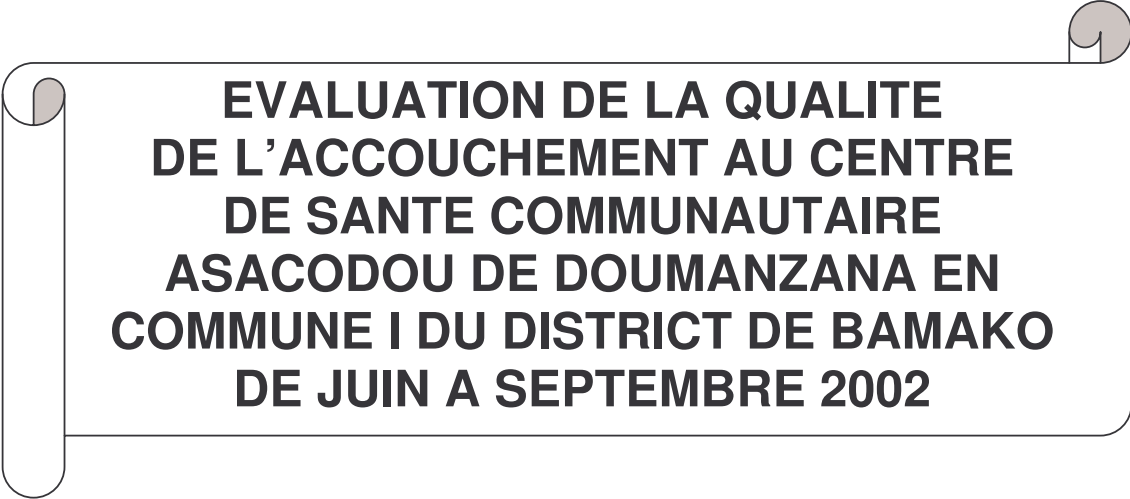


N° : ...../...



**EVALUATION DE LA QUALITE  
DE L'ACCOUCHEMENT AU CENTRE  
DE SANTE COMMUNAUTAIRE  
ASACODOU DE DOUMANZANA EN  
COMMUNE I DU DISTRICT DE BAMAKO  
DE JUIN A SEPTEMBRE 2002**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le ...../...../2005  
devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie  
de Bamako

Par Monsieur **Sidi Mohamed Ould Ahmed**  
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(Diplôme d'Etat)

Jury :

Président : **Professeur Abdou Alassane TOURE**

Membres : **Professeur Mamadou TRAORE**

**Docteur Binta Kéïta**

Codirecteur de thèse : **Docteur Hamadoun SANGHO**

Directeur de thèse : **Professeur Sidi Yaya SIMAGA**

# ***DEDICACES ET REMERCIEMENTS***

Je dédie cette thèse :

- A **Allah le tout-puissant** c'est par ta volonté que nous arrivons au bout de nos rêves. Je te rends grâce
  
- A toutes les femmes singulièrement celles qui ont rendu l'âme en donnant la vie et celles qui sont victimes des souffrances de la grossesse et de l'accouchement.
  
- A ma chère patrie le **Mali** dont la générosité m'a permis de faire une scolarité aussi poussée que je souhaitais, j'aimerai tant le servir avec dévouement et loyauté.
  
- A mon père : Feu **Ahmed Sidi Ould Sidi Mohamed**.  
Tu as cultivé en nous le sens de l'honneur, de la dignité, de la générosité.  
Tu a été un homme de foi et aimable. Que Allah t'accorde un repos tranquille.
  
- A ma mère : Feue **Innani Abba**.  
Je garde de toi l'image d'une mère incomparable, gentille, généreuse.  
Chère mère tu me manques toujours. Que Dieu t'accorde un repos tranquille.
  
- A feu **Mohamed Dedeou** et à sa famille :  
Merci pour mes années au Lycée Franco-Arabe de Tombouctou.

- A mon frère **OSM Hama ARBI** :

Ta clairvoyance, tes conseils pertinents, ta générosité font de toi un grand-frère qui compte beaucoup pour moi. Ce travail est tien. Accepte ma sincère gratitude.

- A mon frère **Abdoul Karim Arby** :

Ton sens de l'honneur et ta gentillesse sont entre autres des qualités qui font de toi un homme modèle. Merci pour ton amour et tes conseils précieux.

- A mes sœurs : **Wanny Arby et Mariam Arby, Lalla Baber Maïga,**  
Merci pour vos bénédictions.

- A mes neveux et nièces : **Mohamed FALL, Diahara MAIGA, Sékou Arbi, Kadidiatou Arbi**  
Merci pour votre soutien

- A ma belle-sœur **Houssinatou Wane**  
Merci pour tes conseils avisés.

J'adresse mes sincères remerciements :

- A tout le corps professoral de la **FMPOS**
  
- A tout le personnel du Centre de Santé Communautaire **ASACODOU**.
  
- Au personnel du Journal **Le Scorpion**
  
- Au personnel du **Cabinet Médical Zeina**
  
- Au personnel de **Hydro-Pacte**
  
- A tous mes amis : **Dr Ba Hamadi, Fatoumata Maïga, Malimata Théra, Bintou Coulibaly, Inspecteur de Police Souleymane Touré, Mamadou Bathily, Abdramane Keïta, Dr Idrissa Issaka, Dr Sidi M. Ben Moulaye Idriss, Bocar Cissé.**
  
- A mes grand-frères **Mahamane Hamèye Cissé** et à sa famille, **Ibrahim Bâ** et à sa femme.

***HOMMAGE AUX MEMBRES  
DU JURY***

**\* A notre honorable Maître et Président du Jury : Professeur  
Abdou Alassane TOURE**

Professeur de chirurgie orthopédique et traumatologie

Chef de service de traumatologie de l'Hôpital Gabriel Touré

Directeur du centre de spécialisation des techniciens de santé  
(C.S.T.S)

Chef du DER de chirurgie à la Faculté de Médecine, de Pharmacie  
et d'Odontostomatologie

Président de la société malienne des chirurgiens orthopédistes et  
traumatologues (SOMACOT)

**Chevalier de l'Ordre National du Mali**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury.  
Nous avons été séduit par votre simplicité et votre attachement au  
travail bien fait. Cher Maître, soyez assuré de toute notre gratitude et  
de notre profonde reconnaissance.

**\* A notre honorable Maître et juge : Professeur agrégé Mamadou  
TRAORE**

Professeur de gynécologie et obstétrique à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie.

Secrétaire général adjoint de la société africaine de gynécologie et obstétrique.

Membre du réseau Malien de lutte contre la mortalité maternelle.

Médecin chef du centre de santé de référence de la commune V.

Nous sommes très honorés que vous ayez accepté de juger ce travail. Votre rigueur scientifique et votre amour pour le travail bien fait font de vous un professeur émérite. Honorable maître soyez assuré de notre profonde et sincère gratitude pour tout ce que vous faites pour ce pays.



**\* A notre Maître et co-directeur de thèse : Docteur Hamadoun SANGHO.**

Assistant chef de clinique en santé publique à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie.

Chef de département de recherche au centre de recherche, d'étude et de documentation pour la survie de l'enfant (C.R.E.D.O.S).

Vous nous avez fait un immense plaisir et surtout un grand honneur en acceptant d'évaluer nos travaux. Nous espérons avoir été digne de la confiance que vous nous faites en nous confiant ce travail. Nous vous exprimons ici notre profonde considération.

**\* A notre Directeur thèse : Professeur Sidi Yaya SIMAGA.**

Professeur de santé publique à la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomalogie.

Chef du département d'étude et de recherche de la Santé publique.

**Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé.**

Cher Maître et père de tous les étudiants, votre abord facile, votre disponibilité et votre grande expérience en matière de santé publique font de vous un homme admirable. Vous nous avez confié ce travail; nous espérons avoir été digne de cette confiance.

Veillez trouver ici l'expression de notre immense gratitude et de nos respectueuses considérations.

**A notre Maître et Juge : Docteur Binta KEITA**

Gynécologue obstétricienne

Chef de la division Santé de la reproduction à la Direction Nationale de la Santé.

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de juger ce travail.

Votre disponibilité, vos remarques pertinentes nous ont beaucoup aidé dans notre travail

Veillez accepter notre profonde gratitude.

# ***SOMMAIRE***

<b><i>I INTRODUCTION.....</i></b>	<b><i>1</i></b>
<b><i>II GENERALITES.....</i></b>	<b><i>7</i></b>
<b><i>III METHODOLOGIE.....</i></b>	<b><i>18</i></b>
<b><i>IV. RESULTATS.....</i></b>	<b><i>29</i></b>
<b><i>V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION .....</i></b>	<b><i>68</i></b>
<b><i>VI. CONCLUSION .....</i></b>	<b><i>76</i></b>
<b><i>VII. RECOMMANDATIONS .....</i></b>	<b><i>79</i></b>
<b><i>VIII. REFERENCES .....</i></b>	<b><i>82</i></b>
<b><i>IX. ANNEXES.....</i></b>	<b><i>87</i></b>

## *LISTE DES ABREVIATIONS*

- **ASACODOU** : Association de santé communautaire de Doumanzana
- **ATCD** : Antécédent
- **BDCF** : Bruit du cœur fœtal
- **CPN** : Consultation prénatale
- **CSCOM** : Centre de santé communautaire
- **DDR** : Date des dernières règles
- **DCI** : Dénomination commune internationale
- **GIE** : Groupement d'intérêt économique
- **HU** : Hauteur utérine
- **IEC** : Informations, Educations, Communications
- **IM** : Intra - musculaire
- **IV** : Intra - veineuse
- **OMI** : oedème des membres inférieurs
- **OMS** : Organisation mondiale de la santé
- **ONG** : Organisation non gouvernementale
- **PIB** : Produit intérieur brut
- **PRODESS** : Programme de Développement Socio-Sanitaire
- **SA** : Semaines d'aménorrhée
- **TA** : Tension artérielle
- **TV** : Toucher vaginal

# *I. INTRODUCTION*

## **1. Importance du sujet**

Chaque jour, au moins 1600 femmes meurent des complications de la grossesse ou de l'accouchement, ce qui représente au moins 585 000 décès de femmes chaque année (1). Entre 25% et 33% des décès de femmes en âge de procréer qui surviennent dans de nombreux pays en développement font suite à une grossesse ou un accouchement (2).

Pour 100 000 naissances vivantes, il se produit dans le monde 430 décès maternels ; le chiffre est de 480 dans les pays en développement et de 27 dans les pays développés (1). Pour une femme qui meurt, 30 subissent des blessures, des infections ou des lésions durant la grossesse ou l'accouchement (2). Au moins 40% des femmes enceintes connaissent des problèmes obstétricaux graves pendant la grossesse, l'accouchement et le post- partum et on estime à 15% le pourcentage de femmes enceintes qui souffre de complications dangereuses dans leur vie (3). Au total 300 millions de femmes soit plus de  $\frac{1}{4}$  de toutes les femmes adultes vivant aujourd'hui dans le monde en développement souffrent de pathologies de plus ou moins longue durée consécutives à la grossesse et à l'accouchement (4).

Les principales causes de mortalité maternelle dans le monde sont :

- les hémorragies
- les infections
- l'éclampsie
- les avortements provoqués
- l'anémie
- le paludisme

Dans les pays en développement 60 millions de femmes accouchent chaque année uniquement avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle ou d'une parente quand elles ne sont pas seules. Dans les pays développés la présence de personnel qualifié est quasiment la règle (5).

