

Université de Bamako



Faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie



Année 2008

N° _____

Thème:

**EVALUATION DE LA QUALITE DE
L'ACCOUCHEMENT DANS LES CENTRES
DE SANTE : ASACOBA, ASACOBOUL I et le
CSREF de la COMMUNE I DU DISTRICT DE
BAMAKO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

par

Mme Cisse Rakki M'Baye

Président du Jury :

Professeur Elimane MARIKO

Membres du Jury :

Professeur Mamadou S. Traoré

Docteur Samba DIOP

Docteur Ibrahima TEGUETE

Directeur de thèse

Professeur Amadou DIALLO

DEDICACES

DEDICACES

Je remercie Allah, Le Tout Puissant, pour m'avoir aidée tout au long de mon parcours et permis la réalisation de ce modeste travail.

Je dédie cette thèse à la mémoire de mes parents :

Mon père feu Boubacar M'BAYE

Nous avons appris à tes côtés l'humilité, l'honnêteté, le sens du partage et surtout l'amour du prochain. Tes conseils emplis de lucidité et de bon sens ont été et sont encore pour nous, chaque jour passé loin de toi, la lanterne qui éclaire notre chemin. Que Dieu, Le Tout Puissant te garde dans son paradis. Amen !

Ma mère feu Fadima TALL

Regrettée mère, tes qualités humaines ont fait de toi un être exceptionnel. Merci pour toute la charge affective et la qualité de l'éducation que tu nous as inculquées, car « si la santé est le meilleur trésor, l'éducation est certainement le meilleur héritage ». Tu as toujours tout sacrifié pour notre réussite. Ce travail est le fruit de ton effort. Dieu n'a pas voulu que nous partagions ces moments de joie avec toi. Que Le Tout Puissant Allah t'accueille dans son paradis. Amen.

Mes enfants Madina et Fanta

Je vous présente toutes mes excuses pour ces multiples moments d'absences. Après ce travail, nous aurons un long temps de rapprochement. Sachez mes chéries, que la vie est un long parcours ; je souhaite que Le Tout Puissant guide vos pas vers le bon chemin. Puisse Dieu vous accorder longue vie. Amen !

Reconnaisances

A mon très cher époux Oumar CISSE

Merci pour avoir accepté de partager ma vie estudiantine dont le corollaire est sans doute l'indisponibilité. Ton soutien, tes encouragements et ton souci du travail bien fait ont été déterminants au cours de l'élaboration de ce travail. Puisse Dieu te récompenser pour tout ce que tu as fait pour moi. La meilleure récompense est au près de Dieu. Que Dieu consolide davantage nos rapports affectueux.

A ma maman Feue Aïssata GUTEYE

Pour ton amour, tes encouragements constants ainsi que tes prières et bénédictions. Tu incarnais pour nous, l'affection pure, naturelle d'une mère dévouée, courageuse et tolérante. Nous ne cesserons jamais de te regretter. Dors en paix Ina !

A ma maman feue Hawa BAH

Tu as toujours été de cœur avec moi. Tes conseils et tes bénédictions ne m'ont jamais fait défaut. Qu'Allah Le Tout Puissant t'accueille dans son paradis.

A mes grandes sœurs Feue Dicko M'BAYE et feue Aminata M'BAYE

Vos souhaits étaient de me voir un jour Médecin ; mais Dieu a voulu autrement. Vos conseils, vos soutiens, vos encouragements ont été déterminants au cours de mes études. Que vos âmes reposent toujours en paix. Amen !

A ma grande sœur Absatou M'BAYE dite Coumba

A l'image de nos parents, tu es exemplaire. C'est une fierté de t'avoir comme sœur aînée. C'est un vrai avantage de bénéficier de ton sens de responsabilité et d'organisation qui permet à notre famille de rester unie. Qu'Allah te Bénisse et Exauce tes vœux.

A tous mes frères et sœurs

Votre soutien a été inestimable au cours de mes études. J'ai toujours pu compter sur vous quel que soit le moment. Ce travail est le vôtre. Restons unis et soyons à la hauteur de nos parents.

A la mémoire de mes Tantes

Anta M'BAYE, Fadima M'BAYE, Tara BAH, Aïssata Sada OUANE, Koudia Sada OUANE, Tita KONE. Que vos âmes reposent toujours en paix.

A tous mes grands-parents maternels

Les enfants de Moctar Aguibou TALL à Bandiagara. Excusez-moi de ne pouvoir vous citer tous. Chers grands-parents, vous m'avez vue grandir à vos côtés, vous avez dirigé mes premiers pas à l'école comme dans la vie. J'ai partagé des moments de joie avec vous. Je vous en serai éternellement reconnaissante.

A ma grand-mère Oumou TALL et son époux Aly TEMBELY à Bandiagara

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Que Le Tout Puissant vous garde aussi longtemps que possible. Ce travail est le fruit tant attendu de vos efforts.

A ma grand-mère Fily DIALLO

Je n'oublierai jamais ton soutien aux moments les plus durs de ma vie. Tu as été et continues d'être une mère, une confidente pour moi. Sans ton soutien, ce travail ne verrait pas le jour. Je t'en serai éternellement reconnaissante. Qu'Allah Le Tout Puissant t'accorde une bonne santé et une longue vie. Amen !

A la famille de feu Sory SOW à Mopti

Merci pour vos bénédictions et soutiens.

A ma tante Veuve Djénébou TALL

Tes infatigables conseils ont porté fruit. Ta présence à chaque étape de notre vie, ta ferme volonté de nous voir réussir, et ton grand soutien, font de toi, une tante exemplaire pour nous. Que Dieu te récompense et te garde encore longtemps parmi nous. Amen !

A toutes mes tantes

Vos sages conseils et vos bénédictions ne m'ont jamais fait défaut.

A mes oncles maternels et paternels

Recevez à travers ce travail, l'expression de mon attachement filial.

A mon oncle kola M'BAYE à Mopti

Merci pour vos bénédictions et soutiens.

A la mémoire de mon oncle feu Aly M'BAYE

Que le tout puissant Allah t'accueille dans son paradis. Amen !

A mon oncle Mountaga Tall

Pour le profond attachement que tu as envers moi.

A la mémoire de mon oncle feu Issiaka SANGARE dit Bachien.

Merci pour tout. Que le tout puissant Allah t'accueille dans son paradis. Amen !

Remerciements

A Yacouba TRAORE et sa femme Djoukouma TOURE

Merci pour vos appuis et conseils durant mes études. Que Le Tout Puissant veille à la protection de votre foyer.

A ma belle famille

Votre esprit d'unité m'a beaucoup impressionnée. Recevez à travers ce travail toute ma sympathie.

A mes belles-mères

Mariam TRAORE, Aïssata BALL, Aminata DIALLO, Mariam KONE Vous m'avez accueillie comme votre propre fille. Vos bénédictions ne m'ont jamais fait défaut.

A tous les amis de mon époux

Pour vos soutiens et encouragements.

A la famille de Habib COULIBALY Quinzambougou

Je vous serai toujours reconnaissante pour votre soutien moral, matériel, vos multiples conseils et encouragements tout au long de mes études. Trouvez ici, l'expression de ma profonde gratitude.

A mon cousin feu Mamadou DIALLO et toute sa famille

Je sais combien tu aurais aimé voir ce jour ; moi aussi, j'aurais été très heureuse que tu sois à mes côtés en ce moment précis, mais Dieu Le Tout Puissant en a décidé autrement. Homme de cœur, très généreux ; dors en paix dans la grâce de Dieu.

A mon cousin Sekou WAGUE et toute sa famille à ATTbougou

C'est le moment pour moi, de vous signifier toute ma reconnaissance. Ce modeste travail est le vôtre.

A mes cousins et cousines

Sachez que je partage ce moment de joie avec vous tous.

A ma nièce Djénéba MAIGA

Saches que le courage et la persévérance doivent toujours être tes armes dans la vie !

A tous mes neveux et nièces

La patience est un chemin d'or

A la famille SANGARE à Médine

Grand merci.

A la famille de Eric STEVENE

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi.

A mon ami Dr Danaya KONE

Je n'ai pas de mots pour témoigner toute ma reconnaissance. Tu as été au début et à la fin de l'élaboration de ce document. Je te remercie sincèrement.

Au Dr. Bréhima SAMAKE dit Kepler

C'est grâce à vos multiples conseils, votre faculté de transmettre vos connaissances que j'ai repris goût aux études. Vos qualités humaines m'ont comblée. Ce travail est aussi le vôtre. Que DIEU vous récompense de vos bienfaits.

Au Dr CISSE de l'OMS

Merci pour votre apport inestimable à la réalisation de cette thèse.

A mon amie Fatoumata KONATE

Je n'oublierai jamais ton concours au moment des souffrances à la faculté. Ce travail est le fruit de nombreuses nuits blanches passées ensemble. Ce travail est le tien. Que Le Tout Puissant nous réserve une vie unie et prospère dans nos foyers respectifs.

A mon amie feu Dr DIABATE Diogossa TRAORE

Que Dieu te Bénisse.

A mes amies du fondamental et du Lycée

Celly TALL, Djénéba CISSE , Aïssata TEMBELY, Salimata BAMIA, ICHAKA KONAKE, Algaly Kane DIALLO, Bala DEMBELE. . .

A mes amies de la FMPOS

Moumi, Vero, Doufin, Bintou, Macéli, Atou DIARRA, Djénébou TRAORE, Fily DIARRA, Fatim CISSE, Mama SY KONATE, Niama SIDIBE. Nous formions une véritable famille à l'internat.

A mes amies des chambres 201, 202, 204 et 214 de la FMPOS

Je garde de bons souvenirs des moments passés ensemble.

A mes amis

Sékou SIMPARA, Mahamadou DOUMBIA, Macki TRAORE, Biniba, Boubacar DAFPE, Boubacar MAIGA, Solo, Baby, ZONGO . . .
Vous avez été pour nous, des frères à la FMPOS.

A tout le personnel de la cardiologie B

Je garde de bons souvenirs de notre collaboration.

A mes camarades de promotion

Pour l'atmosphère saine d'études.

A Monsieur Abdoulaye DIAKITE et tout le personnel de la MUTEC

Votre apport a été considérable dans la réalisation de ce travail. Merci, que Dieu vous récompense !

A tout le personnel du CSRef. CI

Médecins, sages-Femmes, infirmier (es), aides-soignantes, manoeuvres, gardiens, secrétaires. Merci pour votre accueil.

A Dr Modibo SOUMARE du CSREF J'ai beaucoup apprécié l'ouverture d'esprit, la compétence et la disponibilité dont vous faites preuve envers tous les internes et stagiaires qui passent dans le service. Recevez ici toute ma sympathie

A tout le personnel de l'ASACOBOUL I

Particulièrement au Dr. Boubacar TRAORE et aux sages-femmes Haby KONE et tante Sali BAGAYOGO. Pour toutes ces connaissances transmises et pour la confiance et le respect que vous m'avez accordés.

A tout le personnel de l'ASACOBA

Merci pour votre bonne collaboration.

A tout le personnel du service de gynécologie-obstétrique de HGT

Merci pour votre disponibilité.

A la Faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie du Mali

Plus qu'une simple faculté d'études médicales, tu es pour nous une école de formation pour la vie sociale. Nous ferons partout, ta fierté.

A tous ceux qui ont apporté leur soutien moral et matériel pour la réalisation de ce travail et que nous n'avons pu citer.

Merci de tout cœur.

HOMMAGES

AUX

MEMBRES

DU

JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

Au président du jury,

Professeur Elimane MARIKO

- *Professeur de pharmacologie à la FMPOS,*
 - *Chargé de Mission au ministère de la défense et des forces armées,*
- Honorable maître,*

Vous nous faites un insigne honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre disponibilité, votre souci du travail bien fait, votre abord facile, vos qualités humaines forcent notre admiration.

Cher maître, veuillez accepter nos humbles remerciements et trouvez ici l'expression de notre reconnaissance et notre plus grand respect.

A notre maître et membre du jury,

Professeur Mamadou Souncalo Traoré

- ***Médecin épidémiologiste***
- ***Maître de conférence en santé publique à la FMPOS ;***
- ***Directeur de l'agence nationale d'évaluation des hôpitaux (ANEH) de 2003 à 2004.***
- ***Directeur national de la santé du Mali de 2004-2006.***
- ***Chevalier de l'ordre du mérite de la santé.***

Honorable maître

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

La promptitude avec laquelle vous avez réagi démontre toutes vos capacités intellectuelles et morales et votre dévouement à la recherche scientifique.

Merci cher maître d'accepter de nous consacrer un peu de votre temps, si précieux.

A notre maître et membre du jury,

Dr Samba DIOP

- ***Maître-assistant en Santé publique,***
- ***Spécialisé en « Ecologie humaine, anthropologie médicale et éthique publique »,***
- ***Enseignant-chercheur en anthropologie médicale, en éthique de la santé et éthique de santé publique à la FMPOS, université de Bamako,***
- ***Enseignant-chercheur en « éthique et sciences » au DEA d'anthropologie de l'Institut supérieur de formation à la recherche appliquée (ISFRA), université de Bamako,***
- ***Responsable de la section « Sciences humaines et sociales » de SEREFO-Centre VIH-TB FMPOS et NAID,***
- ***Membre du Comité d'éthique de la FMPOS, université de Bamako.***

Cher maître, c'est un honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury de thèse.

Vos qualités d'homme de science très méthodique, votre souci de travail bien fait, votre sens élevé d'humanisme nous ont profondément touchée.

Trouvez ici l'expression de notre reconnaissance et notre plus grand respect.

A notre maître et membre du jury,

Dr Ibrahima TEGUETE

- ***Spécialisé en gynécologie obstétrique***
- ***Assistant en gynécologie obstétrique***

Votre rigueur scientifique, votre amour pour le travail bien fait, votre franchise, vos qualités de formateur, vos connaissances toujours d'actualité, sont autant de qualités qui nous ont conduit vers vous. Vous êtes toujours resté disponible pour nous et c'est le moment de vous rendre un hommage mérité.

Cher maître et cher grand frère veuillez accepter ici le témoignage de notre profonde admiration et nos sincères remerciements. Puisse le Tout Puissant vous récompenser pour tout ce que vous avez fait et continuez de faire pour notre génération ! AMEN

A notre maître et directeur de thèse,

Professeur Amadou DIALLO

- *Professeur de biologie,*
- *Ancien chef du département enseignement recherche des sciences fondamentales à la FMPOS,*
- *Vice-recteur de l'université de Bamako*

Tout au long ce travail, nous avons pu apprécier vos nombreuses qualités qui font de vous un homme admirable. Votre patriotisme, votre compétence et votre très grande expérience font de vous une référence.

Vous avez dirigé notre travail rigoureusement et dans la plus grande cordialité.

Cher maître, c'est surtout votre très grande humilité que nous retiendrons à jamais.

Veillez accepter cher maître nos hommages les plus distingués.

SOMMAIRE

1.	INTRODUCTION.....	23
2.	GENERALITES.....	30
2.1.	Historique de l'accouchement	30
2.2.	Revue de la littérature	31
2.3.	Définition des concepts.....	32
2.4.	Rappels physiologiques.....	38
2.5.	Etapas de prise en charge lors de l'accouchement	42
3.	METHODOLOGIE.....	51
3.1	Cadre de l'étude	51
3.2	Type d'étude	55
3.3	Population étudiée.....	57
3.4	Période d'étude	58
3.5	Echantillonnage	58
3.6	Organisation de l'enquête	58
3.7	Technique de collecte des données.....	59
3.8	Support des données ou outils de collecte.....	59
3.9	Critères de jugement	59
3.10	Saisie et analyse des données	59
4.	RESULTATS	64
4.1	Etude des structures	64
4.2	Etude des procédures de l'accouchement.....	77
4.3	Etude des résultats	106
5.	COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	109
6.	CONCLUSION	116
2.	RECOMMANDATIONS.....	117
7.	REFERENCES.....	120
8.	ANNEXES	126

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAES	: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.
ANDEM	: Agence nationale pour le développement de l'évaluation des hôpitaux.
ANEH	: Agence nationale pour l'évaluation des hôpitaux
ASACO	: Association de santé communautaire
ASACOBA	: Association de santé communautaire de Banconi
ASACOBOUL	: Association de santé communautaire de Boulkassoumbougou
ASACODOU	: Association de santé communautaire de Doumanzana
ATCD	: Antécédent
BCF	: Bruit du cœur fœtal
BW	: Bordet et Wassermann
CPN	: Consultation prénatale
CPS	: Cellule de planification et de statistiques
CSCOM	: Centre de santé communautaire
CSRef	: Centre de santé de référence
CU	: Contraction utérine
DAF	: Direction administrative et financière
DDR	: Date des dernières règles
DNS	: Direction nationale de la santé
ECBU	: Examen cyto-bactériologique des urines
EDS	: Enquête démographique et de santé
GATPA	: Gestion active de la troisième période de l'accouchement
GE	: Goutte épaisse
GEU	: Grossesse extra-utérine
HGT	: Hôpital Gabriel Touré
HSD	: Hôpital Sominé Dolo
HTA	: Hypertension artérielle
CCC	: Communication pour le changement de comportement
MIPROMA	: Mutuelle inter-professionnelle de Magnambougou
MS	: Ministère de la santé
NFS	: Numération formule sanguine
OMS	: Organisation mondiale de la santé
OMI	: Œdème des membres inférieurs
ORL	: Oto-rhino-laryngologie
PDE	: Poche des eaux
PDDSS	: Plan décennal de développement sanitaire et social
PEV	: Programme élargi de vaccination
PF	: Planification familiale
PNP	: Politique, normes et procédures
PRODESS	: Programme de développement sanitaire et social.
SIH	: Système d'information hospitalière.
SIS	: Système d'information sanitaire
TA	: Tension artérielle
TV	: Toucher vaginal
UNICEF	: United nations international children's emergency fund (fonds des nations unies pour l'enfance).
UNFPA	: United nations fund for population activities (fonds des nations unies pour les activités de population)

LISTE
DES
TABLEAUX
ET
FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Spécialités socioprofessionnelles des agents des CSCOMs (ASACOBA, ASACOBOUL I) et du centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.	64
Tableau 2. Spécialités socioprofessionnelles des agents de la maternité des CSCOMs (ASACOBA, ASACOBOUL I) et du centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.....	65
Tableau 3. Description des locaux utilisés par les CSCOMs ASACOBA, ASACOBOUL I et par le centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.	67
Tableau 4. Description de la structure interne des locaux utilisés par les CSCOMs ASACOBA, ASACOBOUL I et par le centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.....	67
Tableau 5. Inventaire des mobiliers non spécifiques et techniques dans les CSCOMs : ASACOBA, ASACOBOUL I et dans le centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.....	68
Tableau 6. Inventaire des matériels et équipements dans les CSCOMs: ASACOBA, ASACOBOUL I et du centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.	69
Tableau 7. Principes de fonctionnement administratif des CSCOMs ASACOBA, ASACOBOUL I et du centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.	70
Tableau 8. Moyens de déplacement utilisés par les CSCOMs : ASACOBA, ASACOBOUL I et par le CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.	70
Tableau 9. Coût des activités dans les CSCOMs : ASACOBA, ASACOBOUL I et dans le CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.....	71
Tableau 10. Tarif des examens de laboratoire dans les CSCOMs: ASACOBA, ASACOBOUL I et dans le CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.	72
Tableau 11. Niveau de qualité de la structure du CSCOM ASACOBA., juillet-décembre 2006.	73
Tableau 12. Niveau de qualité de la structure du CSCOM ASACOBOUL I, juillet-décembre 2006.	74
Tableau 13. Niveau de qualité de la structure du CSREF C I Bamako, juillet-décembre 2006.	75
Tableau 14. Niveau de qualité de la structure des CSCOMs ASACOBA, ASACOBOUL I et du CSREF C I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.	76
Tableau 15. Répartition des parturientes par tranche d'âge dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.....	77

Tableau 16. Répartition des parturientes selon la profession dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako 2006, juillet-décembre 2006.....	78
Tableau 17. Répartition des parturientes selon le niveau d'instruction dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.	79
Tableau 18. Répartition des parturientes selon la gestité dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.	80
Tableau 19. Fréquence de réalisation des gestes du “respect physique et psychique” des parturientes dans les centres de santé ASACOBA ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.	82
Tableau 20. Niveau de qualité du respect physique et psychique des parturientes dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.	83
Tableau 21. Fréquence de la réalisation des gestes du “respect de l'intimité” des parturientes dans les centres de santé ASACOBA ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.....	83
Tableau 22. Fréquence de la réalisation des variables techniques de “l'interrogatoire” des parturientes dans les centres de santé ASACOBA ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.	85
Tableau 23. Niveau de qualité de l'interrogatoire des parturientes dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.....	86
Tableau 24. Fréquence de la réalisation des gestes techniques de l'examen général des parturientes dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.	87
Tableau 25. Niveau de qualité de l'examen général des parturientes dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.	88
Tableau 26. Fréquence de la réalisation des gestes techniques de l'examen obstétrical dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.....	88
Tableau 27. Niveau de qualité de l'examen obstétrical des parturientes dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.	89
Tableau 28. Fréquence de la réalisation des gestes de préparation à l'accouchement dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I et le CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.....	90
Tableau 29. Fréquence de la réalisation des normes “d'hygiène” au cours de l'accouchement dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.	91
Tableau 30. Niveau de qualité de la réalisation des normes d'hygiène au cours de l'accouchement dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.	92

Tableau 31. Fréquence de la réalisation des gestes techniques des soins aux nouveau-nés dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.....	94
Tableau 32. Niveau de qualité de la réalisation des gestes techniques de soins aux nouveau-nés dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.....	95
Tableau 33. Fréquence de réalisation des gestes techniques de la délivrance dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.	96
Tableau 34. Niveau de qualité des gestes techniques de la délivrance dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.	97
Tableau 35. Fréquence de réalisation des gestes de surveillance du “post-partum immédiat” dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.....	97
Tableau 36. Niveau de qualité de la réalisation des gestes techniques du post-partum immédiat dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.	98
Tableau 37. Répartition des gestantes selon la qualification du personnel ayant pris en charge la parturiente dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.	99
Tableau 38. Fréquence de l'évaluation du score d'APGAR dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.	101
Tableau 39. Fréquence de réalisation des conseils donnés à l'accouchée dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.	102
Tableau 40. Niveau de qualité des conseils donnés à l'accouchée dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.....	103
Tableau 41. Caractéristiques du personnel ayant répondu au test d'évaluation selon la qualification dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL et CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.	103
Tableau 42. Répartition des réponses du personnel de santé au test d'évaluation dans les CSCOMs ASACOBA, ASACOBOUL et dans le CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.....	104
Tableau 43. Répartition des parturientes par centre de santé et selon les critères de choix. Bamako, juillet-décembre 2006.	106
Tableau 44. Distribution des fréquences des opinions des parturientes sur les prestations de soins dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.	107

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Cadre conceptuel d'une assistance qualifiée à la naissance -----	34
Figure 2 : Le dégagement de la tête du mobile fœtal.-----	40
Figure 3 : Répartition du personnel travaillant à la maternité dans les CSCOMs (ASACOBAs, ASACOBOUL I) et dans le centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.-----	66
Figure 4 : Niveau de qualité de la structure des CSCOMs ASACOBAs, ASACOBOUL I et du CSREF C I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.-----	76
Figure 5 : Répartition des parturientes au niveau des centres de santé. Bamako, juillet-décembre 2006.-----	77
Figure 6 : Répartition des parturientes selon le nombre de CPN effectuées dans les centres de santé ASACOBAs, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako 2006, juillet-décembre 2006. -----	81
Figure 7 : Qualité du « respect de l'intimité » des parturientes dans les centres de santé ASACOBAs, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.-----	84
Figure 8 : Utilisation des médicaments au cours des accouchements dans les centres de santé ASACOBAs, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.-----	93
Figure 9 : « Utilisation du partogramme » lors des accouchements dans les centres de santé ASACOBAs, ASACOBOUL I et le CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006. -----	100

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

En matière de santé de la reproduction, la notion de qualité est très importante car la grossesse, bien qu'elle soit un phénomène naturel présente des risques. C'est pourquoi la mère tanzanienne dit ceci à ses enfants : « *Je vais à l'océan chercher un nouveau bébé, mais le voyage est long et dangereux, et il se peut que je ne revienne pas* » (1). Cette formule nous montre d'emblée le risque immense que court la femme pour avoir un enfant. Toutes les femmes enceintes, même en bonne santé, sont confrontées à un risque de complications susceptibles de conduire à un décès ou à des complications graves, faute de soins adéquats (2). Ces complications peuvent être également la cause de décès ou d'infirmités plus ou moins graves chez les nouveau-nés.

Chaque année, un minimum de 529 000 femmes décèdent dans le monde suite aux complications liées à la grossesse et à l'accouchement ; ce qui représente 1 500 décès par jour, soit un décès par minute. Ces complications de la grossesse sont la première cause de décès et d'invalidité des femmes en âge de procréer (15-49 ans). Quatre vingt-dix neuf pour cent (99%) de ces décès maternels surviennent dans les pays en voie de développement (soit 527 000) décès maternels par an *versus* un pour cent (1%), (soit 2 500) dans les régions développées (3).

