité...../ 1=oui 2=non

Q7. Passable...../ 1=oui 2=non

Q8. Mauvaise qualité...../ 1=oui 2=non

## II - OBSERVATION DES ACCOUCHEMENTS

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

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

Heure de début : ..... Heure fin : ..... Date : .....

### Profil du personnel

Q1 Qualification de l'agent qui a pris en charge la parturiente (1-6) :...../

1=Gynéco-obstétriciens 2=Médecin Généraliste, 3= Sage-femme, 4=infirmière obstétricienne,  
5=DES Gynéco, 6=Interne

Q2 Sexe ...../

1=Masculin, 2=Féminin,

### L'ACCUEIL

Q3 Souhaiter la bienvenue 1=oui 2=non

Q4 Se présenter 1=oui 2=non

Q5 Demander le nom de la parturiente 1=oui 2=non

Q6 Aider à s'installer sur la table d'accouchement 1=oui 2=non

### L'EXAMEN DE LA FEMME EN TRAVAIL

#### Mode d'admission

Q7 Venue d'elle-même 1=oui 2=non

Q8 Référencer 1=oui 2=non

Q9 Evacuer 1=oui 2=non

Q10 Motifs d'admissions (1 à 9) ...../

1= CUD/grossesse, 2=Perte liquidienne, 3=Saignement, 4=Rhésus négatif,  
5=AgHBs positif,

6=HTA, 7=Dilatation stationnaire, 8= HU excessive, 9=Autres

### **Les questions posées à l'interrogatoire**

- Q11 Sur le début de la douleur            1=oui 2=non
- Q12 La fréquence de la douleur            1=oui 2=non
- Q13 Sur les mouvements fœtaux        1=oui 2=non
- Q14 Sur les pertes liquidiennes        1=oui 2=non
- Q15 sur un écoulement sanguin vaginal    1=oui 2=non
- Q16 Sur la possession du carnet de CPN    1=oui 2=non
- Q17 Sur l'examen du carnet            1=oui 2=non

### **Examen général**

- Q18 La tension artérielle prise        1=oui 2=non
- Q19 Prise de pouls            1=oui 2=non
- Q20 Prise de la température        1=oui 2=non
- Q21 Auscultation cardio-pulmonaire    1=oui 2=non
- Q22 Œdème des membres inférieurs    1=oui 2=non
- Q23 L'examen des conjonctives        1=oui 2=non

### **Examen obstétrical**

- Q24 Mesure la hauteur utérine (HU)        1=oui 2=non
- Q25 Palpation abdominale à la recherche d'un pôle fœtal    1=oui 2=non
- Q26 Appréciation du rythme des contractions utérines    1=oui 2=non
- Q27 Auscultation des bruits du cœur fœtal (BCF) 1=oui 2=non
- Q28 Appréciation de la dilatation du col de l'utérus        1=oui 2=non
- Q29 Noter les renseignements sur le programme        1=oui 2=non

### **Familiarisation entre parturiente et l'agent de la santé**

- Q30 Expliquer l'évolution du travail        1=oui 2=non



Q31 Expliquer Le déroulement de l'accouchement 1=oui 2=non

Q32 Encourager la parturiente 1=oui 2=non

### **Prise de décision**

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

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

### **Surveillance du travail d'accouchement**

#### **Rythme cardio fœtal**

Q35 Chaque trente minutes 1=oui 2=non

Q36 Chaque une heure 1=oui 2=non

Q37 Chaque deux heures 1=oui 2=non

Q38 Compter les BCF et noter 1=oui 2=non

### **Médicaments administrés pendant le travail**

Q39 Thérapeutiques en cours

1= Antispasmodique 1=oui 2=non 2= Ocytocique en perfusion 1=oui 2=non

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

4= Une transfusion sanguine 1=oui 2=non 5= Antibiothérapie 1=oui 2=non

6= Antipyrétique 1=oui 2=non 7= Prostaglandines voie vaginale 1=oui 2=non

8= Prostaglandines sublinguale 1=oui 2=non 9= Autres 1=oui 2=non

### **Q40 Examens complémentaires**

1= Echographie 1=oui 2=non 2= groupage/Rhésus 1=oui 2=non

3= Taux d'hémoglobine 1=oui 2=non 4= Alb-sucre 1=oui 2=non

4= Autre 1=oui 2=non

## **Mesure d'hygiène**

Q41 Matériels et consommables prêt et portée de main 1=oui 2=non

Q42 Se laver les mains avant et après chaque accouchement 1=oui 2=non

Q43 Port de gant Stérils 1=oui 2=non

Q44 Port des combinaisons de protections 1=oui 2=non

Q45 Déposer un tissu sur la table d'accouchement 1=oui 2=non

Q46 Tremper les matériels dans une solution décontaminant puis stériliser 1=oui 2=non