La mortalité materno-foetale est un problème de santé très préoccupant pour les pays en voie de développement.

Pour empêcher que les femmes ne meurent en donnant la vie plusieurs initiatives ont été prises en faveur des pays du Sud. C'est ainsi que plusieurs conférences sur la mortalité maternelle ont été tenues à :

- **Nairobi** 1987
- **Paris** 1988
- **Niamey** 1989
- **Caire** 1994
- **Beijing** 1995

Ces conférences avaient pour objectif de réduire la mortalité maternelle.

En Afrique il existe d'énormes disparités d'une région à l'autre. En Afrique Australe près de 80% des femmes accouchent en présence d'une personne qualifiée, la proportion est proche de 40% dans le reste de l'Afrique (5).

Les programmes de formation du personnel obstétrical (sages-femmes et matrones) sont souvent dépassés et ne tiennent pas toujours compte des techniques et recherches nouvelles. Ils sont souvent adaptés à partir de modèles des pays développés et ne correspondent donc pas à la réalité des conditions de travail dans les pays en développement, c'est à dire aux ressources disponibles et aux complications rencontrées.



Cependant on rencontre des progrès dans certains pays.

- Au **Lesotho** : la mise au point de protocoles obstétricaux au niveau national a été complétée par l'action de sages-femmes travaillant avec des obstétricaux (6).
- Au **Ghana** : Des sages-femmes ayant appris à pratiquer les interventions salvatrices assurent aujourd'hui des soins obstétricaux d'urgence que ne dispensaient auparavant que des médecins (20).
- Au **Zimbabwe** où plus de 30% des accouchements ont lieu sans personnel qualifié, le gouvernement a lancé un programme national afin d'accroître de 50% - 60% en milieu rural, le nombre d'infirmières qualifiées en obstétrique (6).
- En **Turquie** toutes les « maisons de santé » qui correspondent à l'échelon le plus bas du système de soins comptent au moins une sage-femme pour 2000 à 3000 femmes (6).

Au **Mali**, la situation sanitaire de la population, reflet du niveau actuel du développement socio-économique est loin d'être satisfaisante et la part des dépenses de santé dans le PIB (1%) n'a pas varié depuis 1960. Le pourcentage de femmes en âge de procréer (15-49 ans) est de 21,25% de la population (7). Le taux d'accouchement assisté est de 24%.

La mortalité et la morbidité sont très élevées et s'expliquent surtout par :

- une faible couverture sanitaire,
- une insuffisance notoire des ressources allouées au secteur,
- un environnement naturel propice à la transmission d'un grand nombre de maladies infectieuses et parasitaires,

- un accès difficile à l'eau pour la majorité des populations,
- une hygiène défectueuse et des comportements très souvent inadéquats et insouciants face à la salubrité,
- des apports nutritionnels déficients aussi bien en qualité qu'en quantité,
- la persistance des coutumes et traditions peu recommandables par la santé,
- un faible niveau d'alphabétisation et d'instruction et d'information des populations,
- la moindre participation et responsabilité des communautés de base à l'action sanitaire.

L'Etat malien dans la mise en œuvre de sa politique sectorielle de santé, a opté entre autres pour :

- la promotion de la contraception,
- le programme de périnatalité (prise en charge de la mère et de l'enfant) où l'accent a été mis sur l'organisation de la référence et de la contre-référence,
- la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels au prix le plus bas possible,
- la participation communautaire dans la gestion du système de santé.

Ainsi en 1987 « l'initiative de Bamako » a vu le jour. Le premier CSCOM fût créé à Banconi 2 années plus tard. En février 1998 on comptait 347 CSCOM opérationnels au Mali. Il était prévu la création de 300 nouveaux cinq ans plus tard dans le cadre du PRODESS (8).

Malgré l'épanouissement et le développement de la santé communautaire, la mortalité materno-fœtale reste une préoccupation. L'explication semble être d'une part la grande pénurie de personnel obstétrical qualifié et d'autre part et surtout le faible niveau de compétence de ce personnel.

En 1997 une étude comparative de la qualité des soins en commune VI (9) a révélé un manque de personnel, des conditions d'hygiène très mauvaises et un manque de recyclage permanent du personnel.

En 1999, une étude faite par COULIBALY M. (10) sur la qualité des soins au cours de l'accouchement dans les CSCOM des communes V et VI du District de Bamako a révélé que les structures n'offrent pas toujours des soins de qualité aux parturientes, que les structures d'orientation et d'accueil n'existaient que dans deux CSCOM et enfin que le personnel manquait cruellement de recyclage.

Une autre étude faite en 2000 sur la prise en charge des parturientes en milieu rural et urbain (11) a montré que les parturientes ne reçoivent pas toujours tous les soins qui leur assurent une maternité sans risque au niveau des CSCOM.

Le centre de santé ASACODOU situé à Doumanzana est le cadre de notre étude qui vise les objectifs suivants :

## **2 . Objectifs**

### **2.1. Objectif général**

- évaluer la qualité de l'accouchement dans le centre de santé Communautaire ASACODOU de Doumanzana.

### **2.2. Objectifs spécifiques**

- Evaluer les structures du CSCOM
- évaluer les procédures en salle d'accouchement
- évaluer les résultats

## ***II. GENERALITES***

## 1. Historique de l'accouchement

D'après **Rivière**, la grossesse et l'accouchement ont, depuis l'origine des temps, fait courir à la femme un risque mortel (12).

**SORANUS d'EPHESE** (II<sup>e</sup> siècle de notre ère) : fut considéré comme le père de l'obstétrique. Il démontra que le fœtus est propulsé non pas par ses efforts propres mais par des contractions utérines et inventa la « version poladique » qui resta pendant 17 siècles la principale opération obstétricale (10).

- **Le forceps** : son intervention remonte au XVIII<sup>e</sup> siècle, il a été perfectionné par LEVRET. C'est une vaste « pince » à branches démontables destinées à saisir l'enfant et l'extraire des voies génitales.
- **La version par manœuvres internes** : intervention qui consiste à transformer par voie intra-utérine la présentation initiale en une autre présentation. Connue des grecs et romains abandonnée au moyen âge, elle a remise à l'honneur par AMBROISE PARE.
- **La Césarienne** : intervention qui permet d'extraire, le fœtus par incision de l'utérus. C'est dans la moitié du XIX que la césarienne dont l'origine remonte à l'antiquité est rentrée dans le domaine de la thérapeutique obstétricale.
- **L'analyse des variations du rythme cardiaque** : permet à Depaul de tirer des conclusions que l'enregistrement électronique confirma et affina.
- **La mesure de l'acidité du sang fœtal** : (saling, Berling 1969) donne un moyen nouveau d'apprécier l'état de l'enfant au cours du travail de l'accouchement.

## **2. Rappel physiologique (21)**

### **2.1. Définition**

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes ayant pour conséquence l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois soit 28SA.

L'accouchement normal ne peut se définir à postériori que s'il s'agit d'une grossesse normale, d'un fœtus à terme qu'il n'y ait aucune disproportion foeto-pelvienne, le début du travail a été spontané voir quelques fois programmé, que le déroulement a été eutocique, qu'il n'y a pas eu de souffrance fœtale, qu'il n'a pas été nécessaire de procéder à des interventions manuelles ou instrumentales et la délivrance a été normale.

Un accouchement est dit à terme quand il a lieu entre le début de la 38<sup>ème</sup> SA et la fin de la 42<sup>ème</sup> SA.

L'accouchement est dit post-terme ou de terme dépassé quand il a lieu après la 42<sup>ème</sup> SA.

L'accouchement spontané est celui qui se déclenche de lui-même.

L'accouchement provoqué est celui qui est consécutif à une intervention postérieure.

L'accouchement programmé est une variante de l'accouchement provoqué parce qu'il est induit sans indications pathologiques.

L'accouchement naturel est celui qui se fait sous la seule influence de la physiologie (sans intervention).

L'accouchement dirigé se fait sous l'influence d'intervention extérieure (l'évolution du travail ralenti au départ nécessitant l'intervention de l'accoucheur ou de l'accoucheuse pour améliorer la qualité des contractions).

L'accouchement artificiel est le résultat d'une intervention manuelle ou instrumentale (césarienne, forceps, ventouse).

L'accouchement est eutocique quand il s'accomplit suivant un déroulement physiologique normal (sans difficulté particulière qui peut être dirigée, la physiologie est respectée).

L'accouchement est dit dystocique quand il se déroule selon un procédé non physiologique.

## **2.2. Les présentations : au nombre de cinq**

- La Présentation fléchie de la tête : présentation du sommet

La petite fontanelle se place au centre du vagin, elle est la plus eutocique

- La Présentation défléchie de la tête, qui à l'extrême va donner la présentation de la face.

- La présentation en flexion intermédiaire :

- La présentation du front, toujours dystocique
- La présentation du bregma

- Les présentations transversales ou obliques : elles sont dystociques

- La présentation du siège



### **2.3. Parcours du fœtus**

Le fœtus accomplit un parcours naturel durant l'accouchement et passe, le plus souvent la tête, en premier, à travers le bassin osseux, le vagin et le périnée. Sous l'effet des contractions, le col de l'utérus s'efface, c'est à dire se raccourcit, puis se dilate progressivement jusqu'à atteindre un diamètre de 10 centimètres.

Le fœtus s'engage dans le bassin osseux, constitué d'os détachés les uns aux autres, qui ne peut se distendre que dans de faibles proportions. Le fœtus doit fléchir la tête, amenant son menton contre la poitrine afin de pouvoir s'engager.

Le bassin osseux est formé trois étages : supérieur, moyen et inférieur. Le fœtus prend une position oblique pour franchir le détroit supérieur ; il effectue une rotation lors du passage dans l'excavation pelvienne (détroit moyen) ; il se dégage enfin en franchissant le détroit inférieur sous la symphyse pubienne : l'orifice étant trop étroit pour le fœtus, celui-ci doit, pour en agrandir momentanément le diamètre, repousser le coccyx en arrière au moment du dégagement. Les contractions permettent ensuite le franchissement du plancher périnéal qui bride le vagin, et l'apparition de la tête à la vulve.

## **2.4. Différentes phases de l'accouchement**

L'accouchement normal passe par plusieurs phases cliniques.

### **2.4.1. Premiers signes**

- la perte du bouchon muqueux : se manifeste par l'élimination de glaires sanguinolentes ; elle est due aux premières modifications du col utérin et prouve que le corps se prépare à l'accouchement.
- la perte des eaux : est spontanée, imprévisible et indolore. Elle peut être abondante ou suintante, mais elle détermine de toute façon le départ pour la maternité. En effet, l'enfant n'est plus aussi bien protégé qu'avant, en particulier contre les infections.
- Les contractions utérines : de plus en plus rapprochées, régulières et intenses, donnent l'impression que le ventre se met en « boule ». Elles sont plus ou moins violentes et douloureuses, mais ne s'interrompent plus jusqu'à la naissance du bébé. En règle générale, le rythme des contractions utérines s'accroît progressivement (toutes les 20, 15, 10, 5 minutes), mais il arrive qu'elles se produisent d'emblée toutes les 5 minutes.

### **2.4.2. Le travail**

En structure hospitalière, le travail, c'est à dire le déroulement de l'accouchement proprement dit, est souvent dirigé par l'équipe médicale. Celle-ci peut décider de la rupture artificielle des membranes, quand la dilatation du col est de 3 à 4 centimètres pour faciliter l'entrée dans la phase active du travail ; de l'injection de médicaments (Ocytocyne) destinés à augmenter l'intensité et la fréquence des CU ; de l'utilisation d'antispasmodiques afin de diminuer la résistance du col utérin.