Pour une femme ouest africaine, le risque de mourir durant la grossesse ou l'accouchement est de 1 sur 16 *versus* 1 sur 400 dans les pays développés (4). Au Mali, le taux de mortalité maternelle était de 582 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (5). Autrement dit, au Mali, une femme court un risque de 1 sur 24 de décéder pour cause maternelle pendant les âges de procréation (15- 49 ans).

Ces taux élevés de décès maternels pourraient s'expliquer par :

- la faiblesse de la couverture sanitaire (47% de la population réside à moins de 5 km d'un CSCOM fonctionnel) (6) ;
- l'insuffisance notoire des ressources allouées au secteur de la santé (10,01% en 2001 et 11,09% en 2004) (7) ;

- l'insuffisance des soins prénatals (42% des naissances n'ont bénéficié d'aucune consultation prénatale) (5) ;
- le faible niveau économique des populations (73% de la population a moins d'un dollar par jour ; le RNB par habitant est de 290 dollars) (8) ;
- l'insuffisance qualitative et quantitative du personnel sanitaire (un médecin pour 11 806 habitants, une sage femme pour 25 147 habitants) et la mauvaise répartition de ce personnel (un médecin pour 2 193 habitants et une sage femme pour 4 971 habitants à Bamako *versus* un médecin pour 40 620 habitants et une sage femme pour 44489 habitants pour la région de Ségou par exemple) (7) ;
- les Références ou évacuations tardives qui représentent des facteurs de risques parmi les plus importants.

Conscient de la qualité insuffisante des soins, le gouvernement du Mali a pris des mesures qui figurent dans la déclaration de la nouvelle politique sectorielle de santé et de population en 1990. C'est ainsi qu'un plan décennal de développement sanitaire et social (9) et un programme quinquennal de développement sanitaire et social (PRODESS I 1998-2002 et PRODESS II 2002-2007), basés sur les mêmes stratégies et orientations, ont été élaborés et adoptés pour améliorer l'état sanitaire et social des populations. Malgré les efforts déployés par l'État, le ratio de la mortalité maternelle est resté presque stationnaire entre 1996 (577 pour 100 000 naissances vivantes) et 2001 (582 pour 100 000 naissances vivantes) (5) Devant cette situation déplorable, nous nous sommes interrogés sur la cause de la persistance d'un tel phénomène.

C'est ainsi que nous avons pensé que la qualité des soins dispensés au cours de l'accouchement pourrait avoir un impact important sur la mortalité et la morbidité maternelle et périnatale d'où l'intérêt de notre étude.

Selon l'OMS, la qualité des soins de santé consiste à exécuter correctement, en fonction des normes, des interventions dont on sait qu'elles sont sans risque, d'un coût abordable pour la société en question et susceptibles d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité, les invalidités et la malnutrition (10).

Une étude menée par l'OMS en 1985 dans plusieurs pays en voie de développement a notamment montré que 88 à 98% de la mortalité maternelle totale aurait pu être évitée, par des soins appropriés, faisant l'objet de déclarations et de résolutions (maternité sans risque, objectifs du millénaire pour le développement, etc...) (11).

La tendance actuelle de réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles est « d'assurer une assistance qualifiée à l'accouchement » ; c'est-à-dire « un partenariat de personnel qualifié et un environnement (12, 13) adéquat » avec l'équipement, les fournitures, les médicaments et le transport en cas de Référence (14). Ce besoin fait suite aux résultats décevants des priorités précédentes sur la mortalité maternelle, telle que la formation des accoucheuses traditionnelles, soins prénatals, dépistage de risques liés à la grossesse (12, 13).

En effet, la présence d'assistants qualifiés durant l'accouchement et le post-partum immédiat, pourrait réduire de 16 à 33% environ le nombre de décès dus aux dystocies, aux hémorragies, aux septicémies et aux éclampsies.

Au Mali l'EDS III (5) avait révélé qu'une grande majorité des parturientes (59%) n'avaient pas bénéficié d'une assistance appropriée pendant l'accouchement, et que seulement 38% des naissances ont eu lieu dans les établissements sanitaires. Il serait également intéressant de savoir dans quelles conditions ces accouchements ont eu lieu. C'est pourquoi nous avons voulu évaluer la qualité des soins au cours de l'accouchement. Cette évaluation de la qualité des soins permet notamment de mettre en évidence les insuffisances dans l'offre des soins telle que recommandée et préparer les mesures destinées à améliorer leur qualité (15).

Au Mali, la qualité des services de santé de la reproduction repose sur l'utilisation des Politiques, Normes et Procédures (PNP) qui sont des documents élaborés pour servir de cadre de Référence à l'ensemble des intervenants en matière de santé de la reproduction pour l'offre de prestations de qualité. Malheureusement, nous observons dans la pratique une faible utilisation de ces outils. En effet, une étude réalisée en 2001 sur l'application des PNP révélait que, seulement le tiers (33%) des prestataires interrogés avait déclaré être formés sur l'utilisation des PNP et que seuls

39,5% d'entre eux utilisaient ces documents de Référence dans le cadre de leur travail (16).

Au Mali, les travaux consacrés à l'évaluation de la qualité de l'accouchement ont concerné les CSCOMs ou un centre de santé de référence. Cependant peu de ces études ont pris en compte le cas d'un CSCOM (premier échelon selon la pyramide sanitaire de notre pays qui devrait s'occuper uniquement des accouchements eutociques) et d'un centre de santé de référence (qui sert de Référence au premier et qui prend en charge les accouchements dystociques).

Notre choix s'est porté sur la commune I du district de Bamako et nous avons retenu deux CSCOMs : l'ASACOBABA (à cause de sa forte fréquentation (14 accouchements en moyenne par jour) et l'ASACOBOUL I pour sa localisation dans un quartier périphérique en pleine expansion démographique, et le centre de santé de référence de ladite commune.

Dans ces centres de santé, nous avons voulu savoir si les femmes reçoivent les soins qui leur assurent une maternité sans risque, si les procédures de soins utilisées au cours de l'accouchement sont conformes au référentiel établi par le ministère de la santé, et de tester l'hypothèse selon laquelle « la qualité de l'accouchement dépend de la qualification du personnel chargé de l'accouchement et de l'environnement dans lequel il se passe » avec comme objectifs :

OBJECTIFS

OBJECTIFS

Objectif général

Evaluer la qualité des accouchements en commune I du district de Bamako (ASACOBABA, ASACOBBOUL I et le CSREF de la commune I)

Objectifs spécifiques

- Apprécier la qualité des structures des CSCOMs (ASACOBABA, ASACOBBOUL I) et du CSREF de la commune I ;
- Préciser le niveau de qualité des accouchements des CSCOMs (ASACOBABA, ASACOBBOUL I) et du CSREF de la commune I ;
- Préciser le niveau de connaissance du personnel sanitaire sur les bonnes pratiques ;
- Proposer des mesures qui permettent d'améliorer la qualité des soins.

GENERALITES

2. GENERALITES

2.1. Historique de l'accouchement

D'après Rivière, la grossesse et l'accouchement ont depuis l'origine des temps fait courir à la femme un risque mortel. (Rivière M. 1959) [51]

Soranus D'Ephèse (deuxième siècle de notre ère) fut considéré comme le père de l'obstétrique Il démontra que le fœtus est propulsé non par ses efforts propres mais par les contractions utérines et inventa la «*version podalique*» qui resta pendant 17 siècles la principale opération obstétricale.

Depuis Hippocrate (460 AC) jusqu'au XVIIème siècle, on savait seulement que le fœtus se présentait par le siège jusqu'au dernier mois où il tournait en présentation céphalique.

Ould de Dublin a été le premier à envisager le mécanisme du travail et à préciser que la tête se présentait au niveau du bassin en position transversale en 1742.

Vers 1750, le forceps fut allégé par William SMELLIE (Edimbourg) et André LEVRET (Lyon).

SMELLIE est indiscutablement le chef de file des obstétriciens qui se sont occupés du problème de la «*mécanique obstétricale*». Il précise les différentes présentations, la direction le plus souvent transversale de la tête au détroit supérieur, et donne une vue détaillée du mécanisme de l'engagement et de la descente dès 1752.

En 1771, Mathias SAXFORTH considère, contrairement à SMELLIE, que le diamètre oblique est le plus vaste et que la tête l'emprunte volontiers au détroit supérieur. Il mentionne l'accentuation de la flexion lors de l'engagement et les différents mouvements lors de la descente; conceptions qui sont remarquablement en avance sur les idées de son temps.

2.2. Revue de la littérature

L'évaluation de la qualité des soins a débuté voilà près d'un siècle aux Etats-Unis mais elle ne s'est vraiment développée qu'à partir des travaux de Donabedian en 1966 (17). Elle a été ensuite appliquée dans les pays anglo-saxons puis en France au début des années 1980 en particulier sous l'impulsion de Papiernik et Coll, Lacronique, Armogathe et Weit. Cette pratique de l'évaluation de la qualité des soins a été entérinée, par la création de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) et la loi de la réforme hospitalière en 1996

A partir de 1997 (28), les missions initialement dévolues à l'ANDEM, ont été transférées à l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

C'est en 2002 que l'Agence nationale d'évaluation des hôpitaux (ANEH) a vu le jour au Mali. Elle a été créée par l'article 50 de la loi N° 02-050 du 22 juillet 2002 (29). L'ANEH a pour mission de :

- procéder à l'évaluation externe des établissements hospitaliers publics et privés participant au service public hospitalier,
- participer à l'évaluation des personnels hospitaliers,
- favoriser le développement de l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles.

Au Mali, les travaux concernant l'évaluation de la qualité des soins sont très limités. Les rares études effectuées dans ce domaine ont révélé un manque de personnel obstétrical qualifié ainsi qu'un faible niveau de compétence (30-36).

2.3. Définition des concepts

2.3.1. Définition de la qualité des soins

Il n'existe pas de définition universellement acceptée de la qualité des soins (17).

Différentes définitions permettent tout de même, de mettre en évidence les composantes essentielles de la qualité des soins:

Pour les américains, la qualité des soins recouvre cinq composantes:

- l'efficacité médicale,
- la conformité aux normes scientifiques admises par les plus hautes autorités en la matière,
- l'adéquation entre l'offre de prestation et les besoins des malades,
- la sûreté (minimum de risque pour le malade),
- l'efficacité économique permet, à qualité égale, une utilisation optimale des ressources disponibles (18).

Pour l'OMS : « La qualité est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

Pour Donabedian (19) : « La qualité des soins techniques consiste à appliquer des sciences et des technologies médicales de manière à arriver au maximum des bénéfices pour la santé sans augmenter les risques ». Par conséquent, le niveau de qualité est la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable de risques et de bénéfices.

2.3.2. Qualité des accouchements

Pendant longtemps, on a estimé que la mauvaise qualité des soins était due avant tout à l'incompétence ou à la négligence des professionnels de santé. En effet la performance des individus dépend du contexte : équipements, locaux, procédures, mode de fonctionnement, flux d'information, style management, contraintes réglementaires, etc.

Actuellement on utilise l'expression « *assistance qualifiée à la naissance* » pour juger la qualité de l'accouchement; c'est-à-dire le processus par lequel une femme reçoit des soins adéquats durant le travail, l'accouchement et le post-partum précoce (13).

Cette définition souligne que ce processus nécessite un personnel qualifié et un environnement adéquat avec des fournitures et un équipement suffisants, des infrastructures ainsi que des systèmes de communication et de référence efficaces et efficients. La figure 1 illustre le cadre conceptuel d'une assistance qualifiée à la naissance

Le terme « *accoucheur (se) qualifié (e)* » désigne exclusivement des personnes ayant des compétences obstétricales (par exemple des médecins, des sages femmes ou des infirmiers) qui ont suivi la formation nécessaire pour pouvoir prendre en charge des accouchements normaux et diagnostiquer, prendre en charge ou transférer des complications obstétricales (20).

Les compétences obstétricales sont un ensemble défini de compétences théoriques et pratiques qui permettent à une personne de fournir les soins de santé de base pendant toute la période qui entoure la naissance et de donner les premiers soins en cas de complications ou d'urgence, y compris le recours à des gestes salvateurs, le cas échéant.

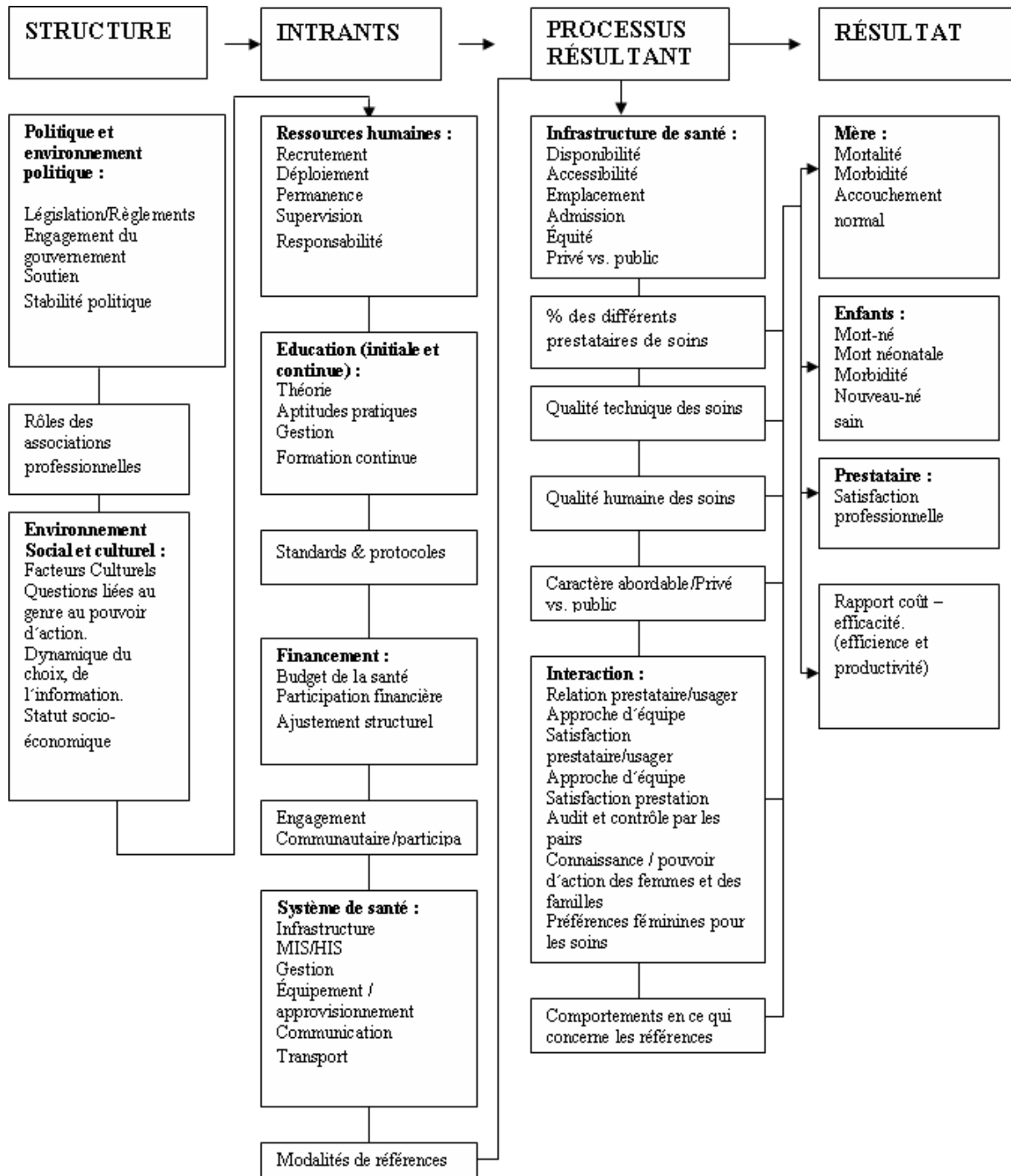


Figure 1 : Cadre conceptuel d'une assistance qualifiée à la naissance

Source: Graham & Bell 2000a

Le concept de qualité de soins est toujours en pleine évolution, souvent remanié, adapté aux progrès scientifiques. Cette dynamique permet de comprendre la nécessité d'une évaluation active de la qualité des soins.

2.3.3. Evaluation de la qualité des soins

L'OMS définit l'évaluation comme une procédure scientifique et systématique visant à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'actions atteint avec succès un ou des objectifs préalablement fixés.

Évaluer, c'est apprécier et comparer sur des bases objectives l'efficacité des stratégies, c'est mettre en place les procédures qui permettent de vérifier la bonne réalisation d'une stratégie, de détecter et de quantifier les écarts, d'imaginer et de fournir les éléments correctifs (21).

L'évaluation de la qualité des soins, s'inscrit dans un ensemble de mesures applicables aux structures sanitaires et dont le but est d'améliorer la qualité des soins. Il faut ainsi disposer de mesures ou d'indicateurs de la qualité et de comparatifs ou de standards qui permettent l'interprétation de ces mesures.

Donabedian, premier à avoir systématisé les approches de l'évaluation des soins, définit trois objets ou champs d'application (19):

2.2.3.1. Les structures de soins

Elles correspondent essentiellement à l'environnement et aux ressources humaines, matérielles et financières mises à disposition pour les soins.

La structure a un impact sur la qualité des soins en ce sens qu'elle augmente la probabilité d'une prise en charge performante.

2.2.3.2. Les processus

Ils désignent les soins médicaux fournis aux patients. Ils comprennent tout ce qui advient aux patients au cours de ses contacts avec les services sanitaires, ainsi que les activités des professionnels de la santé auprès des patients (poser un diagnostic, établir un pronostic, proposer un traitement). On s'intéressera en particulier à leur conformité aux bonnes pratiques professionnelles. Évaluer les processus consiste donc à enregistrer précisément ce qui est effectué chez le patient (15, 22). La mesure peut être

contemporaine à l'application des soins (c'est le cas de notre étude) ce qui nécessite néanmoins la mise en place d'un système de recueil de l'information (nos questionnaires, voir annexe) et de ressources dédiées à ces collectes, ou rétrospectif de l'information à partir du dossier médical. L'évaluation des procédures est une activité normative qui comporte l'existence de références.

Au Mali, pour la santé de la reproduction ces références sont contenues dans des documents intitulés « *Politique et Normes des Services de Santé de la Reproduction* » (23) et « *Procédures des Services de Santé de la Reproduction* » (24).

L'évaluation des procédures repose donc essentiellement sur le jugement professionnel. Celui-ci présuppose que des procédures de qualité entraînent des résultats de qualité, c'est-à-dire la satisfaction pour le malade comme pour le médecin.

2.2.3.3. Les résultats de soins

Ils concernent essentiellement le patient, son état de santé, sa survie, sa satisfaction vis-à-vis des soins, la survenue de complications etc.

Les résultats sont définis comme les changements dans l'état de santé présent et futur de l'individu. Ce changement de l'état permet de mesurer la qualité des soins ; s'il est positif pour le patient, on peut alors conclure à une certaine forme de qualité de soins.

Cette triade correspond à trois points de vue différents sur le même système complexe de soins : celui du planificateur, celui du professionnel, et celui du patient. De ce fait, ce modèle est mieux adapté à l'évaluation de la qualité des soins. Ainsi, notre travail sera réalisé à partir de ce modèle.

2.3.4. La mort maternelle

C'est " le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite"(25).

Le ratio de mortalité maternelle : C'est le rapport des décès observés durant une année, au nombre des naissances vivantes de la même année, généralement exprimé pour 100 000.

2.3.5. La maternité sans risque

« C'est créer des conditions dans les quelles une femme peut choisir d'avoir un enfant, et si elle le fait, elle 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 liés aux complications de la grossesse et de l'accouchement » (10).

2.3.6. La grossesse

Selon le Larousse médical (2001), « c'est l'ensemble des phénomènes se déroulant entre la fécondation et l'accouchement, durant lesquels, l'embryon, puis le fœtus se développent dans l'utérus maternel ».

2.3.7. Les normes

Elles précisent les types de services offerts, les conditions minimales acceptables de performance et les qualifications requises exigées pour chaque service offert (23).

2.3.8. Les procédures de services

Elles décrivent les gestes logiques nécessaires et indispensables à l'offre des services de qualité par les prestataires (24).

2.3.9. L'évacuation

C'est le transfert en urgence vers une structure plus qualifiée d'une patiente qui présente une complication ou un facteur de risque important au cours du travail.

2.3.10. La référence

C'est l'orientation vers un centre spécialisé d'une pathologie dont le traitement dépasse les compétences de l'équipe de consultation.

2.4. Rappels physiologiques

2.4.1. Définition de l'accouchement (25, 26)

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de six mois révolus (28 semaines d'aménorrhées).

L'accouchement normal ne peut se définir à posteriori que s'il s'agit d'une grossesse normale, d'un fœtus à terme et qu'il n'y ait aucune disproportion fœto-pelvienne. Il se définit également par un début de travail spontané voire quelquefois programmé, un déroulement eutocique, une absence de souffrance fœtale, une absence d'interventions manuelle ou instrumentale et une délivrance normale.

L'accouchement est dit **à terme** quand il se produit entre le début de la 38^{ème} semaine (259 jours) et la fin de la 42^{ème} (293 jours). L'accouchement **prématuré** est celui qui se produit avant 37 semaines d'aménorrhées (259 jours). L'accouchement est dit **post-terme** ou de terme dépassé quand il a lieu après la 42^{ème} semaine. L'accouchement **spontané** est celui qui se déclenche de lui-même, sans intervention de cause extérieure. L'accouchement **provoqué** est celui qui est consécutif à une intervention extérieure. L'accouchement est **naturel** lorsqu'il se fait sous l'influence de la seule physiologie; sinon il est dirigé.

On **dirige** un accouchement non pour modifier le mécanisme physiologique de l'accouchement mais au contraire pour éliminer certains éléments pathologiques d'une grande fréquence et maintenir l'accouchement dans un cadre évolutif normal.

Cette intervention exige trois conditions :

- Ne pas nuire au fœtus;
- Ne pas nuire à la femme;
- Ne pas entraver la physiologie de l'accouchement.

L'accouchement **artificiel** est le résultat d'une intervention manuelle ou instrumentale par voie basse (forceps, ventouse) ou par voie abdominale

(césarienne). L'accouchement est **eutocique** quand il s'accomplit suivant un déroulement physiologique normal. Il est **dystocique** dans le cas contraire.

2.4.2. Les présentations du fœtus

La présentation est la partie du fœtus qui occupe la première l'aire du détroit supérieur pour s'y engager et évoluer ensuite suivant un mécanisme qui lui est propre.

Dans la quasi-totalité des cas, le fœtus se trouve en position longitudinale, il se présente alors le plus souvent par la tête: **présentation céphalique** et parfois par le siège: **présentation du siège**. Dans quelques rares cas, le fœtus est en travers de l'abdomen, et il se présente par l'épaule, le bras ou un coude: **la présentation transversale** qui est toujours dystocique et nécessite une césarienne.

2.4.3. Parcours du mobile fœtal

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 dix centimètres. Le fœtus s'engage dans le bassin osseux, constitué d'os attachés les uns aux autres, qui ne peuvent se distendre que dans de faibles proportions. Le fœtus doit fléchir la tête, amenant son menton contre sa poitrine afin de pouvoir s'engager. Le bassin osseux comporte essentiellement 3 niveaux : le détroit supérieur, moyen et inférieur. Ces différents niveaux imposent des positions particulières au mobile fœtal.

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 dégageement. Les contractions permettent ensuite le franchissement du plancher périnéal qui bride le vagin, et l'apparition de la tête à la vulve.

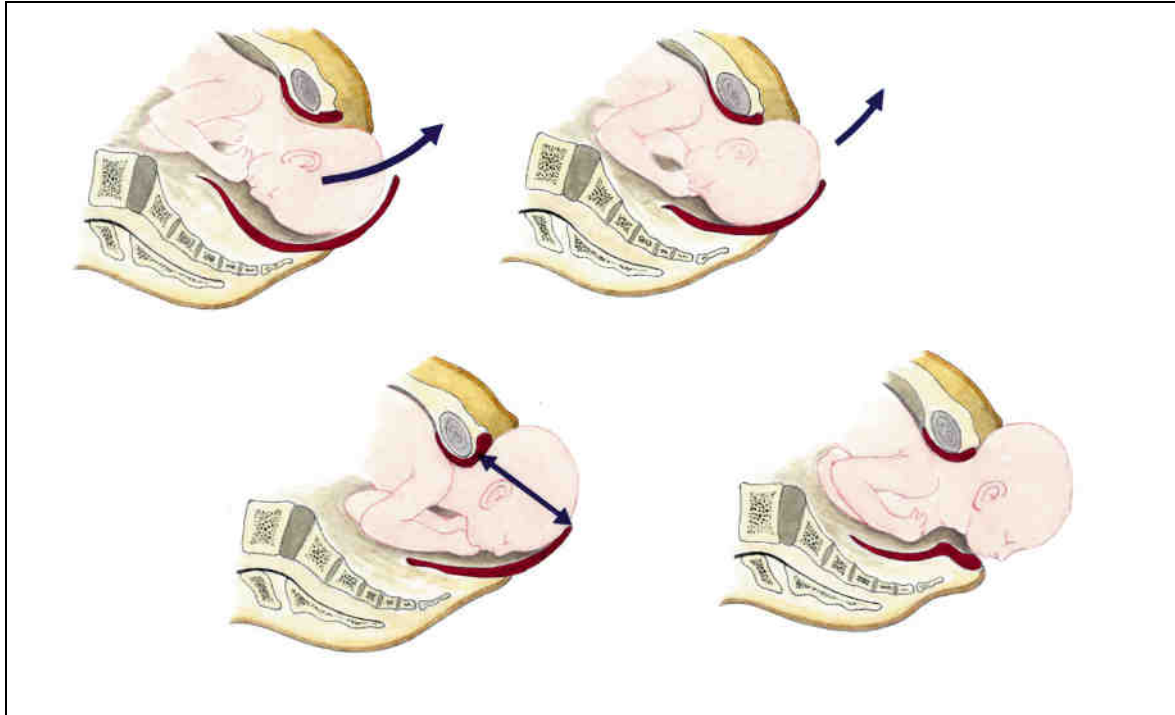


Figure 2 : Le dégagement de la tête du mobile foetal.

