

**MINISTRE DE L'EDUCATION
NATIONALE**

**Université de Bamako
Direction National de l'enseignement
Supérieur**

**Faculté de Médecine de Pharmacie
Et d'Odontostomatologie**

Année universitaire 2007-2008

**REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une foi**

Thèse

N°

**EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS
OBSTETRIKAUX EN SALLE D'ACCOUCHEMENT DANS LE
CSCOM DE GUARANTIGUIBOUGOU EN COMMUNE V DU
DISTRICT DE BAMAKO A PROPOS DE 100 CAS**

Présentée et soutenue publiquement le / 26 /02 / 2008
Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par

Mademoiselle Moumouné Koné

Pour l'obtention du grade de docteur en médecine diplôme d'état

Jury :

Présidente :

Membre :

Membre :

Directeur de thèse :

Professeur Sy Aïda Sow

Dr Hamadoun Sangho

Dr Soumana O Traoré

Professeur Mamadou Traoré

DEDICACES

DEDICACES

Nous dédions le présent travail : à

- **La mémoire de notre père :**

Feu Adama Koné

Que dieu t'accorde le Repos Eternel ;

- **Notre mère :**

Fatimata Damba

Pour les peines que tu as rencontrées en guidant nos premiers pas dans la vie ; pour tous ceux que tu continues d'être pour nous: une mère idéale, compréhensive, douce et toujours disponible.

Que Dieu t'accord longue vie près de nous !

- **Mes neveux et nièce :**

Abdoulaye Camara, Adama Camara, Yacouba Camara, et Kadidja Camara,

Que ce travail vous serve d'exemple, afin qu'un jour vous fassiez mieux que nous.

La réussite est un long chemin de parcours, que Dieu guide vos pas ;

- **Ma Sœur :**

Sakinata

Les mots de remerciement me manquent, mais saches que je ne t'oublierai jamais.

Que ce travail soit le tien !

- **Mon beau frère :**

Mamadou Camara

Tu nous as témoigné de la sympathie.

Ce travail est le tien !

- **Mes grand-mères :**

Djénéba et Suzane Cissé

Recevez ce travail en signe d'affection.

- **A mes cousins et cousines :**

Ce travail est le votre.

- **A mes amis :**

Fadimata KALOSSE,

Maimouna KONATE.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Au terme de la rédaction de ce présent ouvrage, nous tenons à remercier :

- **tous les gynécologues obstétriciens du centre de santé de la commune V :**

Dr Traoré Oumar M,

Dr Sara Sissoko,

Dr Traoré Soumana O.

Pour votre disponibilité permanente et vos conseils enrichissants durant toute ma formation ;

- **tous les CES en formation :**

Pour votre soutien ;

- **les collègues internes au centre de santé de référence de la commune V :**

Nouhoum Diakité, Makan Sissoko, Aly Bamadio, Kourou

Dembélé, Zoumana Koumaré, Ousmane Diallo, Morikè Traoré,

Salimata Samaké Fatoumata Diawara, Fatoumata Tembély et tous les autres.

En souvenir de riches moments passés ensemble ;

- **toute ma promotion :**

Pour le soutien mutuel ;

- **toutes les sages-femmes du centre de santé de référence de la commune V :**

Pour votre disponibilité et vos conseils ;

- **tout le personnel du centre de centre de santé de référence de commune V ;**

- **au médecin chef de l'ASACOGA**

Dr David Mounkoro ;

- **tout le personnel du centre de centre de santé de Garantiguibougou :**

Pour votre collaboration en vue de l'atteinte des objectifs de ce travail;

- **Mr Aliou Doumbia :**

Pour la collaboration, le soutien et la disponibilité à mon égard pour la réussite de ce travail;

- **Mme Coulibaly Rokia Haïdara:**

Je garde de vous un heureux souvenir,

- **Dr Abdoulaye A. O. Dagamaïssa (A.A.O) :**

Pour les conseils et les corrections apportés à ce document.

- **la direction, le corps enseignant de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie ;**
- **tous ceux qui m'ont soutenue pour la réalisation de cet ouvrage.**

Hommages
Aux honorables
Membres de jury

A notre Honorable Maître et Présidente du Jury

Professeur SY Aïda SOW

- Professeur titulaire de gynéco-obstétrique ;
- Chef de service gynéco-obstétrique du CSREF Commune II
- Présidente de la SOMAGO

Cher Maître

La tante de tous les étudiants de la FMPOS, vous êtes pour nous un modèle de femme en gynéco-obstétrique.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant la présidence de ce jury malgré vos multiples occupations.

Nous avons été séduits et émerveillés par votre simplicité, votre abord facile, votre gentillesse et votre sens élevé du respect des autres.

Votre rigueur et attachement au travail bien fait, font de vous un professeur émérite.

Soyez assuré cher maître de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance.

A notre Honorable Maître et Directeur de Thèse

Professeur Agrégé Mamadou TRAORE

- Professeur Agrégé de gynéco-obstétrique,
- Secrétaire général adjoint de la SAGO ;
- Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle ;
- Médecin -chef du centre de santé de référence de la commune V.

Cher Maître

Vous nous avez confié ce travail, le canevas à suivre et apporté toutes les corrections nécessaires à ce travail.

Nous nous réjouissons et sommes fiers de la confiance que vous avez placée en nous, en nous acceptant comme élève et en confiant ce travail.

Vous êtes resté toujours disponible et c'est le moment de vous rendre cet hommage tant mérité ; nous espérons avoir été digne de cette confiance.

Durant notre stage effectué auprès de vous, nous avons pu apprécier et admirer le maître que vous êtes et nous ne cesserons jamais d'évoquer votre compétence, vos qualités scientifiques et humaines surtout à l'égard des plus démunies.

Que votre réussite au CAMES soit un nouveau départ dans votre lutte pour le bien être de la famille !

A notre Honorable Maître et Juge

Docteur Hamadoun SANGHO

- Spécialiste de santé publique ;
- Maître Assistant chef de clinique en santé publique à la FMPOS ;
- Directeur du CREDOS.

Cher Maître

Vous nous faites un immense plaisir et un grand honneur en acceptant d'évaluer notre travail.

Votre humilité, votre sens du respect de l'autre, du devoir bien accompli, votre courtoisie, votre compétence, votre esprit de recherche et de grande expérience de la santé publique font de vous une référence.

Veillez accepter et croire à notre grande admiration.

A notre Honorable Maître et Juge

Docteur Soumana O.TRAORE

- Spécialiste en gynéco-obstétrique,
- Médecin permanent au centre de santé de référence commune V.

Cher Maître

Et ami de tous les étudiants en stage au CSREF de la commune V, votre disponibilité, votre humilité, votre courage, et surtout votre rigueur dans le travail bien fait font de vous un homme admirable.

Nous sommes fiers et flattés que vous ayez accepté de juger ce travail.

Soyez rassuré de notre profonde et sincère gratitude pour tout ce que vous faites pour nous et pour les populations.

ABREVEATIONS ET SIGLES

- ✓ **ASACOGA** : Association de santé communautaire de Garatiguibougou
- ✓ **ATCD** : Antécédents
- ✓ **BDCF** : Bruits Du Cœur Foetal
- ✓ **CEPED** : Centre sur la Population et le Développement (France)
- ✓ **CPN** : Consultation Prénatale
- ✓ **CU** : Contractions Utérines
- ✓ **CREDOS** : Centre de Recherche et Documentation pour la Survie l'Enfant
- ✓ **CSCOM** : Centre De Santé Communautaire
- ✓ **CSREF** : Centre de Santé de Référence
- ✓ **DDR** : Date des Dernières Règles
- ✓ **DCI** : Dénomination Commune Internationale
- ✓ **EDSM** : Enquête Démographique et Santé au Mali
- ✓ **GATPA** : Gestion Active du Troisième Période de l'Accouchement
- ✓ **HU** : Hauteur Utérine
- ✓ **IM** : Intra Musculaire
- ✓ **IV** : Intra Veineuse
- ✓ **OMI** : Œdème des Membres Inférieurs
- ✓ **OMS** : Organisation mondiale de la santé
- ✓ **ONG** : Organisation Non Gouvernementale
- ✓ **PDSC** : Programme Démographique de Santé Communautaire
- ✓ **PEV** : Programme Elargi de Vaccination
- ✓ **PIB** : Produit Intérieur Brut
- ✓ **PMI** : Protection Maternelle et Infantile
- ✓ **URD** : Unité de Recherche Démographique (Bénin)

- ✓ **UNICEF** : Fonds des Nations Unis Pour l'Enfance
- ✓ **UNFPA (FNUAP)** : Fonds des Nations Unis pour la Population
- ✓ **RACE** : Recensement Administratif à Caractère Electoral

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION -----	1
OBJECTIFS -----	5
GENERALITES -----	6
METHODELOGIE -----	20
RESULTATS -----	29
COMMENTAIRES -----	66
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS -----	74-75
REFERENCES -----	77
ANNEXES -----	82

I- INTRODUCTION :

Le rêve de toute femme est de pouvoir contracter une grossesse, de la mener à terme et de pouvoir accoucher d'un enfant vivant en bonne santé ; dans les meilleures conditions possibles.

Pour satisfaire ce besoin fondamental qui donne à la femme toute sa féminité, lui permet d'être la maîtresse de maison, la femme a le droit de bénéficier des soins pré, per et post natal adéquat, Pour ce faire, il faut absolument tenir compte des facteurs socioculturels et psycho-affectifs.

Le taux de natalité est d'environ 14 à 17‰ en Europe ; 20 à 40‰ en Amérique latine et de 45‰ en Afrique (32).

Au cours de la grossesse ou de l'accouchement des complications peuvent survenir entraînant des séquelles graves (fustiles vésico-vaginales, les ruptures utérines) Compromettant ainsi l'avenir obstétrical de la femme ou pire la femme peut risquer sa vie.

Les principales causes de mortalité maternelle sont :

- les hémorragies : les hémorragies de la délivrance, les hémorragies contemporaines de la délivrance ; l'hématome rétro placentaire, la rupture utérine et le placenta praevia ; les grossesses extra utérines, les avortements hémorragiques ;
- l'hypertension artérielle et ses complications dont l'éclampsie ;
- les infections.

On estime qu'environ 1 600 femmes meurent chaque jour dans le monde par suite des complications de la grossesse et de l'accouchement ce qui représente à peu près 585000 décès de femme chaque année soit un décès par minute (30).

Sur 100 000 naissances vivantes on compte à peu près 430 décès maternels dans le monde ; 27 dans les pays développés, et 480 dans les pays en développement (30).

Selon l'OMS, sur 500 000 décès maternels enregistrés chaque année dans le monde, on compte 55 en Asie de l'est ; 600 à 1000 en Asie du sud ; 270 en Amérique latine ; 150 000 en Afrique soit le 1/3 (9).

Ainsi en 1958 une enquête anglaise du British périnatal Mortality survey avait montré que l'absence de CPN multipliait par 5 le risque de mortalité périnatale (34).

Dans les pays en développement les femmes accouchent avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle ou d'une parente. Par contre dans les pays développés la présence d'un personnel qualifié est quasiment la règle (10).

En Afrique de l'Ouest une étude (27) effectuée en 1997 a montré que les accouchements se faisaient dans 58,8% en présence d'une sage-femme avec : 94% à Ouagadougou ; Bamako et Nouakchott ; 57% à Dakar.

Cependant des projets existent dans certains pays comme le Ghana : Où les sage-femmes ayant appris à pratiquer les interventions salvatrices, assurent aujourd'hui des soins obstétricaux d'urgence que seuls les médecins étaient aptes à faire (7).

Au Mali le taux de mortalité maternelle est de 582 pour 100 000 naissances vivantes

(EDSM III 2000-01), soit un décès maternel toutes les trois heures et de 55‰ pour les décès néonataux, soit 80 nouveaux-nés qui meurent chaque jour au Mali. Il est très difficile de dissocier la mortalité et la morbidité néonatale de la situation de la mère, car il est admis que les

facteurs de risque et complications observés chez la mère ont une incidence directe et indirecte sur la morbidité et mortalité néonatale.

Au Mali les femmes en âge de procréer (15-49 ans) représentent 21,28% de la population (35). La morbidité et la mortalité sont très élevées et s'expliquent surtout par (6) :

- insuffisance du personnel qualifié;
- faible niveau d'alphabétisation ;
- absence de CPN de bonne qualité ;
- manque d'hygiène.