L'accouchement normal se déroule en 3 périodes :

- **la dilatation et l'effacement du col** : phase durant laquelle le col se ramollit, s'amincit puis s'efface sous l'effet des contractions. Il se dilate ensuite à chaque contraction jusqu'à une ouverture de 10 centimètres de diamètre environ. Ce stade peut durer plusieurs heures chez la primipare. Une fois le col dilaté, le travail d'expulsion commence.
- **L'expulsion** : est la phase durant laquelle l'enfant apparaît, provoquant chez sa mère le besoin de pousser en contractant les muscles du diaphragme et de l'abdomen; pour un bon déroulement de l'accouchement, celle-ci doit tenter de ne pousser que lors des contractions.

Au moment de l'expulsion, une petite intervention (épisiotomie) est de plus en plus couramment pratiquée : il s'agit d'inciser le périnée lorsqu'il est distendu par la tête fœtale, pour prévenir les déchirures complètes du périnée et les surdistensions dangereuses (risque de prolapsus génitaux) pour hâter la sortie de la tête ou la protéger. C'est une intervention bénigne et peu douloureuse qui cicatrise très bien.

- **La délivrance** : c'est la phase durant laquelle le placenta et les membranes sont décollés et expulsés par les nouvelles contractions, de 15 à 30 minutes après la sortie du bébé.

La délivrance peut-être facilitée par la perfusion ou par un geste médical.

Après la délivrance, les éventuelles déchirures du vagin et les incisions (épisiotomie) sont nettoyées et suturées. Les membranes, le placenta et le cordon sont soigneusement examinés par la sage-femme qui vérifie s'ils sont entiers. S'il y a un doute une révision utérine est nécessaire : le médecin introduit sa main gantée dans l'utérus et en examine les parois.

### 3. Définitions

- **Qualité des soins** : c'est l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire exactement les besoins des utilisateurs en maximisant la perception de l'offre et en minimisant les défauts, sûrs, accessibles et acceptables et utilisant de façon optimale les moyens disponibles.

Selon l'OMS la qualité des soins consiste à exécuter correctement (selon les normes) des interventions dont on sait qu'elles sont sans risques, d'un coût abordable pour la société en question et susceptible d'avoir, un impact sur la mortalité, la morbidité, les invalidités et la malnutrition.

- **l'évaluation** : selon l'OMS c'est une procédure scientifique et systématique visant à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'actions atteignent avec succès un ou des objectifs préalablement fixés.
- **l'accouchement** : c'est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et des annexes fœtales hors des voies génitales maternelles. Un accouchement entre 29-38 SA entraîne la prématurité du bébé. L'accouchement peut-être :

- spontané : se déclenche seul
  - provoqué : intervention thérapeutique du déclenchement
  - eutocique : avec une physiologie normale
  - dystocique : quand il intervient une difficulté qu'elle soit d'origine maternelle, fœtale ou ovulaire.
- **Qualité des accouchements** : l'OMS recommande qu'une personne qualifiée soit présente à l'accouchement pour :
- Dispenser en continu des soins de qualité, il faut respecter les règles d'hygiène, agir en toute sécurité et être à l'écoute des femmes.
  - Reconnaître et prendre en charge les complications notamment prendre les mesures nécessaires pour sauver la vie de la mère et de l'enfant.
  - Adresser rapidement et en toute sécurité à l'échelon supérieur les patientes dont l'état l'exige.
- **Personnel obstétrical qualifié** : selon l'OMS, il s'agit de sage-femmes, d'infirmières ou de médecins qualifiés ayant terminé leurs études et qui sont autorisés à exercer. Les accoucheuses traditionnelles y compris celles qui ont reçu une formation, ne rentrent pas dans cette catégorie.

- **Les normes** : elles précisent les types de services offerts, les conditions minimales acceptables des performances et des qualifications requises exigées pour chaque service offert.
- **Les procédures** : elles décrivent les gestes logiques indispensables et nécessaires à l'offre des services de qualité par les prestataires.
- **La mortalité maternelle** : c'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délais de 42 jours après sa terminaison qu'elle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais accidentelle ni fortuite.
- **Taux de mortalité maternelle** : c'est le nombre de décès maternels pour 100 000 grossesses, parfois exprimé pour 100 000 femmes en âge de procréer.
- **La grossesse** : c'est l'état qui débute avec la fusion d'un spermatozoïde avec un ovule. Elle prend fin avec l'expulsion ou l'extraction du produit de conception.
- **Grossesse à risque** : c'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risque.
- **La maternité sans risque** : c'est créer des conditions dans lesquelles une femme peut choisir d'avoir un enfant et si elle le fait, est assurée de recevoir des soins pour la prévention et le traitement des complications de la grossesse, d'avoir accès à l'assistance d'un personnel qualifié à l'accouchement, à des soins obstétricaux

d'urgence en cas de besoins et à des soins après la naissance, de manière à éviter les risques de décès ou d'incapacités liées aux complications de la grossesse et de l'accouchement (13).

- **L'évacuation** : c'est le transfert en urgence vers une structure spécialisée d'une patiente qui présente une complication au cours du travail.
  
- **La référence** : c'est l'orientation vers un centre spécialisé d'une pathologie dont le traitement dépasse les compétences de l'équipe de consultation prénatale.

***III. NOTRE ETUDE***  
***METHODOLOGIE***



## **1- Cadre d'étude**

Notre étude a eu lieu au centre de santé communautaire ASACODOU de Doumanzana. Ce centre créé en 1997 est situé dans le quartier de Doumanzana. Outre le quartier de Doumanzana, ce centre prend en charge les populations de Nafadji (quartier voisin de Doumanzana). Le CSCOM est situé en zone périphérique en pleine croissance démographique où les problèmes de santé sont préoccupants.

## **2. Généralités sur le Mali**

### **2.1. Superficie : 1 240 192 km<sup>2</sup>**

Le Mali partage 7200 km de frontière avec l'Algérie au Nord, le Niger à l'Est, le Burkina Faso au Sud-Est, la Côte d'Ivoire et la Guinée Conakry au Sud, la Mauritanie et le Sénégal à l'Ouest.

### **2.2. Climat**

Se présente en 4 zones et une particularité celle du delta inférieur du Niger, qui sont :

- la zone sud- soudanienne 60% du territoire
- la zone nord- soudanienne 18%
- la zone sahélienne
- la zone saharienne
- et le delta du Niger véritable mer intérieure de 300 km de long sur 100 km de large.

### **2.3. Situation sanitaire**

La situation sanitaire de la population du Mali est loin d'être satisfaisante. Les taux de mortalité et de morbidité sont très élevés. L'enquête démographique et de santé EDS III (7) a publié les résultats suivants :

- taux de mortalité néonatale : 71,57‰
- taux de mortalité infantile : 133,76‰
- taux de mortalité périnatale : 55,76‰
- taux de mortalité juvénile : 131,86‰
- taux de mortalité infanto-juvénile : 242,33‰

On note une faiblesse de la couverture sanitaire 24%. Les maladies infectieuses entraînent 70% des décès des enfants de 1 à 5 ans.

### **3. Présentation générale de la commune I**

Comme toutes les communes du District de Bamako la commune I a été créée par l'Ordonnance N°78-32/CMLN du 18 août 1978. Ce 1<sup>er</sup> maire de la commune I a été Monsieur Mamadou Gado TRAORE. La commune I compte 9 quartiers :

- Banconi
- Boukassoumbougou
- Korofina Nord
- Korofina Sud
- Doumanzana
- Fadjiguila
- Sotuba

- Meken Sikoro
- Djanguinébouyou

### **3.1. Situation, superficie, limites**

La commune I est située sur la rive gauche du Niger dans la partie orientale du District de Bamako. Sa superficie est de 34,26 km<sup>2</sup> soit 12,83% de la superficie du District (267 km<sup>2</sup>). La commune I est limitée à Nord et à l'Est par le cercle de Kati, au Sud par le fleuve Niger et à l'Ouest par la commune II.

### **3.2. Population**

La population de la commune I est estimée à 230 862 habitants avec une densité de 6739 habitants par km<sup>2</sup> (14).

### **3.3. Description socio-sanitaire**

Quelques taux de couverture en 2001.

- accouchements assistés 119,87‰
- couverture planning 1,93%
- taux d'enfants de moins de 12 mois complètement vaccinés en DTCP 115,23‰
- taux de consultations préventives des enfants sains : 56,13%

On note 48 médecins, 24 matrones, 39 sages-femmes et 15 infirmières obstétriciennes en 2001 pour l'ensemble de la commune I. Il existe 9 CSCOM.

#### **4. Type d'étude**

C'est une étude transversale.

L'étude inspirée du postulat d'Adevis Donabedian sur l'évaluation de la qualité des soins et des services comportait :

- l'étude des structures
- l'étude des procédures
- l'étude des résultats

##### **4.1. L'étude des structures**

Elle est basée sur un recueil des données rétrospectives (2001) dans le CSCOM. Elle comporte :

- une description des capacités de production (locaux, équipements, ressources humaines, etc...).
- une description de l'organisation du travail.
- une présentation du système de tarification des soins.

##### **4.1.1. Niveau de qualité de la structure**

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

Ces références sont en rapport avec :

- **Les normes architecturales :**
  - matériaux de construction
  - état du local
  - système de protection (contre la poussière) et la clôture
- **Le dispositif en place pour l'accueil :**
  - existence d'un service d'accueil ou un bureau des entrées
  - présence et qualification du personnel d'accueil
  - l'existence de pancarte pour l'orientation dans le centre
- **La structure et l'équipement de l'unité de consultation médicale :**
  - structure de salle
  - l'équipement pour l'accueil
  - l'équipement pour l'examen physique
- **l'équipement de la salle d'attente**
  - salle d'attente (accouchement, consultation médicale et prénatale)
  - hangar de vaccination

- **l'existence et l'équipement des unités connexes de la consultation médicale**
  - salle d'injection
  - salle de pansement
  - salle stérilisation
- **l'existence et la fonctionnalité du laboratoire**
  - l'équipement
  - le personnel
  - formation du personnel
- **La pharmacie**
  - normes architecturales
  - l'équipement
  - mode d'approvisionnement
  - formation du personnel
- **Etat des toilettes**
  - normes architecturales
  - équipement
  - propreté
- **Système d'approvisionnement en eau et l'élimination des déchets**
  - robinet ou puits
  - poubelles

- **Système d'éclairage et la communication**

- téléphone, fax, internet
- réseau public, groupe électrogène, panneau solaire

#### **4.1.2. Système de classement**

Une cotation (0 ; 1) a été faite pour les critères si haut identifiés. Chaque référence composée de critères a été aussi cotée de 0 à 4.

Les sommes des scores réalisées appliquées à l'échelle d'évaluation pour un centre donné permettait d'évaluer le niveau de qualité de la structure.

Ce maximum de score que l'on peut enregistrer dans les dix références est de 40.

L'échelle d'évaluation se présentera comme suit :

+ **Niveau IV** : 95 à 100% de score maximal soit un score total de 38 à 40.

+ **Niveau III** : 75 à 94% de score maximal soit 1 score total de 30 à 37,99.

+ **Niveau II** : 50 à 74% de score maximal soit 1 score total de 20 à 37,99.