2.4.4. Différentes phases de l'accouchement

L'accouchement normal passe par plusieurs phases cliniques:

2.4.4.1. Premiers signes :

Les premiers symptômes sont marqués par :

- La perte du bouchon muqueux: Elle 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 (rupture des membranes entraînant l'écoulement du liquide amniotique) est spontanée imprévisible et indolore. La perte peut être abondante ou suintante, mais elle détermine de toute façon le départ pour la maternité. En effet, le fœtus 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 de plus en plus violentes et douloureuses, et 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). Il arrive qu'elles se produisent d'emblée toutes les 5 minutes.

2.4.4.2. *Le travail*

L'accouchement normal se déroule en **trois périodes** :

L'effacement et la dilatation du col: c'est la phase durant laquelle le col utérin se ramollit, s'amincit puis s'efface sous l'effet des contractions utérines. Il se dilate ensuite à chaque contraction jusqu'à une ouverture de 10 centimètres de diamètre environ. Cette période, la plus pénible, se prolonge, en général de 7 à 10 heures chez la primipare, de 3 à 6 heures chez la multipare.

L'expulsion: Commence lorsque la dilatation est complète. Durant cette phase la présentation apparaît à la vulve provoquant chez la mère le besoin de pousser en contractant les muscles du diaphragme et de l'abdomen. Pour un bon déroulement de l'accouchement, la femme ne doit tenter de pousser que lors des contractions. Si la poche des eaux est encore intacte, elle doit être rompue artificiellement si elle ne se rompt pas spontanément. Le périnée se distend progressivement. Au moment de l'expulsion, une incision (épisiotomie) est couramment pratiquée. Celle-ci est réalisée lorsque le périnée est distendu par la tête fœtale. Elle prévient les déchirures complètes du périnée et les surdistensions dangereuses (risque de prolapsus génitaux), pour accélérer la sortie de la tête ou la protéger.

La délivrance : c'est la phase durant laquelle le placenta et les membranes sont décollés et expulsés par les nouvelles contractions, 15 à 30 minutes après la sortie du bébé. La délivrance peut être facilitée par la perfusion d'un médicament ou par un geste médical.

2.5. Etapes de prise en charge lors de l'accouchement (24, 27)

Une succession de gestes logiques à suivre par le prestataire de service est nécessaire pour une bonne qualité dans la prise en charge des parturientes. Ces gestes sont les suivants :

a. Accueillir la parturiente

- la saluer chaleureusement,
- lui souhaiter la bienvenue,
- l'aider à s'installer sur la table
- se présenter à elle,
- demander son nom.

Un bon accueil permet de mettre en confiance la parturiente.

b. Mener l'interrogatoire/enregistrement

- demander les informations sur l'identité, le déroulement de la grossesse,
- demander le carnet de consultation prénatale ou chercher la fiche de suivi de la grossesse, pour vérifier les observations des différentes visites prénatales, voir les risques identifiés pendant la grossesse,
- prendre connaissance des résultats des examens complémentaires.

Si elle n'a pas de carnet ou si elle n'a pas été suivie pendant la grossesse, demander les informations sur l'identité de la femme, les antécédents médicaux, obstétricaux, chirurgicaux, gynécologiques et le déroulement de la grossesse actuelle.

c. Faire l'examen de la femme en travail

Expliquer le déroulement de l'examen à la femme (pour sa bonne collaboration).

➤ Examen Général

- demander à la femme d'uriner, ou procéder à un sondage vésical si nécessaire ;
- installer la femme sur la table d'examen ou dans un lit ;
- faire l'examen général (TA, température, pouls, fréquence respiratoire) ;
- vérifier l'état des conjonctives ;
- rechercher les œdèmes des membres inférieurs ;
- procéder à une toilette vulvaire et à un lavement évacuateur si nécessaire.

➤ Examen obstétrical

- faire l'inspection de l'abdomen: sa forme, la présence de cicatrice;
- mesurer la hauteur utérine en cm en partant du bord supérieur de la symphyse pubienne au fond utérin ;
- faire le palper abdominal à la recherche de la position du fœtus et la localisation des pôles fœtaux ;
- apprécier l'intensité et le rythme des contractions utérines en les comptant ;
- rechercher et compter les bruits du cœur du fœtus (BCF) pendant une minute entière ;

d. Faire un toucher vaginal

- pour apprécier l'effacement et la dilatation du col ainsi que l'état de la poche des eaux (PDE) ;
- pour rechercher le type de présentation , son niveau de descente; et son orientation ;
- pour apprécier le bassin osseux et faire un test d'engagement au besoin.
- examiner le gant : aspect et odeurs des sécrétions ou du liquide amniotique (si liquide teinté, surveillance + +) ;

- se laver les mains;
- noter les renseignements sur le partogramme tout au long du processus;
- informer la femme des résultats de l'examen.

e. Poser le diagnostic du travail

- interroger la femme sur le début des douleurs utérines, leur caractère, leur intensité et leur fréquence;
- demander si elle a perdu le bouchon muqueux; ou si elle a eu des pertes liquidiennes, ou un écoulement sanguin vaginal;
- rechercher les contractions utérines (CU) et la présentation à la palpation;
- rechercher au toucher vaginal (TV) :
 - les modifications du col utérin (effacement/dilatation);
 - la nature de la présentation;
 - l'état de la progression du mobile fœtal.

Il faut noter les informations recueillies sur le partogramme et informer la femme des résultats de l'examen.

f. Effectuer la surveillance du travail à l'aide d'un partogramme

Durant le travail les gestes suivants doivent être répétés toutes les deux heures pendant la phase de latence et chaque heure pendant la phase active. Cela est fonction de la rapidité d'évolution du travail:

- se laver les mains;
- prendre la TA; le pouls et la fréquence respiratoire de la parturiente;
- poser la main sur l'abdomen pour apprécier la durée et la fréquence des contractions utérines;
- localiser et compter les BCF;
- faire le TV pour apprécier:
 - l'état du col (effacement, dilatation);

- l'état de la PDE ou du liquide amniotique;
- noter la progression du mobile fœtal et déterminer / confirmer la variété de présentation;
- rompre la PDE lors de la phase active à 7 cm. Si travail dirigé, rompre la PDE plus tôt à 4 cm;
- vérifier l'aspect et la couleur du liquide amniotique pour s'assurer qu'il n'y a pas de souffrance fœtale;
- ausculter et compter les BCF juste après la rupture de la PDE et les noter. Si BCF inférieur à 100 btts /mn ou supérieur à 180 btts/mn, penser à une souffrance fœtale.

Procéder à l'expulsion du fœtus

Les gestes essentiels suivants seront faits lors de la prise en charge des parturientes en période d'accouchement.

Accouchement en présentation céphalique (sommets)

- s'assurer que le matériel nécessaire à l'accouchement est complet
- porter des gants stériles ou désinfectés à haut niveau;
- Faire la toilette vulvaire;
- rassurer la cliente, la calmer;
- lui expliquer les étapes de l'expulsion;
- faire comprendre à la femme l'importance de sa collaboration au cours de l'expulsion;
- expliquer à l'avance comment faire des efforts expulsifs et la récupération entre les contractions utérines;
- ausculter et compter régulièrement les BCF, après chaque effort expulsif;
- surveiller la progression du mobile fœtal;
- demander à la femme de pousser pendant la contraction, quand la tête est à la vulve;

- surveiller le périnée et le protéger;
- faire au besoin une épisiotomie au moment où la tête est au petit couronnement : en partant de la fourchette, et suivant une direction de 45° avec l'horizontale, on sectionne aux ciseaux droits le plan périnéal en protégeant la présentation par deux doigts de la main opposée.

Accouchement du siège

Les éléments de la surveillance sont les mêmes que pour l'accouchement en présentation céphalique. Cependant, il faut :

- éviter toute rupture précoce des membranes;
- placer une perfusion d'ocytocine à la dilatation complète si cela n'était pas fait au moment du travail pour éviter toute panne dynamique au cours de l'expulsion;

Il est conseillé de :

- faire une courte anse sur le cordon, dès l'apparition de l'ombilic fœtal;
- faire une épisiotomie prophylactique, surtout chez la primipare;
- Maintenir le plan du dos en avant, ne pas laisser le fœtus faire une rotation postérieure;
- Dégager la tête dernière, doucement par flexion.

g. Donner les soins immédiats au nouveau-né

Gestes à faire pour les soins du nouveau-né en salle d'accouchement:

- Accueillir le nouveau-né dans un linge propre;
- recouvrir son corps avec le linge;
- dégager les mucosités du nez et de la bouche avec un doigtier et une compresse stérile;
- évaluer le score d'APGAR (à la première et à la cinquième minute),

- faire deux nœuds au cordon (le 1^{er} nœud à 2cm de la paroi abdominale et le 2^{ème} à 3cm du 1^{er});
- sectionner le cordon ombilical entre les 2 nœuds;
- montrer le bébé à sa mère en lui annonçant le sexe
- poser l'enfant sur le ventre de sa mère (ventre contre ventre);
- mettre l'enfant au sein avec la collaboration de la mère;
- faire le pansement ombilical;
- mettre dans chaque œil la pommade tétracycline 1 %;
- examiner le nouveau-né:
- informer la mère sur le déroulement de l'examen;
- peser l'enfant;
- mesurer la taille et le périmètre crânien;
- observer l'état général de l'enfant (est-il actif et potelé ?);
- placer un thermomètre individuel dans l'anus pour rechercher une imperforation anale et prendre la température du nouveau-né
- observer la face, les yeux, la bouche, le nez, les oreilles à la recherche de malformations (exemple bec de lièvre);
- examiner l'abdomen (foie, rate, ombilic);
- examiner les organes génitaux externes (anomalie de migration des testicules ou autres malformations sexuelles);
- examiner les membres (malformations, fracture ou paralysie);
- palper les clavicules à la recherche du craquement (fracture) ;
- habiller le nouveau-né;
- noter les informations dans le registre, le carnet de la mère, les fiches opérationnelles et le partogramme;
- informer la mère des résultats de l'examen;
- mettre l'enfant au sein.

h. Faire la délivrance

- surveiller l'hémorragie (pouls, TA, conjonctives);
- attendre que le décollement se fasse (dans les 10 minutes au plus tard après l'accouchement);
- vérifier le décollement en refoulant le fond utérin vers le haut;

Effectuer les gestes d'aide à la délivrance:

- refouler la masse utérine vers le bas pour faire pression sur le délivré;
- le recueillir à la vulve.
- examiner le placenta pour vérifier qu'il est complet;

i. Donner les soins immédiats à la mère

- apprécier le globe de sécurité;
- vérifier l'hémorragie;
- faire une toilette vulvaire;
- rechercher une déchirure du périnée; si elle existe, procéder à la suture;
- mettre une garniture propre;
- laisser la femme allongée pendant 15 à 30 minutes;
- surveiller le pouls, la TA, les conjonctives et la respiration;
- transférer la femme et le nouveau-né en salle d'observation et surveiller pendant 2 heures le globe utérin et l'état hémodynamique;
- donner des conseils sur l'hygiène de vie, l'allaitement, la PF, les soins au nouveau-né, l'alimentation de la mère allaitante.

Avant la sortie de la maternité, s'assurer de l'émission des urines, du méconium par le nouveau-né et vacciner contre la tuberculose (BCG)l'enfant avant la sortie en l'absence de contre-indications.

j. Donner les soins à la mère et au nouveau-né dans les deux heures qui suivent l'accouchement

Mère:

- surveiller le pouls, la TA, le globe de sécurité, le saignement et la conscience toutes les 15 minutes pendant 2 heures, puis toutes les 30 minutes pendant 1 heure, puis chaque heure pendant 3 heures.
- noter les résultats sur le partogramme.

Nouveau-né:

- surveiller le saignement du cordon, la respiration, la température et la coloration;
- remplir la partie du partogramme réservée à cet effet.

k. Donner les soins à la mère et au nouveau-né dans les sept jours qui suivent l'accouchement.

METHODOLOGIE

3. METHODOLOGIE

3.1 Cadre de l'étude

Notre étude s'est déroulée en commune I du district de Bamako. Par souci d'avoir un échantillon représentatif de la commune, nous avons choisi deux CSCOMs (ASACOBA et ASACOBOUL I) et le CSREF de la commune I.

3.1.1 Présentation de la commune I

La commune I compte neuf quartiers dont le plus ancien (Mékin Sikoro) a été fondé par les Niaré. Sa population en 2006 était de 291 629 habitants avec une densité de 8 512 habitants au kilomètre carré. La commune I est située sur la rive gauche du fleuve Niger dans la partie nord-est de Bamako. Elle a une superficie de 34,32 km² soit 12,83 % de la superficie totale du district (267 km²). Elle est limitée au nord par la commune de Dialakorodji, au sud par la portion du fleuve Niger, à l'ouest par le marigot de Banconi (limite avec la commune II), à l'est par Titibougou et le marigot de Farakoba. Le système de santé comporte dix ASACOs et un CSREF. Les dix ASACOs se répartissent comme suit :

- 2 au Banconi : ASACOBA et ASACODIAM
- 2 à Boukassoumbougou : ASACOBOUL I et ASACOBOUL II
- 1 à Fadjiguilla : ASACO Fadji
- 2 à Korofina : ASACOKOSA et ASACO Nord
- 1 à Doumanzana : ASACODOU
- 1 à Sikoro : ASACOMSI
- 1 à Djélibougou : ASACODJE

La situation de la santé maternelle en 2006 est la suivante :

- le nombre total d'accouchements assistés était de 11 576 (dont 3969 au CSREF, 4 196 au Banconi et 1 092 à l'ASACOBOUL I) ;
- le nombre de césariennes effectuées était de 627 ;
- le nombre de décès maternels était de 16 cas ;
- le nombre de femmes évacuées à partir du CSREF est de 31.

3.1.2 Description du Centre de santé de référence de la commune I

Le centre de santé de référence de la commune I est situé au cœur de la commune I du district de Bamako, à korofina - nord, près de la mairie de ladite commune. Il prend en charge non seulement les accouchements dystociques (compliqués) de la commune I et des communes voisines mais aussi certains accouchements normaux.

Il compte un bloc opératoire, un service de gynécologie-obstétrique, un service de chirurgie générale, un service d'ophtalmologie, un service d'odontostomatologie, un service d'ORL, un service de pédiatrie, un laboratoire, 12 salles d'hospitalisation, une pharmacie, une morgue, une unité tuberculose et un service social et de brigade d'hygiène.

Présentation du service de gynécologie et d'obstétrique du CSREF CI

Le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune I est situé au sud du centre entre le bloc des hospitalisations à l'ouest, la pharmacie à l'est et le bloc opératoire au nord. Il reçoit les gestantes et les parturientes des structures de la commune et certaines des autres communes du district de Bamako et d'ailleurs.

Ce service comprend :

- un bureau de consultation externe,
- un bureau pour les urgences gynécologiques,
- une salle d'accouchement contenant trois tables, contiguë à une salle d'attente pour la surveillance du post-partum immédiat,
- une salle de garde pour les sages femmes,
- une unité de CPN,
- une unité de PF,
- une unité PEV,
- une unité de dépistage du cancer du col de l'utérus,
- un bloc d'hospitalisation détaché du bloc de la maternité,
- un pavillon opératoire.

Les activités des différentes unités sont assurées par un personnel qualifié comprenant :

- 1 gynécologue obstétricien chef de service qui coordonne toutes les activités et assure l'organisation harmonieuse du service.
- 1 gynécologue obstétricien bénévole (personnel d'appui) qui participe activement à la formation des thésards,
- 2 médecins généralistes bénévoles, anciens internes dudit service,
- 22 sages-femmes qui couvrent les activités de CPN, de PF, de PEV, de dépistage et de la salle d'accouchement,
- 4 infirmières obstétriciennes,
- 3 aides-soignantes ou matrones,
- 22 étudiants thésards faisant fonction d'internes, prennent activement part aux activités du service en assurant le suivi des malades hospitalisés, sous la supervision d'un médecin.

La formation continue des agents est assurée par une réunion quotidienne à 8 h 30 minutes sur les dossiers de la garde et un exposé hebdomadaire sur des thèmes divers tous les jeudis. Les grossesses à risques et les accouchements dystociques sont pris en charge par les médecins.

3.1.3 Description de l'ASACOBA

Le centre de santé ASACOBA a été créé en février 1989. Il est situé en plein cœur du quartier le plus peuplé de la commune I (Banconi), dans le secteur de Flabougou en face de la principale voie d'accès du quartier du Banconi. C'est le tout premier CSCOM du MALI. Il se compose : d'un dispensaire, d'une maternité, d'un centre pour enfant, d'un service pour la comptabilité et la gestion, et d'un logement du médecin directeur.

La maternité comprend :

- un hangar d'attente servant en même temps de salle de causerie,
- deux salles de consultation prénatale,
- une salle d'accouchement (avec trois tables d'accouchements), une salle de garde,
- une petite salle de travail,
- deux salles de surveillance post- partum contenant une dizaine de lits pour les accouchées,

- une salle contenant le réfrigérateur pour les vaccins,
- une salle réservée à l'échographie et à l'électrocardiographie.

Le service est constitué de différentes unités et chaque unité est dirigée par un chef d'unité qui rend compte régulièrement au médecin chef. L'accueil est assuré par un agent installé sous le grand hangar. Les consultations post-natales et la planification familiale sont assurées par les sages-femmes.

Les séances de communication pour le changement de comportement (CCC) sont faites chaque jour avant les consultations en présence des sages-femmes, infirmières obstétriciennes, matrones et stagiaires. Un staff est organisé tous les Jeudis matins avant les consultations et porte sur divers thèmes.

La gestion administrative du centre est confiée au médecin directeur qui doit rendre compte régulièrement au comité de gestion. Toutes les deux semaines, une réunion est tenue avec tout le personnel pour discuter du fonctionnement et des problèmes rencontrés.

3.1.4 Description de L'ASACOBOUL I

Le centre de santé ASACOBOUL I a été créé en 1992. De cette date à décembre 2005, le centre était resté en location et c'est à partir de janvier 2006 que le centre a déménagé dans ses propres locaux, grâce aux efforts conjugués du département de la santé, de la mairie de Boukassoumbougou et de l'Association communautaire de la santé.

Le centre de santé ASACOBOUL I est situé à l'est de la commune I sur la colline de Boukassoumbougou, « kouloubléni », entre l'école DONNISO à l'ouest, le lycée « *la Fontaine* » au sud et la maison de l'artiste Salif Keita à l'est. Il est situé dans un quartier périphérique en pleine expansion démographique (Boukassoumbougou). Il prend aussi en charge les problèmes de santé des quartiers voisins (Sotuba, Sangarébougou, Sarambougou, Seydoubougou, Moribabougou, Solomanebougou, Titibougou, Fombabougou). Il se compose de deux blocs: la maternité et le dispensaire. La maternité comprend :

- une salle d'accouchement (contenant deux tables d'accouchement) ;
- deux petites salles d'observation contenant chacune deux lits;

- une grande salle divisée en deux par un paravent fait de natte en matière plastique. Une partie est réservée à la consultation prénatale et l'autre à la consultation post-natale.
- une salle contenant le réfrigérateur pour la conservation des vaccins; elle est également utilisée comme salle de consultation (par le médecin bénévole) et comme salle de déclaration des naissances;
- un bloc de trois toilettes à latrine situé à l'est de la maternité pour les accouchées et d'autres patients.

La maternité est sous la direction d'une sage-femme contractuelle. Les CPN sont faites tous les lundis, jeudis et vendredis par les sages-femmes. La consultation post-natale est menée les mercredis et la consultation des enfants sains les mardis. Quant à la CCC, elle est réalisée chaque matin.

3.2 Type d'étude

L'étude s'est inspirée du postulat d'Adevis Donabédian sur l'évaluation de la qualité des soins et des services décrits au chapitre 2 des généralités

Cette étude comporte :

- une étude des structures
- une étude des procédures
- une étude des résultats.

3.2.1 L'étude des structures

L'étude des structures est basée sur :

- un recueil rétrospectif des données des centres (CSREF CI, ASACOBBA, ASACOBOUL I) ;
- une description des capacités de production (locaux, équipements, ressources humaines, etc.) ;
- une présentation du système de tarification des soins ;
- une description de l'organisation du travail.

3.2.2 L'étude des procédures

Il s'agissait d'une observation transversale du personnel prenant en charge les accouchements, complétée par un test d'évaluation des connaissances du prestataire portant sur les pathologies classiques (incompatibilité rhésus, hématomme rétro placentaire, toxémie gravidique, grossesse extra-utérine, procidence du cordon, etc.) et les attitudes pratiques.

L'observation des accouchements a concerné :

- les caractéristiques de la parturiente (âge, état matrimonial, le rang de la grossesse, ATCD, nombre de CPN réalisées),
- les caractéristiques de la personne ayant pris en charge la parturiente (qualification, statut, durée de présence dans le centre),
- le respect physique et psychique (salutations, donner des explications, le ton, l'attitude du praticien, parole d'usage, aide à monter sur la table....),
- l'intimité (accouchements à l'abri des regards, entrées et sorties injustifiées, absence d'accompagnantes dans la salle),
- l'interrogatoire (signes du début de travail, évolution de la grossesse actuelle, antécédents médicaux, gynéco-obstétricaux, chirurgicaux),
- l'examen général (TA, température, pouls, auscultation cardiaque, examen des conjonctives, recherche d'œdème des membres inférieurs),
- l'examen obstétrical (mesure de la hauteur utérine, palper abdominal, rythme des CU, auscultation BCF, TV pour le suivi de la progression),
- la préparation de l'accouchement (sondage vésical, toilette vulvaire),
- l'hygiène (de la main, du matériel et de l'environnement),
- l'utilisation des médicaments (antispasmodique, ocytocique, autres)
- les soins dispensés au nouveau-né,

- les paramètres de la délivrance (saignement vaginal, pouls, TA, conjonctives),
- le post-partum immédiat (globe de sécurité, toilette vulvaire, recherche de déchirure périnéale, contrôle du pouls, de la TA, des conjonctives et de la respiration),
- la qualification du personnel, ayant effectué la prise en charge de la parturiente (médecin, sage- femme, matrone, autres),
- l'utilisation des supports (partogramme, Apgar),
- les conseils donnés à l'accouchée (sur l'allaitement maternel, planning familial, soins au nouveau-né, alimentation d'une femme qui allaite).

3.2.3 L'analyse de l'opinion des prestataires

Elle vient en complément de l'étude des procédures. Les parturientes ayant fréquenté le centre pour accouchement au cours de la période d'étude ont été interrogées par rapport à leurs opinions sur les prestations. Pour cela après chaque accouchement, l'enquêtrice rejoint la femme dans la salle post-partum immédiat; après les salutations et la présentation, elle félicite la nouvelle maman et l'interroge de façon isolée et discrète sur :

- les raisons du choix du centre,
- l'accueil réservé,
- les informations nécessaires reçues,
- son opinion par rapport aux soins offerts.

3.3 Population étudiée

Pour l'étude des structures, nous avons consulté:

- le personnel socio- sanitaire,
- les présidents, les trésoriers et autres membres du bureau du comité de gestion des centres.

- les dossiers, les registres, les supports statistiques et le bilan des activités des établissements pour compléter les données,
- le plan des locaux qui a permis d'avoir les dimensions des locaux,
- l'inventaire du matériel pour l'appréciation de leur état.

Pour l'étude des procédures et des résultats, nous avons observé :

- le personnel en charge des accouchements,
- les accouchées.

3.4 Période d'étude

L'enquête s'est déroulée du 1^{er} juillet au 15 décembre 2006. Chaque centre a fait l'objet de 45 jours d'enquête, soit 30 jours pour l'étude des procédures et des résultats et 15 jours pour l'étude des structures.

3.5 Echantillonnage

Nous avons constitué notre échantillon à partir des enregistrements systématiques de toutes les parturientes qui se sont présentées au centre de santé en notre présence à savoir de 7 heures 30 à 18 heures durant une semaine puis de 18 heures à 7 heures 30 la semaine suivante.

Nous avons observé 350 accouchements et interrogé 305 accouchées.

3.5.1 Critères d'inclusion

Toutes les parturientes reçues en présence de l'enquêtrice.

3.5.2 Critères de non inclusion

- Avortements ;
- admission à la troisième phase de l'accouchement ;
- accouchements à domicile.