Q47 Matériels lavés au savon 1=oui 2=non

Q48 Délivrance (1-3) :..... .... /

1= Naturelle 2= Artificielle 3= Active

## **Intimité de l'accouchement**

Q49 Présence de box individuel 1=oui 2=non

Q50 Accouchement à l'abri des regards 1=oui 2=non

**Q51 Quel a été le type d'accouchement ? (1-3)...../**

1= Voie basse 2= Par césarienne 3= Par ventouse

## **SOINS DU NOUVEAU NE**

Q52 Sécher et stimuler le nouveau-né, 1=oui 2=non

Q53 Evaluer le score d'APGAR, 1=oui 2=non

Q54 Vérifier si le nouveau-né doit être réanimé, 1=oui 2=non

Q55 Garder le nouveau-né au chaud, 1=oui 2=non

Q56 Ligaturer et couper le cordon ombilical, 1=oui 2=non

Q57 Soins oculaires, 1=oui 2=non

Q58 Administrer la vitamine K1, 1=oui 2=non

Q59 Initier l'allaitement, 1=oui 2=non

Q60 Nettoyer et/ou faire le bain antiseptique, 1=oui 2=non

Q61 Examen physique systématique du nouveau-né, 1=oui 2=non

Q62 Soins Ombilicaux, 1=oui 2=non

Q63 Vacciner le nouveau-né. 1=oui 2=non

### Traitement administré au nouveau-né

Q64 Vaccin (polio0 BCG) 1=oui 2=non Q65 Vaccin contre l'hépatite 1=oui 2=non

Q66 ARV 1=oui 2=non

### SURVEILLANCE DU POST PARTUM

Q67 Prise de pouls et la TA 1=oui 2=non Q68 Prise de la température 1=oui 2=non

Q69 Le globe de sécurité 1=oui 2=non Q70 L'état de conscience 1=oui 2=non

Q71 Saignement 1=oui 2=non

### III- OPINIONS SUR LES ACCOUCHEMENTS

Caractéristiques sociodémographiques des parturientes

OPC2 Nom :.....Prénom :.....Age :.....

OAC3 Profession (1-5)...../

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

OAC4 Niveau scolaire (1-5)...../

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

OAC5 Etat matrimonial (1-4)...../

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

OAC6 Conditions sociaux économique (1-3)...../

1=basse, 2=moyenne, 3=favorable

OAC7 Résidence actuelle (1-3)...../

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

OAC8 Facteurs de risque (1-6) ...../

1=grand multipare 2=multipare, 3=primipare âgée, 4=dernier accouchement dystocique (césarienne, ventouse), 5=ATCD de mort née, 6= ATCD avortements 7=rhésus négatif 8=autres

### **Antécédents médicaux**

- OAC9 1=1'hypertension, artérielle 1=oui 2=non  
OAC10 2=1'asthme 1=oui 2=non OAC11 3=diabète 1=oui 2=non  
OAC12 4=drépanocytose 1=oui 2=non OAC13 5=VIH 1=oui 2=non  
OAC14 6=tuberculose 1=oui 2=non OAC 15 7= Autres à préciser..... /

### **Antécédents chirurgicaux**

- OAC16 1=césarienne 1=oui 2=non  
OAC17 2=laparotomie (GEU, RU, Appendicite etc...) 1=oui 2=non  
OAC18 3=myomectomie 1=oui 2=non OAC19 4= Autres à préciser..... /

### **Antécédents obstétricaux**

- OAC20 1=gestité..... OAC21 2=parité..... OAC22 3=vivants.....  
OAC23 4=décédés ..... OAC24 5=avortements.....  
OAC25 Nombre de CPN réalisée.....

### **Critère de choix de la maternité**

OAC26 Pourquoi avez-vous choisi la maternité où nous somme ?...../

1= Parce que cet établissement est proche de mon domicile

2= Parce que le personnel est compétent

3= Parce que le personnel est accueillant

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

5= Parce que je suis la protégée d'un personnel

6= Par la qualité des soins

7= Parce que le personnel est disponible

8= Par le plateau technique

9= Référer et/ou Evacuer

OAC27 Pour quelle raison vous êtes venue accoucher en maternité ? (plusieurs réponses possibles)...../

1= parce que si l'on accouche à domicile et que survient une complication, c'est très grave  
1=oui 2=non

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

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

4= parce que accoucher dans une maternité, c'est être émancipée 1=oui 2=non

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

6= j'ai été référé 1=oui 2=non

7= autre 1=oui 2=non

OAC28 La relation interhumaine ...../

1= Très bonne 2= Bonne 3= Passable 4= Mauvaise

OAC29 L'état de la salle d'accouchement...../

1= Propre 2= Satisfaisant 3= Sale 4= Désordonner

OAC30 Après l'accouchement, le personnel de santé vous a-t-il donné des conseils?

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

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

OAC31 Si vous avez compris, les quels ?...../

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

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

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

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

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

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

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

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

9= sur l'acte de naissance et les consultations externes du nouveau-né 1=oui 2=non

OAC32 Vous a-t-on remis une ordonnance ? 1=oui 2=non

OAC33 Conseilleriez-vous à une de vos amies de venir accoucher dans cette maternité ?  
1=oui 2=non

OAC34 Pourquoi ?.....

#### **NIVEAU DE SATISFACTION PAR RAPPORT A :**

OAC35 Etes-vous satisfait de l'accueil..... / 1=oui 2=non 3= je ne sais pas

OAC36 Etes-vous satisfait Prise en charge au cours du travail 1=oui 2=non 3= je ne sais pas

OAC37 pendant les suites de couches ..... / 1=oui 2=non 3=je ne sais pas

#### **NIVEAU DE SATISFACTION EN GENERAL**

OAC38 Très satisfait 1=oui 2=non

OAC39 Satisfait 1=oui 2=non

OAC40 Peu satisfait 1=oui 2=non

OAC41 Déçue 1=oui 2=non OAC42 Je ne sais pas

## 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 !**