+ **Niveau I** : < 50% de score maximal soit 1 score total < 20.

Ce niveau de qualité des accouchements sera déterminé à partir des scores obtenus lors de la réalisation des variables discriminatoires.

L'analyse portera sur 2 types d'échelles :

- une première échelle où les accouchements sont dits : « De Bonne Qualité » si toutes les variables discriminatoires sont réalisées.
- de « moins Bonne Qualité » de non qualité si une au moins des variables discriminatoires n'est pas réalisée.

- une deuxième échelle : où les accouchements sont classés en 4 niveaux de qualité :

+ **élevée (Q4)** : 95-100% des gestes de la dimension sont réalisés.

+ **assez élevée (Q3)** : 75-94,99% des gestes de la dimension sont réalisés.

+ **moyen (Q2)** : 50-74,99% des gestes de la dimension sont réalisés.

+ **faible (Q1)** : moins de 50% des gestes de la dimension sont réalisés.

Cette échelle a été appliquée aux dimensions qui avaient quatre variables et plus. C'est ainsi que cette deuxième échelle a permis de déterminer pour le centre la proportion de gestantes ou de parturientes recevant des soins de bonne ou d'assez bonne qualité (Q4 Q3) et d'avoir un classement par niveau du dit centre.

Les critères de classement ont été :

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



## **4.2. L'étude des procédures**

Il s'agit d'observer le personnel prenant en charge les accouchements.

### **➤ Observation des accouchements**

- Respect physique et psychique
- Intimité
- Interrogatoire
- Examen général
- Examen obstétrical
- Préparation de l'accouchement
- Hygiène
- Soins dispensés au nouveau-né
- Paramètres de la délivrance
- Post-partum immédiat
- Qualification du personnel
- Utilisation du personnel
- Conseils donnés à la parturiente
- Durée de séjour à la maternité après l'accouchement

## **4.3. L'analyse de l'opinion des gestantes**

Elle vient en complément de l'étude des procédures. Les parturientes ou les gestantes qui ont été interrogées par rapport à leur opinion sur les prestations.

## **5. Période d'étude**

L'enquête s'est déroulée du 1<sup>er</sup> juin au 30 septembre 2002 (4 mois).

## **6. Support des données**

La collecte des données s'est faite à partir de :

- Questionnaires : observation des accouchements,
- Questionnaires : opinion sur les accouchements.

Au cours de notre étude nous avons recueilli les opinions de 200 gestantes et observé 100 accouchements.

## **7. Traitement et analyse des données**

Les données ont été saisies et analysées sur l'ordinateur en utilisant le logiciel Epi-info santé version 6.04 français.

## ***IV. RESULTATS***

# **1. ETUDE DES STRUCTURES**

Elle concernait :

- les données physiques (locaux, équipements, ressources humaines)
- l'organisation du travail
- le système de tarification

## **1.1. Données physiques**

### **a) Locaux :**

Le bâtiment a été construit avec l'aide d'ONG japonaise et allemande en 1997. Il a coûté environ 20 millions de francs CFA. Il est en dur et en bon état.

Le bâtiment comprend treize pièces réparties comme suit :

- 1 pharmacie
- le bureau du médecin
- 2 magasins
- 1 salle d'accouchement
- 1 laboratoire
- 2 salles de repos
- 1 salle de garde pour la sage-femme
- 1 salle de CPN
- 1 salle pour les soins (injection et pansement)
- 2 toilettes + WC

On a un hangar pour les vaccinations au rez-de-chaussée. A noter l'absence de clôture.

Le centre dispose d'une ambulance en panne et d'une moto à la disposition du médecin.

#### **b) Equipement :**

- **Inventaire des mobiliers non spécifiques et techniques**

Le centre compte : 9 lits en bon état, 2 armoires neuves, 4 bureaux en bon état, 7 bancs, 11 chaises, 2 tables ordinaires, 1 table d'accouchement, 2 tables d'examen, 2 poubelles.

- **Inventaire du matériel technique boîte d'instruments, matériel de stérilisation et chaîne de froid :** il y a 2 boîtes d'instruments dont une incomplète, 2 cocottes, 2 congélateurs en état de marche.

- **Inventaire des petits équipements**

Il y a 2 tensiomètres 1 stéthoscope obstétrical, 1 torse pour adulte, 2 pèses personnes, 8 spéculums, 1 pèse-bébé, deux mètres rubans, 1 thermomètre électronique.

#### **c) Ressources humaines**

Nombre de catégories socioprofessionnelles dans le centre :

- 1 médecin,
- 1 sage femme,
- 1 infirmière,
- 2 matrones,
- 2 aides-soignants,
- 1 gérant de la pharmacie,

- 1 comptable,
- 1 laborantin,
- 1 gardien,
- 1 manoeuvre,
- 1 secrétaire,
- 1 chauffeur.

### **1.2. Organisation du travail**

Les consultations médicales se font du lundi au vendredi et sont effectuées par le médecin du centre. Les CPN se déroulent chaque lundi, mercredi et jeudi (3 fois par semaine) et sont faites par la sage-femme ou les matrones. Les horaires de travail sont de 8 heures à 14 heures du lundi au jeudi et de 8 heures à 12 heures le vendredi. Les gardes sont faites par un interne tous les jours à partir de 14 heures du lundi au vendredi et toute la journée du samedi et dimanche.

Il existe un système de rotation de un (1) mois des sages-femmes envoyées par le Centre de Référence de la Commune I. Pendant cette période, elles font les CPN et les accouchements.

### **1.3. Système de tarification en place dans ce centre en 2002**

Le centre dispose de registres de consultation médicale de CPN, d'accouchement, des bulletins d'examens complémentaires. Les tarifs sont les suivants :

- Consultation médicale pour les adhérents : 300 F CFA non adhérents : 600 F CFA
- accouchement : 2100F CFA,

- Consultation prénatale à 600 F CFA
- Carnet pour CPN : 100 F CFA,
- déclaration de naissance 500 F CFA
- Carnet de vaccination : 100 F CFA,
- injection IM : 50 F CFA,
- injection IV : 50 F CFA ,
- pansements : 300 F CFA.
- Perfusion : 500 F CFA

## 2. ETUDE DES PROCEDURES DE L'ACCOUCHEMENT

### 2.1. Caractéristiques socio-démographiques de la population d'étude

#### a) L'âge

**Tableau I** : Répartition des parturientes selon les tranches d'âge au centre de santé de l'ASACODOU en commune I du District de Bamako de juin à septembre 2002.

Tranches d'âge	Effectif absolu n = 100	Pourcentage
14 – 19 ans	20	20
20 – 25 ans	49	49
26 – 30 ans	21	21
36 – 35	8	8
36 – 40	2	2
Plus de 40 ans	0	0
Total	100	100

Les 20-25 ans étaient à peu près la moitié des parturientes soit 49%.



### b) Statut matrimonial

**Tableau II** : Répartition des parturientes selon le statut matrimonial au centre de santé de l'ASACODOU en commune I du District de Bamako de juin à septembre 2002.

<b>Statut matrimonial</b>	<b>Effectif absolu</b> <b>n = 100</b>	<b>Pourcentage</b>
Célibataire	11	11
Mariée	88	88
Divorcée	1	1
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

88% des parturientes étaient mariées.

**c) Le niveau de scolarité**

**Tableau III** : Répartition des parturientes selon le niveau scolaire au centre de santé de l'ASACODOU en commune I du District de Bamako de juin à septembre 2002.

<b>Niveau scolaire</b>	<b>Effectif absolu n = 100</b>	<b>Pourcentage</b>
Analphabète	51	51
Etude coranique	4	4
Niveau primaire	23	23
Niveau secondaire	17	17
Niveau supérieur	5	5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

La moitié des gestantes soit 51% étaient analphabètes en français.

### c) La profession

**Tableau IV** : Répartition des parturientes selon la profession au centre de santé de l'ASACODOU en commune I du District de Bamako de juin à septembre 2002.

<b>Profession</b>	<b>Effectif absolu</b> <b>n = 100</b>	<b>Pourcentage</b>
Ménagère	59	59
Vendeuse	8	8
Commerçante	4	4
Fonctionnaire	16	16
Employée	2	2
Autre	11	11
Total	100	100

Les ménagères étaient les plus représentées soit 59% des parturientes.

#### d) La gestité

**Tableau V** : Répartition des parturientes selon la gestité au centre de santé de l'ASACODOU en commune I du District de Bamako de juin à septembre 2002.

<b>Gestité</b>	<b>Effectif absolu</b> <b>n = 100</b>	<b>Pourcentage</b>
Primigeste (= 1 grossesse )	45	45
Pauci geste (= 2-4 grossesses)	49	49
Multi geste (= 5-6 grossesses)	3	3
Grande multigeste ( =7 et plus)	3	3
Total	100	100

Les primigestes (45%) et les paucigestes (49%) étaient les plus représentées.

**e) Le nombre de CPN effectuées**

**Tableau VI :** Répartition des parturientes selon le nombre de CPN réalisées au centre de santé de l'ASACODOU en commune I du District de Bamako de juin à septembre 2002.

<b>Nombre de CPN</b>	<b>Effectif absolu n = 100</b>	<b>Pourcentage</b>
0	35	35
1 à 4	61	61
5 et plus	4	4
Total	100	100

61% des parturientes étaient à leur 2<sup>e</sup> CPN au centre de santé de l'ASACODOU.

## 2.2. Domaine de qualité

### a) Le respect physique et psychique des parturientes

**Tableau VII** : Répartition des parturientes selon la réalisation des gestes au respect physique et psychique des parturientes au centre de santé de l'ASACODOU en commune I du District de Bamako de juin à septembre 2002.

<b>Variables</b>	<b>Effectif absolu n = 100</b>	<b>Pourcentage</b>
Salutations conformes aux convenances sociales	94	94
Explique ce qui va se passer	48	48
Ton (doux, normal, encourageant)	76	76
Attitude normale	64	64
Tranquillise	1	1
Aide à monter sur la table	83	83
Parole d'usage avant de partir	90	90
Parturiente parlait la langue	94	94

Le respect physique et psychique des parturientes était satisfaisant dans l'ensemble.

## b) Le respect de l'intimité des parturientes

**Tableau VIII** : Respect de « l'intimité des parturientes » au centre de santé de l'ASACODOU en commune I du district de Bamako de juin à septembre 2002.

<b>Variabes</b>	<b>Effectif absolu</b> <b>n = 100</b>	<b>Pourcentage</b>
Accouchement à l'abri des regards	92	92
Absence d'accompagnatrice dans la salle	66	66
Entrées et sorties injustifiées	13	13

Le respect de l'intimité des femmes était satisfaisant.

## 2.3. Démarche clinique et thérapeutique

### a) La qualification du praticien

**Tableau IX** : Répartition des parturientes selon la qualification de l'agent de santé, ayant assuré la prise en charge au centre de santé de l'ASACODOU en commune I du District de Bamako de juin à septembre 2002.

Qualification de l'agent	Effectif absolu n = 100	Pourcentage
Médecin	0	0
Sage-femme	26	26
Matrone	51	51
Infirmière	23	23
Total	100	100

Les matrones avaient effectué la moitié des accouchements soit 51% contre 0% de médecin.



## b) Le premier interrogatoire au cours du travail

**Tableau X** : Répartition des parturientes selon la réalisation des variables techniques de l'interrogatoire des parturientes au centre de santé de l'ASACODOU en commune I du District de Bamako de juin à septembre 2002.