Pour rehausser le niveau de santé, le Mali a adopté en 1990 la politique sectorielle de santé dont les objectifs sont :

- promouvoir la planification familiale ;
- instituer un système de soins de santé fiable ;
- faire participer la communauté dans la gestion du système de santé ;
- rendre accessible les médicaments essentiels à un prix le plus bas possible.

Au Mali, les différentes études menées sur l'évaluation de la qualité des soins obstétricaux en salle d'accouchement depuis 1997 à ce jour ont montré une légère amélioration dans la prise en charge des parturientes.

En 1997 et 1999 les études effectuées sur la qualité des soins ont montré que les structures n'offrent pas toujours des soins de qualité aux parturientes, les services d'accueil et d'orientation sont quasi-inexistants, un manque de personnel, une très mauvaise condition d'hygiène et un manque de recyclage du personnel (8; 38). En 2000 une étude sur la prise en charge des parturientes a mis en évidence que les

parturientes ne reçoivent pas toujours les soins qui leur assurent une maternité sans risque au niveau des CSCOM (34).

En 2001 une étude sur la qualité des CPN et soins a montré un faible niveau de continuité des soins (23).

Par contre les études effectuées en 2002, 2003 et 2005 ont prouvé une nette amélioration dans la prise en charge des parturientes, notamment dans le respect : physique, psychique, et de l'intimité ; la préparation à l'accouchement ; les conditions d'hygiène ; les soins aux nouveau-nés, et la délivrance ; l'utilisation des supports standard dans les 75% des cas d'accouchement et la compétence du personnel (dans les CSREF) mais souvent limitées par : des problèmes d'infrastructures liés à l'absence de salle de réanimation équipée, et une insuffisance de salles d'hospitalisations. L'examen obstétrical souvent au complet. A l'inverse, on assiste à une faible qualité de l'interrogatoire ; des gestes techniques ; et de l'examen général. (1 ;11; 18).

Au regard de tous ces résultats, une évaluation périodique de la qualité des soins s'avère nécessaire. Les évaluations antérieures n'ont pas intéressé tous les CSCOM y compris celui de Garantiguibougou.

Aussi nous avons décidé d'évaluer la qualité des soins en salle d'accouchement dans le CSCOM de Garantiguibougou en commune V du district de Bamako.

Pour mener à bien cette étude, nous nous sommes fixé les objectifs suivants :

II- LES OBJECTIFS :

1. Objectif général :

Evaluer la qualité des soins obstétricaux en salle d'accouchement dans le CSCOM de Garantiguibougou.

2. Les objectifs spécifiques :

- Décrire les structures en place ;
- Décrire les normes et procédures en salle d'accouchement ;
- Recueillir l'opinion des accouchées ;
- Formuler des recommandations.

II- GENERALITES :

1. Historique de l'accouchement :

Depuis toujours la naissance est considérée comme le plus grand événement dans la vie d'un couple, mais aussi et surtout le plus grand moment d'angoisse pour toute la famille de l'accoucheur dans l'attente d'une réponse favorable allant de la simple nature du sexe de l'enfant à sa vitalité, et surtout à la vie de la maman. Car en dépit de la chaleur et la joie qu'apporte la naissance d'un enfant le pronostic est toujours provisoire comme l'atteste cet adage bambara « la femme peut toujours perdre sa vie en donnant la vie ».

a) Soramus d'Ephèse : (II^e siècle de notre ère) fut considéré comme le père de l'obstétrique. Il démontra que le fœtus est expulsé non pas par ses efforts propres mais par des contractions utérines et inventa la « la version podalique » qui resta pendant 17 siècles la principale opération obstétricale (18).

b) Peter Chamberlain : (Fin du XVI) inventa une vaste pince le forceps perfectionné par Levret, à branches démontables capable de saisir la tête fœtale et de l'extraire hors de la filière génitale.

c) Ignace Semmelweis et Stephane Tarnier : (1858 à 1888) parviennent à imposer la propreté et l'usage des antiseptiques dans les maternités.

d) La version par manœuvres internes : Cette technique consiste à transformer par voie intra-utérine la présentation initiale en

une autre présentation connue des grecs et romains ; abandonnée au moyen âge, remise à l'honneur par Ambroise Pare.

e) La césarienne : C'est une intervention qui permet d'extraire le fœtus par incision de l'utérus ; elle existait depuis l'antiquité et est entrée dans le domaine de la thérapeutique obstétricale dans la moitié du 19^{ème} siècle (2).

f) Trousses d'accouchement : En (1987) l'OMS introduit les trousses dans le système de santé communautaire contribuant ainsi à relever la fréquentation des centres de santé par les gestantes, mais également améliorer les conditions d'hygiène pendant l'accouchement.

g) L'Echographie : Est devenue en une décennie un auxiliaire indispensable de la plupart des disciplines médicales. En obstétrique elle fait maintenant partie intégrante de la surveillance obstétricale moderne (33).

h) Depaul : tire des conclusions dans l'enregistrement électronique.

l) Saling et Berling : (1969) ont mis à la disposition des praticiens un moyen d'apprécier l'état de l'enfant au cours du travail d'accouchement.

De nos jours seuls les accouchements normaux sont autorisés dans les CSCOM.

2. Rappel physiologique :

2.1 Accouchement :

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes physiologiques et mécaniques 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 28 SA. Cependant, plusieurs types d'accouchement existent :

- L'accouchement normal ne peut se définir à posteriori que s'il s'agit d'une grossesse normale, d'un fœtus à terme qu'il n'y ait aucune disproportion fœto-pelvienne, le début du travail a été spontané voir quelques fois programmé, que le déroulement a été eutocique, qu'il n'y a pas eut 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 la 38^{ème} SA et la 42^{ème} SA révolue.
- l'accouchement est dit post-terme ou de terme dépassé quand il a lieu après la 42^{ème} SA.
- l'accouchement spontané est celui qui se déclenche de lui-même.
- l'accouchement provoqué est celui qui est consécutif à une intervention extérieure.
- 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 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 ;
- les présentations de flexions intermédiaires : la présentation du front qui est toujours dystocique et la présentation du bregma qui peut être eutocique ;
- les présentations transversales elles sont dystociques
- la présentation du siège qui est potentiellement dystocique.

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 le sternum afin de pouvoir s'engager.

Le bassin osseux est formé d'un détroit supérieur, d'un détroit moyen et d'un détroit 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.

a- 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'accroissent progressivement (toutes les 20, 15, 10, 5 minutes), mais il arrive qu'elles se produisent d'emblée toutes les 5 minutes.

b- 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 (Oxytocine) 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 phases :

- La dilatation : 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 pelvien 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 pratiquée : il s'agit d'inciser le périnée lorsqu'il est distendu par la tête fœtale, pour prévenir les déchirures complètes et compliquées du périnée, permet aussi de protéger la tête fœtale. C'est une intervention bénigne et peu douloureuse qui cicatrise très bien.
- La délivrance : C'est la phase pendant laquelle le placenta et les membranes sont décollés et expulsés par de nouvelles contractions utérines, apparaissant 15 à 30 minutes après l'expulsion du fœtus. La délivrance peut-être : naturelle, artificielle, spontanée, dirigée et active (la GATPA).
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 :

▪ L'accouchement :

L'accouchement ou parturition, est l'ensemble des phénomènes physiques et mécaniques qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et des annexes fœtales hors des voies génitales maternelles.

Un accouchement est dit prématuré lorsqu'il survient entre 28-38 SA.

L'accouchement peut-être :

- spontané : un accouchement est dit spontané lorsqu'il se déclenche de lui même ;
- provoqué : il s'agit d'une intervention thérapeutique du déclenchement ;
- eutocique : on parle d'accouchement eutocique lorsque ce dernier se déroule avec une physiologie normale ;
- dystocique : l'accouchement est dystocique quand il intervient une difficulté qu'elle soit d'origine maternelle, ou ovulaire.

Il met en jeu 3 éléments :

- l'élément mobile, qui est le fœtus ;
- l'élément moteur qui l'utérus ;
- trois obstacles à franchir : le bassin, le col, et le périnée.

▪ Qualité des accouchements :

Selon l'OMS un accouchement est de qualité lorsqu'il est conduit par une personne qualifiée à l'occurrence une sage-femme. Cela dans le but de :

- dispenser en continu des soins de qualité ;
- respecter les règles d'hygiène, agir en toute sécurité et être à l'écoute des patientes;

- reconnaître et prendre en charge les complications notamment prendre les mesures nécessaires pour sauver la vie de la mère et de l'enfant.
- adresser rapidement et en toute sécurité à l'échelon supérieur les patientes dont l'état l'exigent.

- **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 ou les erreurs (25). Les soins doivent être sûrs, accessibles et acceptables en 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.

- **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.

- **Le partographe :**

Est un outil indispensable en salle d'accouchement pour une surveillance correcte du travail ; il tient compte des différents paramètres du fœtus et de la mère et permet de prendre une décision à temps.

- **La mortalité maternelle :**

C'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison 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 ni accidentelle ni fortuite [27].

- **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. Ce taux exprime jusqu'à quel point le décès maternel est courant.

$$\text{Taux de mortalité maternelle} = \frac{\text{Nombre de décès maternel} \times 100000}{\text{Nombre de naissances vivantes estimées}}$$

- **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.

- **Facteurs de risque :**

Tout caractère ou issue défavorable qui met la vie de la mère ou de l'enfant ou des deux en danger au cours de la grossesse, pendant l'accouchement ou dans les suites de couches.

- **La Gestité :**

Définit le nombre de grossesses.

- **Parité:**

C'est le nombre d'accouchement.

- **Primipare :**

Une patiente ayant accouché une seule fois.

- **Paucipare :**

Une patiente ayant accouché entre 2-3 fois.

- **Multipare :**

On parle de multiparité lorsqu'une patiente a accouché entre 4-5 fois.

- **Grande multipare :**

Lorsque le nombre d'accouchements est supérieur ou égal à 6.

- **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 (12).

- **Aire de santé :**

Représente une zone géographique desservie par une ressource sanitaire.

- **Carte sanitaire :**

Répartition géographique actuelle de l'ensemble des soins d'une circonscription sanitaire.

Elle est un instrument de planification pour une utilisation optimale des ressources.

- **Le paquet minimum d'activité (PMA) :**

Offre d'activités intégrées de soins de santé. Il comporte des activités préventives curatives et promotionnelles. Il s'agit entre autres : de traitement des maladies courantes, les consultations prénatales et post-natales avec accouchement et vaccination.

- **L'évacuation :**

Elle concerne une patiente en travail, évacuée en urgence ou qui n'est pas en travail mais présentant une complication grave nécessitant une hospitalisation en urgence.

- **La référence :**

On parle de référence quand la décision de transfert et l'admission de la patiente sont faites avant le début du travail, sans aucune notion d'urgences ou de complication grave.

- **Suites de couche :**

La période des suites de couches s'étend environ sur les 6 semaines qui suivent l'accouchement. Elle se termine par le retour de la menstruation ou « retour de couche », sauf dans les cas d'aménorrhée physiologique des nourrices.

A cette période, l'organisme a retrouvé son équilibre de non-gravidité, et généralement le retour de l'ovulation rend possible une nouvelle grossesse.

Les suites de couches sont marquées par l'évolution des organes génitaux vers leur configuration et leur situation de non-gravidité et par l'établissement de la lactation.

Les suites de couches seront analysées dans leurs éléments principaux l'involution utérine, l'écoulement des lochies, la sécrétion lactée, les modifications générales.

- **Centre de santé communautaire (CSOM) :**

Le CSCOM est une formation sanitaire de premier niveau créée sur la base de l'engagement d'une population définie dans une aire déterminée et organisée au sein d'une association de santé communautaire (ASACO) pour répondre de façon efficace et efficiente à ses problèmes de santé.

- **Association de santé communautaire (ASACO) :**

L'ASACO conformément à la politique sectorielle de santé et de population, est l'organe de gestion du centre de santé communautaire (CSCOM). Elle est l'émanation des communautés et joue le rôle d'interface entre celle-ci et le personnel du CSCOM.

- **Adhérent :**

Qui adhère à l'ASACO, en prenant la carte de membre. Bénéficiant ainsi un accès facile aux soins.

- **Non adhérent :**

Qui n'est pas membre de l'ASACO.

- **Soins en interne :**

Lorsque l'ordonnance et le traitement sont dispensés au sein du centre.

- **Soins en externes :**

C'est lors que l'ordonnance a été délivrée dans un autre service, c'est tout activité de soins menés en dehors du CSCOM (soins à domicile etc...).

III- METHODOLOGIE

3.1. Cadre d'étude :

Notre étude a lieu dans la maternité du CSCOM de Garantiguibougou de la commune V du district de Bamako créée en 1993 selon l'ordonnance n° 41/PCG du 28 Mars 1959.