3.6 Organisation de l'enquête

Les observations et la demande sur l'opinion des parturientes ont été faites par l'enquêtrice. Pour ce faire, elle est restée passive et discrète pour le bon déroulement de l'étude. Un guide d'entretien avec des questions ouvertes a servi à recueillir les données.

3.7 Technique de collecte des données

Elle a consisté dans un premier temps en une observation des agents de santé (médecin, sage-femme, matrone, interne, aide-soignante) au cours du travail d'accouchement en notant la réalisation ou la non réalisation des gestes techniques et dans un deuxième temps à avoir un entretien avec les accouchées, de façon isolée et discrète.

3.8 Support des données ou outils de collecte

La collecte des données a été réalisée à l'aide des questionnaires suivants :

- un questionnaire « observation des accouchements »
- un questionnaire « opinion sur les accouchements »
- un questionnaire « test de connaissance des prestataires »
- un questionnaire « données institutionnelles ».

Ces questionnaires sont présentés en annexe 2.

3.9 Critères de jugement

Ils ont tenu compte des recommandations de la nouvelle politique sectorielle de santé pour la répartition du personnel et des « normes et procédures des soins d'accouchement » pour les prestations.

3.10 Saisie et analyse des données

Les données ont été saisies à partir du logiciel Epi-Info Version 6 FR et analysées sur le logiciel SPSS. Le traitement de texte a été réalisé sur Microsoft Word 2003. Nous nous sommes basés sur le référentiel pour l'analyse de la qualité des soins en milieu urbain élaboré par le KENEYA-CIWARA. A partir de ce référentiel nous avons fixé les critères de nos enquêtes et observations comme suit :

3.10.1 Niveau de qualité de la structure

Ces références sont en rapport avec :

- o Les normes architecturales :
 - Matériaux de construction,
 - Etat du local,
 - Système de protection contre la poussière et la clôture.

- Le dispositif en place pour l'accueil :
 - Existence d'un service d'accueil ou un bureau des entrées,
 - Présence et qualification du personnel d'accueil,
 - Existence de pancartes pour l'orientation dans le centre.
- La structure et l'équipement de l'unité accouchement:
 - Structure de la salle,
 - Équipement pour l'accueil,
 - Équipement pour l'examen.
- L'équipement de la salle d'attente :
 - Salle d'attente (accouchement, consultations médicale et prénatale).
 - Hangar de vaccination.
- L'existence des unités connexes de la consultation gynécologique :
 - Salle de garde,
 - Salle de CPN,
 - Salle des urgences,
 - Salle d'observation.
- L'existence et la fonctionnalité du laboratoire :
 - Équipement,
 - Personnel,
 - Formation du personnel
 - Normes.
- La pharmacie :
 - Normes architecturales,
 - Équipements,
 - Personnel,
 - Formation du personnel.
- État des toilettes :
 - Normes architecturales,
 - Équipement,
 - Propreté.
- Le système d'approvisionnement en eau et l'élimination des déchets.
- Le système d'éclairage et la communication.

Une cotation (0,1) a été faite pour les critères ci-hauts identifiés. Chaque référence composée de critères a été également cotée de 0 à 4. La somme des scores réalisés appliquée à l'échelle d'évaluation pour un centre donné permettra d'évaluer le niveau de qualité de la structure. Le maximum de score que l'on peut enregistrer pour les dix Références est de 40. Le détail sur les cotations sera présenté dans les tableaux en annexes 1. L'échelle d'évaluation se présente comme suit :

- ❖ Niveau IV: 95 à 100% de score maximal soit un score total de 38-40.
- ❖ Niveau III: 75 à 94% de score maximal soit un score total de 30-37,99.
- ❖ Niveau II: 50 à 74% de score maximal soit un score total de 20-29,99.
- ❖ Niveau I < 50% de score maximal soit un score total < 20.

3.10.2 Niveau de qualité des accouchements

Le niveau de qualité des accouchements a été déterminé à partir des scores obtenus lors de la réalisation des variables discriminantes. L'analyse a porté sur 2 types d'échelles.

Une première échelle où les accouchements sont dits de :

- « bonne qualité » si toutes les variables discriminatoires ont été réalisées;
- « moins bonne qualité » ou de « non qualité » si une au moins des variables discriminatoires n'est pas réalisée.

Une deuxième échelle où les accouchements ont été classés en 4 niveaux de qualité :

- Elevé (Q4) : 95 à 100% des gestes de la dimension étaient réalisés ;
- Assez élevé (Q3) : 75 à 94,99% des gestes de la dimension étaient réalisés ;
- Moyen (Q2) : 50 à 74,99% des gestes de la dimension étaient réalisés ;
- Faible (Q1) : moins de 50% des gestes de la dimension étaient réalisés.

Cette échelle a été appliquée aux dimensions qui avaient 4 variables et plus. C'est ainsi que cette deuxième échelle a permis de déterminer pour chaque formation la proportion de parturientes recevant des soins de « bonne » ou « d'assez bonne qualité » (Q4 et Q3) et d'avoir un classement par niveau des centres. Les critères de ce classement sont :

- Niveau IV : 75 à 100% des parturientes reçoivent des soins de « bonne » et « assez bonne qualité ».
- Niveau III : 50 à 74,99% des parturientes reçoivent des soins de « bonne » et « assez bonne qualité ».
- Niveau II : 25 à 49,99% des parturientes reçoivent des soins de « bonne » et « assez bonne qualité ».
- Niveau I : moins de 25% des parturientes reçoivent des soins de « bonne » et « assez bonne qualité ».

RESULTATS

4. RESULTATS

4.1 Etude des structures

Conformément aux éléments qui entrent dans la définition de la qualité des soins, nous adopterons le plan suivant pour l'étude des structures :

4.1.1 Le personnel

Tableau 1. Spécialités socioprofessionnelles des agents des CSCOMs (ASACOBBA, ASACOBOUL I) et du centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

Spécialité socio professionnelles	ASACOBBA	ASACOBOUL	CSREF
Médecin gynécologue	0	0	1
Médecins d'autres spécialistes	0	0	8
Médecins généralistes	3	1	4
Médecin généraliste bénévole	0	0	2
Assistants médicaux	0	0	8
Sages - femmes	2	2	25
Infirmiers du second cycle	4	0	8
techniciens sanitaires	0	0	2
Techniciens de laboratoire	1	0	3
Laborantin 1 ^{er} cycle	0	1	0
Autres techniciens supérieurs	0	0	6
Infirmiers en santé publique	0	1	12
Infirmières obstétriciennes	1	1	2
Matrones ou aides soignantes	5	4	16
Agents d'assainissement	0	0	8
Gestionnaires	0	0	2
Comptable	1	1	1
Secrétaire	0	0	1
Manœuvres	2	1	2
Chauffeurs	1	0	2
Gardiens	2	0	1
Etudiants faisant fonction d'interne	0	2	22
Total	22	14	136

Le nombre de sages-femmes est très élevé au CSREF (n=25) par rapport aux CSCOMs.

Tableau 2. Spécialités socioprofessionnelles des agents de la maternité des CSCOMs (ASACOBA, ASACOBOUL I) et du centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

Agents de la maternité	ASACOBA	ASACOBOUL	CSREF
Gynécologue obstétricien	0	0	1
Gynécologue obstétricien bénévole	0	0	1
Médecins généralistes bénévoles	0	0	2
Sages femmes	2	2	18
Infirmières obstétriciennes	1	1	1
Infirmière en santé publique	0	0	1
Aide soignantes ou matrones	4	3	5
Etudiants faisant fonction d'interne	0	1	22
Total	7	7	51

On note un nombre très élevé de personnel qualifié travaillant à la maternité au CSREF (2 Gynécologues obstétriciens, 2 médecins généralistes, 18 sages-femmes) par rapport aux CSCOMs.

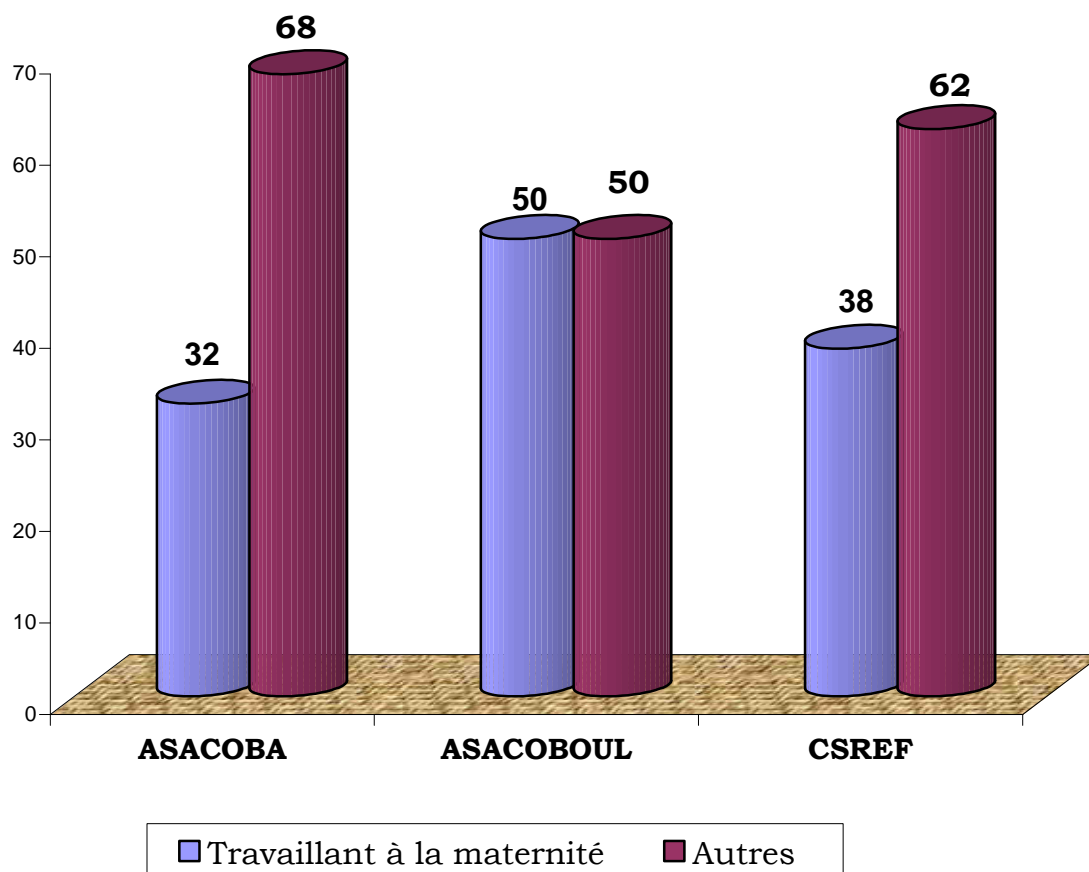


Figure 3 : Répartition du personnel travaillant à la maternité dans les CSCOMs (ASACOBA, ASACOBOUL I) et dans le centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

50% du personnel de l'ASACOBOUL I travaille à la maternité.

4.1.2 Description des locaux

Tableau 3. Description des locaux utilisés par les CSCOMs ASACOBA, ASACOBOUL I et par le centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

Centres	Description					
	Propriétaire	Valeur d'acquisition	Nombre de pièces	Surface locaux	Matériaux de construction	Etat des locaux
ASACOBA	ASACO	106 700 000	44	1 875m ²	Ciment	Bon
ASACO-BOUL I	ASACO	28 000 000	17	100 m ²	Ciment	Bon
CSREF C I	Etat	/	/	/	Ciment	Bon

Tous les locaux sont en bon état et construits en ciment.

Tableau 4. Description de la structure interne des locaux utilisés par les CSCOMs ASACOBA, ASACOBOUL I et par le centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

Centres	Structure interne				
	Eclairage	Approvisionnement en eau	Sanitaire	Elimination des déchets médicaux	Communication
ASACOBA	Réseau public + grpe électrogène	Réseau public	Chasse d'eau+latrine	GIE	téléphone
ASACOBOUL I	Réseau public	Réseau public	Chasse d'eau+latrine	GIE	Inexistante
CSREF C I	Réseau public + grpe électrogène	Réseau public	Chasse d'eau+latrine	Incinérateur +GIE	Téléphone

L'ASACOBOUL I ne dispose pas de ligne téléphonique.

4.1.3 Équipement

Tableau 5. Inventaire des mobiliers non spécifiques et techniques dans les CSCOMs : ASACOBA, ASACOBOUL I et dans le centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

Mobiliers non spécifiques et techniques	Centres de Santé		
	ASACOBA	ASACOBOUL I	CSREF C I
Lits	11	10	42
Bancs	25	7	22
Tables	6	4	6
Bureau	9	3	20
Chaises	22	19	50
Armoires	17	4	31
Fauteuils	8	0	7
Table d'examen	6	4	13
Table gynécologique	2	0	2
Tables d'accouchement	3	2	3

Nous avons le même nombre de table d'accouchement au CSREF qu'à l'ASACOBA. L'ASACOBOUL I ne dispose pas de table gynécologique ni de fauteuils.

Tableau 6. Inventaire des matériels et équipements dans les CSCOMs: ASACOBA, ASACOBOUL I et du centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

Matériels et équipements		Centres de Santé		
		ASACOBA	ASACOBOUL I	CSREF C I
Boîtes d'instruments	Accouchement	2	1	1
	Petite chir/pansement	1	2	2
Matériel de stérilisation	Cocote	1	1	2
	Poupinel	1	0	1
Chaîne de froid	Réfrigérateur	1	2	4
	Congélateur	1	0	2
	Récipient isotherme	3	5	24
Petit équipement	Tensiomètre	5	3	27
	Stéthoscope biauriculaire	5	3	30
	Stéthoscope obstétrical	3	2	3
	Toises adultes	2	2	3
	Toises enfants	5	1	3
	Pèse-personne	4	2	10
	Spéculum	9	9	4
	Pèse bébé	4	1	3
	Mètre ruban	8	7	7
	Thermomètre	10	10	27

L'ASACOBA dispose deux boîtes d'accouchement, contre un à l'ASACOBOUL I et au CSREF.

4.1.4 Fonctionnement administratif

Tableau 7. Principes de fonctionnement administratif des CSCOMs ASACOBA, ASACOBOL I et du centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

Centre de santé	Date de déclaration	Statut	Règlement intérieur	Assemblée Générale	Comité de gestion
ASACOBA	1988	Disponible	Disponible	12/07/2000	10 Réunions
ASACOBOL I	1992	Disponible	Disponible	10/03/2002	12 Réunions
CSREF C I	2001	Non disponible	Non disponible	27/05/2005	4 Réunions

Les statuts et règlement intérieur étaient disponibles seulement dans les deux CSCOMs.

4.1.5 Moyens de déplacement

Tableau 8. Moyens de déplacement utilisés par les CSCOMs : ASACOBA, ASACOBOL I et par le CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

Moyens de déplacement	Véhicules 4*4	Ambulance	Véhicule Ordinaire	Mobylette	Bicyclette
ASACOBA	0	0	1	0	0
ASACOBOL I	0	0	0	1	1
CSREF C I	2	1	0	3	0

Seul le CSREF dispose d'une ambulance. L'ASACOBA dispose d'un véhicule ordinaire que le centre utilise quelques fois comme ambulance.

4.1.6 Système de tarification:

Tableau 9. Coût des activités dans les CSCOMs : ASACOBA, ASACOBOUL I et dans le CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

Activités	Centres de Santé		
	ASACOBA	ASACOBOUL I	CSREF C I
Consultations			
Adhérents	300	300	1000
médicales			
Non adhérents	500	600	1000
Carnet maternité	500	500	500
Accouchement	1000	1500	5000
Carnet PF	250	250	750
Pansement	50	1000/15jours	500
Injection	0*	200	200
Perfusion	0*	500	500
Suture	1000	1000	5000
CPN	50	250	250
Echographie	4000	-	6000

**Gratuit sur présentation du ticket.*

Les tarifs varient selon les structures.

Tableau 10. Tarif des examens de laboratoire dans les CSCOMs: ASACOBA, ASACOBOUL I et dans le CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

Examens complémentaires	Centre de santé		
	ASACOBA	ASACOBOUL I	CSREF C I
NFS/VS	2000	2500	2000
Groupe rhésus	1000	1000	1000
Albumine/Sucre	600	500	750
Frottis sanguin	500	1000	1000
GE	500	700	1000
Glycémie	1000	1000	1500
ECBU	1750	2500	3000
Selles POK	700	700	1000
Test Toxoplasme	3500	4000	3500
Test d'Emmel	5000	7000	5000
BW	1000	500	2000
Widal	3500	2500	3500
Taux d'Hb	500	500	500

Les tarifs semblent plus abordables à l'ASACOBA.

4.1.7 Niveau de qualité de la structure

Tableau 11. Niveau de qualité de la structure du CSCOM ASACOBA., juillet-décembre 2006.

REFERENCES	NIVEAU DE QUALITE				SCORE	OBSERVATION
	A	B	C	D		
1. Normes architecturales	X				4	Locaux en bon état construits en matériaux durables
2. Dispositif accueil orientation			X		2	Absence de pancarte pour orientation
3. Structure /équipement unité accouchement		X			3	Matériel technique (ciseaux, pinces...) insuffisant, défectueux, incomplet.
4. Equipement salle d'attente	X				4	trois grands hangars d'attente avec des bancs et chaises pour vaccination, consultation méd. et CPN
5. Unité connexe consultation gynécologique	X				3	Assez satisfaisant
6. Fonctionnalité laboratoire	X				4	Satisfaisant
7. Fonctionnalité pharmacie			X		3	Non respect des normes de conservation
8. Etat des toilettes			X		2	Mesures d'hygiène non satisfaisantes
9. Système d'approvisionnement en eau et élimination des déchets		X			4	Déchets régulièrement déversés, poubelles lavées tous les jours
10. Système d'éclairage et de communication	X				4	Réseau public, Téléphone pour la réception
	SCT				33	

SCORE MAXIMAL (Sc max)= 40

Résultat : $(33/40)*100 = 82,5\%$

Niveau de qualité : Niv. 4: 95% Sc max-100% Sc max : Soit 38 à 40

Niv. 3: 75% Sc max- 94% Sc max : 30 à 37,99

Niv. 2: 50% Sc max- 74% Sc max : 20 à 29,99

Niv. 1: <50% Sc max <20

Tableau 12. Niveau de qualité de la structure du CSCOM ASACOBOUL I, juillet-décembre 2006.

REFERENCES	NIVEAU DE QUALITE				SCORE	OBSERVATION
	A	B	C	D		
1. Normes architecturales		X			3	Protection contre la poussière insuffisante
2. Dispositif accueil orientation			X		2	Absence de pancarte d'orientation
3. Structure/ équipement unité accouchement					3	Matériel incomplet et défectueux
4. Equipement salle d'attente		X			3	Assez satisfaisant
5. Unité connexe consultation gynécologique		X			3	Absence de table gynécologique
6. Fonctionnalité laboratoire			X		2	Equipement insuffisant
7. Fonctionnalité pharmacie			X		2	Absence de magasin de stockage
8. Etat des toilettes		X			3	Insuffisance de bornes fontaines d'eau dans les toilettes pour patient
9. Système d'approvisionnement en eau et élimination des déchets		X			3	L'élimination des déchets biomédicaux est assurée par les GIE
10. Système d'éclairage et de communication			X		1	Absence de groupe électrogène et de téléphone
	SCT				25	

SCORE MAXIMAL (Sc max)= 40

Résultat : $(25/40)*100 = 62,5\%$

Niveau de qualité : Niv. 4 : 95% Sc max-100% Sc max : Soit 38 à 40

Niv. 3 : 75% Sc max- 94% Sc max : 30 à 37,99

Niv. 2 : 50% Sc max- 74% Sc max : 20 à 29,99

Niv. 1 : <50% Sc max Moins de 20

Tableau 13. Niveau de qualité de la structure du CSREF C I Bamako, juillet-décembre 2006.

REFERENCES	NIVEAU DE QUALITE				SCORE	OBSERVATION
	A	B	C	D		
1. Normes architecturales	X				4	Satisfaisant
2. Dispositif accueil orientation		X			3	Assez satisfaisant
3. Structure/ équipement unité accouchement		X			3	Matériel technique insuffisant et défectueux
4. Equipement salle d'attente	X				4	Satisfaisant
5. Unité connexe consultation gynécologique	X				4	Satisfaisant
6. Fonctionnalité laboratoire		X			3	Equipement insuffisant
7. Fonctionnalité pharmacie		X			3	Rupture de plus de 30jr de certains produits
8. Etat des toilettes			X		2	Propreté défailante
9. Système d'approvisionnement en eau et élimination des déchets	X				4	Existence d'incinérateur Elimination des déchets biomédicaux assurée par GIE
10. Système d'éclairage et de communication	X				4	Réseau public, Téléphone pour la réception, interphone
	SCT				34	

SCORE MAXIMAL (Sc max)= 40

Résultat : (34/40) = **85,0%**

Niveau de qualité : Niv. 4 : 95% Sc max-100% Sc max : Soit 38 à 40

Niv. 3 : 75% Sc max - 94% Sc max : 30 à 37,99

Niv. 2 : 50% Sc max - 74% Sc max : 20 à 29,99

Niv. 1 : <50% Sc max Moins de 20

Tableau 14. Niveau de qualité de la structure des CSCOMs ASACOBA, ASACOBOUL I et du CSREF C I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

Centres de Santé	Score	Niveau de qualité
ASACOBA	32	III
ASACOBOUL I	24	II
CSREF C I	34	III

L'ASACOBA et le CSREF C I sont de niveau III pour la qualité de la structure.

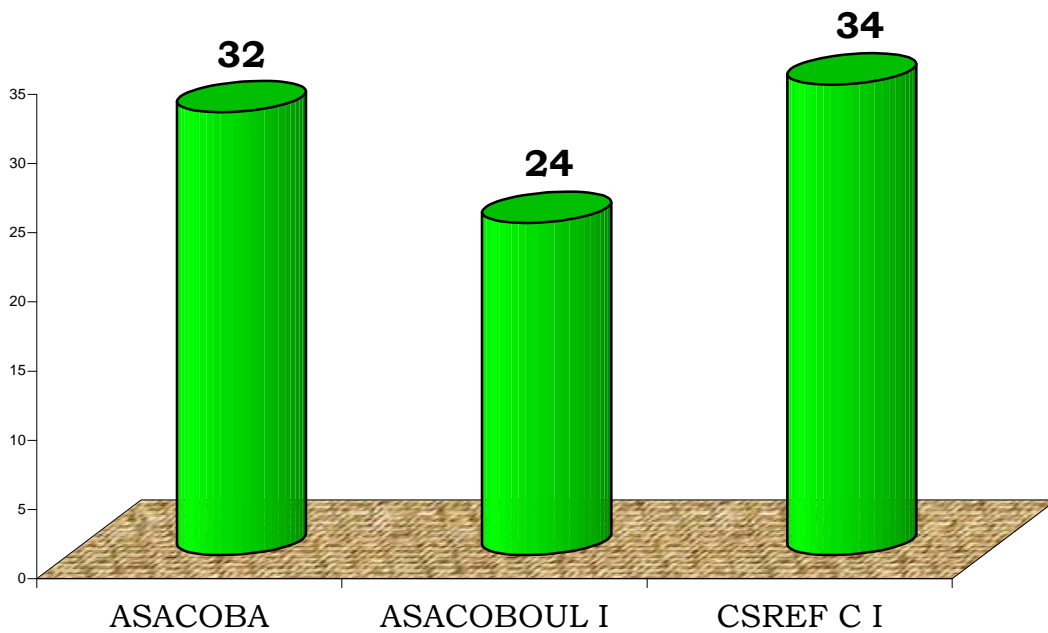


Figure 4 : Niveau de qualité de la structure des CSCOMs ASACOBA, ASACOBOUL I et du CSREF C I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

4.2 Etude des procédures de l'accouchement

4.2.1 Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

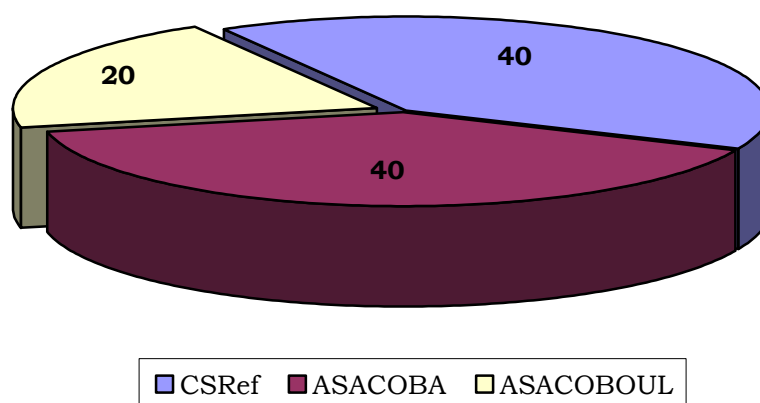


Figure 5 : Répartition des parturientes au niveau des centres de santé. Bamako, juillet-décembre 2006.