<b>Variables</b>	<b>Effectif absolu n = 100</b>	<b>Pourcentage</b>
Détermination de la DDR	28	28
Début des douleurs	91	91
Fréquence des douleurs	22	22
Mouvement du fœtus	43	43
Pertes liquidiennes	94	94
Ecoulement sanguin à la vulve	33	33
Possession d'un carnet CPN	98	98
Examen du carnet	91	91

L'interrogatoire était correctement réalisé dans l'ensemble.

### c) Examen général

**Tableau XI** : Répartition des parturientes selon la réalisation des gestes techniques de l'examen général au centre de santé de l'ASACODOU en commune I du District de Bamako de juin à septembre 2002.

<b>Variab</b> les	<b>Effectif absolu</b> <b>n = 100</b>	<b>Pourcentage</b>
Examen des conjonctives	36	36
Auscultation cardiaque	0	0
Prise de la TA	96	96
Prise du pouls	0	0
Prise de la température	0	0
Recherche des OMI	38	38

L'examen général était incomplet. Seule la prise de la TA était faite régulièrement.

#### d) Examen obstétrical

**Tableau XII** : Répartition des parturientes selon la réalisation des gestes techniques de l'examen obstétrical au centre de santé de l'ASACODOU en commune I du District de Bamako de juin à septembre 2002.

<b>Variabes</b>	<b>Effectif absolu</b> <b>n = 100</b>	<b>Pourcentage</b>
Mesure HU	95	95
Palper abdominal	96	96
Rythme des contractions utérines	36	36
Auscultation de BDCF	92	92
TV pour le suivi de la progression	91	91

L'examen obstétrical était assez complet.

### e) Préparation de l'accouchement

**Tableau XIII** : Répartition des parturientes selon la réalisation des gestes techniques de la préparation de l'accouchement au centre de santé ASACODOU du District de Bamako de juin à septembre 2002.

<b>Variables</b>	<b>Effectif absolu</b> <b>n = 100</b>	<b>Pourcentage</b>
Sondage vésical	0	0
Toilette vulvaire	20	20
Lavement évacuateur	0	0

Lors de la préparation de l'accouchement seule la toilette vulvaire était pratiquée.

#### d) Les conditions d'hygiène au cours de l'accouchement

**Tableau XIV :** Répartition des parturientes selon la réalisation des normes d'hygiène au centre de santé de l'ASACODOU en commune I du District de juin à septembre 2002.

<b>Variabes</b>	<b>Effectif absolu</b> <b>n = 100</b>	<b>Pourcentage</b>
Changement de la blouse	11	11
Lavage des mains	19	19
Gants à usage unique	89	89
Nouveau doigtier à chaque examen	98	98
Matériel changé pour chaque accouchée	36	36
Bassin propre non utilisé	50	50
Matériel lavé au savon	38	38
Matériel plongé dans 1 solution décontaminante	87	87

Le changement de blouse et le lavage des mains au moment de l'accouchement étaient rarement faits.

### e) L'utilisation de médicaments

**Tableau XV :** Répartition des parturientes selon l'utilisation des médicaments au cours de l'accouchement au centre de santé de l'ASACODOU en commune I du District de juin à septembre 2002.

<b>Médicaments</b>	<b>Effectif absolu</b> <b>n = 100</b>	<b>Pourcentage</b>
Antispasmodique	95	95
Oxytocine en perfusion	5	5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Les Antispasmodiques étaient prescrits à 95/100 soit 95% contre 5% d'oxytocine en perfusion.

## f) Les soins au nouveau-né

**Tableau XVI** : Répartition des parturientes selon la réalisation des gestes techniques des soins au nouveau-né au centre de santé de l'ASACODOU en commune I du District de juin à septembre 2002.

<b>Variables</b>	<b>Effectif absolu n = 100</b>	<b>Pourcentage</b>
Recueille dans 1 linge propre	94	94
Recouvre le corps	95	95
Evaluation score d'apgar	11	11
Dégage mucosités nez et bouche	88	88
Montre le nouveau-né à la mère	87	87
Pose le nouveau-né sur le ventre de la mère	54	54
Baigne l'enfant	50	50
Met gouttes de collyres dans l'œil	73	73
Pèse le nouveau-né	96	96
Mesure la taille	89	89
Mesure le périmètre crânien	14	14
Examine l'ensemble du corps	18	18
Fait passer une sonde par le nez et la bouche	0	0
Met au sein	44	44
Etablit carnet de santé de l'enfant	66	66

Les gestes comme l'évaluation du score d'apgar, la mesure du périmètre crânien, examen de l'ensemble du corps, fait passer une sonde par le nez et la bouche étaient rarement effectués.

### f) Les gestes techniques de la délivrance

**Tableau XVII** : Répartition des parturientes selon la réalisation des gestes techniques de la délivrance au centre de santé de l'ASACODOU en commune I du District de juin à septembre 2002.

<b>Variables</b>	<b>Effectif absolu n = 100</b>	<b>Pourcentage</b>
Surveille le saignement à la vulve	91	91
Prise du pouls	2	2
Prise de la TA	76	76
Examen des conjonctives	17	17
Attend décollement du placenta > 10mn	97	97
Examine le placenta	93	93

La prise du pouls et l'examen des conjonctives étaient rarement faits.



### g) Le post-partum immédiat

**Tableau XVIII :** Répartition des parturientes selon la réalisation des gestes de surveillance du post-partum immédiat au centre de santé de l'ASACODOU en commune I du District de juin à septembre 2002.

<b>Variabes</b>	<b>Effectif absolu n = 100</b>	<b>Pourcentage</b>
Appréciation du globe de sécurité	96	96
Réalisation d'une toilette vulvaire	96	96
Recherche de déchirure périnéale	64	64
Laisse l'accouchée allongée > 15 mn après la délivrance	82	82
Contrôle pouls, TA, conjonctives, respiration.	11	11

Le contrôle des paramètres comme le pouls, la TA, la respiration et les conjonctives n'était fait que dans 11% des cas.

### i) Les conseils donnés à l'accouchée

**Tableau XIX :** Répartition des parturientes selon la réalisation des conseils donnés à l'accouchée au centre de santé de l'ASACODOU en commune I du District de juin à septembre 2002.

<b>Variables</b>	<b>Effectif absolu</b> <b>n = 100</b>	<b>Pourcentage</b>
Allaitement maternel	81	81
Planning familial	46	46
Soins au nouveau-né	10	10
Alimentation d'une femme allaitante	17	17

Les paramètres comme les soins au nouveau-né, l'alimentation d'une femme allaitante étaient rarement exécutés.

## j) La durée de l'accouchement

**Tableau XX** : Répartition des parturientes selon le temps séparant l'heure d'admission et l'heure d'accouchement au centre de santé de l'ASACODOU en commune I du District de juin à septembre 2002.

<b>Temps</b>	<b>Effectif absolu n = 100</b>	<b>Pourcentage</b>
Moins de ½ heure	4	4
> ½ heure < 2 heures	35	35
2 heures à < 4 heures	27	27
4 heures à < 8 heures	34	34
8 heures et plus	0	0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Les parturientes avaient fait moins de 8 heures au centre.

### k) La durée de séjour après l'accouchement

**Tableau XXI** : Répartition des parturientes selon la durée de leur séjour après l'accouchement au centre de santé de l'ASACODOU en commune I du District de juin à septembre 2002.

<b>Durée du séjour</b>	<b>Effectif absolu n = 100</b>	<b>Pourcentage</b>
< ou = 2 H	17	17
2 H à < 3 H	35	35
3 H à < 24 H	48	48
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Toutes les parturientes faisaient entre 2 à 24 heures au centre.

## 1) L'utilisation du partogramme

**Tableau XXII :** Répartition des parturientes selon l'utilisation du partogramme au centre de santé de l'ASACODOU en commune I du District de juin à septembre 2002.

<b>Variabes</b>	<b>Effectif absolu</b> <b>n = 100</b>	<b>Pourcentage</b>
N'a pas été rempli	5	5
Est rempli après l'accouchement	58	58
Est rempli tout au long de l'accouchement	37	37
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Le partographe n'était rempli correctement que 37/100 soit 37%.

### 3) Etude des résultats : Opinions des parturientes

**Tableau XXIII** : Répartition des gestantes selon le critère de choix du centre de santé ASACODOU en commune I du District de juin à septembre 2002.

<b>Critère de choix</b>	<b>Effectif absolu n = 200</b>	<b>Pourcentage</b>
Proximité de l'établissement	185	92,5
Connaissance de quelqu'un dans l'établissement	2	1
Compétence du personnel	4	2
Accueil du personnel	1	0,5
Tarifs peu élevés	4	2
Moi et ma famille y avons été traitées	3	1,5
Sur conseil d'une connaissance	1	0,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

La proximité du centre est le critère principal du choix du centre 185/200 soit 94,5% des gestantes.

#### 4. Qualité de l'accouchement

##### 4.1. Qualité de la structure

**Tableau XXIV** : Niveau de qualité des structures au niveau du centre de santé ASACODOU en commune I du District de Bamako juin à septembre 2002.

Références	Niveau de qualité				Score	Observations
	A	B	C	D		
1. Normes architecturales	+				4	Pas de poussière bâtiment propre
2. Dispositif accueil et orientations				+	0	Inexistence
3. structure / équipement unité de consultation médicale		+			3	Matériel technique incomplet
4. Equipement salle d'attente		+			3	Salle d'attente équipée
5. Unité connecte de consultation				+	0	Absente
6. Pharmacie		+			3	Protection contre poussière insuffisante
7. Fonctionnalité du laboratoire		+			3	Protection contre poussière insuffisante
8. Etat des toilettes	+				4	Intimité respectée Etat propre
9. Système d'approvisionnement en eau et d'élimination des déchets.	+				4	Réseau publique déchets régulièrement enlevés par un GIE
10. Système d'éclairage et communication.				+	0	Pas de téléphone

**N. B. :** A = 4 ; B = 3 ; C = 2 ; D = 0 ou 1

Score maximal (SC. Max.) = 40

Niveau de qualité :

Niv. 4 = 95-100% SC. max soit 38 à 40

Niv. 3 = 75-94% SC. max soit 30 à 37,99

Niv. 2 = 50-74% SC. max soit 20 à 29,99

Niv. 1 = moins de 5% SC max soit moins de 20

Le centre est de niveau II c'est à dire que les références y sont partiellement satisfaisantes.

## 4.2. Qualité des procédures de l'accouchement

### 4.2.1. Interaction soignant -parturiente

**Tableau XXV:** Analyse discriminatoire de la qualité du « respect physique et psychique » et du « respect de l'intimité » lors des accouchements au centre de santé ASACODOU en Commune I du District de Bamako de juin à septembre 2002.

n = 100

<b>Variabes</b>	<b>Effectif « qualité »</b>	<b>Pourcentage</b>
Respect physique et psychique de la parturiente	62	62
Respect de l'intimité de la parturiente	61	61



**Tableau XXVI:** Niveau de qualité du centre de santé communautaire ASACODOU sur le plan du « respect physique et psychique » et, du « respect de l'intimité » lors des accouchements effectués de juin à sept 2002.

N = 100

Variables	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3 +Q4	Niveau de qualité			
						I	II	III	IV
Respect physique et psychique	10	18	10	62	72 72 %			+	
Respect de l'intimité de la parturiente	5	6	14	61	75 75 %				+

Le centre est de niveau III sur le plan de qualité du respect physique et psychique et de niveau IV sur le plan du respect de l'intimité.