3.1.1. Présentation Géographique :

Le quartier de Garantiguibougou est situé dans la partie sud-est de la commune V du District de Bamako qui compte 6 autres quartiers qui sont : Badalabougou Sema I, Daoudabougou, Quartier Mali, Torokorobougou, Baco-Djicoroni et Sabalibougou.

Le quartier de Garantiguibougou est limité au sud-ouest par Baco-djicoroni ACI, à l'Est par Kalabancoro coro et au nord par la commune VI.

3.1.2. Superficie et population :

La commune V a une superficie de 41,59 km² et une population de 279-240 habitants dont 26 495 habitants (PDSC CSREF CV) à Garantiguibougou avec un taux d'accroissement annuel de la population d'environ 5,1%, une natalité de 70‰ et une mortalité inférieure à 20‰.

3.1.3. Description socio-sanitaire :

La commune V compte 10 aires de santé dont 8 CSCOM fonctionnels y compris celui de Garantiguibougou qui compte :

- un médecin chef (fonctionnaire) ;
- deux sages-femmes (contractuelles) ;
- un technicien de santé (fonctionnaire) ;

- une gérante du dépôt de médicaments (contractuelle) ;
- quatre matrones (contractuelles) ;
- trois aides soignantes (contractuelles) ;
- un manœuvre, gardien (contractuel).

La couverture sanitaire

3.1.4. Situation socioculturelle :

Un quartier à prédominance musulmane avec quelques communautés chrétiennes ; l'analphabétisme, le chômage et la délinquance sont prédominants.

3.2. Type d'étude :

Etude transversale prospective inspirée du postulat d'Advis Donabedian sur l'évaluation de la qualité des soins et des services :

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

3.3. Période d'étude :

L'étude a duré trois (3) mois en tout. Elle s'est déroulée du 1^{er} Avril au 30 Juin 2006.

3.4. Population d'étude :

3.4.1. Structure :

Elle concernait

- les données physiques (locaux, équipements, ressources humaines) ;
- organisation du travail ;
- système de tarification.

3.4.2. L'étude des procédures :

Elle concernera l'accueil, l'attitude, le respect psychologique et physique des parturientes ; les conditions d'hygiène au cours de l'accouchement et le système de référence.

3.4.3. Critères d'inclusion:

L'étude a concerné exclusivement toutes les parturientes qui se sont présentées au CSCOM pour accoucher. Elle a porté sur les gestes techniques réalisés par le personnel au cours de l'accouchement et l'opinion des accouchées sur la qualité des différentes activités.

3.4.2. Critères et de non Inclusion

Sont exclues de notre étude toutes celles qui se sont présentées pour d'autres raisons, et celles n'ayant pas accepté de se soumettre aux questionnaires.

3.4.4. Taille de l'échantillon :

Un recrutement systématique des parturientes ; un échantillonnage prospectif sur 100 parturientes, et l'observation de 100 accouchements.

3.4.5. Recueil des données :

Il sera effectué sur 2 types de questionnaires :

- 1- observation des accouchements ;
- 2- opinion des accouchées sur la qualité des soins.

3.4.8. Technique de collecte :

Elle consiste à observer les agents de santé au cours du travail d'accouchement avec la réalisation ou non des gestes techniques, puis faire un entretien avec les accouchés de façon isolée et discrète. Toutes les femmes se présentant au CSCOM, pour accoucher au cours de la période d'étude et remplissant les critères d'inclusion.

3.4.9. Niveau de qualité de la structure :

Pour effectuer un service de qualité, les exigences et les attentes des parturientes ont été définies dans le référentiel pour l'analyse de la qualité des soins en milieu urbain.

Pour ce faire, les éléments ci-dessous constituent des références à cerner :

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 ;

La structure et l'équipement de l'unité de consultation médicale :

- structure de salle ;
- l'équipement pour l'examen physique.

L'équipement de la salle d'attente :

- salle d'attente (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 de stérilisation.

L'existence et la fonctionnalité du laboratoire :

- l'équipement ;
- un personnel formé ;
- formation du personnel ;
- les réactifs.

Le dépôt des médicaments :

- normes architecturales ;
- l'équipement ;
- mode d'approvisionnement ;
- un personnel formé.

Etat des toilettes :

- normes architecturales ;
- équipement ;
- propreté.

Gestion des déchets :

- existence de poubelles ;
- ramassage et évacuation journalière des ordures ;
- existence d'un incinérateur.

Approvisionnement en eau :

- existence d'un robinet ;
- existence d'un puit.

Système d'éclairage et de communication :

- téléphone, fax, Internet ;
- réseau public, groupe électrogène, panneau solaire.

3.4.10. Système de classement :

Une cotation (2 ;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 réalisés appliqués à l'échelle d'évaluation pour un centre donné permettent d'évaluer le niveau de qualité de la structure.

Le 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 un score total de 30 à 37,99.

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

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

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

3.4.11. 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,
- « moins Bonne Qualité » si une au moins des variables discriminatoires n'est pas réalisée,
- « Non Qualité » si aucune des variables discriminatoires n'est 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 ;
- + moyenne (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.

3. 4.12. Les critères de classement:

Niveau IV : 75 à 100 % des parturientes reçoivent des soins de bonne et d'assez bonne qualité ;

Niveau III : 50 à 74,99 % des parturientes reçoivent des soins de bonne et d'assez bonne qualité ;

Niveau II : 25 à 44,99 % des parturientes reçoivent des soins de bonne et d'assez bonne qualité ;

Niveau I : moins de 25 % des parturientes reçoivent des soins de bonne ou d'assez bonne qualité.

3.4.13. L'étude des procédures :

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

3. 4.14. Observation des accouchements :

- le respect physique et psychique ;
- l'intimité des parturientes;
- l'interrogatoire ;
- l'examen général ;
- l'examen obstétrical ;
- la préparation à l'accouchement ;
- l'assistance et les soins au cours de l'accouchement ;
- l'hygiène au cours de l'accouchement ;
- les soins dispensés au nouveau-né ;
- les paramètres de la délivrance ;
- le post-partum immédiat ;

- la qualification du personnel ;
- l'utilisation du personnel ;
- les conseils donnés à la parturiente ;
- la durée de séjour à la maternité après l'accouchement ;

3.4.15. Difficultés rencontrées :

- le manque de poupinelle ;
- le manque d'incinérateur ;
- difficultés liées aux références (nombre insuffisant d'ambulances) ;
- communication difficile avec les parturientes ;
- manque d'eau courante ;
- manque de dossiers médicaux ;
- mauvaise utilisation des partographes (notamment le remplissage après l'accouchement) ;
- absence de laboratoire d'analyse ;
- absence d'appareil échographique.

3. 4.16. L'analyse de l'opinion des parturientes:

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

3.4.17. Traitement et analyse des données :

La saisie et l'analyse ont été effectuées sur l'ordinateur en utilisant le logiciel Epi-info version santé 3. 3 française.

IV- Résultats

4.1. Etude des structures :

Le centre de santé communautaire (Cscm) de Garantiguibougou est situé en plein milieu du quartier, à 200 mètres environ du marché vers le sud et structuré comme suit :

Le bâtiment est composé de :

■ Infrastructures médicales

Une salle d'accouchement bien protégée des regards indiscrets et possède :

- deux tables d'accouchement en bon état ;
- un bureau pour la sage femme ;
- une table sur laquelle sont disposés un pèse bébé, un mètre ruban, un stéthoscope obstétricale de Pinard, un appareil à tension ;
- un lavabo (sans eau courante), sur lequel sont disposés une boîte de section du cordon, un tambour et une boîte à fil.

La salle d'accouchement communique avec :

- une salle d'observation des accouchées : comportant quatre lits et une table de consultation tous en bon état ;
- une salle de consultation prénatale ;

Une salle de consultation pour le médecin : contenant

- une table de consultation (en bon état);
- une armoire métallique (en bon état);
- un bureau (en bon état);

- et un lavabo non fonctionnel.

Une salle servant de bureau pour la sage femme avec :

- une table de consultation ;
- une armoire métallique ;
- et un paravent.

Tous en bon état.

Une salle à deux compartiments :

- l'un servant de salle de pansement, disposant d'une table et d'un lavabo et deux boites de pansement (en bon état) ;
- l'autre est destiné aux injections possédant également un lavabo et deux chaises (en bon état).

Un dépôt des médicaments contenant des produits de premières nécessités en DCI.

Une salle pour la conservation des vaccins avec deux réfrigérateurs à gaz en bon état (servant de bureau de PEV).

■ Autres infrastructures :

- un magasin ;
- une salle de garde avec deux lits tous en bon état ;
- une chambre pour le gardien et sa famille ;
- deux toilettes externes ;
- le bâtiment et le mur de clôture sont en dur et conformes aux normes architecturales ;
- un grand hangar est situé au milieu de la cours (servant de salle d'attente et de tout autres activités du CSCOM).

Le CSCOM dispose également de l'électricité à partir du réseau EDM, d'un téléphone GSM, d'un puits ; et s'approvisionne en eau potable à travers des distributeurs d'eau que le personnel paye par barrique.

4.2. Le Personnel :

Composé de :

- Un médecin,
- une sage-femme,
- une matrone,
- deux aides soignantes,
- un interne.

Une équipe de garde assure la permanence et compte le personnel suivant :

- un étudiant en médecine niveau 6^{ème} ou 7^{ème} année monte à partir de 17 heures ;
- une sage-femme et une matrone, se relayent toutes les 24 heures ;
- une à deux aides soignantes se succèdent au poste toutes les 24 heures.

Un mini staff dirigé par le médecin chef se tient tout les vendredi pour la bonne marche du CSCOM.

4.3. Les données physiques :

▪ Les locaux :

Le CSCOM de Guarantibougou est clôturé d'un mûr à hauteur acceptable, fait en dur et en bon état.

A l'entrée du centre et à gauche se trouve le bâtiment constitué comme suit : de gauche à droite

- Un dépôt de médicaments où sont disponibles les médicaments en DCI ;
- un magasin ;
- une salle de conservation des vaccins avec 2 réfrigérateurs ;
- un bureau pour le médecin ;
- une salle d'injection et pansement ;
- une salle servant de bureau pour la sage femme ;
- une salle de CPN ;
- une salle d'accouchement ;
- une salle de repos des accouchées;
- une salle de garde ;
- un grand hangar au milieu du bâtiment ;
- 2 toilettes externes ;

Et à droite de la cours :

- une chambre pour le gardien.

Toute fois on note l'absence de laboratoire d'analyse et de salles d'hospitalisation.

- Les équipements :

a- moyens de transport :

Le centre dispose d'une mobylette mise à la disposition du médecin chef pour assurer le transport des vaccins, des boîtes de sécurité et d'autres courses du service.

Pour assurer les cas d'évacuations, le centre fait appel à l'ambulance du CSREF de la commune V.

b- Tableau I : Inventaire des mobiliers non spécifiques et techniques :

Les résultats issus de cet inventaire permettent de constater que le centre dispose des biens suivants :

Matériel	Nombre	Etat		
		Bon	Moins bon	mauvais
Bureaux,	3	x		
Tables de consultation	3	x		
Tables ordinaires ;	5	x		
Chaises ;	14	x		
Lits ;	7	x		
Matélas	7	x ⁶	x ¹	
Armoires métalliques ;	2	x		
Paravents.	2	x		

c) Tableau II : Inventaire du matériel technique, boîte d'instruments, chaîne de froid :

Matériel	Nombre	Etat		
		Bon	Moins bon	mauvais
boîte				
d'accouchement ;	1	x		
boîte de pansement ;	1	x		
cocote ;	1	x		
réfrigérateurs.	2	x		
tensiomètres	2	x		
stéthoscope obstétrical	1	x		
de Pinard ;				
Pèse personne ;	1	x		
pèse bébé ;	1	x		
un mètre ruban ;	1	x		
thermomètre ;	1	x		
barrique servant				
d'incinérateur.	1	x		

d) Inventaire d'autres équipements :

- l'éclairage public est assuré par le réseau public (EDM);
 - l'approvisionnement en eau potable est assuré par les distributeurs d'eau ;
 - 1 téléphone GSM.
- Ressources humaines :

Tableau III : Le nombre de catégories socioprofessionnelles dans le centre est le suivant:

Qualification	Nombre	Statut	
		Fonctionnaire	Contractuel
Médecin chef	1	x	
Sages-femmes ;	2	x ¹	x ¹
Technicien de santé ;	1	x	
Une gérante de la pharmacie ;	1		x
Matrones ;	4		x
Aides soignantes ;	3		x
Manœuvre servant en même temps de gardien.	1		x

4.4. Organisation du travail :

Les consultations médicales se font du lundi au vendredi et sont effectuées par le médecin du centre.