4.2.1.1 L'âge

Tableau 15. Répartition des parturientes par tranche d'âge dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

Tranche d'âge	Centres de santé		
	ASACOBA (n=140)	ASACOBOUL (n=70)	CSREF (n=140)
	%	%	%
≤19 ans	19,3	27,1	22,9
20-34 ans	64,3	60,0	60,7
35 et plus	16,4	12,9	16,4
Total	100,0	100,0	100,0

Les adolescentes sont plus représentées à l'ASACOBOUL I. Les femmes de 35 ans et plus représentent plus de 10% partout.

4.2.1.2 La profession

Tableau 16. Répartition des parturientes selon la profession dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako 2006, juillet-décembre 2006.

Profession	Centres de santé		
	ASACOBA	ASACOBOUL	CSREF
	(n=140) %	(n=70) %	(n=140) %
Ménagère	74,3	64,3	80,7
Vendeuse	10,0	11,4	6,4
Salariée	1,4	2,9	1,4
Autres	8,6	15,7	5,7
Elève/Etudiante	5,7	5,7	5,7
Total	100,0	100,0	100,0

Les ménagères sont les plus représentées dans tous les centres étudiés.

4.2.1.3 Le niveau d'instruction

Tableau 17. Répartition des parturientes selon le niveau d'instruction dans les centres de santé ASACOBABA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

Niveau d'instruction	Centres de santé			X ²	p
	ASACOBABA	ASACOBOUL	CSREF		
	(n=140) %	(n=60) %	(n=140) %		
Analphabète	58,6	50,0	55,7	1,32	0,49
Arabe	7,9	18,6	12,1	5,22	0,07
Primaire	19,3	15,7	20,7	0,76	0,68
Secondaire	12,1	11,4	8,6	1,01	0,60
Supérieur	2,1	4,3	2,9	0,77	0,67
Total	100,0	100,0	100,0		

Plus de la moitié des parturientes sont Analphabètes dans chacune des trois structures. Le niveau supérieur est une modalité rare.

4.2.1.4 La gestité

Tableau 18. Répartition des parturientes selon la gestité dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

Gestité	Centres de santé			Statistique	
	ASACOBA (n=140) %	ASACOBOUL (n=70) %	CSREF (n=140) %	X ²	p
Primigeste 1	28,6	14,3	25,7	5,30	0,07
Paucigeste 2-4	27,1	62,9	12,1	59,32	<0,01
Multigeste 5-6	33,1	18,6	24,3	5,51	0,06
Grande multigeste ≥7	11,3	4,3	37,9	44,13	<0,01
Total	100,0	100,0	100,0		

L'ASACOBOUL est la structure qui reçoit le plus de paucigestes (62,9%), par contre nous constatons que les grandes multigestes se rencontrent plus fréquemment au centre de santé de référence.

4.2.1.5 Le nombre de CPN effectuées

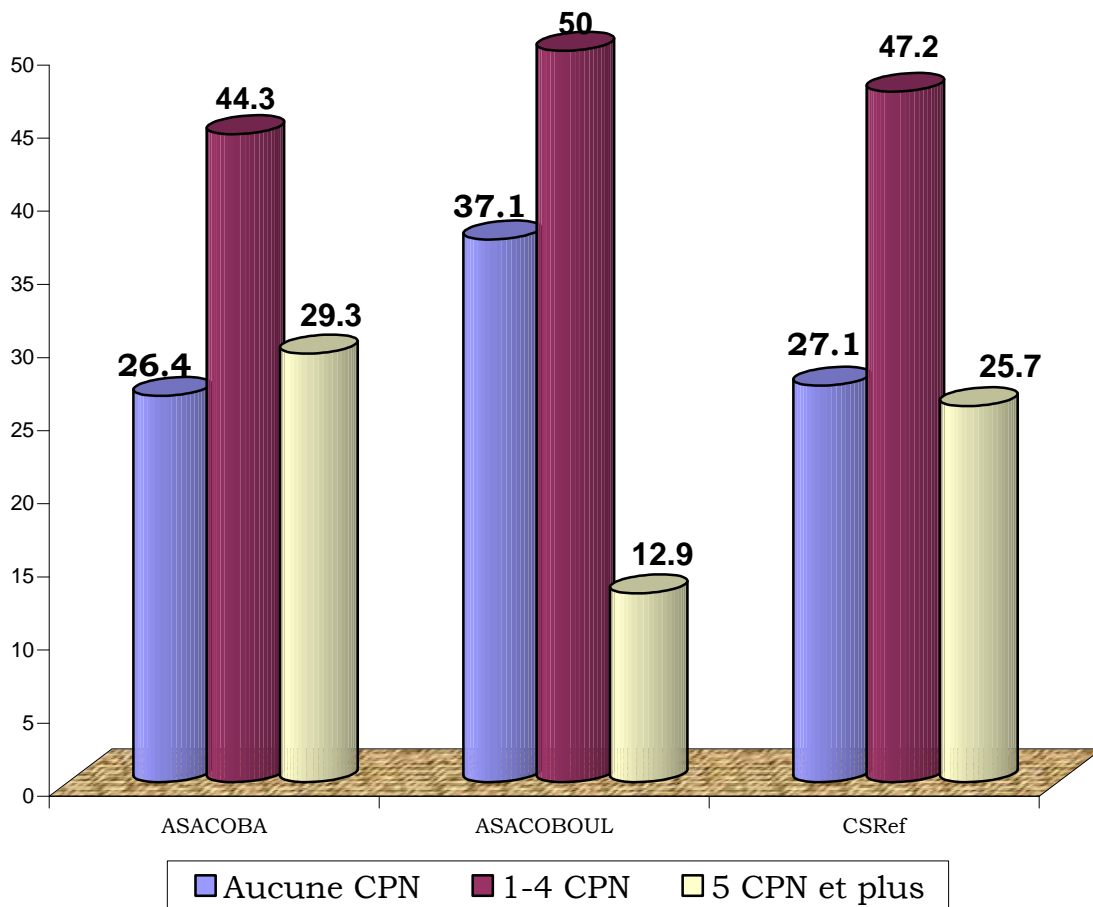


Figure 6 : Répartition des parturientes selon le nombre de CPN effectuées dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako 2006, juillet-décembre 2006.

Plus du ¼ des parturientes n'ont fait aucune CPN dans l'ensemble des trois structures. Ce rapport dépasse le tiers à l'ASACOBOUL I.

4.2.2 Qualité des procédures de l'accouchement

4.2.2.1 Respect physique et psychique des parturientes

Tableau 19. Fréquence de réalisation des gestes du “respect physique et psychique” des parturientes dans les centres de santé ASACOBA ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

VARIABLES	ASACOBA		ASACOBOUL		CSREF		Statistique	
	(n=140)	%	(n=70)	%	(n=140)	%	X ²	p
Salutations conformes	133	95,0	70	100,0	140	100,0	6,96	0,03
Explique ce qui va se passer	126	90,0	70	100,0	140	100,0	21,88	<0,01
Ton (normal, encourageant)	118	84,3	70	100,0	140	100,0	35,21	<0,01
Tranquillise la parturiente	89	63,6	63	90,0	140	100,0	69,92	<0,01
Attitude (normal, douce)	140	100,0	70	100,0	140	100,0	/	/
Aide à monter sur la table	133	95,0	63	90,0	122	87,1	12,76	<0,01
Parole d'usage avant de partir	119	85,0	44	62,9	105	75,0	13,00	<0,01
La parturiente parlait la langue	140	100,0	55	78,6	122	87,1	28,31	<0,01

Le respect physique et psychique est satisfaisant dans l'ensemble. Cependant les parturientes sont plus tranquilisées au CSREF et à l'ASACOBOUL I qu'à l'ASACOBA.

Tableau 20. Niveau de qualité du respect physique et psychique des parturientes dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

Centre de santé	Qualité du respect physique et psychique								
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3+Q4	Niveau			
	%	%	%	%	%	I	II	III	IV
Ensemble	0,0	15,7	31,1	53,1	84,3				X
ASACOBA	0,0	15,0	41,4	43,6	85,0				X
ASACOBOUL	0,0	22,9	22,9	54,3	77,1				X
CSREF	0,0	12,9	25,0	62,1	87,1				X

Les centres sont de niveau IV pour le respect physique et psychique. Ceci montre une très bonne qualité de la dimension humaine

4.2.2.2 Respect de l'intimité des parturientes

Tableau 21. Fréquence de la réalisation des gestes du “respect de l'intimité” des parturientes dans les centres de santé ASACOBA ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

VARIABLES	ASACOBA		ASACOBOUL		CSREF		Statistique	
	(n=140)	%	(n=70)	%	(n=140)	%	X ²	P
Accouchement à l'abri des regards	131	93,3	67	95,7	131	93,9	0,46	0,79
Absence d'accompagnante dans la salle	140	100,0	62	88,6	140	100,0	32,75	<0,01
Entrée et sortie injustifiées	23	16,7	12	16,7	35	25,0	3,66	0,16

L'intimité n'était pas complètement respectée dans l'ensemble.

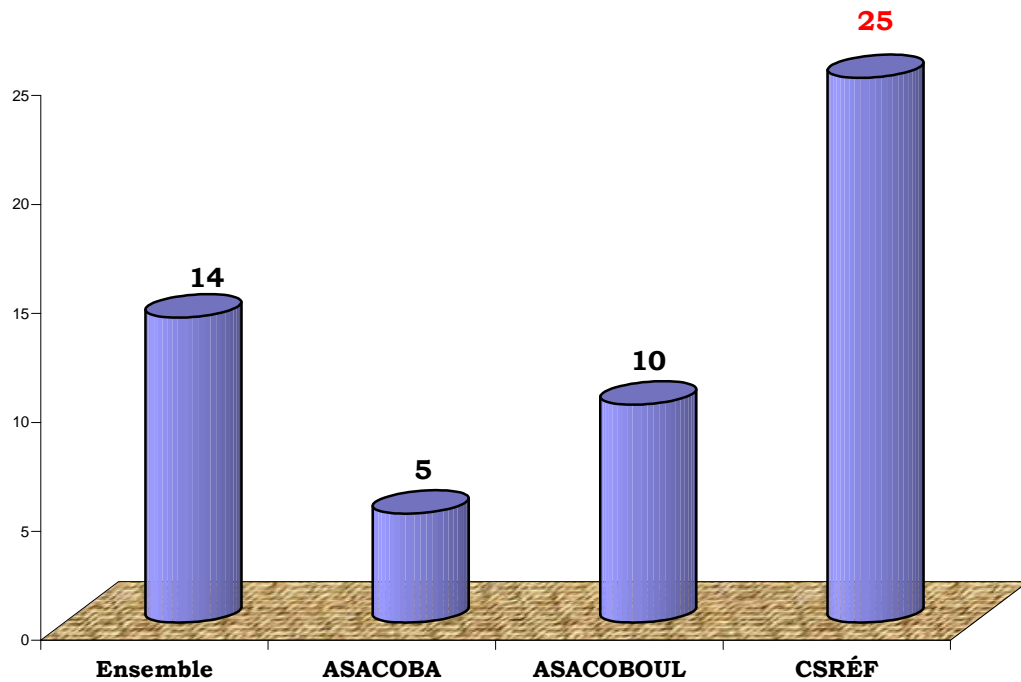


Figure 7 : Qualité du « respect de l'intimité » des parturientes dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

Les gestes techniques de l'intimité des parturientes sont réalisés de façon incomplète dans l'ensemble.

4.2.2.3 Premier interrogatoire des parturientes

❖ réalisation des variables techniques de "l'interrogatoire" des parturientes

Tableau 22. Fréquence de la réalisation des variables techniques de "l'interrogatoire" des parturientes dans les centres de santé ASACOBA ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

VARIABLES	ASACOBA		ASACOBOUL		CSREF		Statistique	
	(n=140)	%	(n=70)	%	(n=140)	%	X ²	p
Détermination des DDR	15	10,7	19	27,1	87	62,1	83,99	<0,01
Début des douleurs	126	90,0	62	88,6	140	100,0	15,81	<0,01
Fréquence des douleurs	52	37,1	51	72,9	122	87,1	79,02	<0,01
Mouvements du fœtus	24	17,1	28	40,0	104	74,3	93,26	<0,01
Pertes liquidiennes	53	37,9	33	47,1	70	50,0	4,41	0,11
Métrorragie	16	11,4	20	28,6	70	50,0	49,45	<0,01
Possession d'un carnet	125	89,3	66	94,3	123	87,9	2,14	0,34
Examen du carnet	93	66,4	48	68,6	88	62,9	0,78	0,67

L'interrogatoire est satisfaisant au CSREF. La détermination des DDR et la recherche d'écoulement sanguin vaginal ne sont réalisées qu'à 10,7% à l'ASACOBA et à 27,1% à l'ASACOBOUL I.

❖ qualité de l'interrogatoire

- Parmi les 350 parturientes, 28 interrogatoires étaient de qualité soit 8%
- Parmi les 140 parturientes de l'ASACOBA, aucune n'a bénéficiée d'un interrogatoire de qualité.
- Parmi les 70 parturientes de l'ASACOBOUL I, 11 ont bénéficiées d'un interrogatoire de qualité soit 15,7%.
- Parmi les 140 parturientes du CSREF, 17 ont bénéficiées d'un interrogatoire de qualité soit 12,1%.

. L'interrogatoire était incomplet dans l'ensemble des trois structures.

❖ *Les niveaux de qualité sont présentés dans le tableau ci-dessous.*

Tableau 23. Niveau de qualité de l'interrogatoire des parturientes dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

Centres	Qualité de l'interrogatoire					Niveau			
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3+Q4	I	II	III	IV
	%	%	%	%	%				
Ensemble	23,4	38,9	29,7	8,0	37,7		X		
ASACOBA	47,1	40,7	12,1	0,0	12,1	X			
ASACOBOUL	22,9	37,1	24,3	15,7	40,0		X		
CSREF	0,0	37,9	50,0	12,1	62,1			X	

L'interrogatoire est de faible qualité à l'ASACOBA (niveau I), de moyenne qualité à l'ASACOBOUL (niveau II) et assez élevé au CSREF (niveau III).

4.2.2.4 Examen général

❖ Réalisation des gestes techniques de l'examen général

Tableau 24. Fréquence de la réalisation des gestes techniques de l'examen général des parturientes dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

VARIABLES	ASACOBA		ASACOBOUL		CSREF		Statistique	
	(n=140)	%	(n=70)	%	(n=14)	%	X ²	P
Examen des conjonctives	21	15,0	54	77,1	140	100,0	222,57	<0,01
Auscultation cardiaque	0	0,0	0	0,0	18	12,9	28,46	<0,01
Prise de la TA	96	68,6	42	60,0	140	100,0	211,24	<0,01
Prise du pouls	39	27,9	3	4,3	140	100,0	225,77	<0,01
Prise de la température	0	0,0	0	0,0	18	12,9	28,46	<0,01
Recherche des OMI	14	10,0	59	84,3	122	87,1	197,78	<0,01

La plupart des gestes techniques de l'examen général sont bien effectués au CSREF. Par contre, l'auscultation cardiaque et la prise de la température sont très peu réalisées dans ce centre et non effectuées dans les deux CSCOMs.

❖ qualité de l'examen général

Parmi les 350 parturientes, aucune n'avait bénéficiée d'un examen général de qualité.

❖ Les niveaux de qualité sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 25. Niveau de qualité de l'examen général des parturientes dans les centres de santé ASACOBABA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

Centres	Qualité de l'examen général									
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3+Q4	Niveaux				
	%	%	%	%	%	I	II	III	IV	
Ensemble	44,0	50,9	5,1	0,0	5,1	X				
ASACOBABA	85,0	15,0	0,0	0,0	0,0	X				
ASACOBOUL	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	X				
CSREF	0,0	87,1	12,9	0,0	12,9	X				

L'examen général des parturientes est de faible niveau de qualité dans l'ensemble (tous les centres sont de niveau I).

4.2.2.5 Examen obstétrical

❖ Réalisation des gestes

Tableau 26. Fréquence de la réalisation des gestes techniques de l'examen obstétrical dans les centres de santé ASACOBABA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

Variables	ASACOBABA		ASACOBOUL		CS Réf		Statistique	
	(n=140)	%	(n=70)	%	(n=140)	%	X ²	P
Mesure de la HU	58	41,2	36	51,5	122	87,1	65,8	<0,01
Palper abdominal	58	41,2	67	95,5	140	100,0	149,6	<0,01
Rythme des CU	79	56,5	29	40,9	140	100,0	101,0	<0,01
Auscultation des BDCF	73	51,9	63	89,4	122	87,1	56,2	<0,01
TV pour suivi de la progression	140	100,0	70	100,0	140	100,0	/	/

L'examen obstétrical était généralement plus complet au CSREF CI que dans les deux CSCOMs.

❖ *qualité de l'examen obstétrical*

- Parmi les 350 parturientes, 192 examens obstétricaux étaient de qualité soit 54,9%
- Parmi les 140 parturientes de ASACOBA 49 examens obstétricaux étaient de qualité soit 35,1%
- Parmi les 70 parturientes, de l'ASACOBOUL I, 18 examens obstétricaux étaient de qualité soit 25,8%
- Parmi les 140 parturientes du CSREF 122 examens obstétricaux étaient de qualité soit 87,1

Les gestes techniques de l'examen obstétrical sont partiellement réalisés dans les trois structures.

Les niveaux de qualité sont présentés dans le tableau ci-dessous.

❖ *Niveaux de qualité. de l'examen obstétrical*

Tableau 27. Niveau de qualité de l'examen obstétrical des parturientes dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

Centre	Qualité des gestes techniques de l'examen obstétrical					Niveau			
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3+Q4	I	II	III	IV
	%	%	%	%	%				
Ensemble	18,7	19,0	7,4	54,9	62,3			X	
ASACOBA	48,1	10,7	6,1	35,1	41,2		X		
ASACOBOUL	0,0	48,5	25,8	25,8	51,5			X	
CSREF	0,0	12,9	0,0	87,1	87,1				X

L'examen obstétrical des parturientes révèle que l'ASACOBA est de niveau II, l'ASACOBOUL I de niveau II et le CSREF de niveau VI.

4.2.2.6 Préparation à l'accouchement

Tableau 28. Fréquence de la réalisation des gestes de préparation à l'accouchement dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I et le CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

VARIABLES	ASACOBA		ASACOBOUL		CSREF		Statistique	
	(n=140)	%	(n=70)	%	(n=140)	%	X ²	p
Fait uriner la parturiente	79	56,4	43	61,4	52	37,1	15,22	<0,01
Fait faire une toilette vulvaire	74	52,9	53	76,2	92	65,7	11,39	<0,01

Les gestes techniques de préparation à l'accouchement n'étaient pas toujours réalisés dans tous les 3 centres.

4.2.2.7 Conditions d'hygiène

❖ Normes d'hygiène

Tableau 29. Fréquence de la réalisation des normes "d'hygiène" au cours de l'accouchement dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

VARIABLES	ASACOBA		ASACOBOUL		CS Réf		Statistique	
	(n=140)	%	(n=70)	%	(n=140)	%	X ²	P
Changement de blouse	0	0,0	3	4,5	23	16,2	25,00	<0,001
Lavage des mains	46	32,9	41	59,1	79	56,6	19,59	<0,001
Gants à usage unique	133	95,0	63	89,4	140	100,0	12,11	<0,002
Nouveau doigtier à chaque examen	140	100,0	70	100,0	119	85,2	30,95	<0,001
Matériel changé par accouchement	140	100,0	45	63,8	121	86,1	52,17	<0,001
Bassin propre et non utilisé	78	56,0	70	100,0	68	48,6	93,48	<0,001
Matériel lavé au savon	132	94,3	70	100,0	140	100,0	9,27	0,010
Matériels décontaminés	133	95,0	66	94,4	140	100,0	5,58	0,012

Les normes d'hygiène sont le plus souvent respectées dans l'ensemble. Cependant le changement de blouse au moment de l'accouchement est peu réalisé. L'utilisation d'un bassin propre et le lavage des mains avant l'accouchement sont peu réalisés à l'ASCOBA et au CSREF.

❖ *Qualité de la réalisation des normes d'hygiène*

- Parmi les 350 parturientes, dans 218 cas, les normes d'hygiène étaient de qualité soit 62,3%
- Parmi les 140 parturientes de l'ASACOBBA, 93 ont bénéficiées des normes d'hygiène de qualité soit 66,4%
- Parmi les 70 parturientes, de l'ASACOBOUL I, 37 ont bénéficiées des normes d'hygiène de qualité ; soit 52,9%
- Parmi les 140 parturientes du CSREF, 88 ont bénéficiées des normes d'hygiène de qualité ; soit 62,9%

Les normes d'hygiène au cours de l'accouchement sont partiellement réalisées dans les trois structures.

❖ *Les niveaux de qualité sont présentés dans le tableau ci-dessous*

Tableau 30. Niveau de qualité de la réalisation des normes d'hygiène au cours de l'accouchement dans les centres de santé ASACOBBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

Centre	Qualité des conditions d'hygiène					Niveau			
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3+Q4	I	II	III	IV
	%	%	%	%	%				
Ensemble	0,0	37,4	54,5	8,1	62,6			X	
ASACOBBA	0,0	51,0	49,0	0,0	49,0		X		
ASACOBOUL	0,0	26,7	73,3	0,0	73,3			X	
CSREF	0,0	25,7	50,0	24,3	74,3			X	

L'analyse des conditions d'hygiène au cours de l'accouchement révèle des centres de niveau III dans l'ensemble.

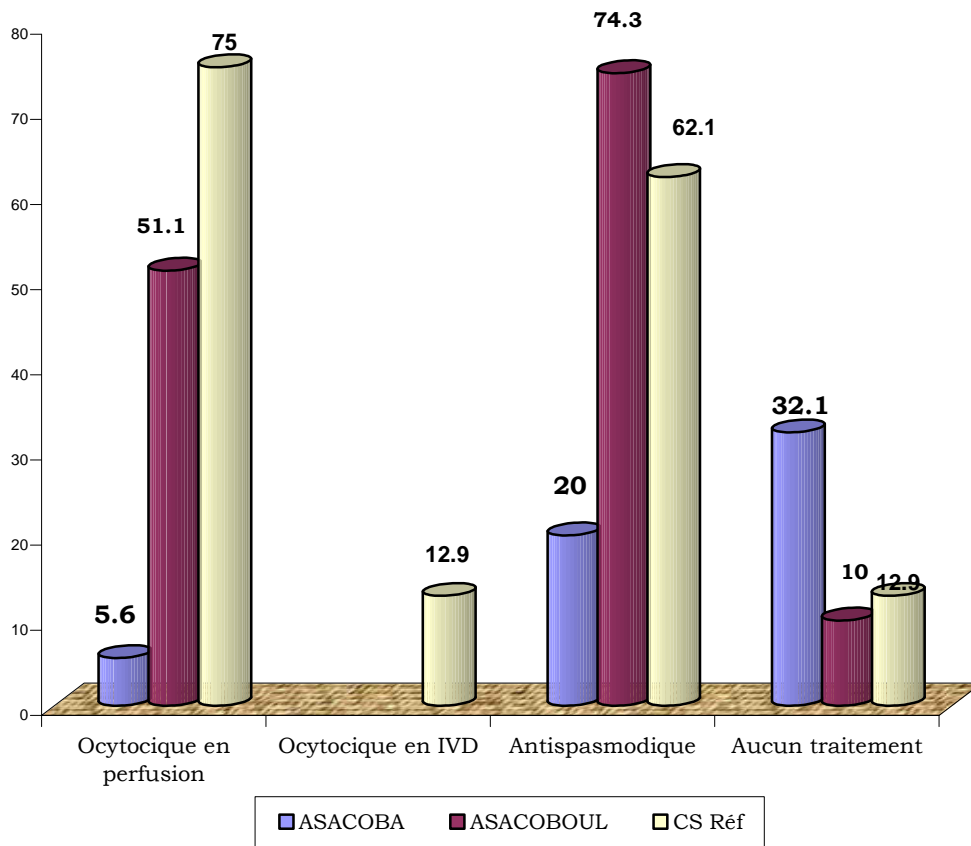


Figure 8 : Utilisation des médicaments au cours des accouchements dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

L'ASACOBA est le centre qui utilise le moins de médicaments. Nous observons par ailleurs, l'utilisation d'ocytocique par voie veineuse directe dans 12.9% des cas au CSREF CI.

❖ Les soins aux nouveau-nés

Tableau 31. Fréquence de la réalisation des gestes techniques des soins aux nouveau-nés dans les centres de santé ASACOBBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

VARIABLES	ASACOBBA		ASACOBOUL		CS Réf		Statistique	
	(n=140)	%	(n=70)	%	(n=140)	%	X ²	p
Accueille le n-né								
dans un linge propre	37	26,4	51	72,7	70	50,0	42,84	<0,01
Recouvre le corps	36	25,7	54	77,3	93	66,7	68,18	<0,01
Evalue score								
d'Apgar	31	24,6	32	40,7	140	100,0	175,60	<0,01
Dégage muco-								
sité								
nez et bouche	133	95,0	58	83,3	140	100,0	26,80	<0,01
Montre le bébé à								
sa mère	67	47,9	43	62,1	93	66,7	10,33	<0,01
Pose le bébé sur le								
ventre de sa mère	51	36,4	19	27,3	24	17,1	13,26	0,01
Pèse le nouveau-né	125	89,3	70	100,0	140	100,0	23,51	<0,01
Mets des gouttes de								
collyres	91	65,0	55	78,8	71	50,5	16,26	<0,01
Mesure la taille du								
nouveau-né	115	82,1	70	100,0	140	100,0	40,38	<0,01
Mesure le périmètre								
crânien	0	0,0	31	43,9	116	82,9	197,40	<0,01
Examine systéma-								
tiquement le corps	22	15,7	59	84,8	68	48,6	93,19	<0,01
Met l'enfant								
au sein	105	75,0	59	84,8	71	50,5	30,37	<0,01
Etablit le carnet de								
santé de l'enfant	108	77,3	18	25,8	71	50,5	53,11	<0,01

Les gestes techniques des soins aux nouveau-nés sont partiellement réalisés dans les trois centres. Cependant la mesure du périmètre crânien n'est pas du tout faite à l'ASACOBBA.