## 4.2.2. Démarche clinique et thérapeutique

### a) Interrogatoire, examen général et obstétrical

**Tableau XXVII:** Analyse discriminatoire de la qualité de « l'interrogatoire, de l'examen général et obstétrical » lors de l'accouchement au centre de santé communautaire ASACODOU en Commune I du district de Bamako de juin à septembre 2002.

N = 100

<b>Variabes</b>	<b>Effectif « qualité »</b>	<b>Pourcentage</b>
Interrogatoire	62	62
Examen général	18	18
Examen obstétrical	63	63

**Tableau XXVIII:** Niveau de qualité du centre de santé, Communautaire de « l'interrogatoire, de l'examen général et obstétrical » lors des accouchements effectués de juin à sept 2002.

N = 100

Variables	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3 +Q4	Niveau de qualité			
						I	II	III	IV
Interrogatoire	14	14	10	62	72 <b>72%</b>			+	
Examen général	30	22	30	18	48 <b>48%</b>	+			
Examen obstétrical	12	15	10	63	73 <b>73%</b>			+	

Le centre est de niveau III sur le plan de l'interrogatoire et de l'examen obstétrical et de niveau I sur le plan de l'examen général.

**b. Hygiène au cours de l'accouchement et les soins au nouveau-né.**

**Tableau XXIX :** Analyse discriminatoire de la qualité de l'hygiène au cours de l'accouchement et les soins au nouveau-né » lors des accouchements au centre de santé ASACODOU de juin à septembre 2002.

N = 100

<b>Variables</b>	<b>Effectif « qualité »</b>	<b>Pourcentage</b>
Hygiène au cours de l'accouchement	20	20
Soins au nouveau-né	39	39

**Tableau XXX:** Niveau de qualité du centre de santé communautaire ASACODOU sur le plan de la qualité «de l'hygiène au cours de l'accouchement et les soins au nouveau-né » au cours des accouchements de juin à sept 2002.

N = 100

Variables	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3 +Q4	Niveau de qualité			
						I	II	III	IV
Hygiène au cours de l'accouchement	48	15	17	20	37 37%		+		
Soins au nouveau-né	11		12	39	51 51%			+	

Le centre est de niveau II sur le plan de qualité de l'hygiène au cours de l'accouchement et niveau III sur le plan des soins au nouveau-né

**c. Les soins au nouveau-né.**

**Tableau XXXI :** Analyse discriminatoire de la qualité des «soins au nouveau-né» lors des accouchements au centre de santé ASACODOU de juin à septembre 2002.

N = 100

<b>Variables</b>	<b>Effectif « qualité »</b>	<b>Pourcentage</b>
Soins au nouveau-né	39	39

**Tableau XXXII:** Niveau de qualité du centre de santé communautaire ASACODOU sur le plan de la qualité des «soins au nouveau-né » au cours des accouchements de juin à sept 2002.

N = 100

<b>Variables</b>	<b>Q1</b>	<b>Q2</b>	<b>Q3</b>	<b>Q4</b>	<b>Q3 +Q4</b>	<b>Niveau de qualité</b>			
						<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>
Soins au nouveau-né	11	38	12	39	51 51%			+	

Le centre est de niveau III sur le plan des soins au nouveau-né.

**d. Les gestes techniques de la délivrance et les gestes de surveillance du post-partum immédiat.**

**Tableau XXXIII:** Analyse discriminatoire de la qualité des « gestes techniques de la délivrance et les gestes de surveillance du post-partum immédiat », au cours des accouchements au centre de santé communautaire ASACODOU de juin à sept 2002.

<b>Variables</b>	<b>Effectif « qualité »</b>	<b>Pourcentage</b>
La délivrance	39	39
Post-partum immédiat	27	27

**Tableau XXXIV:** Niveau de qualité du centre de santé communautaire ASACODOU sur le plan de la qualité des « gestes techniques de la délivrance et les gestes de surveillance du post-partum immédiat » au cours des accouchements de juin à septembre 2002.

N = 100

Variables	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3 +Q4	Niveau de qualité			
						I	II	III	IV
La délivrance	22	27	12	39	51 <b>51%</b>			+	
Le post-partum immédiat	32	28	13	27	40 <b>40%</b>		+		

Le centre est de niveau II sur le plan de la qualité de la surveillance du post-partum immédiat et de niveau III sur le plan de la surveillance de la délivrance.



### e. Conseils donnés aux accouchées

**Tableau XXXV:** Analyser discriminatoire de la qualité des « conseils donnés aux accouchées » après les accouchements au centre de santé communautaire ASACODOU de juin à septembre 2002.

N = 100

Variables	Effectif « qualité »	Pourcentage
Conseils donnés aux accouchées	35	35

**Tableau XXXVI:** Niveau de qualité du centre de santé ASACODOU sur le plan des « conseils donnés aux accouchées » de juin à sept. 2002.

Variables	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3 +Q4	Niveau de qualité			
						I	II	III	IV
Conseils donnés aux accouchées	35	20	10	35	45 45%				

Le centre est de niveau I sur le plan de la qualité des conseils donnés aux accouchées.

***V. COMMENTAIRES  
ET DISCUSSION***

## **Etude des procédures**

- Analyse des caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon

### **+ Par rapport à l'âge**

Notre étude a montré que la tranche d'âge de 20 à 25 ans était la plus représentée 49/100 soit 49%. A cet âge l'organisme atteint la maturité pour supporter une grossesse. Il n'existe aucune femme de plus de 40 ans dans notre échantillon.

### **+ Par rapport au niveau d'alphabétisation**

Les femmes non alphabétisées en français représentaient 51/100 soit 51% de notre échantillon. Ceci n'est pas de nature à favoriser le travail des praticiennes parce que le manque d'alphabétisation ne favorise pas la compréhension facile et l'application des conseils donnés au cours de la grossesse et après l'accouchement.

### **+ Par rapport au statut matrimonial**

Nous avons retrouvé 88/100 soit 88% de femmes mariées dans notre échantillon. Ce qui est une bonne chose car une femme mariée peut mieux gérer sa grossesse compte tenu du soutien de la famille. C'est tout le contraire pour les célibataires (11% de l'échantillon) qui vivent souvent leur grossesse toutes seules. Or une femme enceinte se sent plus vulnérable sur le plan affectif = besoin de protection, dépendance envers l'entourage.

### **+ Par rapport à la gestité**

Les primigestes et les paucigestes étaient les plus représentées avec respectivement 45% et 49%. Par contre les multigestes avec 6% de l'échantillon doivent bénéficier d'une attention particulière surtout dans le post partum immédiat à cause des risques à savoir le placenta préavia, présentations vicieuses, rupture utérine et les hémorragies de la délivrance auxquels elles sont exposées.

### **+ Par rapport au nombre de CPN réalisées :**

Dans notre étude nous avons trouvé que 65/100 soit 65% des parturientes ont fait au moins une CPN. Par contre 35/100 soit 35% des parturientes n'ont fait aucune CPN. Ceci est très inquiétant quand on sait l'importance de la CPN dans la prévention d'éventuels accidents pouvant survenir lors du travail. En effet une femme qui n'a pas effectué de CPN court plus de risque que celle qui en a fait.

### **+ Analyse de la qualité de la dimension humaine**

L'évaluation du niveau de qualité de la dimension humaine révèle que le centre était de niveau II. Ce taux est inférieur à celui de FOMBA S (15) qui est de niveau III mais supérieur à celui de COULIBALY M. qui est de niveau I (10).

Le respect psychique et physique était satisfaisant dans l'ensemble. Ce qui est largement plus élevé que ceux de KASSAMBARA (16) en commune VI en 1989, de BOIRE (17) à l'Hôpital Gabriel TOURE en 2000 qui étaient tous de qualité médiocre. Il est équivalent à celui de FOMBA S. (15).

Dans notre étude les parturientes étaient aidées à monter sur la table dans 80/100 cas soit 80%. Ce taux est supérieur à celui de FOMBA S. (15) et à celui de COULIBALY M (10) qui sont respectivement de 60% et 18,8%. Les parturientes de notre étude compte tenu de leur âge jeune ont besoin d'un soutien psychique du personnel de santé. Seul 1 cas sur 100 soit 1% des parturientes est tranquilisée. Un taux très insuffisant par rapport à celui de FOMBA S. 31/88 soit 35,6% ou celui de COULIBALY M (10) 22,5%.

Les femmes reçoivent des explications sur le déroulement de l'accouchement dans 48% contre 10% pour FOMBA S. (15).

La grossesse suscite parfois des manifestations anxieuses témoignant une tendance névrotique. Le personnel médical doit apporter une aide psychologique.

Les accouchements se font à l'abri des regards dans 92% des cas contre 28% chez FOMBA S. (15).

### **Analyse du déroulement de l'accouchement**

#### **+ Par rapport à l'interrogatoire**

L'interrogatoire est d'un niveau satisfaisant dans l'ensemble. L'examen du carnet est fait 91/100 cas soit 91% contre 76/100 cas pour FOMBA S. (15). Il est identique à celui de COULIBALY M (10) qui est de 91%.

#### **+ Par rapport à l'examen général et obstétrical**

L'examen général était de mauvaise qualité (niveau I). En effet les paramètres comme l'auscultation cardiaque, la prise du pouls, la prise de la température n'avaient jamais été explorés. Cependant la prise de la TA

est effectuée à 96/100 cas soit 96%. L'examen général est incomplet. Il n'existait aucun rythme régulier pour l'examen général et obstétrical. L'examen obstétrical est de niveau III.

#### **+ Par rapport à la préparation de l'accouchement**

Lors de la préparation de l'accouchement seule la toilette vulvaire est faite et ceci à 20%. Par contre ni le sondage vésical ou le lavement évacuateur ne sont effectués malgré la présence parfois de globe vésical ou de vulve souillée chez certaines parturientes.

#### **+ Par rapport à l'hygiène au cours de l'accouchement**

Le lavage des mains était loin d'être systématique, elle n'était effectuée que dans 19/100 cas soit 19%. Le changement de blouse est de 11/100 cas soit 11%. Le matériel changé pour chaque accouchée n'était fait que dans 36 cas/100 cas.

L'hygiène est d'un niveau de qualité faible (niveau I).

#### **+ Par rapport aux traitements reçus**

Les antispasmodiques étaient prescrits de façon presque systématique soit dans 95 cas/100 soit 95%. Ce qui est largement supérieur à celui de FOMBA S (15) à 87,5% cas ou encore celui de COULIBALY M (10) qui était de 55%, l'utilisation d'ocytocique en perfusion est faite dans 5 cas/100 soit 5%.

Les praticiennes utilisaient ces médicaments sans connaître leurs contre-indications exposant ainsi les parturientes à des dangers souvent dramatiques. COULIBALY M (10) avait retrouvé 9 cas d'utilisation

d'oxytocine de façon systématique avec 5% de rupture utérine. TRAORE (18) a trouvé 3,8% des cas d'utilisation d'oxytocine de façon systématique avec 84,1% de mortalité fœtale.

#### **+ Par rapport à l'utilisation du partographe**

Le partographe a été correctement utilisé que dans 37/100 cas soit 37%, il a été utilisé dans 26/88 cas soit 29,5% chez Fomba S. Dans 58/100 cas soit 58% le partographe a été rempli après l'accouchement. Les praticiennes ne maîtrisaient pas bien l'utilisation correcte du partographe.