Les CPN se font 3 fois dans la semaine (les lundi, mercredi et jeudi) et sont assurées par les sages-femmes et les matrones.

Les gardes sont assurées par les « faisant fonction d'Internes », tous les jours à partir de 17 heures du lundi au vendredi et toute la journée du samedi et dimanche ; assurent les consultations médicales, certains cas d'accouchement dystocique et les évacuations sur le CSREF CV. Quant aux sages-femmes, matrones et aides soignantes, elles assurent les gardes 24 heures sur 24 ; et font les accouchements et l'entretien des nouveau-nés.

4.5. Système de tarification mis en place dans le centre :

Un système de tarification mise en place par l'assemblée générale qui est l'organe suprême de décision du CSCOM.

Tableau IV : Répartition des coûts par rapport aux actes au niveau du centre.

SERVICES	COUTS
CPN + carnet :	1500 fr
Accouchement :	6750 fr
Consultation médicale :	
- adhérents	250 fr
- non adhérents	500 fr
Carnet de l'enfant :	500 fr
Carnet de vaccination :	1000 fr
Perfusion :	
- interne	1000 fr
- ambulatoire	1000 fr /perfusion
Injections :	
- interne	250 fr
- ambulatoire	250 fr/injection
Pansement :	500 fr/semaine

4.6. Etude des procédures :

4.6.1. Caractéristiques socio-démographiques de la population d'étude :

Tableau V : Répartition des parturientes selon les tranches d'âge.

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
14-19 ans	30	30
20-29 ans	50	50
30-39 ans	20	20
39-40 ans	1	1
≥ 40 ans	0	0
Total	100	100%

Dans notre étude la moyenne d'âge est de 20 ans avec plus ou moins un écart type de 21. La plus âgée avait 40 ans et la moins âgée 14 ans avec une médiane de 30.

Tableau VI : Répartition des parturientes selon la profession.

Profession	Effectif	Pourcentage
Sans profession	91	91
Fonctionnaire	0	0
Commerçante/vendeuse	4	4
Autres	5	5
Total	100	100%

Les autres représentaient :

- les élèves 2 ;
- les aides ménagères 3.

Tableau VII : Répartition des parturientes selon le niveau d'instruction.

Niveau scolaire	Effectif	Pourcentage
Non instruites	86	86
Primaire	11	11
Secondaire	3	3
Supérieure	0	0
Total	100	100%

Tableau VIII : Répartition des parturientes selon le statut matrimonial.

Matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	94	94
Célibataire	6	6
Total	100	100,0%

Tableau IX : Répartition des parturientes selon la résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage
Commune V	95	95
Autre commune de Bamako	4	4
Hors de Bamako	1	1
Total	100	100%

Tableau X : Répartition des parturientes selon la gestité.

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigestes	34	34
Paucigestes	45	45
Multigestes	11	11
Grandes multigestes	10	10
Total	100	100%

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

Nombre de CPN Réalisés	Effectif	Pourcentage
0	22	22
1-3	50	50
≥ 4	28	28
Total	100	100%

Tableau XII : Répartition des parturientes selon le lieu de CPN.

Lieu de CPN	Effectif	Pourcentage
ASACOGA	92	92
CSRÈF CV	2	2
ASACOKAL	6	6
Total	100	100%

Tableau XIII : Répartition des parturientes selon leur appartenance à un groupe à risque.

Groupe à risque	Effectif	Pourcentage
Oui :		
- ATCD de césarienne	1	1
- ATCD de mort- né	1	1
- ATCD d 'HTA	0	0
- Petite taille	0	0
non	98	98
Total	100	100%

4.7. Domaine de qualité :

a- Respect physique et psychique des parturientes :

Tableau XIV : Répartition des parturientes selon la réalisation des gestes au respect physique et psychique des parturientes.

Variables	Effectif	Pourcentage
Salutations conformes aux normes sociales	97	97
Explique ce qui va se passer	7	7
Un personnel aide la parturiente à monter sur la table d'accouchement	62	62
Tranquillise la parturiente	57	57
Ton (doux, normal, encouragement)	98	98

b- Respect de l'intimité des parturientes :

Tableau XV : répartition des parturientes selon le respect de l'intimité.

Variables	Effectif	Pourcentage
Accouchement à l'abri des regards	95	95
Absence d'accompagnatrices dans la salle	96	96
Entrées et sorties non justifiées	3	3

4.8. Démarche Clinique Et Thérapeutique :

a- Qualification du praticien :

Tableau XVI : Répartition des parturientes selon la qualification de l'agent de santé.

Qualification	Fréquence	Pourcentage
Médecin	0	0
Sages-femmes	38	38
Infirmières obstétriciennes	3	3
Matrones	50	50
Autres	9	9
Total	100	100%

Autres représentaient:

- faisans-fonction d'Internes 5,
- aides soignantes 4.

b- Qualité de l'interrogatoire :

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

Variables	Effectif	Pourcentage
DDR	1	1
Age de la grossesse	4	4
Le début des douleurs	27	27
Fréquence des douleurs	6	6
MAF	11	11
Possession d'un carnet de CPN	98	98
Examen du carnet	20	20
Perte liquidienne	7	7
Ecoulement sanguin vaginal	2	2
Notion de fièvre	2	2

c- Examen général :

Tableau XVIII: Répartition des parturientes selon la réalisation des gestes techniques de l'examen général.

Variables	Effectif	Pourcentage
Appréciation des conjonctives et muqueuses	5	5
Auscultation cardiaque de la mère	0	0
Prise de la TA	98	98
Prise du pouls	1	1
Prise de la température	2	2
Recherche des OMI	2	2
Prise de poids	0	0
Albuminurie	0	0
Sucre dans les urines	0	0

c- Examen obstétrical :

Tableau XIX : Répartition des parturientes selon la réalisation de l'examen obstétrical.

Variables	Effectif	Pourcentage
Mesure de la HU	83	83
Appréciation des contractions utérines	1	1
Auscultation des BDCF	54	54
Appréciation de la dilatation du col	100	100
Appréciation de la présentation	54	54
Porter les enseignements sur le partographe	49	49
Appréciation du bassin	0	0
Appréciation de l'aspect du liquide amniotique	48	48
Utilisation de gants	0	0

e- Préparation à l'accouchement :

Tableau XX : Répartition des parturientes selon la réalisation des gestes techniques à la préparation de l'accouchement.

Variables	Effectif	Pourcentage
Fait uriner la parturiente	39	39
Réalisation d'une toilette vulvaire	4	4
Rectum vide	0	0

f- Conditions d'hygiène au cours de l'accouchement :

Tableau XXI : Répartition des parturientes selon la réalisation des normes d'hygiène.

Variables	Effectif	Pourcentage
Changement de blouse	1	1
Lavage des mains avec du savon avant et après chaque accouchement	53	53
Port des gants non stériles	54	54
Toilette vulvaire avec l'eau de robinet	3	3
Traitement du matériel pour chaque accouchement	94	94
Alèze individuelle sur la table d'accouchement	1	1
Utilisation de solution de décontamination	0	0
Utilisation de poubelle	0	0
Nettoyage de la table d'accouchement avec une solution de décontamination avant et après	95	95

g- Utilisation des médicaments :

Tableau XXII : Répartition des parturientes selon l'utilisation des médicaments au cours de l'accouchement.

Qualification	Effectif	Pourcentage
Aucun	10	10
Antispasmodique	88	88
Oxytocine en perfusion	2	2
Oxytocine en IV ou IM	0	0
Injection d'antibiotique	0	0
Perfusion de SG 5% seul	0	0
Total	100	100%

NB :

L'utilisation du syntocinon au cours du travail est non autorisée dans les structures ne disposant pas de bloc opératoire fonctionnel.

Cependant nous avons observé deux cas de perfusion de syntocinon au cours de notre étude.

h- Soins aux nouveau-nés :

Tableau XXIII : Répartition des parturientes selon la réalisation des gestes techniques des soins aux nouveau-nés.

Variables	Effectif	Pourcentage
Recueillir dans un linge propre	89	89
Recouvre le corps	89	89
Evalue le score d'Apgar	88	88
Dégage les mucosités du nez et de la bouche	62	62
Montre le nouveau-né à la mère	15	15
Pose le nouveau-né sur le ventre de la mère	4	4
Lave le nouveau-né juste après l'accouchement	98	98
Pèse le nouveau-né	98	98
Mensurations	89	89
Examine l'ensemble du corps (recherche de malformations)	1	1
Met des gouttes de Collyre antibiotique dans les yeux	2	2
Etablit un carnet de santé	0	0
Réchauffe le nouveau-né	0	0
soins du cordon	80	80
Met le nouveau-né aux seins	2	2

i- Gestes techniques de la délivrance:

Tableau XXIV : Répartition des parturientes selon la réalisation des gestes technique de la délivrance.

Variables	Effectif	Pourcentage
La GATPA	96	96
Surveillance du saignement vaginal	54	54
Prise du pouls	1	1
Prise de la TA	32	32
Examine le placenta et les membranes	5	5
Révision utérine si nécessaire	1	1

j- Post-partum immédiat :

Tableau XXV : Répartition des patientes selon la réalisation des gestes de surveillance du post-partum immédiat.

Variables	Effectif	Pourcentage
Apprécie le globe utérin de sécurité	51	51
Réalise une toilette vulvaire	94	94
Recherche de lésions	37	37
Recherche d'écoulement sanguin vulvaire	48	48
Surveillance pendant 2 heures en salle d'accouchement	52	52
Examen des conjonctives	6	6
Vider la vessie	0	0
Contrôle pouls et TA	2	2
Surveillance le nouveau-né	2	2

k- Pronostique maternel :

Tableau XXVI : Répartition des parturientes selon le type de complications liées à l'accouchement.

Variables	Effectif	Pourcentage
Hémorragie	2	2
Anémie	3	3
Déchirure périnéale ou vulvaire	3	3
Décès	0	0
Sans complications	92	92

l- Pronostique fœtal :

Tableau XXVII : Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar

Variables	Effectif	Pourcentage
Apgar > 7	87	87
Apgar 4 - 7	8	8
Apgar < 4	3	3
Mort-né	2	2
Total	100	100%

m- Conseils donnés à l'accouchée :

Tableau XXVIII : Répartition des parturientes selon les conseils donnés à la mère.

Variables	Effectif	Pourcentage
Allaitement	29	29
Planning familial	19	19
Soins aux nouveau-nés	2	2
Alimentation d'une femme allaitante	5	5
Vaccination et alimentation du nouveau-né	80	80
Avantages d'accoucher en maternité	5	5
Conséquences de l'excision	0	0

n- Répartition des parturientes selon le temps séparant l'heure d'entrée et l'heure d'accouchement :

Tableau XXIX :

Temps	Effectif	Pourcentage
< 2heures	89	89
2-24heures	11	11
>24 heures	0	0
Total	100	100%

o- Durée du séjour après l'accouchement :

Tableau XXX : Répartition des parturientes selon la durée de leur séjour après l'accouchement.

Durée du séjour	Effectif	Pourcentage
< 2 heures	1	1
2-24 heures	96	96
> 24 heures	0	0
Total	100	100%

p- Utilisation du partographe :

Tableau XXXI: Répartition des parturientes selon l'utilisation du partographe.

Variables	Effectif	Pourcentage
N'a pas été rempli	1	1
Rempli après accouchement	51	51
Rempli tout au long du travail	48	48
Total	100	100%

4.9. Opinion des parturientes :

a- Raisons du choix du centre : répartition des parturientes selon le critère de choix du centre.

Tableau XXXII :

Critères de choix	Effectif	Pourcentage
Proximité de l'établissement	70	70
Connaissance de quelqu'un dans l'établissement	8	8
Compétence du personnel	2	2
Accueil du personnel	5	5
Tarifs peu élevés	3	3
Moi et ma famille y ont été traités	3	3
Sur conseil d'une connaissance	5	5
Apparition paroxystique du travail	2	2
Bonne hygiène	2	2
Total	100	100%

b- Raisons d'accoucher en maternité :

Tableau XXXIII : Répartition des parturientes selon les raisons d'accoucher en maternité.