Tableau 32. Niveau de qualité de la réalisation des gestes techniques de soins aux nouveau-nés dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

Centre	QUALITE DES SOINS AUX NOUVEAU-NES								
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3+Q4	NIVEAUX			
	%	%	%	%	%	I	II	III	IV
Ensemble	41,9	47,1	9,7	1,3	11,0	X			
ASACOBA	33,8	56,8	9,5	0,0	9,5	X			
ASACOBOUL	0,0	72,7	22,7	4,5	27,2		X		
CSREF	80,5	19,5	0,0	0,0	0,0	X			

Les soins aux nouveau-nés sont de faible qualité à l'ASACABA et au CSREF. (niveau I) et de qualité moyenne (niveau II) à l'ASACOBOUL I.

4.2.2.8 La délivrance

❖ *Les gestes de la délivrance*

Tableau 33. Fréquence de réalisation des gestes techniques de la délivrance dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

VARIABLES	ASACOBA		ASACOBOUL		CSREF		Statistique	
	(n=140)	%	(n=70)	%	(n=140)	%	X ²	p
Prise du pouls	21	15,0	0	0,0	34	24,3	20,87	<0,01
Prise de la TA	15	10,7	11	15,7	52	37,1	30,41	<0,01
Surveillance								
saignement vaginal	104	74,3	46	65,7	122	87,1	13,90	<0,01
Appréciations							118,4	
conjonctives	15	10,7	35	50,0	105	75,0	0	<0,01
GATPA	126	90,0	54	77,1	105	75,0	11,40	<0,01
Examine le placenta	43	30,7	25	35,7	105	75,0	61,51	<0,01

Les normes de la délivrance sont plus respectées au CSREF (75%) que dans les deux CSCOMs. Cependant la prise du pouls est insuffisamment réalisée à l'ASACOBA, ainsi qu'au CSREF et non faite à l'ASACOBOUL I.

❖ *qualité des gestes de la délivrance*

- Parmi les 350 parturientes, 24 délivrances étaient de qualité soit 6,9%.
- Parmi les 140 parturientes de ASACOBA, 7 délivrances étaient de qualité soit 5%.
- Parmi les 70 parturientes, de l'ASACOBOUL I, aucune d'elles n a bénéficiée d'une délivrance de qualité soit 0%.
- Parmi les 140 parturientes du CSREF 17 délivrances étaient de qualité soit 12,1%.

Les gestes techniques de la délivrance sont incomplets dans l'ensemble.

Les niveaux de qualité sont présentés dans le tableau suivant.

❖ *Niveaux de qualité des gestes de la délivrance*

Tableau 34. Niveau de qualité des gestes techniques de la délivrance dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

Centre	Qualité de la délivrance					Niveau			
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3+Q4	I	II	III	IV
	%	%	%	%	%				
Ensemble	48,6	33,7	10,9	6,9	17,7	X			
ASACOBA	74,3	20,7	0,0	5,0	5,0	X			
ASACOBOUL	44,3	51,4	4,3	0,0	4,3	X			
CSREF	25,0	37,9	25,0	12,1	37,1		X		

L'analyse des gestes techniques de la délivrance révèle des centres de niveau I pour les deux CSCOM et niveau II pour le CSREF.

4.2.2.9 *Le post-partum immédiat*

Tableau 35. Fréquence de réalisation des gestes de surveillance du "post-partum immédiat" dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

VARIABLES	ASACOBA		ASACOBOUL		CS Réf		Statistique	
	(n=140)	%	(n=70)	%	(n=140)	%	X ²	p
Appréciation du globe de sécurité	98	70,0	54	77,1	119	85,2	9,02	0,01
Réalisation toilette vulvaire	140	100,0	54	77,1	122	87,2	30,43	<0,01
Recherche déchirure périnéale	104	74,3	54	77,1	94	67,0	2,92	0,23
Contrôle pouls,	7	5,3	0	0,0	34	24,3	36,78	<0,01
Contrôle conjonctives	23	16,5	39	55,7	87	62,1	66,02	<0,01
Contrôle T A	8	6,0	36	51,4	52	37,1	60,06	<0,01
Contrôle respiration	8	6,0	3	4,3	34	24,3	27,29	<0,01

Les gestes techniques du post-partum immédiat sont relativement bien faits dans les trois centres étudiés. Les contrôles du pouls, de la TA, des conjonctives et de la respiration sont rarement faits à l'ASACOBA.

Tableau 36. Niveau de qualité de la réalisation des gestes techniques du post-partum immédiat dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

Centre	Qualité du post-partum immédiat					Niveau			
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3+Q4	I	II	III	IV
	%	%	%	%	%				
Ensemble	16,6	10,8	57,5	15,1	72,6			X	
ASACOBA	15,0	25,7	59,3	0,0	59,3			X	
ASACOBOUL	22,9	0,0	31,4	45,7	77,1				X
CSREF	14,8	0,0	70,5	14,8	85,3				X

L'ASACOBOUL I et le CSREF sont d'un niveau de qualité élevée (niveau IV) pour la réalisation des gestes techniques du post-partum immédiat.

4.2.2.10 Qualification du personnel chargé de la prise en charge des parturientes

Tableau 37. Répartition des gestantes selon la qualification du personnel ayant pris en charge la parturiente dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

Qualification du prestataire de soins	ASACOBA		ASACOBOUL		CS Réf		Statistique	
	(n=140)	%	(n=70)	%	(n=140)	%	X ²	p
Médecin	11	7,6	4	6,3	0	0,0	10,9	<0,01
Sage femme	61	43,7	34	49,2	0	0,0	10,9	<0,01
Matrone	59	42,0	21	30,2	0	0,0	73,0	<0,01
Interne	0	0,0	7	9,5	140	100,0	324,0	<0,01
Infirmière obst.	9	6,7	3	4,8	0	0,0	8,9	0,01

Toutes les parturientes du CSREF sont prises en charges par les internes. Cependant, l'accouchement des parturientes dites « protégées » est le plus souvent fait par les sages-femmes.

4.2.2.11 Les supports utilisés au cours de l'accouchement

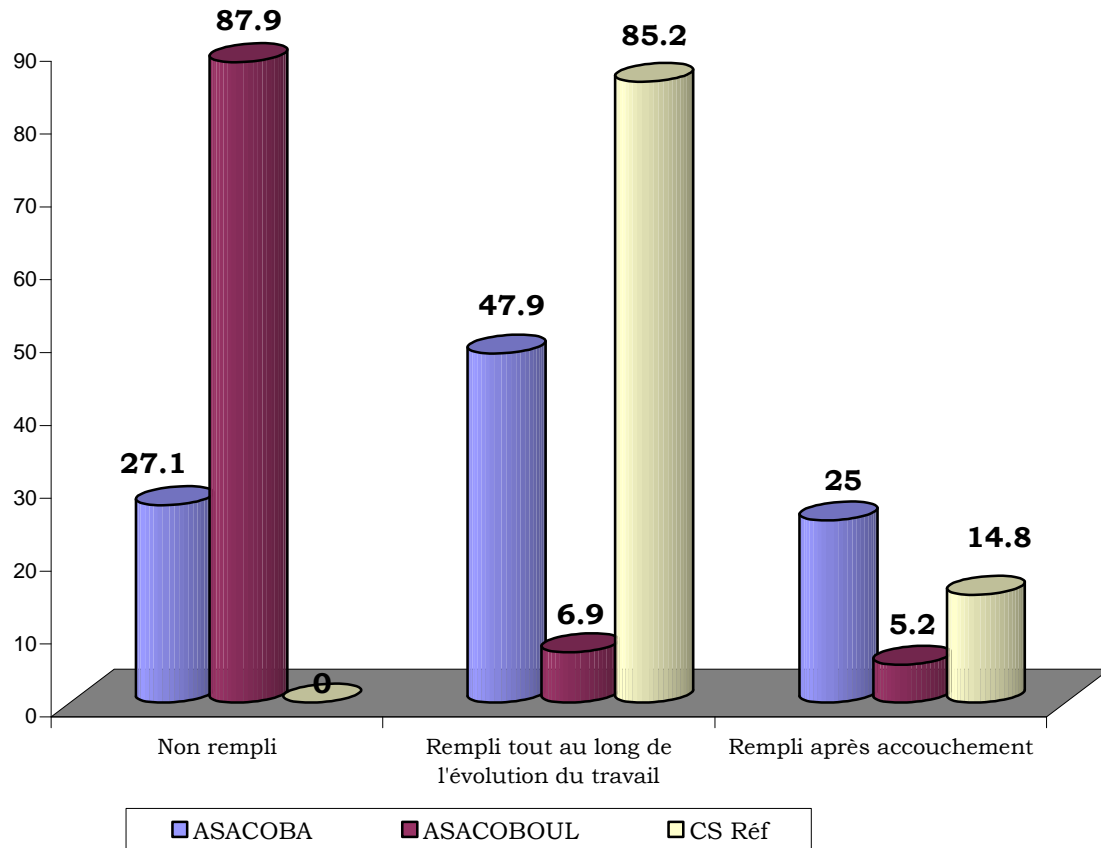


Figure 9 : « Utilisation du partogramme » lors des accouchements dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I et le CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

Le quart des partogrammes de l'ASACOBA (25%) et le cinquième de ceux du CSREF (21%) étaient remplis après l'accouchement. Par contre le partogramme n'est malheureusement rempli au cours du travail que dans 6,9% des cas à l'ASACOBOUL I.

Tableau 38. Fréquence de l'évaluation du score d'APGAR dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

Evaluation du score d'APGAR	ASACOBA		ASACOBOUL		CSREF		Statistique	
	(n=140)	%	(n=70)	%	(n=140)	%	X ²	p
Évalué	106	75,4	42	59,3	0	0,0	175,6	<0,01
Non évalué	34	24,6	28	40,7	140	100,0	175,6	<0,01
Total	140	100,0	70	100,0	140	100,0	/	/

Le score d'Apgar est mentionné pour tous les nouveau-nés au CSREF. Il l'est pour près du quart à l'ASACOBA et près de la moitié à l'ASACOBOUL I.

❖ *qualité de l'utilisation des supports*

- Parmi les 350 parturientes, 135 supports étaient de qualité soit 38,6%
- Parmi les 140 parturientes de ASACOBA, 31 étaient de qualité soit 22,1%.
- Parmi les 70 parturientes, de l'ASACOBOUL I, aucun support n'était de qualité soit 0%.
- Parmi les 140 parturientes du CSREF 104 supports étaient de qualité soit 74,3%.

4.2.2.12 Conseils donnés à l'accouchée

Tableau 39. Fréquence de réalisation des conseils donnés à l'accouchée dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

VARIABLES	ASACOBA		ASACOBOUL		CS Réf		Statistique	
	(n=140)	%	(n=70)	%	(n=140)	%	X ²	p
Allaitement maternel	112	80,0	61	87,0	85	60,9	21,6	<0,01
Planning familial	8	5,6	12	17,5	82	58,6	100,8	<0,01
Soins au nouveau-né	54	38,3	49	70,0	46	32,7	27,8	<0,01
Alimentation d'une femme qui allaite	8	5,6	8	10,8	27	19,5	12,0	<0,01

Les conseils portant sur le planning familial sont rarement donnés à l'accouchée dans les CSCOM; en revanche, les conseils sur l'allaitement maternel précoce sont donnés à plus de 80% des accouchées dans ces structures.

❖ *Qualité des conseils donnés à l'accouchée*

- Parmi les 350 parturientes, aucune n'a reçu tous les conseils.
- Les conseils sont donnés de façon incomplète dans l'ensemble

❖ *Les niveaux de qualité sont présentés dans le tableau suivant*

Tableau 40. Niveau de qualité des conseils donnés à l'accouchée dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

Centre	Qualité des conseils a l'accouchée						Niveau			
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3+Q4	I	II	III	IV	
	%	%	%	%	%					
Ensemble	61,5	28,7	9,8	0,0	9,8	X				
ASACOBA	66,1	28,2	5,6	0,0	5,6	X				
ASACOBOUL	45,5	54,5	0,0	0,0	0,0	X				
CSREF	60,9	19,5	19,5	0,0	19,5	X				

Les conseils donnés à l'accouchée sont de faible qualité dans l'ensemble. Tous les trois centres étudiés sont de niveau I.

Tableau 41. Caractéristiques du personnel ayant répondu au test d'évaluation selon la qualification dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL et CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

Centre	Internes	Sages-femmes	Aides-soignantes matrones	Externes	Total
ASACOBA	0	2	3	0	5
ASACOBOUL	0	3	2	0	5
CSREF	8	18	0	5	31
Total	8	23	5	5	41

Les sages-femmes étaient plus nombreuses à répondre au test.

Tableau 42. Répartition des réponses du personnel de santé au test d'évaluation dans les CSCOMs ASACOBABA, ASACOBOUL et dans le CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

Variables	Sage femme (n=23) %	Interne (n=8) %	Aide soignante matrone (n=5) %	Externe (n=5) %
Incompatibilité rhésus				
Vaccin anti-D(bonne réponse)	39,1	37,5	0,0	0,0
Autres	60,9	62,5	100,0	100,0
Contre indication ocytociques				
Utérus cicatriciel	87,5	87,0	40,0	80,0
Souffrance fœtale	25,0	21,7	0,0	0,0
Disproportion foeto-pelvienne	50,0	34,8	40,0	40,0
Présentation vicieuse	25,0	47,8	20,0	40,0
Grande multipare	25,0	43,5	0,0	20,0
Hypertonie utérine	25,0	8,7	0,0	0,0
Hématome Rétro-Placentaire (HRP)				
Diagnostic	100,0	95,7	60,0	80,0
Traitement				
Amniotomie	75,0	26,1	0,0	0,0
Perfusion d'ocytocique	37,5	13,0	0,0	0,0
Prise d'une voie veineuse	50,0	43,5	0,0	0,0
Grossesse extra-utérine (GEU)				
Diagnostic	100,0	91,3	40,0	100,0
Conduite à tenir				
Confirmation de la grossesse	75,0	26,1	0,0	40,0
Prise d'une voie veineuse	25,0	30,4	0,0	20,0
Laparotomie	75,0	30,4	0,0	20,0
Groupage rhésus	0,0	8,7	0,0	0,0
Signes de la toxémie gravidique				
HTA	100,0	95,7	60,0	100,0
Protéinurie	87,5	87,0	40,0	100,0
Œdèmes membres inférieurs	100,0	95,7	40,0	100,0
Repère anatomique présentation du front				
Front	12,5	8,7	0,0	20,0
Bouche	0,0	0,0	20,0	0,0
Racine du nez	87,5	78,3	60,0	60,0
Globe oculaire	0,0	4,3	20,0	0,0
Ne sait pas	0,0	8,7	0,0	20,0
Devant une procidence du cordon on doit				
Refouler	12,5	39,1	40,0	20,0
Perfusion d'ocytocique	0,0	4,3	0,0	0,0
Toucher vaginal appuyé	37,5	26,1	40,0	60,0
Attendre l'engagement	0,0	0,0	20,0	0,0
Ne sait pas	50,0	30,4	0,0	20,0
Signe absent dans la souffrance fœtale				
Liquide teinté	0,0	0,0	0,0	0,0
Hypocinésie de fréquence	100,0	82,6	80,0	100,0
Bradycardie	0,0	0,0	20,0	0,0
Tachycardie	0,0	4,3	0,0	0,0
Ne sait pas	0,0	13,0	0,0	0,0

Tableau 43(suite)

Variabiles	Sage femme (n=23) %	Interne (n=8) %	Aide soignante /matrone (n=5) %	Externe (n=5) %
Paramètres cliniques après délivrance				
TA	87,5	91,3	80,0	60,0
Pouls	100,0	87,0	80,0	60,0
Saignement	100,0	82,6	80,0	80,0
Température	0,0	8,7	20,0	0,0
Globe de sécurité	75,0	73,9	40,0	80,0
Etat de la conscience	12,5	13,0	0,0	20,0
Le début du travail se caractérise par:				
C U douloureuses modifiant le col	62,5	87,0	60,0	100,0
Rupture des membranes	0,0	4,3	0,0	0,0
Ne sait pas	37,5	8,7	40,0	0,0
Accouchement prématuré se situe				
20-27 SA	0,0	4,3	0,0	0,0
25-35 SA	0,0	21,7	20,0	20,0
28-37 SA	100,0	69,6	60,0	80,0
37-40 SA	0,0	4,3	20,0	0,0
Ne sait pas	0,0	4,3	0,0	0,0
Traitement de la dysgravidie				
Repos	50,0	60,9	0,0	20,0
Antihypertenseur	75,0	73,9	40,0	80,0
Régime désodé	37,5	13,0	20,0	0,0
Diurétiques	0,0	0,0	20,0	0,0
Signes du décollement placentaire				
Saignement	25,0	52,2	60,0	20,0
Migration placentaire	12,5	21,7	20,0	0,0
Déroulement du cordon	0,0	0,0	0,0	0,0
Non ascension du cordon	62,5	60,9	60,0	40,0
Contractions utérines douloureuses	37,5	39,1	40,0	40,0
Contre-indications oestroprogestatifs				
HTA	37,5	34,8	20,0	40,0
Grossesse	25,0	17,4	40,0	20,0
Cardiopathie	12,5	30,4	0,0	40,0
Cancer du sein ou de l'utérus	0,0	8,7	0,0	60,0
Autres	62,5	26,1	20,0	0,0
ATB contre-indiqués pendant la grossesse				
Quinolones	100,0	78,3	60,0	100,0
Cycline	62,5	69,6	40,0	60,0
Sulfamides	34,8	60,0	60,0	34,8
Phénicolés	0,0	21,7	0,0	0,0
Autres	62,5	30,4	20,0	60,0
Prophylaxie au cours des CPN				
Prophylaxie du paludisme	100,0	91,3	40,0	100,0
Chloroquine	62,5	21,7	0,0	20,0
Ne sait pas	37,5	73,9	60,0	80,0
Prophylaxie de l'anémie	100,0	91,3	40,0	100,0

Les sages-femmes et les internes ont un niveau acceptable de connaissance sur les pathologies rencontrées dans la pratique obstétricale. **Cependant**

l'incompatibilité «rhésus», la procidence du cordon et les contre-indications des oestroprogestatifs sont mal connues de l'ensemble du personnel interrogé. Par ailleurs, nous avons des réponses satisfaisantes en ce qui concerne le diagnostic d'une GEU, d'un HRP, des signes de souffrance fœtale et des signes de la toxémie gravidique. Les matrones et les aides-soignantes n'ont aucune connaissance sur le traitement d'un HRP, de la dysgravidie et sur la conduite à tenir en cas de grossesse extra-utérine.

4.3 Etude des résultats

Tableau 43. Répartition des parturientes par centre de santé et selon les critères de choix. Bamako, juillet-décembre 2006.

Raisons du choix du centre	ASACOBBA	ASACOBOUL	CSREF	Statistique	
	(n=130) %	(n=55) %	(n=120) %	X ²	p
Tarifs peu élevés	86,2	56,4	49,2	41,09	<0,01
Sur conseil d'une connaissance	23,8	20,0	22,5	0,33	0,84
Membres de la famille déjà traités	16,9	23,6	24,2	2,26	0,32
Personnel accueillant	7,7	23,6	23,3	13,27	<0,01
Compétence du personnel	6,2	10,9	16,7	6,77	0,03
Etablissement proche du domicile	6,2	9,1	9,2	0,92	0,63
Connaissance quelqu'un dans cet établissement	5,4	3,6	4,2	0,35	0,83
Attente pas trop longue	0,8	1,8	0,0	2,26	0,32

Le coût abordable des tarifs était le critère de choix le plus évoqué dans l'ensemble justifiant que plus des 4/5 des parturientes de l'ASACOBBA ont attesté fréquenter ce centre à cause des tarifs peu élevés.

Tableau 44. Distribution des fréquences des opinions des parturientes sur les prestations de soins dans les centres de santé ASACOBA, ASACOBOUL I, CSREF de la commune I du district de Bamako, juillet-décembre 2006.

Opinion des parturientes sur les prestations	ASACOBA	ASACOBOUL	CSREF	Statistique	
	(n=130) %	(n=55) %	(n=120) %	X ²	P
Comportement					
Ont crié sur moi	0,8	0,0	2,8	13,27	<0,01
Ne m'ont pas encouragée	0,0	0,0	1,8		0,32
M'ont encouragée	9,2	100,0	95,4	6,56	0,03
Attitude					
Attitude souhaitée	97,5	96,0	99,1	1,67	0,43
Attentive et correcte	95,7	91,7	97,2	3,74	0,15
Accueil					
Désagréable et incorrecte	3,4	6,3	0,9	3,34	0,18
Indifférent	0,0	2,1	0,9		
Attentif et correct	95,7	91,7	97,2	3,74	0,15
Rendez-vous pour					
Consultation post-natale	50,9	31,9	32,1	10,27	<0,01
consultation néonatale	73,9	85,7	74,3	3,25	0,19

Dans la majorité des cas, les parturientes ont été satisfaites des prestations reçues. Cependant le rendez-vous pour la consultation post-natale n'était donné que dans une faible proportion (moins de 50% à l'ASACOBOUL et au CSREF.).

COMMENTAIRES
ET
DISCUSSIONS

5. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

L'étude que nous avons effectuée de juillet à décembre 2006 dans les CSCOMs ASACOBA, ASACOBOUL I et le CSREF de la commune I sur l'évaluation de la qualité de l'accouchement nous a permis :

- d'évaluer les structures de soins (locaux, matériels et personnel)
- d'évaluer les procédures de soins au cours de l'accouchement,
- d'évaluer les résultats des soins,
- de déterminer la connaissance du personnel.

Pour l'étude des **procédures d'accouchement**, nous nous sommes surtout intéressés au respect de la réalisation ou non des gestes techniques indispensables à la qualité de la prise en charge des parturientes au cours du travail d'accouchement. Notre observation a permis de savoir que les gestes techniques sont réalisés de façon incomplète dans les trois structures étudiées.

Nous n'avons pas pris en compte dans la réalisation des gestes, les techniques appropriées pour déterminer la bonne pratique. Cet aspect permet de juger la compétence individuelle des praticiens et de situer les responsabilités en cas de complication ou de décès comme dans l'étude faite par COULIBALY (32). Nous avons seulement tenu compte de leur réalisation. Au Mali, la même approche méthodologique (c'est-à-dire une étude rétrospective de la structure et une observation transversale des agents de santé au cours du « travail » d'accouchement) a été utilisée dans les travaux de COULIBALY (33), de FOMBA (37), AHMED (30) et DIARRA (34) qui ont contribué à l'évaluation des centres de santé communautaires et un centre de santé de référence.

Au terme de cette étude, nous avons constaté une insuffisance de la qualité des services **au niveau de la structure** par :

- une insuffisance de matériels techniques indispensables à la qualité de l'offre,
- une insuffisance de personnel qualifié au niveau des CSCOM,
- une mauvaise répartition du personnel sanitaire dans la commune.

En effet, vingt cinq sages-femmes travaillent au CSREF contre deux à l'ASACOBOUL I et deux à l'ASACOBABA. Ce déficit a un impact sur la qualité de la prise en charge des parturientes, notamment à l'ASACOBABA.

Au niveau des procédures : L'analyse discriminatoire des différentes composantes de l'accouchement révèle une faible qualité dans l'ensemble pour l'examen général, les soins au nouveau-né, la délivrance, les conseils donnés à l'accouchée.

L'interrogatoire des parturientes était incomplet dans les trois centres. Cependant, il était meilleur au CSREF (niveau III) qu'à l'ASACOBOUL I (niveau II) et à l'ASACOBABA (niveau I).

L'examen obstétrical et le post-partum immédiat étaient de très bonne qualité au CSREF (niveau IV). Le score d'Apgar était évalué chez tous les enfants au CSREF CI.

En revanche, dans les CSCOMs, on constate qu'au cours du travail d'accouchement, l'importance est surtout accordée au TV pour la vérification de la présentation du fœtus et le suivi de l'évolution de la dilatation du col utérin. Des gestes comme la mesure de la HU, l'auscultation des BCF, la prise de la TA ne sont pratiqués qu'en cas de complications. Ceci rend compte de la fréquence élevée des complications dans nos structures puis qu'il n'y a pas de dépistage des complications. Mais on les laisse s'installer pour ensuite courir, d'où le mauvais pronostic.