#### **+ Par rapport aux soins immédiats au nouveau-né**

L'évaluation du score d'apgar (11/100 soit 11%), la mesure du périmètre crânien (14/100 soit 14%), l'examen de l'ensemble du corps étaient des gestes rarement effectués. Cependant dans l'ensemble, les soins immédiats au nouveau-né étaient d'un niveau assez bon (niveau III).

#### **+ Par rapport au post-partum immédiat**

Le contrôle du pouls, de la TA, des conjonctives et de la respiration soit 11% était d'un niveau faible (niveau II).. Celui de FOMBA S 4/88 soit 4% est cependant plus faible. Les paramètres du post-partum immédiat doivent être contrôlés normalement toutes les 15 minutes.

Des efforts doivent être faits car ce sont des paramètres que la praticienne doit savoir identifier pour déceler une éventuelle hémorragie non extériorisée.

### **+ Par rapport aux conseils donnés aux accouchées**

Les conseils par rapport aux soins au nouveau-né et à l'alimentation d'une femme allaitante étaient rarement donnés. Par contre on conseillait l'allaitement maternel à 81/100 cas soit 81% de femmes. Le niveau des conseils donnés aux accouchées est supérieur à celui de FOMBA S (15).

### **+ Par rapport à la durée de l'accouchement**

39/100 soit 39% des parturientes accouchaient en moins de 2 heures après leur arrivée au centre. Ceci s'explique par le fait que la plus part d'entre elles ne viennent pas au centre dès les premiers signes de l'accouchement.

### **+ Par rapport à la durée du séjour après accouchement**

Toutes les parturientes restent au centre entre 2 à 24 heures. Ce taux est 23/88 soit 26,1% des accouchées chez FOMBA S. (15).

Ce séjour doit être de 2 heures au moins pour permettre le dépistage précoce des complications du post-partum.

### **+ Opinions des gestantes :**

Le critère le plus évoqué par les gestantes était la proximité du centre. En effet 185/200 cas soit 92,5% des gestantes ont choisi le centre pour des raisons de proximité. Ce taux est supérieur à celui de Fomba S. (15) qui est de 44,8%. 4/200 gestantes évoquent la compétence du personnel contre 1/200 pour l'accueil.



Rarement la réputation du centre a été décisive dans le choix des gestantes.

Les gestantes se plaignent de l'accueil parce qu'il n'existe pas de dispositif d'accueil.

## ***VI. CONCLUSION***

Le centre de santé communautaire ASACODOU a été le cadre d'une étude que nous avons effectuée entre juin et septembre 2002. Cette étude visait à évaluer la qualité des accouchements au niveau du centre. C'est la première étude de ce type au niveau du CSCOM depuis sa création en 1997.

Nous sommes arrivés aux résultats suivants :

- Sur l'étude des structures : Si le bâtiment est propre et entièrement construit en ciment, il ne dispose pas de clôture. Il n'existe pas de dispositif d'accueil et d'orientation des malades. La pharmacie n'est pas protégée contre la poussière alors qu'elle est bien fournie en médicaments. Le centre ne dispose pas de ligne téléphonique.
- Sur l'étude des procédures : le respect physique et psychique est satisfaisant dans l'ensemble (niveau III).. Par contre l'examen général est de niveau faible (niveau I); même remarque pour la préparation de l'accouchement. L'hygiène n'est pas d'un bon niveau (niveau I) car les praticiennes ne se lavent pas les mains avant chaque examen et ne changent pas de matériel de chaque accouchée. A noter aussi qu'on a remarqué la prescription souvent abusive des antispasmodiques. Enfin les soins immédiats du nouveau-né et les conseils donnés aux accouchées sont de niveau faible (niveau I).
- Sur l'opinion des gestantes : la majorité des gestantes ont évoqué la proximité comme critère de choix du centre. Une

infime partie a choisi le centre à cause de l'accueil ou de la compétence du personnel.

## ***VII. RECOMMENDATIONS***

Au terme de cette étude, les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent :

### **1. Au personnel soignant du centre de santé :**

- Assurer une bonne hygiène de la salle d'accouchement par l'utilisation convenable des antiseptiques lors des accouchements afin de réduire les risques de contamination.
- Sensibiliser régulièrement les femmes au cours des séances d'IECS au niveau du centre pour leur faire comprendre les avantages à se rendre dans un service de santé dès les premiers signes du travail de l'accouchement.
- Limiter la prescription des ocytociques par les matrones et les sages femmes aux parturientes en travail pour prévenir les risques de rupture utérine ou de mortalité fœtale.
- Donner suffisamment de conseils aux accouchées par rapport au planning familial, l'alimentation d'une femme allaitante, l'allaitement maternel et les soins au nouveau-né après l'accouchement.
- Remplir correctement les partogrammes tout au long de l'accouchement chez toutes les femmes.
- Améliorer la surveillance du post-partum.
- Améliorer l'examen général et obstétrical.

- Améliorer l'accueil des femmes qui viennent accoucher.

## **2. Au comité de gestion :**

- Clôturer le centre afin d'assurer la sécurité et l'intimité des malades.
- Faciliter l'accès du centre en l'équipant d'un téléphone et d'un service d'accueil efficace.
- Equiper le centre de matériels techniques adéquats pour assurer une meilleure prise en charge des malades.

## **3. Aux autorités de tutelle :**

- Tenir des réunions régulièrement pour évaluer le travail afin d'apporter des améliorations ou prendre des sanctions.
- Assurer la formation régulière des agents du centre dans le cadre de séminaire ou stage pour qu'ils puissent être mieux armés pour assurer une qualité des soins au niveau du centre.

## ***VIII. REFERENCES***



**1.OMS - UNICEF :**

Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle :

Nouvelle Méthodologie

Génève, 1996.

**2. Banque Mondiale :**

Preventing the tragedy of Maternal deaths.

A report on the international sage mother hoot conference. Washington, D.C, 1987.

**3. OMS :**

Le dossier mère-enfant

Guide pour une maternité sans risque

Génève, 1994.

**4. UNICEF :**

Le progrès des Nations New York, 1996.

**5. "Coverage of Maternity Care :**

A listing of available la formation" (quatrième édition),

OMS, Geneve, 1997.

**6. "Strengthening Midwifery withir sage motherhood :**

Report of a collaborative ICM/WHO/UNICEF pre-congress work shop"

OMS, Génève, 1997.

**7. Traoré S et col :**

Enquête démographique et de santé au Mali Bamako, Mali EDS III  
juin 2002 450 p.

**8. Ambassade Royale des Pays-Bas :**

L'évolution du système de santé au Mali depuis l'initiative de Bamako.  
Contribution des projets 1987 – 1999.  
Bamako, 1999, 125 p.

**9. Yaro K:**

Etude comparative de la qualité des soins au niveau de la maternité en  
CSCOM et Service Socio-Sanitaire de Commune au niveau de la  
Commune VI du District de Bamako. Thèse, Médecine, Bamako, 1997, M  
– 12 – 101 Pages.

**10. Coulibaly M :**

La qualité de l'accouchement dans les CSCOM des Communes V et VI  
du District. Thèse, Médecine, Bamako, 2001, M-46.

**11. Thiam HD :**

Prise en charge des parturientes en milieu rural et urbain à propos de 200  
accouchements à Bamako et Kolondiéba. Thèse, Médecine, Bamako,  
2000 OOM – 62 – 60 Pages..

**12 . Traoré BN :**

Contribution à l'étude de la toxémie gravidique de Nov. 1988 à octobre  
1989 dans les services de gynécologie de l'Hôpital Gabriel TOURE.  
Thèse, Médecine, Bamako, 1989, M-9.

**13. Drabo A :**

Les ruptures utérines à l'Hôpital Régional de Mopti : facteurs influençant le pronostic materno-fœtal et mesures prophylactiques à propos de 25 cas. Thèse, Médecine, Mopti, 2000, M-07.

**14. Coulibaly S et col :**

Enquête démographique et de santé au Mali Bamako, Mali EDS M II  
Décembre 1996, 375 p.

**15. Fomba S :**

Qualité de la surveillance prénatale et de l'accouchement au centre de santé MIPROMA à Magnambougou Commune VI du District. Thèse, Médecine, Bamako, 2003, M-64.

**16. Kassambara M :**

Evaluation d'un centre de santé maternel et infantile en milieu urbain appliqué à la commune VI du District de Bamako. Thèse, Médecine, Bamako-1989 M-15 - 179 Pages.

**17. Boiré M :**

Evaluation de la qualité des soins dans certains services médicaux ; médico- techniques et pharmaceutiques de l'HGT. Thèse, Médecine, Bamako, 2000, M – 69. 79 Pages.

**18. Traoré Y :**

Les ruptures utérines à l'Hôpital du pt-G = facteurs influençant le pronostic materno - fœtal et mesures prophylactiques. 180 cas. Thèse, Médecine, Bamako, 1996, n°27 146 Pages.

19. « **Midwifery Education** :

Action for safe motherhood, report of a collaborative ICM/WHO/UNICEF  
pre-congress Workshop » octobre 1990 –  
OMS Genève 1990.

20. “**Clinical Management protocole on safe motherhood**” :

Ministère de la santé Accra Ghana, septembre, 1994.

21. **Trillat P.** et col -

Accouchement normal et pathologique

Tome II, Paris, 1986 121 p.

## ***IX. ANNEXES***

# ***FICHE SIGNALITIQUE***

- Nom** : AHMED
- Prénom** : Sidi Mohamed OULD
- Titre de la thèse** : Evaluation de la qualité de l'accouchement au Centre de Santé Communautaire ASACODOU de Doumanzana en Commune I du District de Bamako.
- Ville de soutenance** : Bamako
- Pays d'origine** : Mali
- Lieu de dépôt** : La bibliothèque de la Faculté de Médecine de pharmacie et d'odonto - stomatologie.
- Secteurs d'intérêt** : Santé publique gyneco – obstétrique.
- Résumé** : Dans cette thèse, nous avons voulu évaluer la qualité de l'accouchement au centre de santé de l'ASACODOU.

L'étude s'est faite de juin à septembre 2002. Elle a constitué à faire une étude des structures, des procédures et des résultats au niveau du centre de santé. Nous avons recueilli les opinions de 200 femmes et observé 100 accouchements. Les 20 - 25 ans représentent la moitié de notre échantillon, 51% sont analphabètes et 88% sont mariées.

Les primigestes et paucigestes étaient les plus représentées avec respectivement 45 et 49%.

Si l'interrogatoire des femmes et le respect physique et psychique sont d'un bon niveau (niveau III); l'examen général, l'hygiène au cours de l'accouchement sont de niveau faible (niveau I).

Le partographe n'est correctement utilisé que dans 37%, le score d'apgar évalué dans 11% des cas.