Raisons du choix d'accoucher en maternité	Effectif	Pourcentage
Les complications de l'accouchement à domicile	41	41
Sécurité de l'accouchement en maternité	44	44
Par exigence de la famille	11	11
Ne sais pas	4	4
Total	100	100%

c- Accueil, attitude et respect psychique des parturientes :

Tableau XXXIV : Fréquences des opinions des parturientes selon les prestations.

variables	Effectif	Pourcentage
Accueil		
* Désagréable et mal polie	2	2
* Indifférente	9	9
* Attentive et polie	88	88
Attitude agréable :		
* oui	93	93
* non :	2	2
- ont crié sur moi avant l'accouchement	1	1
- ont crié sur moi pendant l'accouchement	18	18
- m'ont encouragé et ont été compréhensifs	80	80

4.10. Qualité De L'accouchement :

4.10.1 Qualité de la structure :

Tableau XXXV : Niveau de qualité des structures au niveau du centre de santé ASACOGA en commune V du district de Bamako.

Références	Niveau de qualité				Score	Observation
	A	B	C	D		
1- Normes architecturales	*				4	- Pas de poussière - Bâtiment propre
2-dispositif d'accueil et d'orientation				*	0	Inexistant
3-structures / équipements unité de consultation		*			3	- Matériels techniques incomplets
4-équipements de la salle d'attente		*			3	- Salle d'attente équipée
5-salle d'accouchement			*		2	- Matériels techniques incomplets
6-unité de connecte de consultation				*	0	- Absente
7- pharmacies (dépôt de médicaments)		*			3	- Protection contre la poussière est insuffisante
8-laboratoire				*	0	- Absent
9- état des toilettes	*				4	- Intimité respectée - Etat propre
10-système d'approvisionnement en eau et d'élimination des déchets				*	0	- Pas d'eau courante
11-Système d'éclairage et de communication	*				4	- Réseau public -Téléphone GSM

NB: A=4 ; B=3 ; C=2 ; D=0 ou 1 avec un score Total = 44

Le Score maximal (Sc. Max) = 4

Niveau de qualité :

- Niveau 4 = 95-100 % Sc. Max soit 40 à 44 ;
- Niveau 3 = 75-94 % Sc. Max soit 30 à 39,99 ;
- Niveau 2 = 50-74 % Sc. Max soit 20 à 29,99 ;
- Niveau 1 = moins de 5 % Sc. Max soit moins de 20.

Le centre est de Niveau II, c'est à dire que 50 à 74 % (soit un score total de 23) des références sont satisfaisants.

* = correspond au niveau de qualité des soins.

4.10. 2. Qualité Des Procédures De L'accouchement :

A. Interactions soignants parturientes :

Tableau XXXVI : Analyse de la qualité du « respect physique et psychique » et du « respect de l'intimité » lors des accouchements au centre de santé ASACOGA en commune V du district de Bamako d'Avril en Juin 2006.

Variables	Effectif	Pourcentage	Niveau
Respect physique et psychique de la parturiente	63	63	III
Respect de l'intimité de la parturiente	70	70	III

Tableau XXXVII : Niveau du centre de santé communautaire ASACOGA sur le plan du « respect physique et psychique » et du « respect de l'intimité » lors des accouchements effectués d'Avril à Juin 2006.

Variables	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3 + Q4	niveau de qualité			
						I	II	III	IV
Respect physique et psychique de la parturiente	6	20	12	63	12 + 63 75%			X	
Respect de l'intimité de la parturiente	6	10	14	70	14+70 84%			X	

X = correspond au niveau du centre

B. Démarche clinique et thérapeutique :

a- Interrogatoire, l'examen général et obstétrical :

Tableau XXXVIII : Analyse de la qualité de « l'interrogatoire, l'examen général et l'examen obstétrical ».

Variables	Effectif qualité	Pourcentage	Niveau
Interrogatoire	14	14	II
Examen général	10	10	II
Examen obstétrical	62	62	II

Tableau XXXIX : Niveau du centre de santé communautaire ASACOGA sur le plan de « l'interrogatoire, l'examen général, l'examen obstétrical » lors des accouchements effectués d'Avril à Juin 2006.

Variables	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3+Q4	Niveau de qualité			
						I	II	III	IV
Interrogatoire	61	14	11	14	11+14 25%		x		
Examen général	50	22	18	10	18+10 28%		x		
Examen obstétrical	11	16	11	62	11+62 73%		x		

b- Hygiène au cours de l'accouchement :

Tableau XL : Analyse de la qualité de « l'hygiène au cours de l'accouchement » lors des accouchements effectués d'Avril –Juin 2006 au CSCOM ASACOGA.

Variables	Effectif	Pourcentage	Niveau qualité
Hygiène au cours de l'accouchement	34	34	II
Non	60	60	

Tableau XLI : Niveau de qualité du centre de santé communautaire ASACOGA en commune V du district de Bamako sur le plan de la qualité de « l'hygiène au cours de l'accouchement » lors des accouchements effectués d'Avril- Juin 2006.

Variables	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3+Q4	Niveau de qualité			
						I	II	III	IV
Hygiène au cours de l'accouchement	42	10	8	34	8+34 42%		x		

c- Soins au nouveau-né :

Tableau XLII : Analyse de la qualité des « soins au nouveau-né » lors des accouchements effectués d'Avril - Juin 2006 au CSCOM ASACOGA N =100.

Variables	Effectif qualité	Pourcentage	Niveau
Soins au nouveau-né	53	53	III

Tableau XLIII : Niveau de qualité du centre de santé communautaire ASACOGA en commune V du district de Bamako sur le plan de la qualité des « soins au nouveau-né » lors des accouchements effectués d'Avril - Juin 2006.

Variables	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3+Q4	Niveau de qualité			
						I	II	III	IV
Soins au nouveau-né	14	20	13	53	13+53			x	
					66%				

d- Les gestes techniques de la délivrance :

Tableau XLIV : Analyse de la qualité des « gestes techniques de la délivrance » pour des accouchements effectués d'Avril Juin 2006 au CSCOM ASACOGA N=100.

Variables	Effectif qualité	Pourcentage	Niveau
La délivrance	52	52	III

Tableau XLV : Niveau de qualité du centre de santé communautaire ASACOGA en commune V du district de Bamako sur le plan de la qualité des « gestes techniques de la délivrance » au cours des accouchements effectués d'Avril - Juin 2006.

Variables	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3+Q4	Niveau de qualité			
						I	II	III	IV
La délivrance	15	10	33	42	33+42 75%			x	

e- **Les gestes techniques de surveillances du post-partum immédiat** :

Tableau XLVI : Analyse de la qualité des « gestes de surveillances du post-partum immédiat » pour des accouchements effectués d'Avril - Juin 2006 au CSCOM ASACOGA.

Variables	Effectif qualité	Pourcentage	Niveau
Post-partum immédiat	30	30	II

Tableau XLVII : Niveau de qualité du centre de santé communautaire ASACOGA en commune V du district de Bamako sur le plan de la qualité des « gestes de surveillances du post-partum immédiat » au cours des accouchements effectués d'Avril - Juin 2006.

Variables	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3+Q4	Niveau de qualité			
						I	II	III	IV
Post-partum immédiat	30	22	18	30	18+30 48%	x			

f- Conseils donnés aux accouchées :

Tableau XLVIII : Analyse de la qualité des « conseils donnés aux accouchées » après les accouchements effectués au centre de santé communautaire ASACOGA en commune V du district de Bamako d'Avril- Juin 2006 N =100.

Variables	Effectif qualité	Pourcentage	Niveau
Conseils donnés aux accouchées	35	35	I

Tableau XLIX : Niveau de qualité du centre de santé communautaire ASACOGA en commune V du district de Bamako sur le plan de la qualité des « conseils donnés aux accouchées » lors des accouchements effectués d'Avril - Juin 2006.

Variables	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3+Q4	Niveau de qualité			
						I	II	III	IV
						Conseils donnés aux accouchées	36	16	13
					48%				

v- Commentaires

5.1. Etude Des Structures :

Le système de tarification mis en place rend les tarifs abordables ; cependant il y a un manque accru d'eau courante mais aussi d'ambulance et de laboratoire d'analyse pour une meilleure prise en charge des patientes d'une manière générale.

5.2. Etude des procédures :

5.2.2. Analyse des caractéristiques socio-démographiques :

- l'âge : Notre étude a montré que la tranche d'âge de 20-29 ans était la plus représentée avec 50 % de notre échantillon ; et 50% de nos parturientes se trouvent entre 14-29 ans. Ce qui représente la jeunesse de notre échantillon. La moyenne d'âge est de 20 ans comparé à d'autres études.
- la profession des parturientes : Les 91% des parturientes étaient des ménagères : elles sont sujettes à de durs travaux, pouvant entraîner des complications (accouchements prématurés, hémorragie de la délivrance).
- niveau d'instruction : Les femmes non instruites représentent 86% de l'échantillon ; ceci ne facilite pas la tâche des praticiens sur le plan de la compréhension et de l'application des conseils donnés au cours de la grossesse, pendant l'accouchement et dans le post-partum.

- statut matrimonial : Notre étude a montré que 94% de l'échantillon étaient des femmes mariées ce qui est à encourager, car dans ces conditions, la grossesse et l'accouchement sont mieux gérés.
- la gestité : Dans l'échantillon les primigestes et les paucigestes étaient les plus représentées avec respectivement 34% et 45%. les grandes multipares représentent seulement 10% de l'échantillon et doivent bénéficier d'une attention particulière à cause des complications qui peuvent survenir au cours de la grossesse ou de l'accouchement (rupture utérine, placenta praevia, présentations vicieuses) et dans le post-partum immédiat (l'hémorragie de la délivrance).
- le nombre de CPN : 50% des parturientes de l'échantillon ont fait au moins une CPN outre 22% n'ayant fait aucune CPN. Ce qui pourrait être un facteur de risques de complication de la grossesse voir lors de l'accouchement comparer à d'étude.

2.3. Analyse de la qualité de la dimension humaine :

L'évaluation du niveau de qualité de la dimension humaine révèle que le centre est de niveau II, comme celui de Ahmed S (1), et Fomba S (18) avait trouvé un centre de niveau III, Diarra M (11) en commune V et Coulibaly M (8) avait trouvé des centres de niveau I.

- L'accueil était de bonne qualité dans l'ensemble, soit 88% des cas. Coulibaly M (8) avait trouvé 77,8% en commune V et 76,2% en commune VI; Diarra M (11) avait trouvé 97,8% en commune V du district de Bamako. Kassambara (21), avait trouvé que la qualité de l'accueil était mauvaise dans 61 % en commune VI du district

de Bamako; Boré M (5) avait trouvé un niveau satisfaisant dans 97,90% à l'HGT. Yaro K (38) avait trouvé un niveau médiocre dans 91% en commune VI.

- Dans 62% des cas, le personnel médical avait aidé les parturientes à s'installer sur la table d'examen (table d'accouchement); Ahmed S (1) à l'ASACODOU en commune I du district de Bamako avait trouvé 80% des cas; Coulibaly M (8) avait trouvé 60% en communes V et VI du district de Bamako; Diarra M (11) avait trouvé 95% en commune V du district de Bamako; et celui de Fomba (18) était de 18% en commune VI.
- Au cours de notre étude, il a été constaté que le respect physique et psychique était de 63% ; celui de Coulibaly M (8) était de 22,5%, et celui de Fomba (18) était de 35%; Diarra M (11) avait trouvé 97 % en commune V du district de Bamako.
- Les parturientes recevaient des informations sur le déroulement de l'accouchement dans 7% des cas étudiés ; Ahmed S avait trouvé 48% (1) ; Diarra M (11) 100%; et Fomba (18) 10%.
- Les accouchements se faisaient à l'abri des regards indiscrets dans 95% des cas contre 92% des cas chez Diarra M (11) et 28% des cas chez Fomba (18). Une faible présence des accompagnatrices à l'entrée de la salle d'accouchement a été constatée (pour apporter des linges ou les médicaments).