Cette différence de qualité dans la prise en charge des parturientes entre le CSREF et les CSCOM pourrait s'expliquer par :

- l'existence de dossier obstétrical au CSREF, dont le remplissage oblige la réalisation de certains gestes non faits dans les CSCOMs,
- la présence de sages-femmes à chaque accouchement mais également des internes en médecine motivés au CSREF,
- l'obligation d'un compte rendu des accouchements effectués lors des « staffs » au CSREF,
- la négligence ou la méconnaissance de la pratique obstétricale au niveau des CSCOMs où, près de la moitié des accouchements sont faits par les matrones et les aides-soignantes qui ne sont pas qualifiées pour ces actes,

- la démotivation et le manque de personnel qualifié au niveau des CSCOMs.

De nombreuses études attestent qu'une prise en charge adéquate des parturientes au cours de l'accouchement par un personnel qualifié pourrait prévenir les complications liées aux quatre principales causes directes de mortalité maternelle et permet de ce fait une réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et néo-natale (1, 2, 20, 32, 38, 39).

Ainsi une étude descriptive réalisée par DUMONT et ses collègues en 2000 (38) combinée aux résultats de l'étude de MOMA (2) a montré que les sages-femmes travaillant dans les structures de soins obstétricaux d'urgence semblent repérer plus aisément les complications obstétricales que les matrones. Leurs parturientes reçoivent ainsi des soins immédiats et sont moins exposées à un risque léthal. Ces résultats suggèrent que la redistribution du personnel le plus qualifié dans les salles de travail soit un pilier essentiel de la lutte contre la mortalité maternelle dans notre pays.

Une autre étude faite au Mali à l'hôpital Gabriel TOURE par COULIBALY F. (32) révéla que 88% des décès observés auraient pu être évités par des soins appropriés.

Par rapport à l'utilisation des médicaments, l'ASACOBA est le centre qui utilise le moins de médicaments au cours de l'accouchement. Les médicaments ne sont prescrits qu'en cas d'indication formelle sous la direction de la sage-femme. Tel n'était pas le cas à l'ASACOBOUL I et au CSREF CI où l'on emploie parfois des médicaments pour accélérer l'accouchement en ne tenant souvent compte d'aucune indication ou contre-indication. En effet 74,3% des parturientes de l'ASACOBOUL I et 62,1% de celles du CSREF ont reçu un anti-spasmodique avant leur accouchement.

L'ocytocine en perfusion était utilisée chez 75% des parturientes au CSREF chez 51,1% des parturientes à l'ASACOBOUL I et seulement chez 5,6% des parturientes à l'ASACOBA. Nous avons également observé l'utilisation d'ocytociques par voie veineuse directe au CSREF dans 12,9% des cas.

L'utilisation d'ocytociques doit être formellement interdite aux CSCOMs. Ils ne devraient être utilisés au niveau des CSREF qu'en cas d'indication.

Leur emploi nécessite une surveillance particulière, en rapport avec les risques de rupture utérine tels qu'observés par :

- COULIBALY F. (32) à l'HGT avec 5% de rupture utérine liées à 9 cas d'utilisation d'ocytociques de façon systématique.
- DRABO (39) à l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti, avec 20% de rupture utérine par suite d'utilisation d'ocytocique.
- TRAORE (40) à l'HGT avec 3,8% de rupture utérine et 84,1% de mortalité fœtale liée à l'ocytocine.

En ce qui concerne l'utilisation du partogramme, notre étude a montré que : 100% des parturientes du CSREF CI, 72,9% des parturientes de l'ASACOBA et 12,1% de ceux de l'ASACOBOUL I ont été suivies à l'aide d'un partogramme. Notre observation a également permis de comprendre que parmi les partogrammes remplis, 14,8% de ceux du CSREF CI, 25% de l'ASACOBA et 5,2% de l'ASACOBOUL I ont été remplis rétrospectivement. Dans l'étude réalisée par AHMED (30), le partogramme a été correctement utilisé dans 37%, et rempli après l'accouchement dans 58% des cas. Il a été utilisé dans 29,5% des cas dans l'étude menée par FOMBA (37) en 2003 au centre MIPROMA de Magnambougou (Bamako). Cependant dans l'étude effectuée par DIARRA (34) au CSREF CV en 2004, le partogramme était rempli dans 94% des cas. Ceci montre que cet instrument très précieux de travail, véritable système d'alerte précoce, est peu et imparfaitement utilisé dans les formations sanitaires, aussi bien dans les CSCOMs qu'au CSREF. Cependant de nombreuses études révèlent que le partogramme est certainement un outil intéressant permettant de réduire fortement les risques pouvant survenir au cours du travail.

Une étude menée par BAMBA en 1998 (41) au CSREF CV du district de Bamako a montré que l'utilisation du partogramme a permis :

- une réduction du taux de décès maternel, qui est passé de 206 à 131 pour 100 000 naissances vivantes de 1988 à 1994,
- une réduction du taux de mortalité néonatale qui est passé de 21 à 19,6 pour 1 000 nouveau-nés.

Au Niger, une étude réalisée dans une maternité de Niamey portant sur l'impact de l'introduction du partogramme sur la mortalité maternelle et périnatale révèle que le partogramme a permis de diminuer la durée du travail par la prise rapide de décisions, d'améliorer la mortalité maternelle et néonatale.

Tous ces résultats positifs que l'on peut attendre du partogramme dépendent fortement de la compétence et de la conscience professionnelle du personnel, des moyens de transfert et du lieu d'utilisation.

L'analyse des conditions d'hygiène au cours de l'accouchement révèle des centres de niveau assez élevé (niveau III) pour le CSREF. CI et l'ASACOBOUL I et moyen (niveau II) pour l'ASACOBA.

Ces résultats montrent une amélioration du degré d'hygiène par rapport aux travaux de Ahmed en 2002 et COULIBALY M. en 2001.

Cependant, nous avons noté une insuffisance et un état défectueux du matériel d'accouchement (ciseaux, pinces, aiguilles, haricots ...) qui peuvent influencer négativement sur les conditions d'hygiène. Le matériel était souvent mal décontaminé et mal stérilisé.

La qualité des soins dépend aussi de la compétence du personnel qui les prodigue. Pour mieux élucider la qualité de l'accouchement nous avons complété notre étude par un test d'évaluation du personnel prenant en charge les parturientes. Ce personnel était essentiellement composé de sages-femmes, d'étudiants en médecine en année de thèse, de matrones, d'infirmières obstétriciennes, d'aides soignantes et d'externes (étudiants en médecine en stage dans le service). Les questions ont porté sur la connaissance des attitudes et pratiques ainsi que sur des pathologies rencontrées dans la pratique courante. L'analyse de la compétence du personnel a révélé que les sages-femmes et les internes ont un niveau acceptable de connaissance sur les pathologies rencontrées dans la pratique obstétricale. Cependant ce niveau est influencé par la connaissance médiocre l'administration du sérum anti-D dans les cas d'incompatibilité rhésus. En effet seulement 39,1% des sages-femmes et 37,5% des internes savaient ce geste. Cet aspect semblait méconnu des matrones et des aides - soignantes qui n'ont pu donner aucune réponse correcte. Cependant dans

une étude faite par COULIBALY M. (33), 80% des sages-femmes interrogées ont donné des réponses correctes, pour seulement 17,5% du reste du personnel. Les matrones et les aides-soignantes n'ont aucune connaissance sur la conduite à tenir devant l'hématome rétro - placentaire, la grossesse extra-utérine ou la prééclampsie qui dépassent largement leur compétence. L'analyse de la qualité de la communication et du respect de la dignité était satisfaisante dans les trois centres. Cependant l'intimité des parturientes n'était pas complètement respectée dans les salles d'accouchement. Elle l'était mieux au CSREF que dans les deux CSCOMs.

Les relations interpersonnelles entre les prestataires et les parturientes étaient assez bonnes. Les parturientes étaient bien accueillies dans 98,3% des cas. Elles étaient plus tranquilisées au CSREF CI (100%) et à l'ASACOBOUL I (90%) qu'à l'ASACOBABA (63,6%). Une attitude normale, encourageante ou douce était adoptée par les praticiens dans 100% des cas. Le contact physique, rassurant d'un soignant et les messages pendant « le travail » d'accouchement peuvent atténuer la douleur, réduire l'anxiété et améliorer son évolution en l'absence de facteurs de risque (42). Dans notre étude, 100% des parturientes de l'ASACOBOUL I et du CSREF.C I de même que celles de l'ASCOBABA (90%) ont reçu des explications sur le déroulement du travail d'accouchement sur un ton doux et encourageant ou normal. Dans l'étude faite par Coulibaly M., les parturientes n'étaient tranquilisées que dans 22,5% des cas et n'ont reçu des explications sur le déroulement du travail que dans 38,8% des cas.

Parmi les raisons du choix des centres, le coût abordable des tarifs était le critère de choix le plus évoqué dans l'ensemble. A l'ASACOBABA, 86,2% des parturientes ont attesté fréquenter ce centre à cause des tarifs abordables. Cependant, la majorité des parturientes ont avoué être bien accueillies à l'ASACOBABA (95%), à l'ASACOBOUL I (91,7%), et au CSREF (97,2%). Le personnel a adopté l'attitude souhaitée dans plus de 95% des cas.

CONCLUSION
ET
RECOMMANDATIONS

6. CONCLUSION

L'objectif de notre étude était d'évaluer la qualité de l'accouchement dans les centres de santé ASACOBABA, ASACOBOUL I et le CSREF de la commune I du district de BAMAKO, selon le modèle Structure-Procédures-Résultats. Il s'agissait d'une étude transversale.

Au terme de cette étude, les conclusions suivantes ont été tirées :

- Une insuffisance de la qualité des structures (insuffisance de matériels techniques, insuffisances de personnel qualifié dans les CSCOM) qui ne permet pas une prise en charge adéquate des parturientes.
- Une faible qualité dans l'ensemble pour la réalisation des gestes techniques indispensables à la prise en charge correcte des parturientes.
- L'examen obstétrical et le post partum immédiat étaient de très bonne qualité au CSREF CI. Cet examen se limitait malheureusement le plus souvent au TV pour la vérification de présentation du fœtus et le suivi de l'évolution de la dilation du col utérin dans les CSCOMs.
- L'accouchement au niveau de ces centres peut souvent constituer un risque important surtout au niveau des CSCOM où les accoucheuses sont souvent non qualifiées et n'utilisent pas le partogramme
- L'évaluation des connaissances du personnel révèle que les sages-femmes et les internes ont un niveau acceptable de connaissance sur les pathologies rencontrées dans la pratique obstétricale ; les matrones aides-soignantes n'ont aucune connaissance sur ces pathologies qu'elles gèrent parfois dans le district de Bamako.
- La qualité de la dimension humaine était satisfaisante dans les trois centres.

Globalement il ressort donc que les parturientes ne reçoivent pas tous les soins nécessaires qui leur assurent une maternité à moindre risque.

2. RECOMMANDATIONS

7.1 Au personnel de santé

- Utiliser le partogramme de façon correcte afin d'assurer une meilleure surveillance du travail
- Informer suffisamment les accouchées par rapport à la planification familiale, à l'alimentation d'une femme allaitante, à l'allaitement maternel, aux soins au nouveau-né et à la prise des médicaments après l'accouchement.
- Informer les accompagnantes sur les risques de transmission du VIH-SIDA liés à la prise en charge des linges des parturientes.
- Recommander :
 - o le carnet de CPN pour toutes les femmes en travail dès leur arrivée.
 - o la pratique de l'épisiotomie sur indication afin de limiter les déchirures périnéales et les souffrances fœtales.
 - o La prise en charge des parturientes dès l'apparition des premiers signes de travail pour limiter les accouchements à domicile.

7.2 Aux responsables des CSCOMs

- Assurer la prise en charge des parturientes par un personnel qualifié.
- Organiser régulièrement des recyclages du personnel à travers des staffs dans les CSCOMs
- Améliorer les conditions d'hygiène surtout dans la salle d'accouchement afin de réduire les risques de contamination.
- Supprimer certaines pratiques comme :
 - o la libération précoce des accouchées dites « protégées »,
 - o l'utilisation des habits de la parturiente pour le nettoyage de la table d'accouchement et les parties de la salle souillées par celle-ci,
 - o la suture « traditionnelle » des épisiotomies ou des déchirures périnéale par les aiguilles et les fils à coudre sans anesthésie.

7.3 Aux autorités sanitaires et politiques

- Augmenter le nombre de sages-femmes dans les CSCOM.
- Doté les CSCOMs d'un gynécologue obstétricien ou d'un médecin généraliste avec compétence en gynécologie obstétrique.
- Organiser périodiquement des séances (ateliers ou séminaires) de formation et de recyclage des sages-femmes et des matrones sur l'utilisation du partogramme.
- Equiper les centres de santé pour une meilleure prise en charge des parturientes et des nouveau-nés.
- Envisager le minimum pour la réanimation (désobstruction des voies aériennes supérieures, oxygénation) des nouveau-nés dans les CSCOM.
- Instaurer l'utilisation du dossier obstétrical au niveau des CSCOM et veiller à leur utilisation correcte.
- Doter les CSCOM d'ambulance pour faciliter les évacuations vers les centres de Référence.
- Assurer une prise en charge des personnes démunies pour une plus grande équité dans l'accès aux soins.

REFERENCES

7. REFERENCES

1. BOUVIER-COLLE MH. La mortalité maternelle : un aperçu sur la situation mondiale. *L'enfant en milieu tropical*. 1990 ; 6 (12) : 187-8.
2. PRUAL A, BOUVIER-COLLE MH, DE BERNIS L, BREART G, et le groupe MOMA. Morbidité maternelle grave par causes obstétricales directes en Afrique de l'ouest : incidence et létalité. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*. 2000 ; 3.
3. OMS, UNICEF, UNFPA. Mortalité maternelle en 2000 : évaluation de l'OMS, de l'UNICEF et de l'UNFPA. Genève : OMS, UNICEF, UNFPA. 2003.
4. UNFPA. Etat de la population mondiale 2004. Santé maternelle New York : UNFPA ; 2004.
5. Cellule de planification et de statistique (CPS), Ministère de la santé (MS), Direction nationale de la statistique et de l'informatique (DNSI), ORC Macro. Enquête démographique et de santé au Mali 2001. Calverton, Maryland, USA : CPS/MS, DNSI, ORC Macro ; 2001.
6. Direction Nationale de la Santé (DNS). Système local d'information sanitaire. *Annuaire du système local d'information sanitaire*. Bamako: DNS ; 2005.
7. Cellule de planification et de statistiques (CPS), Ministère de la santé (MS). Indicateurs de santé. *Guide des indicateurs de santé*. Bamako : CPS/MS ; 2005.
8. BELLAMY C. L'enfance en péril. In: UNICEF, editor. *La situation des enfants dans le monde*. New York ; 2005. p. 133.
9. Ministère de la santé (MS). Plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS). Bamako : MS ; 1998-2007.

10. OMS, UNICEF. Estimation révisée pour 1990 de la mortalité maternelle. *Nouvelle méthodologie*. Genève : OMS, UNICEF. 1996.
11. VANGEENDERHUYSEN C, BRANOS MT. Mortalité maternelle évitable en milieu urbain à Niamey (Niger). *Cahier Santé* 1995 ; 5 : 49-54.
12. ABOUZAHAR CL. La maternité sans risque : quelques enseignements. *Forum mondial de la santé*. 1998 ; 19 : 257-65.
13. DE BROUWERE V, Lerberghe WV. Réduire les risques de la maternité : Stratégies et Évidence Scientifique. *Studies in Health Services Organisation & Policy*. 2001 ; 18 : 105-39.
14. STARRS A. Prévenir la mort tragique de la mère. *Rapport sur la conférence internationale sur la maternité sans risque*. Nairobi ; 1987.
15. CORNUZ J, BURNAND B. Contribution de la médecine factuelle à l'évaluation de la qualité des soins. *Médecine et hygiène* 2006 [cited 30/05/2006] ; Available from : <http://www.revmed.ch/infos/print.php3?sid=250>
16. USAID-MALI : Keneya Ciwara. Recensement des besoins des prestataires de services de santé à grand impact. *Rapport technique*. Bamako ; 2004.
17. GARNERIN P, BOVIER P, CHAMOT E, CHASTONAY P, CHOPARD P, HERRMANN F, et al. Qualité des soins. *Bulletin des Médecins Suisses*. 2001 ; 82 (38) : 2020-4.
18. ANTOINE H. L'utilisation de l'outil informatique par une infirmière dans un service de réanimation, permet-elle d'améliorer la qualité des soins ? le Carnet de stage de l'infirmière 2004 [cited 11/04/2007] ; Available from : <http://www.infirmiers.com/etud/TFE/memoire/antoine/memoireantoinne.php>

19. DONABEDIAN A. The definition of quality and approaches to its assessment, health administration. In: Donabedian A, editor. *Explorations in Assessment and Monitoring*. Michigan ; 1980.
20. OMS, FNUAP, UNICEF, BM. Réduire la mortalité maternelle : évidence scientifique. Genève : OMS ; 1999.
21. MATILLON Y, FLEURETTA F, DOUMENC M. Evaluation des soins : concept et méthodes. *Actualité et dossier en santé publique* 1996 ; 17 : 4-14.
22. BOVIER P, HALLER D, LEFEBVRE D. Mesurer la qualité des soins en médecine de premier recours : difficultés et solutions. *Revue Médecine et Hygiène*. 2004 ; 62 (2497) : 1833-6.
23. Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP). Politique et normes des services de santé de la reproduction. Bamako : DNSP ; 2000.
24. Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP). Procédures des services de santé de la reproduction. Bamako : DNSP; 2000.
25. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Les soins liés à un accouchement normal : Guide pratique. *Rapport d'un groupe de travail technique. Maternité sans risque*. 1996 ; 24 : 34-59.
26. MERGER R, LEVY J. Précis d'obstétrique. Paris : Masson; 1989 : 135-158.
27. OMS, FNUAP, UNICEF, Banque mondiale. Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : *guide* destiné à la sage femme et au médecin. Genève : OMS, FNUAP, UNICEF, BM; 2002.
28. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Principes d'évaluation des réseaux de santé : évaluation en établissements de santé. Paris : ANAES ; 1999.

- 29.** Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux (ANEH). Protocole d'évaluation de la qualité des soins hospitaliers. Bamako: ANEH; 2007.
- 30.** AHMED SMO. Evaluation de la qualité de l'accouchement au centre de santé communautaire ASACODOU de Doumanzana en Commune I du district de Bamako [Thèse Med]. Bamako : FMPOS, 2002, N° 202, 85 P.
- 31.** BOIRE M. Évaluation de la qualité des soins dans certains services médicaux, médico-techniques et pharmaceutiques de l'hôpital Gabriel Touré [Thèse Med]. Bamako : FMPOS, 2000, N° 69, 79 P.
- 32.** COULIBALY F. Étude qualitative des causes de mortalité maternelle à Bamako : à propos de 25 études de cas cliniques [Thèse Med]. Bamako: ENMP, 1995, N° 40, 195 P.
- 33.** COULIBALY M. La qualité de l'accouchement dans les centres de santé Communautaire des Commune V et VI du district de Bamako [Thèse Med]. Bamako : FMPOS, 2001, N° 46, 90 P.
- 34.** DIARRA MG. Évaluation de la qualité des soins à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako du 09 novembre au 09 décembre 2004 [Thèse Med]. Bamako: FMPOS, 2005, N° 154, 77 P.
- 35.** KASSAMBARA M. Evaluation d'un Centre de santé Maternelle et Infantile en milieu urbain appliqué à la commune VI du district de Bamako [Thèse Med]. Bamako: ENMP, 1989, N° 15, 179 P.
- 36.** THIAM HD. Prise en charge des parturientes en milieu rural et urbain : à propos de 200 accouchements à Bamako et kolondiéba [Thèse Med]. Bamako : FMPOS, 2000, N° 62, 60 P.
- 37.** FOMBA S. Qualité de la surveillance prénatale et de l'accouchement au centre de santé MIPROMA à Magnambougou Commune VI du district de Bamako [Thèse Med]. Bamako : FMPOS, 2003, N° 64.

- 38.** DUMONT A, de Bernis L, de Bouillon D, Gueye A, Dompnier JP, Bouvier-Colle MH. Morbidité maternelle et qualification du personnel de santé : comparaison de deux populations différentes au Sénégal. *J Gynecol Obstret Biol Reprod.* 2002 ; 31 (1) : 70-9.
- 39.** DRABO A. Les ruptures utérines à l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti. Facteurs influençant le pronostic materno-foetal et mesures prophylactiques à propos de 25 cas [Thèse Méd]. Bamako : FMPOS, 2000, N° 7, 131 P.
- 40.** TRAORE Y. Les ruptures utérines à l'hôpital du Point G : facteur influençant le pronostic materno- foetal et mesures prophylactiques. A propos de 180 cas [Thèse Med]. Bamako : ENMP ; 1996, N°27, 146 P.
- 41.** BAMBA M. Etude critique des paramètres du partogramme dans le Centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako à propos de 3872 cas [Thèse Med]. Bamako: FMPOS, 1998 N° 52, 34 P.
- 42.** SIMKIN PP, O'HARA MA. Non pharmacology relief of pain during labor: systemic review of five method. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 ; 186 : 131-59.

ANNEXES
ET
RESUME

8. ANNEXES

ANNEXES 1 :

Tableau I : Critères et scores pour la satisfaction des normes architecturales dans les CSCOM ASACOBA, ASACOBOUL I et du CSRéf de la Commune I du district de Bamako (année 2006).

Centres	Matériaux de construction (1)	Etat du local (1)	Protection poussière (1)	Clôture (1)	Total
ASACOBA	1	1	1	1	4
ASACOBOUL	1	1	0	1	3
CSREF CI	1	1	1	1	4

Tableau II : Critères et scores pour la satisfaction des références pour l'accueil et l'orientation dans les CSCOM : ASACOBA, ASACOBOUL I et du CSRéf de la Commune I du district de Bamako (année 2006).

Centres	Service accueil bureau des entrées (1)	Personnel d'accueil (1)	Formation /accueil (1)	Pancarte pour orientation (1)	Total
ASACOBA	1	1	0	0	2
ASACOBOUL	1	1	0	0	2
CSREF CI	1	1	0	1	3

Tableau III: Application des références pour l'unité salle d'accouchement des CSCOM : ASACOBA, ASACOBOUL I et du CSRéf de la Commune I du district de Bamako (année 2006).

Centres	Structure de la salle (1)	Equipement accueil dans l'unité (1)	Equipement pour l'examen (2)	Total
ASACOBA	1	1	1	3
ASACOBOUL	1	1	1	3
CSREF CI	1	1	1	3

Tableau IV: Critères et scores pour la satisfaction des références par rapport à l'équipement de la salle d'attente dans les CSCOM; ASACOBA, ASACOBOUL I et du CSRéf de la Commune I du district de Bamako (année 2006).

Centres	Salle d'attente (2)	Salle d'accouch. (1)	Hangar (1)	Total
ASACOBA	2	1	1	4
ASACOBOUL	2	1	0	3
CSREF CI	2	1	1	4

Tableau V : Application des références pour les unités connexes de la consultation gynécologique dans les CSCOM : ASACOBA, ASACOBOUL I et du CSRéf de la Commune I du district de Bamako (année 2006).

Centres	Salle de garde (1)	Salle de CPN (1)	Salle des urgences (1)	Salle d'observation (1)	Total
ASACOBA	1	1	0	1	3
ASACOBOUL	1	1	0	1	3
CSREF CI	1	1	1	1	4

Tableau VI : Niveau de satisfaction des références pour le labo dans les CSCOM; ASACOBA, ASACOBOUL I et du CSRéf de la Commune I du district de Bamako (année 2006).

Centres	Normes labo (1)	Equipement (1)	Personnel (1)	Formation personnel (1)	Total
ASACOBA	1	1	1	1	4
ASACOBOUL	1	0	1	0	2
CSREF CI	1	0	1	1	3

Tableau VII: Niveau de satisfaction des références pour la pharmacie dans les CSCOM; ASACOBA, ASACOBOUL I et du CSRéf de la Commune I du district de Bamako (année 2006).

Centres	Normes architecturales (1)	Equipement (1)	Personnel (1)	Formation personnel (1)	Total
ASACOBA	1	1	1	0	3
ASACOBOUL	1	0	1	0	2
CSREF CI	1	1	1	0	3

Tableau VIII: Niveau de satisfaction des références pour les toilettes dans les CSCOM ASACOBA, ASACOBOL I et du CSRéf de la Commune I du district de Bamako (année 2006).

Centres	Normes architecturales (1)	Equipement (2)	Propreté (1)	Total
ASACOBA	1	1	0	2
ASACOBOL	1	1	1	3
CSREF CI	1	1	0	2

Tableau IX: Niveau de satisfaction des références pour l'approvisionnement en eau et élimination des déchets biomédicaux dans les CSCOM; ASACOBA, ASACOBOL I et du CSRéf de la Commune I du district de Bamako (année 2006).

Centres	Approvisionnement en eau (2)	Elimination des déchets (2)	Total
ASACOBA	2	2	4
ASACOBOL	2	1	3
CSREF CI	2	2	4

Tableau X: Niveau de satisfaction des références pour l'éclairage et la communication dans les CSCOM; ASACOBA, ASACOBOL I et du CSRéf de la Commune I du district de Bamako (année 2006).