**Mots clés** : Accouchement, gestantes, Centre de Santé Communautaire ASACODOU

## OBSERVATIONS DES ACCOUCHEMENTS

Ques	Ville	Etablis.	Ordre

**ACC1** 1. Date d'observation...

**ACC2** 2. heure de prise en charge à la maternité  heures

**ACC3** 3. catégorie de la parturiente

**ACC3** Age  ans

**ACC4** Profession (1 à 6)  1- ménagère, 2- vendeuse – 3-fonctionnaire, 4- commerçante  
5- employée, 6- autre

**ACC5** Niveau scolaire (1 à 5)  1- analphabète, 2 primaire, 3- second, 4- supérieur, 5- coran

**ACC6** Etat matrimonial (1 à 5)  1- célibataire, 2- vie maritale, 3- Mariée, 4- Veuve, 5- Divorcée

**ACC7** Résidence habituelle (1à4)  1- Bamako, 2- Ville de l'intérieur, 3- village, 4- ne sait pas.

**ACC8** Numéro de la grossesse

**ACC9** A-t-elle été identifiée pendant sa grossesse comme appartenant à un groupe à risque ( ) ou 1)

**ACC10** Si oui, sur quels facteurs  1- ATCD césarienne, 2- ANTC mort-né, 3- Taille,

**ACC11** Nombre de OPN réalisées

**ACC12** 4. Caractéristique de la personne qui a pris en charge la parturiente

**ACC12** Qualifications (1à 4)  1- médecin, 2- sage-femme, 3- ma trône, 4- autre

**ACC13** Si autre, laquelle

**ACC14** Statut (1à 4)  1- fonctionnaire, 2- contractuel, 3- remplaçant, 4- autre

**ACC15** Si autre, précisions

**ACC16** Durée de présence dans le centre  Ans, si < 1an , noter « 0 »

**ACC17** 5. Accueil et mise en confiance (0 ou 1)

**ACC17** Salutations conformes aux convenances sociales

**ACC18** Explique ce qui va se passer

**ACC19** 6. premier interrogatoire de la femme au travail (0 ou 1 ou 9)

**ACC19** Interroge la femme

**ACC20** Sur le début des douleurs

**ACC21** Sur leur fréquence

**ACC22** Sur les mouvements du fœtus

**ACC22** Détermination âge de la grossesse

**ACC23** Détermination date des dernières règles

**ACC24** Carnet de grossesse

**ACC24** Demande si elle a un carnet

**ACC25** Examine le carnet

**ACC26** Demande

**ACC26** Si elle a eu un écoulement sanguin examen

**ACC27** Si elle a eu un écoulement vaginal

**ACC28** 7. Premier examen de la femme en travail (0 ou1 ou 9) (ne sait pas)

**ACC28** Se laver les mains avant chaque examen

**ACC29** Préparation à l'accouchement

**ACC29** Fait uriner la parturiente  0- Non 1 – oui sondage syst. 2 – oui, sondage si nécessaire

**ACC30** Réalisation d'une toilette vulvaire  0- non, 1- oui par accompagnante, 2-oui par agent santé

**ACC31** Réalisation d'un lavement évacuateur

## Obsacc

ACC32	Examen général		
ACC33	prise de pouls		
ACC34	prise de la ta		
ACC35	examen des conjonctives (recherche d'anémie)		
ACC36	prise de la température		
ACC36	recherche oedèmes membres inférieurs		
ACC37	auscultation cardiaque (recherche cardiopathie)		
	Examen obstétrical		
ACC38	mesure hauteur utérine		
ACC39	palper abdominal (recherche position du fœtus)		
ACC40	Appréciation rythme contractions utérines		
ACC41	auscultation bruits du cœur fœtaux		
ACC42	suivi de la progression par toucher vaginal		
ACC43	note renseignements sur le partogramme		
ACC44	Fait une recherche d'albumine et sucre dans les urines		
ACC45	Note les informations recueillies		0- Non, 1- Oui sur partographe, 2- oui sur dossier
	Relations humaines		
ACC46	Explique l'évolution du travail et le déroulement de l'accouchement		
ACC47	Personnel aide parturiente à monter sur la table d'accouchement		

### 8. Prise de décision (0 ou 1 ou 9)

ACC48	Fait un pronostic sur déroulement accouchement		
ACC49	Demande t-elle l'avis d'une autre personne		
ACC50	Si oui, qui		
ACC51	Une décision de transfert a-t-elle été prise ?		
	0 = Non		
	1 = Oui, vers le bloc opératoire du centre de santé		
	2 = Oui, vers un autre établissement de soins		
	3 = je ne sais pas		
ACC52	Si oui, lequel		

### 9. Surveillance du travail (0 ou 1 ou 9)

	En phase de latence		
ACC53	Examen obstétrical toutes les 4 heures (0 ou 1)		
ACC54	Si rythme différent, toutes les		heures
ACC55	Si oui, contenu		
	1- prise TA		
	2- recherche bruits du cœur fœtal		
	3- examen du col (TV)		
	4- recherche rythme contractions		



## Obsacc

En phase active		
ACC56	Examen obstétricales toutes les heures	
ACC57	Si autre, préciser (toutes les ...)	Heure
ACC58	Note l'évolution	
ACC59	Rompt la poche des eaux	
ACC60	Si oui, avec quoi ?	
ACC61	Compte BCF juste après la rupture et note	
ACC62	Plusieurs personnes font-elles des TV	
Pendant une des deux phases		
ACC63	Prescrit des médicaments	
	0 = aucun	
	1 = antispasmodique	
	2 = ocytocique en perfusion	
	3 = cytotocique par voie veineuse directe	
	4 = pose d'une voie veineuse de sécurité	
	5 = autre	
ACC64	Si autre, lequel	
Relations humaines		
ACC65	Des personnes viennent-elles tranquilliser la parturiente	
ACC66	Si oui, lesquelles	
10. caractéristiques de l'accoucheur		
ACC67	Est-ce que la même personne qui a effectué le suivi du travail ?	
ACC68	Si non, quelle est sa qualification (1 à 4)	1- médecin, 2- sage femme, 3- matrone, 4 – autre
ACC69	Si autre, laquelle	
ACC70	Statut :	1- fonctionnaire, 2- contractuel, 3 – remplaçant, 4 –autre
ACC71	Si autre, précisions	
ACC72	Durée de présence dans le centre	ans si < 1 an, noter « 0 »
ACC73	11. heure de l'accouchement	
12. réalisation de l'accouchement ( 0 ou 1)		
ACC74	change de blouse	
ACC75	se lave les mains avant l'accouchement	
ACC76	met des gants	
	0- Non	
	1- gants à usage unique	
	2- gants nettoyés	
	3- doigtier	
ACC77	Fait faire une toilette vulvaire	
ACC78	Prescrit des médicaments	
	0 = aucun	
	1 = ocytocique en perfusion	
	2 = ocytocique par voie veineuse directe	
	3 = pose d'une voie veineuse de sécurité	
	4 = autre	
ACC79	Si autre, lequel	
ACC80	S'adresse à la parturiente (1 à 4)	
	1- avec douceur	
	2- lui crie dessus	
	3- l'encourage	
	4- ton normal	
ACC81	Fait une épisiotomie	





## Obsacc

ACC121			
ACC122	Evalue le score d'apgar		
ACC123	Inscrit sur la fiche d'accouchement		
ACC124	16. délivrance (0 ou 1 ou 9)		
ACC125	Surveille le saignement vaginal		
ACC126	Prend le poul		
ACC127	Prend la TA		
ACC128	Examen les conjonctives		
ACC129	Attend décollement placenta (< 10 mpn)		
ACC130	Examine le placenta		
ACC131	Si oui, qui ?		
ACC132	Fait une délivrance artificielle		
ACC133	Si oui, qui fait la délivrance artificielle		
ACC134	Fait une révision utérine		
ACC135	Si oui, qui fait la révision utérine		
ACC136	Si oui, la révision utérine est-elle systématique		
ACC137	Fait une injection d'ergométrine		
ACC138	Si oui, cette injection est-elle systématique		
ACC139	Pose-t-on une perfusion		
ACC140	Pose-t-on une perfusion		
	Si oui, contenant quels produits.		
ACC141	Pose-t-on une transfusion ?		
ACC142			
	17. soins à la mère en salle d'accouchement		
ACC142	appréciation du globe de sécurité		
ACC143	réalisation d'une toilette vulvaire		
ACC144	recherche déchirure du périnée		
ACC145	si déchirure ou épisiotomie, réalisation suture ou agg.		
	0- pas la réparation		
	1- par l'opération elle-même		
	2- par une sage femme appelée		
	3- par un médecin appelé		
ACC146	laisse allongé pendant <15 mn après délivrance		
ACC147	si plus de 15 mn, combien		
ACC148	contrôle		
	1- le poul		
	2- le TA		
	3- les conjonctives		
	4- la respiration		
	prescription d'un traitement médical		
ACC149	prescription d'ergométrine		
ACC150	prescription d'antibiotique		
ACC151	autres prescriptions		
ACC151	autres produits prescrits		
ACC152			
ACC153			
	18. conseils à la mère		
ACC154	Sur l'allaitement maternel		
ACC155	sur le planning familial		
ACC156	sur les soins au nouveau-né		
ACC157	Sur l'alimentation d'une femme qui allaite		
ACC158	Autre		
ACC159	Précision		

## Obsacc

<i>ACC160</i>	19. Hygiène		
<i>ACC161</i>	Utilise nouveau doigtier à chaque examen		
	Change de gants lorsque c'est nécessaire		
	Utilise les gants à d'autres fins (0 ou 1)		
	Si oui, lesquelles		
<i>ACC162</i>	Matériel changé pour chaque accouchée		
<i>ACC163</i>	Bassin propre et non utilisé		
<i>ACC164</i>	Matériel lavé au savon		
<i>ACC165</i>	Matériel baigné		
<i>ACC166</i>	Respecte effective les règles d'hygiène		
<i>ACC167</i>	Hygiène de la perfusion		
	0 = pas de perfusion		
	1 = nouveau flacon		
	2 = nouvelle tubulure		
	3 = nouvelle aiguille		
	Si constat autres fautes d'hygiène, lesquelles		
<i>ACC168</i>			
<i>ACC169</i>			
	20. après accouchement		
<i>ACC170</i>	Durée de séjour à la maternité après l'accouchement :		
	21. référence		
<i>ACC171</i>	La parturiente a-t-elle été évacuée ? (0 ou 1)		
<i>ACC172</i>	Non de l'établissement		
<i>ACC173</i>	Pourquoi ?		
<i>ACC174</i>	A-t-on au préalable appelé un médecin ?		
	Si l'accouchement a lieu dans un centre de référence,		
<i>ACC175</i>	Est-elle transférée bloc opératoire même centre		
<i>ACC176</i>	Si non, où est-elle transférée		
<i>ACC177</i>	Pourquoi ?		
	22. communication et attitude du personnel soignant		
<i>ACC178</i>	en quelle langue les échanges ont-ils eu lieu ?		0- non, 1- français, 2- bambara
<i>ACC179</i>	Si autre laquelle		
<i>ACC180</i>	La parturiente parlait-elle cette langue ? (0 ou 1)		0- non, 1- oui, 2- mal
<i>ACC181</i>	Comment qualifiez-vous l'attitude du praticien vis-à-vis de la parturiente ?		
			1- très dure, 2- dure, 3- normale, 4- douce
	a-t-il prononcé les paroles d'usage avant de partir ? (0 ou 1)		
	23. utilisation des supports		
<i>ACC183</i>	Le partogramme		
	0- n'a pas été rempli		
	1- a été rempli tout au long de l'évolution		
	2- a été rempli après l'accouchement et n'a donc servi à rien		
	3- je ne sais pas		
<i>ACC184</i>	Le score d'apgar		
	0- n'a pas été rempli		
	1- a été rempli chez tous les enfants		
	2- a été rempli chez les enfants ayant présenté problèmes lors de l'accouchement		
	3- je ne sais pas		

# Serment d'Hippocrate :

En présence des Maîtres de cette faculté, 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 nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

*Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

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

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

**JE LE JURE.**