2.4. Analyse du déroulement de l'accouchement :

- l'interrogatoire : L'interrogatoire était de niveau II. La détermination de la date des dernières règles pour déterminer l'âge exact de la grossesse était rarement demandée. Le début du travail a été recherché dans 27% des cas. La recherche d'écoulement liquidien ou sanguin vaginal était rarement demandée soit 2%. Le carnet de CPN était demandé dans presque 100 % de l'échantillon de recherche et n'était examiné que dans 20 % des cas. Cet examen doit être systématique afin de pouvoir déceler les antécédents de la parturiente et identifier les grossesses à risque pour une meilleure prise en charge des parturientes. Coulibaly M (8) avait trouvé 91% en commune V et 75,2% en commune VI ; Diarra M (11) avait trouvé 100 % en commune V; Kassambara (21) 0% des cas en commune VI. Le MAF demandé dans 11%, contre seulement 6% pour la fréquence des douleurs.
- l'examen général : L'examen général était niveau II. L'examen général était incomplet dans la majorité des cas. En effet, les paramètres comme l'auscultation cardiaque de la mère et la prise du pouls n'ont jamais été prise en compte. La température était rarement prise; la tension artérielle l'était dans 98% des cas ; Ahmed S (1) avait trouvé 56%.
- dans notre étude l'examen obstétrical est de niveau II . La mesure de la hauteur utérine était faite dans 83% des cas ; la palpation abdominale dans 1% des cas ; la surveillance des contractions était faite dans 1% et les bruits du cœur fœtal dans 54% des cas ; Diarra M (11) au CSREF de la commune V avait trouvé que

l'examen obstétrical était de bonne qualité tous les paramètres étaient à 100%, mais Yaro K (38) avait trouvé 2% pour l'auscultation des bruits du cœur fœtal et 0,4 % pour la mesure de la hauteur utérine.

- préparation à l'accouchement : Seule l'évacuation vésicale était faite dans 39% des cas. La toilette vulvaire n'a pas été faite.
- l'hygiène au cours de l'accouchement : l'hygiène est la clef de tout acte médical, surtout en obstétrique pour le bien être de la mère et du nouveau-né. Notre étude a révélé que l'hygiène était de niveau II soit 42% des cas examinés. Le lavage des mains avec du savon était loin d'être systématique avant l'accouchement et rarement fait après celui-ci. Coulibaly M (11) n'avait trouvé aucun cas de lavage des mains avant l'accouchement ; Ahmed S (1) avait trouvé 19% des cas de lavage des mains. Par contre le matériel (la boîte de section du cordon et la table d'accouchement) était systématiquement décontaminé après l'accouchement.
- Le traitement : Les antispasmodiques étaient largement prescrits 88% des cas souvent sans aucune indication. Hors l'utilisation abusive d'antispasmodique peut exposer les parturientes à des hémorragies de la délivrance; Fomba S (18) avait trouvé 87,5% ; Coulibaly M (8) 55% et Diarra M (11) avait trouvé 88% des cas. L'utilisation d'oxytocine en perfusion était de 2%. Ces produits sont souvent utilisés pour corriger certains cas de dystocies dynamiques. Le plus souvent le personnel les utilise sans tenir compte des contre-indications exposant ainsi les parturientes à des

complications foëto-maternelles souvent dramatiques telle la souffrance foëtale aiguë, la rupture utérine. L'étude faite par Coulibaly M (8) a révélé un cas d'injection d'oxytocine par voie veineuse directe sur utérus cicatriciel au CSCOM de l'ADASCO; et 9 cas d'utilisation d'oxytocine de façon systématique sans respect des indications et contre-indications dont 5% de rupture utérine ; Drabo A (14) avait trouvé 20% des cas de rupture utérine suite à l'utilisation d'oxytocine. Une étude faite à l'hôpital national du point G (23) avait rapporté 2,2% d'incidents rencontrés pendant la perfusion d'ocytocique avec 1,4% de rupture utérine et 0,5% de décès maternels. Une étude faite au CHU de Brazzaville (19) avait rapporté 0,7% de rupture utérine avec un usage mal contrôlé des ocytociques soit 32,2 %. Traoré Y (36) avait trouvé 3,8% de rupture utérine par utilisation d'ocytociques avec 84,1% de mortalité foëtale.

- l'utilisation du partographe : le partographe n'a été rempli tout au long du travail que dans 48% des cas. Ahmed S (1) avait trouvé 37% des cas d'utilisation du partographe ; Diarra M (11) avait conclu que dans 94% des cas le partographe était bien tenu ; Fomba S (18) avait montré que 58% ont été remplis après l'accouchement contre 51% dans notre étude. Une étude menée au CSREF Commune V (3) avait montré que l'utilisation du partographe avait permis : une réduction de la mortalité néonatale de 21 à 19,6‰ ; une réduction de la mortinatalité de 33 à 17,3‰ ; une réduction du taux de décès maternel de 206,6 à 131‰.

- soins immédiats aux nouveau-nés : Les soins aux nouveau-nés sont de niveau III. Dans notre étude l'examen morphologique systématique était rarement fait et le score d'Apgar a été évalué chez tous les nouveau-nés en tenant compte du seul cri du nouveau-né. Ahmed S (1) avait trouvé 11% des cas d'évaluation du score d'Apgar.
- post-partum immédiat : Les paramètres comme la tension artérielle, le pouls, l'examen des conjonctives, la surveillance du saignement vulvaire et le globe utérin de sécurité doivent être contrôlés normalement toutes les 15 mn. Notre étude a révélé que le centre était de niveau II. Ces paramètres n'étaient surveillés que dans 48% des cas ; Ahmed S (1) avait trouvé 11%; et Fomba S (18) 4% en 2003.
- conseils donnés aux accouchées : les accouchées recevaient rarement des conseils, seuls 29% des femmes ont reçu des conseils sur l'allaitement, 80% sur la vaccination du nouveau-né. Les conseils sur la contraception et les conseils de soins aux nouveau-nés étaient évoqués. Un rendez-vous de 15 jours était donné à toutes les accouchées.
- la durée de l'accouchement : 89% des parturientes avaient accouché en moins de 2 heures après admission au centre. Ahmed S avait trouvé 39% (1). Ceci est dû au fait que les parturientes préfèrent rester à la maison jusqu'à la phase active du travail d'accouchement d'une part, et d'autre part à l'ignorance des risques qu'elles pourraient en courir.

- la durée du séjour après l'accouchement : 96 % des accouchées restaient entre 2 à 24 heures après l'accouchement; Ahmed S (1) en 2002 avait trouvé 23% ; et Fomba S (18) en 2003 avait trouvé 26%.

1. Opinion des accouchées :

Le critère le plus évoqué par les accouchées était la proximité du centre soit 70 %. Ahmed S en 2002 (1) avait trouvé 92 % pour la proximité.

A celui-ci s'ajoutent d'autres critères qui sont moins évoqués :

- la réputation du centre était rarement évoquée dans les critères de choix des parturientes ;
- 2% pour la compétence du personnel ;
- 5% pour le bon accueil ;
- 44% pour la sécurité de l'accouchement en maternité ;
- 41% pour les complications de l'accouchement à domicile ;
- 11% pour l'exigence de la famille.

VI- Conclusion :

Notre étude s'est déroulée au CSCOM de l'ASACOGA allant du 1^{er} Avril au 30 Juin 2006.

Elle a porté sur l'évaluation de la qualité des soins obstétricaux en salle d'accouchement.

L'analyse des résultats de cette étude a permis de démontrer que : de nombreuses insuffisances persistent dans nos pratiques quotidiennes au niveau des centres de santé notamment au niveau des CSCOM .

Ces insuffisances sont de nature à entacher les résultats attendus à savoir : l'administration des soins de qualité aux populations cibles. Cependant le centre est de niveau élevé (III) pour certains indicateurs, à savoir : le respect physique, psychique, et de l'intimité des parturientes ainsi que dans les gestes techniques de la délivrance ;

De niveau moins élevé (II) pour d'autres indicateurs, il s'agit de : l'interrogatoire des parturientes, l'examen général, l'hygiène au cours de l'accouchement, la surveillance du post-partum immédiat.

Hors le seul respect des normes et procédures suffirait à offrir des soins de qualité à nos populations.

Au regard de ces résultats que nous avons commenté, les recommandations suivantes sont formulées afin d'améliorer la qualité des soins :

VII- Les Recommandations :

1. Aux autorités de tutelle :

- améliorer l'état des structures sanitaires selon les normes architecturales ;
- faciliter l'accès du centre en aménageant la route qui le lie à la voie principale ;
- assurer une formation continue et régulière des agents sanitaires plus particulièrement ceux des CSCOM afin qu'ils se conformes aux normes nationales ;
- organiser au mieux le système de référence et d'évacuation entre les différentes structures de la pyramide sanitaire ;
- instaurer un système de rétro information pour les références ;
- élaborer et introduire dans les formations sanitaires un référentiel de qualité sur la pratique de l'accouchement, sur l'utilisation du partographe et des ocytociques au cours de l'accouchement.

2. Au comité de gestion :

- assurer au centre un abonnement en réseau public d'eau potable ;
- équiper le centre de matériels techniques adéquats pour assurer une meilleure prise en charge des malades (un laboratoire d'analyse pour les examens d'urgence et d'un appareil d'échographie).

3. Au personnel de santé : Respect des normes et procédures telle que :

- assurer une bonne hygiène de la salle d'accouchement par l'utilisation convenable des antiseptiques lors des accouchements afin de réduire les risques de contamination ;
- remplir correctement les partographes au fur et a mesure du travail d'accouchement dans le but de pouvoir déceler les dystocies et de les corriger à temps ;
- informer les femmes en CPN sur les dangers du travail d'accouchement en dehors des services de santé, afin de les amenées à un changement de comportement par rapport à leur prise en charge ;
- donner des conseils aux accouchées par rapport à la planification familiale, à l'allaitement maternel, à l'alimentation d'une femme allaitante, aux inconvénients des mutilations génitales féminines et les soins aux nouveau-nés ;
- faire du dossier médical, un droit pour la patiente et un devoir pour le personnel.

4. Aux populations cibles :

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

V- Références :

1. Ahmed S. Evaluation de la qualité de l'accouchement au centre de santé communautaire ASACODOU de Doumanzana en commune I du district de Bamako de juin à septembre. 02M Thèse de médecine. Bamako, 2002 :60-2.
2. Alde Bert A. Le taux de césarienne, indicateur de qualité. Deuxième journées d'obstétrique du collège de gynécologie de Bordeaux et du sud-ouest Novembre 1995.
3. Bamba M. Etude antenne des paramètres du partographe dans le centre de santé de référence de la commune V à propos de 3872 cas. 98-M-52 Thèse de médecine. Bamako, 1998:34.
4. Bayo Al .Les ruptures utérines à propos de 58 cas recensés à l'hôpital Gabriel Touré. 91-M Thèse de médecine. Bamako, 1991:4.
5. Boire M : Evaluation de la qualité des soins dans certains services médicaux, médico-techniques et pharmaceutique de l'hôpital Gabriel Touré. 00-M Thèse de médecine. Bamako, 2000:69-79.
6. Cellule de planification et de statistique. Plan de formation et de Perfectionnement du personnel socio sanitaire. Bamako (Koulouba) 1995-2000.
7. "Clinical Management protocol on sagemotherhood " Ministère de la santé Accra Ghana, septembre1994.

8. Coulibaly M. Qualité de l'accouchement dans les centres de santé communautaires des communes V et VI du district de Bamako. 02-M-86 Thèse de médecine. Bamako, 2001 :75-6.
9. Condition de la femme et population le cas de l'Afrique francophone : publié pour les Nations Unis par le CEPED avec la collaboration du FNUAP et de l'URD, 1992.
10. Coverage of maternity care A listing of available formation, quatrième édition, OMS, Genève, 1997.
11. Diarra M. Evaluation de la qualité des soins à la maternité du centre de Référence de la commune V du district de Bamako. 05-M-154 Thèse de médecine, Bamako, 2005 :55-60.
12. Decam C, Duponchel J L, Huguet D. Enquête multicentrique sur la mortalité maternelle grave en Afrique de l'ouest. Rapport préliminaire du Mali, 1996.
13. Donabedian Advis. Exploration in assessment and monitoring, vol 1. The definition of quality and approaches to its assessment: health Administration Press An-Arbor, Michigan, 1980.
14. Drabo A. Les ruptures utérines à l'hôpital Somminé Dolo de Mopti Facteurs influençant le pronostic materno-fœtal et mesures prophylactiques à propos de 25 cas. 00 M 07 Thèse de médecine. Bamako,200:13-31.
15. Dr Lyonel R, Dr Jacqueline R, Lumbroso D. l'accouchement. <http://www-doctissimo.fr/html/santé/femme/sa-571-emennorma> 12 htm 2004.12 mai 06

16. Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle nouvelle méthodologie OMS/UNICEF avril 1996.
17. Feu M-L, Fayomi E, Zohoum T .11 Santé mère -enfant au Bénin, Réalisation et déficit. Revue de médecine d'Afrique noir 1998; 2:5.
18. Fomba S. Qualité de la consultation prénatale et de l'accouchement au centre de santé MIPROMA de Magnambougou en commune VI du district de Bamako. 03-M-6 Thèse de médecine. Bamako, 2003:45-46.
19. Ilokih, OkongoD, Ekoundzolajr. Les ruptures utérines en milieu Africain 59 cas colligés au CHU de Brazzaville. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1994; 23 : 922-925.
20. Kanté M. Etude clinique et épidémiologique de l'utilisation du partogramme dans les maternités publiques. 99-M Thèse de médecine, Bamako 1999 :75.
21. Kassambara M. Evaluation d'un centre de santé maternelle et infantile en milieu urbain appliqué à la commune VI du district de Bamako. N-15 Thèse de médecine, Bamako .1989:179.
22. Koermer MI, Montaya A. L'évaluation et l'assurance de la qualité des soins de santé primaire OMS. Publication offset N° 105 Genève.
23. Koita M. Qualité des CPN dans les formations sanitaires publiques et communautaires des communes V et VI du district de Bamako. 01 M Thèse de médecine. 2001:41-129.

24. Koné L. Etude de l'utilisation des ocytociques au cours du travail dans les services de gynéco-obstétriques de Bamako à propos de 568 cas à l'hôpital national du point G, au centre de santé de la commune II ,l'hôpital Gabriel Touré et au centre de santé de la commune IV. 98-P-8 Thèse de médecine. Bamako, 1998:8-92.
25. Mars de Wagner M.D. Technology in Birth. First do no Harm.1987-2001 Midwifery today. Inc. [Traducteur Mary Pascal Beauregard, mai 2001].Sites Internet et association francophones pour une approche « Citoyenne » de la naissance.
<http://www-fraternet.org/naissance/docs/wagner-fr.htm>.
12 mai-06
26. Maternal mortality ratio and rates .A tabulation of available information. Third edition Genève 1991.
27. Mortalité maternelle en Afrique de l'ouest. Résultat d'une enquête à Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint-Louis et Kaolack. OMS Bureau Afrique Division Santé de la Famille. novembre 1997.
28. Nouveau-né, un bon départ.L'enfant en milieu tropical1991:190-1991.
29. OMS (chronique). Mortalité maternelle : Soustraire les femmes de l'engrenage fatal. 4 d5.Génève. 198 :193-202.
30. OMS/UNICEF. Estimation révisée pour 1990 de la mortalité maternelle nouvelle méthodologie avril 1996.

31. Recommandations générales de l’OMS.
<http://perinatalité.cheztiscali.fr/OMS.htm>. 12 mai- 06
32. Sidibé M. Cartographie et qualité de la surveillance prénatale dans les formations sanitaires de la commune IV du district de Bamako. Thèse de médecine 1999:3.
33. Surveillance échographique de la grossesse. DMC obstétrique (B Séguy) ancien chef de clinique à la faculté de médecine de Paris. Maloine S A. Edition 27, rue de l’école de médecine-75 000 Paris.2000 : 67.
34. Thiam HD:Prise en charge des en milieu rural et urbain à propos de 200accouchements, à Bamako et Kolondièba. 00-M Thèse de médecine. Bamako, 2000:60-62.
35. Trillat S, Col. Accouchement normal et pathologique. Paris, 1986 ;2 : 121.
36. Traoré Y. les ruptures utérines à l’hôpital du point G : Facteurs influençant le pronostique materno-fœtal et mesures prophylactiques à propos de 180 cas. 96-M-27 Thèse de médecine. Bamako, 1996:27-146.
37. Union professionnelle des accoucheuses Belge -203 rues de Baume.7100 Haine-saint-Paul-064/22.36.83. contact.@sagefemme.be.
38. Yaro K. Etude comparative de la qualité des soins au niveau de la maternité entre CSCOM et service socio-sanitaire de commune au niveau de la commune VI du district de Bamako. 97-M Thèse de médecine. Bamako, 1997:12-101

Annexe I : L'équipement, le matériel d'accouchement et de CPN selon les normes et procédures.

a) Matériel technique :

Table gynécologique ;
Pèse personne;
Toise ;
Mètre ruban ;
Thermomètre ;
Tension mètre ;
Stéthoscope biauriculaire ;
Stéthoscope obstétrical ;
Boîte à instrument ;
Jeu de spéculum ;
Haricot inoxydable ;
Trousse d'analyse d'urine ;
Lampe baladeuse ou bâche ;
Alèzes balance clinique adulte ;
Gants et doigtiers.

b) Support de surveillance de la mère :

Registre de consultation ;
Registre d'accouchement ;
Registre d'évacuation ;
Carnet de grossesse ;
Fiche de référence ;
Fiche de suivi de grossesse ;
Echographie obstétricale ;
Cardiotocographe ;radiopelvimétrie ou scanopelvimétrie.

Annexe II :**FICHE SIGNALÉTIQUE**

L'étude s'est déroulée d'avril à juin 2006. Elle consistait à faire une étude des structures, des procédures et des résultats au niveau du centre de santé de Garantiguibougou (ASACOGA) en commune V du district de Bamako. Nous avons observé 100 accouchements et recueilli les opinions de 100 accouchées.

Nom : KONE

Prénom : Moumouné

Titre : Evaluation de la qualité des soins obstétricaux dans la salle d'accouchement au centre de santé communautaire Garantiguibougou en commune V du district de Bamako à propos de 100 cas.

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : La bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Santé publique et gynécologie -obstétrique

Résumé : Dans cette thèse, nous avons voulu évaluer la des soins obstétricaux au centre de santé de l'ASACOGA.

L'étude s'est déroulée d'avril en juin 2006. Elle consistait à faire une étude des structures, des procédures et des résultats au niveau du centre de santé. Nous avons observé 100 accouchements et recueilli les opinions de 100 accouchées.

La tranche d'âge 14-19 ans était la plus représentée avec 30% de l'échantillon ; 94,6% étaient mariées et 82,1% des femmes n'étaient pas scolarisées.

Les paucipares étaient les plus représentées 45% des cas.

L'examen obstétrical, le respect physique et psychique, la délivrance ainsi que les soins au nouveau-né sont d'un bon (niveau III) ;

Contrairement aux conseils donnés aux accouchées qui est d'un niveau faible (niveau I).

Le partographe n'est correctement utilisé que dans 26%, et le score d'Apgar évalué dans 90% des cas.

Mots clés : parturiente, accouchement, soins, évaluation, qualité.

Q11 Nombre de CPN réalisés /___/

Caractéristiques de la personne qui a pris en charge la parturiente :

Q12 Qualification /___/ 1=Médecin 2=Sage femme
3=Matrone 4=interne 5=autres

Q13 si autre la quelle

Q14 Statut /___/ 1=fonctionnaire 2=contractuel
3=remplaçant 4=autres

Q15 si autre préciser

Q16 Durée de présence dans le centre /___/ en ans si < 1an note 0

Qualité de l'accueil :

Q17 Salutations conformes aux normes sociales /___/ 1=Oui 2=Non

Q18 Explique ce qui va se passer /___/ 1=Oui 2=Non

Qualité de l'interrogatoire de la femme en travail : interroge la femme

Q19 Sur le début de la douleur /___/ 1=Oui 2=Non

Q20 Leur fréquence /___/ 1=Oui 2=Non

Q21 Sur les mouvements du fœtus /___/ 1=Oui 2=Non

Q22 sur l'âge de la grossesse /___/ 1=Oui 2=Non

Q23 sur la date des dernières /___/ 1=Oui 2=Non

Carnet de CPN :

Q24 Demande si elle a un carnet de CPN /___/ 1=Oui 2=Non

Q25 Examine le carnet de CPN /___/ 1=Oui 2=Non

Demande :

Q26 si elle a eu des pertes liquidiennes (RPE) /___/ 1=Oui 2=Non

Q27 si elle a eu un écoulement sanguin vaginal /___/ 1=Oui 2=Non

Premier examen de la femme en travail :

Q28 se lave les mains avant chaque examen /___/ 1=Oui 2=Non

Préparation de la parturiente :

Q 29 fait uriner la parturiente /___/ 1=Oui 2=Non

Q30 Réalisation d'une toilette vulvaire /___/ 1=Oui 2=non

Examen général :

Q31 prise de pouls /___/ 1=Oui 2=Non

Q32 Prise de TA /___/ 1=Oui 2=Non

Q33 Examen des conjonctives /___/ 1=Oui 2=Non

Q34 Prise de la température /___/ 1=Oui 2=Non

Q35 Recherche d'œdème des membres inférieurs /___/ 1=Oui 2=Non

Q36 Auscultation cardiaque (recherche cardiopathie) /___/ 1=Oui 2=Non

Examen obstétrical :

Q37 Mesure de la hauteur utérine /___/ 1=Oui 2=Non

Q38 Palper abdominal (recherche position du fœtus) /___/ 1=Oui 2=Non

Q39 Appréciation rythme contractions utérines /___/ 1=Oui 2=Non

Q40 Auscultations des BDCF /___/ 1=Oui 2=Non

Q41 Appréciation de la dilatation du col /___/ 1=Oui 2=Non

Q42 Utilisation du partogramme /___/ 1=Oui 2=Non

Q43 Fait une recherche d'albumine et sucre dans les urines /___/
1=Oui 2=Non

Q44 Explique l'évolution du travail et le déroulement de l'accouchement
/___/ 1=Oui 2=Non

Q45 Un personnel aide la parturiente à monter sur la table d'accouchement
/___/ 1=Oui 2=Non

Prise de décision :

Q46 fait un pronostic de l'accouchement /___/ 1=Oui 2=Non

Q47 demande –t –elle l'avis d'une autre personne /___/ 1=Oui 2=Non

Q48 si oui qui.....

Q49 Une décision de transfert a-t-elle été prise /___/ 1=Non

2= vers un autre CSCOM 3= vers CSREF 4=je ne sais pas

Surveillance du travail d'accouchement

En phase de latence :

Q50 Examen obstétrical toutes les 2 heures /___/ 1=Oui 2=Non

Q51 Si rythme différent : toutes les.....heures

Q52 Si oui, contenu /___/ 1= prise de TA 2= Recherche
3= Examen du col (TV) 4= recherche rythme des contractions

En phase active :

Q53 Examen obstétrical toutes les heures /___/ 1=Oui 2=Non

Q54 Si autres préciser : Toutes les.....heures

Q55 Apprécier l'évolution /___/ 1=Oui 2=Non

Q56 Amniotomie /___/ 1=Oui 2=Non

Q57 Compter les BDCF justes après la rupture et note /___/ 1=Oui 2=Non

Q58 Plusieurs personnes font-elles des TV /___/ 1=Oui 2=Non

Pendant l'une des deux phases :

Q59 Thérapeutiques /___/ 1= Aucun 2= Antispasmodique
3=Ocytocique en perfusion 4= Ocytocique par voie veineuse directe
5=prise d'une voie veineuse sûre et efficace 6= Groupage/rhésus

Relations humaines :

Q60 Des personnes viennent-elles tranquilliser la parturiente /___/
1=Oui 2=Non

Q61 Si oui lesquelles.....

Caractéristiques de l'accoucheur (se) :

Q62 Est- ce la même personne qui a effectué le suivi du travail /___/

1=Oui 2=Non

Q63 si non quelle est sa qualification /___/ 1=médecin 2=sage femme
3=matrone 4=interne 5=autre

Q64 Statut /___/ 1=fonctionnaire 2=contractuel
3=remplaçant 4=autres

Q65 Heure d'accouchement

Réalisation de l'accouchement :

Q66 change de blouse /___/ 1=Oui 2=Non

Q67 se laver les mains avant et après chaque accouchement /___/
1=Oui 2=Non

Q68 porte des gants /___/ 1=Oui 2=Non

Q69 fait faire une toilette /___/ 1=Oui 2=Non

Q70 geste actif du troisième stade du travail (GATS) /___/ 1=Oui 2=Non

Q71 s'adresser à parturiente (1-4) /___/ 1=avec douceur
2=lui cris dessus 3=l'encouragement 4= ton normal

Q72 fait une épisiotomie /___/ 1=Oui 2=Non

Q73 qui fait la section du cordon

Q74 l'accouchement à lieu (1 ou 2) /___/
1=sur une table d'accouchement 2=par terre

Q75 Si par terre (1 ou 3) /___/ 1= à même le plancher
2=sur un pagne 3= une alaise

Intimité de l'accouchement :

Q76 Accouchement à l'abri de regards indiscrets non justifiés /___/
1=Oui 2=Non

Nombre de personnes en salle d'accouchement

Q77 Nombre de femmes entrain d'accoucher /___/

Q78 Nombre d'accompagnatrices /___/

Q79 Nombre de personnel soignant /___/

Q80 Entrées et sorties non justifiées en salle d'accouchement /___/

Soins immédiats au nouveau-né si le bébé a crié (1 ou 2) :

Q81 Recueil du nouveau-né sur un linge propre /___/ 1=Oui 2=Non

Q82 Lave le bébé /___/ 1=Oui 2=Non

Q83 Cherche à réchauffer le bébé en recouvrant le corps /___/
1=Oui 2=Non

Q84 Evaluation du score d'Apgar /___/

1=Une minute après la naissance 2= Cinq minutes après la naissance

Q85 Note le résultat du score sur le partographe /___/ 1=Oui 2=Non

Q86 Dégager les mucosités du nez et de la bouche /___/ 1=Oui 2=Non

Q87 Si oui comment

Q88 Montre le bébé à la mère /___/ 1=Oui 2=Non

Q89 Pose l'enfant sur le ventre de la mère /___/ 1=Oui 2=Non

Q90 Met l'enfant au sein /___/ 1=Oui 2=Non

Q91 Baigne le nouveau-né /___/ 1=Oui 2=Non

Q92 Met des gouttes de collyre dans chaque œil /___/ 1=Oui 2=Non

Q93 Pèse le nouveau-né /___/ 1=Oui 2=Non

Q94 Mesure la taille du nouveau-né /___/ 1=Oui 2=Non

Q95 Mesure du périmètre crânien /___/ 1=Oui 2=Non

Q96 Examine systématiquement tout le corps /___/ 1=Oui 2=Non

Q97 Etablir un carnet de santé de l'enfant /___/ 1=Oui 2=Non

Réanimation du nouveau né s'il ne crie pas :

Q98 Cherche- t- on à dégager les voies respiratoires /___/ 1=Oui 2=Non

Q99 Si oui comment

Q100 Cherche- t- on à le ventiler /___/ 1=Oui 2=Non

Q101 Si oui qui.....

Q102 si oui comment

Q103 Fait-on un massage cardiaque /___/ 1=Oui 2=Non

- Q104 si oui qui.....
- Q105 le place t on sous oxygène /___/ 1=Oui 2=Non
- Q106 Le perfuse- t- on /___/ 1=Oui 2=Non
- Q107 Réfère- t- on le nouveau-né /___/ 1=Oui 2=Non
- Q108 Si oui sur où /___/ 1=CSRef commune V 2=Pédiatrie
- Q109 Que fait-on d'autres
- Q110 évalue le score d'Apgar /___/ 1=Oui 2=Non

Délivrance (1 ou 2) :

- Q111 Surveille le saignement vaginal /___/ 1=Oui 2=Non
- Q112 Prend le pouls /___/ 1=Oui 2=Non
- Q113 Prend la TA /___/ 1=Oui 2=Non
- Q114 Examine les conjonctives /___/ 1=Oui 2=Non
- Q115 attend décollement du placenta (10mn) /___/ 1=Oui 2=Non
- Q116 Examine le placenta /___/ 1=Oui 2=Non
- Q117 Si oui qui.....
- Q118 fait une délivrance artificielle /___/ 1=Oui 2=Non
- Q119 Si oui qui.....
- Q120 Fait une révision utérine /___/ 1=Oui 2=Non
- Q121 Si oui, qui
- Q122 Si oui est –elle systématique /___/ 1=Oui 2=Non
- Q123 Fait une injection d'ergométrine /___/ 1=Oui 2=Non
- Q124 Si oui, est –elle systématique /___/ 1=Oui 2=Non
- Q125 Pose –t-on une perfusion /___/ 1=Oui 2=Non
- Q126 si oui quels produits

Soins à la mère en salle d'accouchement :

- Q127 appréciation globe utérin de sécurité /___/ 1=Oui 2=Non
- Q128 Réalisation d'une toilette vulvaire /___/ 1=Oui 2=Non
- Q129 Recherche déchirure du périnée /___/ 1=Oui 2=Non

Q130 Si déchirure ou épisiotomie, réalisation suture ou agrafe /___/

0= pas de réparation 1=par l'opératrice elle même

2=par la sage femme appelée 3=par le médecin appelé

Q131 Laisse allongée pendant > 15mn après délivrance /___/ 1=Oui 2=Non

Q132 Si plus de 15 mn, combien /___/ mn

Prescription d'un traitement médical :

Q133 prescription d'ergométrine /___/ 1=Oui 2=Non

Q134 prescription d'ATB /___/ 1=Oui 2=Non

Q135 autres prescriptions

Conseils à la mère :

Q136 sur l'allaitement maternel /___/ 1=Oui 2=Non

Q137 sur le planning familial /___/ 1=Oui 2=Non

Q138 sur les soins au nouveau-né /___/ 1=Oui 2=Non

Q139 sur l'alimentation d'une femme qui allaite /___/ 1=Oui 2=Non

Q140 autre à préciser

Hygiène :

Q141 Utilise nouveau doigtier à chaque examen /___/ 1=Oui 2=Non

Q142 change de gants lorsque c'est nécessaire /___/ 1=Oui 2=Non

Q143 Matériel changé pour chaque accouchée /___/ 1=Oui 2=Non

Q144 Bassin propre /___/ 1=Oui 2=Non

Q145 Matériel lavé au savon /___/ 1=Oui 2=Non

Q146 Matériel baigné dans solution décontamination /___/ 1=Oui 2=Non

Q147 respecte effectivement les règles d'hygiène /___/ 1=Oui 2=Non

Q148 Hygiène de la perfusion /___/ 1=pas de

perfusion 2=nouveau flacon 3= nouvelle tubulure 4=nouvelle aiguille

Q149 si autres fautes d'hygiènes lesquelles

.....

Après accouchement :

Q150 Durée de séjour au centre /___/ 1=< 2H
2=2H 3= 3-24H 4=>24H – 48H 5=> 48H

Référence :

Q151 La parturiente a-t-elle été évacuée ? /___/ 1=Oui 2=Non

Q152 si oui nom de l'établissement

Q153 Si oui pourquoi.....

Utilisation des supports :

Q154 Le partogramme /___/

1= n'a pas été rempli 2=a été rempli tout au long du travail

3=a été rempli après accouchement 4=je ne sais pas

Q155 Le score d'Apgar /___/

1=n'a été rempli 2=a été rempli chez tous les Enfants

3 = a été rempli chez les enfants ayant présentés un problème lors de l'accouchement 4=je ne sais pas

Opinions des accouchées sur les prestataires

Ville Etabliss ordre
...../ / /

Questions :

Q1 DATE / /

Q2 Heure d'entrée en maternité :

Caractéristiques de la parturiente :

Q3 Age en an

Q4 Profession (1-6) /___/ 1=ménagère 2=vendeuse
3=fonctionnaire 4=commerçante 5=employée 6=autres

Q5 Niveau scolaire (1-5) /___/ 1=aucun 2=primaire 3=secondaire
4=supérieur 5=coranique

Q6 Etat matrimonial (1-5) /___/ 1=célibataire 2=vie maritale
3=mariée 4=veuve 5=divorcée

Q7 Résidence (1-4) /___/ 1=Bamako 2=ville de l'intérieur
3= village 4=ne sait pas

Q8 Nombre de grossesse /___/

Q9 A –t –elle été identifiée pendant sa grossesse comme appartenant à un groupe à risque (1 ou 2) /___/ 1=Oui 2=Non

Q10 si oui, sur quels facteurs (1-4) /___/ 1=ATCD de césarienne 2=ATCD de mort né 3=Petite taille 4=HTA

Q11 Nombre de CPN réalisés /___/

Caractéristique de la personne qui a pris en charge la parturiente :

Q12 Qualification /___/ 1=Médecin 2=Sage femme
3=Matrone 4=interne 5=autres

Q13 si autre la quelle

Q14 Statut /___/ 1=fonctionnaire
2=contractuel 3=remplaçant 4=autres

Q15 si autre préciser

Q16 Durée de présence dans le centre /___/ en ans si < 1an note 0

Critère de choix de la maternité :

Q17 Pourquoi avez-vous choisi la maternité où nous sommes ?

/___/

1=parce que cet établissement est proche de mon domicile

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

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

4= parce que le personnel est compétent

5= parce que le personnel est accueillant

6= parce que les tarifs sont moins élevés

7=parce que moi ou ma famille y avons déjà été traité

8=parce qu'une connaissance me l'a conseillé

9= autre raison

Q18 Si autre laquelle

.....

Q19 Avez-vous suivi des consultations prénatales

Q20 Où avez-vous effectué vos consultations prénatales

/___/

1=ici, dans le même établissement 2=dans un autre établissement

3=dans les deux

Q21 Si autre lequel

Q22 Pourquoi avez vous changé

d'établissement ?.....

Q23 Avez-vous accouché auparavant dans cette formation sanitaire ? /___/

1=oui 2=non

Q24 Si oui combien de fois /___/ fois

Q25 Pour quelle raison vous êtes venue accoucher en maternité ? /___/

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

2= parce qu'accoucher dans une maternité offre une plus grande sécurité

3= parce que c'est plus facile pour la déclaration de l'enfant

4= parce qu'accoucher dans une maternité c'est être une femme émancipée

5= parce que ma famille l'a exigé

6= je ne sais pas

7= autre

Q26 Si autre laquelle

Q27 connaissez-vous la personne qui vous a accouché ? /___/

1=non 2= oui nous avons des relations familiales

3=oui je suis sa protégée (pour avoir payé un droit de protection)

Q28 Si vous êtes protégée par qui ? /___/

1= une sage femme 2=une infirmière 3=une aide soignante

4=je ne connais pas sa qualification

Q29 Combien avez-vous payé de la main à la main ?

/___/ 1= en espèce 2= en nature

Q30 La personne qui vous a reçu a t-elle été

/___/ 1=désagréable et mal polie 2=indifférente 3= attentive et polie

Q31 A-t-elle eu, selon vous l'attitude dont vous souhaitiez bénéficier ? /___/

1=oui 2=non

Q32 Si non qu'avez vous a lui reprocher ?.....

Q33 Votre bébé ? (s'il s'agit de jumeaux, choisir le nouveau-né à évolution la plus défavorable) /___/ 1=mort-né 2=est vivant mais il est mort en suite
3=est vivant mais il a des problèmes 4=est vivant et il n'a pas de problèmes

Q34 Vous a-t-on expliqué pourquoi votre bébé est mort ou pourquoi il a eu des problèmes? /___/ 1=non
2=oui, mais je n'ai pas bien compris pourquoi
3=oui et on m'a expliqué pourquoi

Q35 Comment le personnel de santé vous ont-ils traités /___/
1= ils ont crié sur moi avant l'accouchement
2=ils ont crié sur moi pendant l'accouchement
3=ils n'ont pas crié sur moi mais ils ne m'ont pas encouragé
4=ils m'ont encouragé et ont été très compréhensifs

Q36 Après l'accouchement le personnel de santé vous a-t-il donné des conseils ? /___/ 1=non 2= oui et j'ai bien compris
3=oui mais je n'ai pas compris 4=je ne sais pas, car je n'ai pas compris

Q37 Si vous avez compris, les quels /___/
1=sur l'allaitement maternel 2= sur le planning familial
3=sur les soins au nouveau-né 4=sur l'alimentations d'une femme qui allaite
5=autre

Q38 Si autre précision.....

Q39 Vous quittez la maternité combien d'heures après votre accouchement ? /___/ heures

Q40 Vous a-t-on dit de revenir pour une consultation maternelle post-natale ? /___/ 1=non 2=oui et j'ai bien compris
3=oui mais je n'ai pas compris 4=je ne sais pas, car je n'ai compris

Q41 Si oui vous a-t-on dit quand ? /___/ 1=non
2=oui et j'ai bien compris 3=oui, mais je n'ai pas compris

Q43 Vous a-t-on dit de présenter le bébé pour une consultation une Semaine après l'accouchement /___/ 1=non
2=oui et j'ai bien compris 3= oui mais je n'ai pas compris
4=je ne sais pas, car je n'ai pas compris

Q44 Si oui, vous a-t-on dit quand ? /___/ 1=non
2=oui et j'ai bien compris 3=oui, mais je n'ai pas compris

Q45 Vous a-t-on remis une ordonnance ? /___/ 1=oui 2=non

Q46 Si oui avez-vous été servie à la pharmacie de l'établissement ?
/___/ 1=non
2=oui mais en partie seulement 3=oui en totalité

Q47 Conseilleraient vous a une de vos amies de venir accoucher dans Cette maternité /___/ 1=non 2=oui

Q48 Pourquoi ?.....

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 dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verrons pas ce qui se 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 leur père.

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

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

JE LE JURE