Centres	Eclairage (2)	Communication (2)	Total
ASACOBA	2	2	4
ASACOBOL	1	0	1
CSREF CI	2	2	4

ANNEXES 2

1.1. DONNEES INSTITUTIONNELLES		ANNEE ETUDE 2006	
		Date de mise en service de l'établissement	
Statut (0 ou 1)			
Public			
Privé sans but lucratif			
Communautaire			
Associatif			
Confessionnel			
Privé à but lucratif			
Cabinet privé			
Clinique médicale			
Clinique chirurgicale			
Clinique accouch			
Si l'établissement est géré par une association (0 ou 1)			
Nom de l'association			
Date de déclaration			
Les statuts sont-ils disponibles ? (0 ou 1 ou 9)			
Un règlement intérieur est-il disponible ? (0 ou 1 ou 9)			
Si l'établissement est privé à but lucratif			
Année agrément			
Année licence			
Assemblée générale			
Date de la dernière assemblée			
Nbre participants dernière assemblée générale			
Conseil d'administration			
Nombre de membres au CA			
Ont-ils été élus?			
Date de la dernière élection au CA			
Nbre de réunion au cours des 12 derniers mois			
Comité de gestion			
Nombre de membres			
Ont-il été élus ?			
Nbre de réunions au cours des 12 derniers mois			
Nombre de membre À jour de leur cotisation			
1996		2000	2003
1997		2001	2004
1998		2002	2005
1999			
L'établissement est-il signataire d'une convention ? (0 ou 1 ou 9)			
Avec l'état			
Nom du signataire			
Date de signature			
Avec commune			
Nom du signataire			
Date de signature			

Les tarifs suivants sont-ils affichés ? (0 ou 1 ou 9)	
Consultations	
Médicaments	
Accouchements	
Actes	

Activités et tarifs	Adhérents		Non adhérents	
	Enfant	Adulte	Enfants	Adulte
Consultation médicale				
Injections				
Perfusions				
Accouchement				
Carnet maternité				
Carnet Planning familial				
Petite chirurgie sous AL				
Petite chirurgie sous ALR				

1.2. DONNEES PHYSIQUES

1.2.1. Locaux

Propriétaire (0 ou 1 ou 9)				
Etat				
Association				
Commune				
Particulier		Preciser		

Valeur d'acquisition	Montant	Année	Origine financière
Construction			
Achat			

Location		
Loyer mensuel		FCFA

Description des bâtiments					
Bâtiment	Nbre de pièces	Surface bâtiment	Matériaux	Etat	
Total					

Autorisation du bâtiment		
Coût par mètre carré en FCFA		

coût total locaux	
-------------------	--

Eclairage (0 ou 1 ou 9)	
Y-a t'il un éclairage électrique	
Si oui lequel ?	Réseau public
	Groupe électrogène
	Solaire

si non lequel ?	Lampe pétrole
	Lampe à gaz
	Autre

Approvisionnement en eau (0 ou 1 ou 9)	
Y-a t'il l'eau courante ?	
Si oui lequel ?	Réseau public
	Borne fontaine

Si autre, précision	
---------------------	--

Si non lequel ?	Forage
	Puit
	Autre

Sanitaire (0 ou 1 ou 9)	
Y-a-t-il des wc ?	
Si oui, lequel ?	A chasse d'eau
	Latrine

Si autre, précision	
---------------------	--

Elimination déchets médicaux (0 ou 1 ou 9)
--

Y-a-t-il un système d'élimination des déchets		
Si oui, lequel ?	Incinérateur	
	Fosse	
Communications (0 ou 1 ou 9)		
Entretien (0 ou 1 ou 9)		Téléphone
	Radiophone	
	Bon	
	Passable	
	Mauvais	
Ont-ils besoin de réparations		
Hygiène (0 ou 1 ou 9)		
Les locaux sont-ils balayés tous les jours		Des ordures traînent-elles dans certains lieux
		Peut-on dire que les locaux ont la propreté voulue

Autre	
Si autre, précision	

1.2.2. Equipement

Année étude : 2006

Moyens déplacement		Nombre par service						Amortissement				
		Méd. Gén.	CPN	Acc.	Enfants Sains	Vacc.	Salle Obser.	Total	Valeur Unitaire	Durée Amor	Coût Annuel	Coût Total
<i>Voiture</i>	4 X 4											
	Ordinaire											
	Ambulance											
<i>2 roues</i>	Motocyclettes											
	Mobyettes											
Mobilier												
<i>Non Spécifique</i>	Lits											
	Berceaux											
	Armoires											
	Bureaux											
	Tables											
	Bancs											
	Chaises											
<i>Technique</i>	Fauteuils											
	Tables accouch.											
	Tables examen											
	Tables gynéco.											
Equipement												
<i>Boîtes d'instruments</i>	Boîtes accouch											
	Btes ptites Chir.											
	Btes à pansent											
	Boîte à suture											
<i>Matériels de stérilisation</i>	Cocottes											
	Poupinels											
<i>Chaîne de froid</i>	Réfrigérateurs											
	Congélateurs											
	Récipients isoth											

	Nombre par service								Valeur d'acquisition		Amortissement	
		Méd. Gén.	CPN	ACC	Enfants sains	Vacc	Salle Obser.	Total	unitaire	totale	Durée amort	Valeur Amort .annuel
pétit équipe. ments	Tensiomètres											
	Stéthos- biauricul											
	Stétho. Obst.											
	Toises adultes											
	Toises enfants											
	Pèse personnes											
	Spéculum											
	Pèse bébé											
	Otoscopes											
	Ophtalmoscopes											
	Mètre ruban											
	thèrmomètre											
Maté. riel Labo	Microscope											
	Spectrophotom-tre											
	Cellule malacèze											
	Centrifugeuse											
	Centrifu .microhé											
	Vestergreen											
	hémoglobinomètre											
Gros éqpmts	Echographe											
	ECG											
Autres												
Coût total												

1. 3. Ressources Humaines	Année étudiée	2006
----------------------------------	----------------------	-------------

Personnel	Temps d'emploi		Effectif total	Salaire mensuel moyen
	Plein	Partiel		
Médecins				
Infirmiers d'Etat				
Sages femmes				
Techn. Labo				
Laborantin (1 ^{er} cycle)				
Infirmier 1 ^{er} cycle				
Matrones				
Aides soignants				
Gérant pharmacie				
Comptables				
Manœuvres				
Gardiens				
Total				

Formation continue (nbre de participants au cours des 12 derniers mois)
--

	Nombre participants	Nombres de jours de formation
Médecins		
Infirmiers d'Etat		
Sages femmes		
Infirmier 1 ^{er} cycle		
Matrones		
Aides-soignants		

Nbre de visites de supervisions des 12 derniers mois

Equipe santé régionale			
Equipe santé commune			
Autres		Préciser	

1.4. Activités	Année étudiée	2005
-----------------------	----------------------	-------------

1.4.1. Consultations Médecine Générale

Personnel	Nombre
Médecins	
Infirmier DE	
Infirmier 1 ^{er} cycle	
Aide soignants	

Consultations	Nombre
Catégories	
Consultants (ou nouveaux épisodes)	
Consultations	
Selon l'adhésion	
Adhérents	
Non adhérents	
Total	
Selon les qualifications	
Faites par médecin	
Faites par inf. DE	
Faites par un inf. 1 ^{er} cycle	
Faites par aide soignant	
Faites par étudiant en med.	
Selon l'âge	
Enfants < 5 ans	
Enfants 5 – 14 ans	
Adultes hommes	
Adultes femmes	
Selon l'appartenance à l'aire	
Aire	
Hors aire	
Total	
Horaires de venue au Centre	
7 h 30 – 16 h	
16 h – 20 h	
20 h – 7 h 30	

Heures d'ouvertures de l'établissement	
Horaire période effective d'activité	h à h
Horaire de la période de garde	h à h

Bilan affections prioritaires	Nombre
Sida	
Nbre VIH diagnostiqués	
Nbre malades sida pris en charge	
Tuberculose	
Nbre TB diagnostiqués	
Nbre TB pris en charge	
Nbre TB guéris	
Nbre TB perdus vues et retrouvés.	

Hygiène (0 ou 1 ou 9)	
Y - a - t-il un lavabo dans la pièce pour se laver les mains ?	

Nombre malades évacués	
Selon les établissements de destination	Nombre

Nombre de malades	Nombre
Mis en observation	
Nbre total journée d'observation	

Autres soins	Nombre
Nombre d'injections	
Nombre de perfusions	
Nombre pansements	
Nombre actes petites chirurgies	
Sous anesthésie locale	
Sous anesthésie loco régionale	

Documents (0 ou 1 ou 9)	
Registres	
de consultation	
de mise en observation	
de soins infirmiers	
d'évacuation	
Fiches	
Individuelles	
de référence	
Bordereau	
Demandes d'examens	

Service de garde (0 ou 1 ou 9) niveau le plus bas	
Par médecin	
Par infirmier	

(Prendre ici le niveau le plus bas)

1.4.2. Pharmacie

Année étudiée : 2005

Locaux		Climatisé (0 ou 1)
	Surface en m2	
Magasin de stockage		
Magasin de vente		
Bilan pharmacie		
Date bilan		
Valeur moyenne stock (prix d'achat)		F CFA
Valeur moyenne du stock (prix vente)		F CFA
Valeur en banque ou en caisse		F CFA
Valeur caisse		F CFA
Valeurs créances sur clients		F CFA

Liste des produits					
Molécule / Produits	Forme	Habit Dispon.	Disp. actuel	Rupture de stock pendant 30 jours (0 ou 1)	Si rupture nbre jours.
Ac acétylsalicylique	Cp				
Alcool	Flacon				
Amoxicilline	Cp				
Chloroquine	CP				
Collyre AB					
Cotrimoxazole	Cp				
Dexaétinazone	Inj				
Diazépam	Inj				
Doigtiers usage unique					
Epicraniennes					
Fer + ac folique	Cp				
Gants stériles					
Glucose 5 %	Inj				
Grosses molécules	Inj				
Lidocaïne 1 ou 2 %	Inj				
Mé bendazole	Cp				
Méthylergométrine	Inj.				
Métronidazole	Cp				
Ocytocine	Inj.				
Paracétamol	Cp				
Pénicilline G	Inj.				
Perfuseurs					
Quinine formiate	Inj				
Ringer lactate	Flacon 500				
Autres solutés iso	Flacon 500				
Sels réhyd. Voie or	Sachet				
Seringues					

Evolution du chiffre d'affaires				
	DCI	Spécialités	Total	% DCI
1996				
1997				
1998				
1999				
2000				
2001				
2002				
2003				
2004				
2005				

Origine des approvisionnements				
	Montant en francs CFA			
Etablissements	DCI	Spécialités	Total	%
PPM				
GIE « Santé pour Tous »				
CAMED				
Montant total achats.				

Etude 300 ordonnances représentatives

Structure des ordonnances

Coût moyen		
Proportions des ordonnances en DCI		
	En DCI	
	En spécialité mixte	
Nombre moyen de produits pharmaceutiques		
Proportion des ordonnances qui ne sont pas achetées		

Qualifications du prescripteur (en % des ordonnances)

Médecin	
Etudiant en médecine	
Infirmier	
Sage femme	
autres	

Documents	Présents	A jour
Fiches des stocks par produit		
Livre journal		
Doubles des ordonnances (archivages)		
Doubles des factures		
Présence stock minimum		
Présence stock maximum		
Présence stock d'alerte		
Présence consommation moyenne		

1.4. 3. Laboratoire

Ressources humaines	<i>Nombre</i>
Techn – Labo	
Laborantin (1 ^{er} cycle)	

Analyses et tarifs	<i>Nombre</i>	<i>Tarif</i>		<i>Nombre</i>
Numération formule sanguine				
Vitesse sédimentation				
Coupes rhésus				
Albuminurie glycosurie				
Frottis sanguin			Frottis plasmodium	
Gouttes épaisses			Gouttes épaisses positives	
Glycémie				
Azotémie				
ECBU				
Selles KAOP				
Prélèvement urétral				

Tuberculose	<i>Nombre</i>		
BK de dépistage			BK Positifs
BK de contrôle (C1 – C2 – C3)			BK Positifs

Sérologie	<i>Nombre</i>		
Chez patients avec symptômes			HIV positif
Chez patients sans symptôme			HIV positif

Documents (0 ou 1)	
Registres labo	
Bordereaux demandes examens	

Contrôles			
Crachats			
HIV			
Autres contrôles		Préciser	

Obsacc

OBSEVARTION DES ACCOUCHEMENTS

	Ques	Ville	Etablis.	Ordre
ACC1	1-Date d'observation			
ACC2	2-Heure de prise en charge à la maternité			heure
	3- Caractéristique de la parturiente			
ACC3	Age		Ans	
ACC4	Profession (1 à 6)		1-ménagère,2-vendeuse,3-fonctionnaire,4-commerçante 5-employée,6-autre	
ACC5	Niveau scolaire (1 à 5)		1-analph,2-primaire,3-second,4-supérieur,5-coran	
ACC6	Etat matrimonial (1 à 5)		1-célibat,2-Vie maritale,3-Mariée,4-Veuve,5-Divorcée	
ACC7	Résidence habituelle (1 à 4)		1-Bamako,2-Ville de l'interieur,3-village,4-ne sait pas	
ACC8	Numéro de la grossesse			
ACC9	A-t-elle été identifiée pendant sa grossesse comme appartenant à un groupe à risque (0 ou 1)			
ACC10	Si oui, sur quels facteurs		1-ATCD césarienne,2-ANTC mort né, 3-Taile, 4	
ACC11	Nombre de CPN réalisées			
	4-Caractéristique de la personne qui a pris en charge la parturiente			
ACC12	Qualification (1 à 4)		1-médecin,2-sage femme,3-matrone,4-autre	
ACC13	Si autre, laquelle			
ACC14	Statut (1 à 4)		1-Fonctionnaire, 2-contractuel,3-remplaçant, 4-autre	
ACC15	Si autre, précisions			
ACC16	Durée de présence dans le centre		ans si < 1 an, noter "0"	
	5-Accueil et mise en confiance (0 ou 1)			
ACC17	Salutations conformes aux convenances sociales			
ACC18	Explique ce qui va se passer			
	6-Prémière interrogatoire de la femme en travail (0 ou 1) ou 9			
	Interroge la femme			
ACC19	sur le début des douleurs			
ACC20	sur leur fréquence			
ACC21	sur les mouvements du fœtus			
ACC22	Détermination âge de la grossesse			
ACC23	détermination date de dernières règles			
	Carnet de grossesse			
ACC24	demande si elle a un carnet			
ACC25	examine le carnet			
	Demande			
ACC26	si elle a eu des pertes liquidiennes			
ACC27	si elle a eu un écoulement sanguin vaginal			
	7-Premier examen de la femme en travail (0 ou 9 si ne sait pas)			
ACC28	Se lave les mains avant chaque examen			
	Préparation à l'accouchement			
ACC29	Fait uriner la parturiente			
ACC30	réalisation d'une toilette vulvaire			
ACC31	réalisation d'un lavement évacuateur			

	Examen général		
ACC32	prise de pouls		
ACC33	prise de la TA		
ACC34	examen de conjonctives (recherche d'anémie)		
ACC35	prise de la température		
ACC36	recherche oedèmes membres inférieurs		
ACC37	auscultation cardiaque (recherche cardiopathie)		
	Examen obstétrical		
ACC38	mesure hauteur utérine		
ACC39	palper abdominal (recherche position du fœtus)		
ACC40	appréciation rythme contractions utérines		
ACC41	auscultation bruits du cœur fœtaux		
ACC42	suivi de la progression par toucher vaginal		
ACC43	note renseignements sur le partogramme		
ACC44	Fait une recherche d'albumine et sucre dans les urines		
ACC45	Note les informations recueillies 0-Non, 1-Oui sur partographie, 2-Oui sur dossier		
	Relations humaines		
ACC46	Explique l'évolution du travail et le déroulement de l'accouchement		
ACC47	Personnel aide parturiente à monter sur la table d'accouchement?		
	8- Prise de décision (0 ou 1) ou 9		
ACC48	Fait un pronostic sur le déroulement accouchement		
ACC49	Demande-t-elle l'avis d'une autre personne		
ACC50	Si oui, qui		
ACC51	Une décision de transfert a-t-elle été prise?		
	0= Non		
	1= Oui, vers le bloc opératoire du centre de santé		
	2=Oui vers un autre établissement de soins		
	3= je ne sais pas		
ACC52	Si oui lequel		
	9-Surveillance du travail (0 ou 1 ou 9)		
	en phase de latence		
ACC53	examen obstétrical toutes les 4 heures (0 ou 1)		
ACC54	si rythme différent toutes les		heures
ACC55	si oui contenu		
	1-Prise TA		
	2-recherche bruits du cœur fœtal		
	3-Examen du col (TV)		
	4-recherche rythme contractions		

	en phase active		
ACC56	examen obstétrical toutes les heures		
ACC57	si autre, préciser (toutes les)		heures
ACC58	note l'évolution		
ACC59	rompt la poche de eaux		
ACC60	si oui, avec qui?		
ACC61	compte BCF juste après la rupture et note		
ACC62	plusieurs personnes font-elles des TV		
	Pendant une des deux phases		
ACC63	prescrit des médicaments		
	0=aucun		
	1=antispasmodique		
	2=ocytocique en perfusion		
	3=cytotocique par voie veineuse directe		
	4=pose d'une voie veineuse de sécurité		
	5=autre		
ACC64	si autre, lequel		
	relations humaines		
ACC65	des personnes viennent-elles tranquiliser la parturiente		
ACC66	si oui, lesquelles		
	10-Caractéristiques de l'accoucheuse		
ACC67	Est-ce la même personne qui a effectué le suivi du travail?		
ACC68	si non, quelle est la qualification (1 à 4)		1-médecin,2-sage femme,3-matrone,4-autre
ACC69	si autre, laquelle		
ACC70	Statut:		1-Fonctionnaire,2-contractuel, 3-remplaçant,4-autre
ACC71	si autre, précisions		
ACC72	Durée de présence dans le centre		ans si < 1 an, noter "0"
ACC73	11-Heure de l'accouchement		heure
	12-Réalisation de l'accouchement (0 ou 1)		
ACC74	change de blouse		
ACC75	se lave les mains avant l'accouchement		
ACC76	met des gants		
	0-Non		
	1-gants à usage unique		
	2-gants nettoyés		
	3-doigtier		
ACC77	Fait faire une toilette vulvaire		
ACC78	prescrit des médicaments		
	0=aucun		
	1=ocytocique en perfusion		
	2=Ocytocique par voie veineuse directe		
	3=pose d'une voie veineuse de sécurité		
	4= autre		
ACC79	si autre, lequel		
ACC80	s'adresser à la parturiente (1 à 4)		
	1-avec douceur		
	2-lui "crie dessus"		
	3-l'encourage		
	4-ton normal		
ACC81	fait une épisiotomie		

Obsacc

ACC82	Qui fait la section du cordon	
	Lieu de l'accouchement (1 ou 2)	
	1-sur une table d'accouchement	
	2-par terre	
	si par terre (1 à 3)	
	1-à même le plancher	
	2-sur un pagne	
	3-sur une alaise	
13-Intimité de l'accouchement		
ACC83	Accouchement à l'abri des regards indiscrets non justifiés	
	Nombre de personne dans la salle d'accouchement	
ACC84	Nombre de femme en train d'accoucher	
ACC85	Nombre d'accompagnantes	
ACC86	Personnel soignant (nombre de personne)	
ACC87	Entrée et sorties non justifiées de salle d'accouchement	
14-Soins immédiats au nouveau né si le bébé a crié (0 ou 1) ou 9		
ACC88	recueille nouveau né dans un linge propre	
ACC89	lave le bébé 0-Non, 1-sous robinet (eau froide), 2-eau tiède, 9-NSP	
ACC90	cherche à rechauffer le bébé en recouvrant le corps	
ACC91	évaluation score d'Apgar	
	1-Une mn après naissance	
	2-Cinq mn après naissance	
ACC92	note resultat score sur fiche d'accouchement	
ACC93	dégage mucosité nez et bouche 0-Non, 1-avec poire, 2-avec aspirat, 3-avec bouche	
ACC94	aspire les voies respiratoires du bébé	
ACC95	si oui, comment	
ACC96	place le bébé sous oxygène	
ACC97	montre le bébé à la mère	
ACC98	pose l'enfant sur le ventre de la mère	
ACC99	met l'enfant au sein	
ACC100	baigne le nouveau né	
ACC101	met des gouttes de collyre dans chaque œil	
ACC102	pèse le nouveau né	
ACC103	mesure la taille du nouveau né	
ACC104	mesure le périmètre crânien	
ACC105	examine systématiquement l'ensemble du corps	
ACC106	fait passer sonde par le nez et la bouche	
ACC107	fait pénétrer un thermomètre dans l'anus	
ACC108	établit carnet de santé de l'enfant	
15-Réanimation du nouveau né s'il ne crie pas (0 ou 1) ou 9		
ACC109	cherche-t-on à dégager les voies respiratoires	
ACC110	si oui, comment	
ACC111	cherche-t-on à le ventiler	
ACC112	si oui, qui	
ACC113	si oui, comment	
ACC114	fait un massage cardiaque	
ACC115	si oui, qui	
ACC116	le place-t-on sous oxygène	
ACC117	le perfuse-t-on ?	
ACC118	appelle-t-on quelqu'un ?	
ACC119	si oui, qui est appelé	
ACC120	que fait-on d'autre	

ACC117	le perfuse-t-on ?		
ACC118	appelle-t-on quelqu'un ?		
ACC119	si oui, qui est appelé		
ACC120	que fait-on d'autre		
Obsacc			
ACC121			
ACC122	Evalue le score d'Apgar		
ACC123	Inscrit sur la fiche d'accouchement		
16-Délivrance (0 ou 1) ou 9			
ACC124	surveille le saignement vaginal		
ACC125	prend le poul		
ACC126	prend la TA		
ACC127	examine les conjonctives		
ACC128	attend décollement placenta (>10 mn)		
ACC129	examine le placenta		
ACC130	si oui, qui?		
ACC131	Fait une délivrance artificielle		
ACC132	si oui, qui fait la délivrance artificielle		
ACC133	Fait une révision utérine		
ACC134	si oui, qui fait la révision utérine		
ACC135	si oui, la révision utérine est-elle systématique		
ACC136	Fait une injection d'ergométrine		
ACC137	si oui, cette injection est-elle systématique		
ACC138	Pose-t-on une perfusion		
ACC139	si oui, contenant quels produits		
ACC140			
ACC141	Pose-t-on une transfusion?		
17-Soins à la mère en salle d'accouchement			
ACC142	appréciation du globe utérin de sécurité		
ACC143	réalisation d'une toilette vulvaire	0-Non, 1-par parturiente, 2-par agent santé, 3- par accompagn	
ACC144	recherche déchirure du périnée		
ACC145	si déchirure ou épisiotomie, réalisation suture ou agg		
	0-pas de réparation		
	1-par l'opératrice elle-même		
	2-par une sage femme appelée		
	3-par un médecin appelé		
ACC146	laisse allongée pendant > 15 mn après délivr		
ACC147	Si plus de 15 mn, combien		minutes
ACC148	contrôle		
	1- le poul		
	2-la TA		
	3-les conjonctives		

ACC149	prescription d'ergométrine	
ACC150	prescription d'antibiotiques	
ACC151	autres prescriptions	
ACC152	autres produits prescrits	
ACC153		

18-Conseils à la mère		
ACC154	sur l'allaitement maternel	
ACC155	sur le planning familial	
ACC156	sur les soins au nouveau né	
ACC157	sur l'alimentation d'une femme qui allaite	
ACC158	autre	
ACC159	précision	

Obsacc

19-Hygiène		
ACC160	Utilise nouveau doigtier à chaque examen	
ACC161	change de gants lorsque c'est nécessaire	
	utilise les gants à d'autres fins (0 ou 1)	
	si oui, lesquelles	
ACC162	Matériel changé pour chaque accouchée	
ACC163	Bassin propre et non utilisé	
ACC164	Matériel lavé au savon	
ACC165	Matériel baigné dans solution décontaminante	
ACC166	Respecte effectivement les règles d'hygiène	
ACC167	Hygiène de la perfusion	
	0=pas de perfusion	
	1=nouveau flacon	
	2= nouvelle tublure	
	3= nouvelle aiguille	
	Si constat autres fautes d'hygiène lesquelles	
ACC168		
ACC169		

20- Après l'accouchement		
ACC170	Durée de séjour à la maternité après l'accouchement	1<2h, 2-2h,3-de 3h à <2'h, 4> 24 h à 48 h, 5->48h

21-Référence		
ACC171	La parturiente a-t-elle été évacuée? (0 ou1)	
ACC172	Nom de l'établissement	
ACC173	Pourquoi?	
ACC174	A-t-on au préalable appelé un médecin?	
	Si l'accouchement a lieu dans un centre de référence	
ACC175	est-elle transférée bloc opératoire même centre	
ACC176	si non, où est-elle transférée	
ACC177	pourquoi?	

22-Communication et attitude du personnel soignant		
ACC178	En quelle langue les échanges ont-ils eu lieu?	1-français,2-bambara,3-autre
ACC179	Si autre, laquelle	
ACC180	La parturiente parlait-elle cette langue? (0 ou 1)	0-non,1-oui,2-mal
ACC181	Comment qualifiez vous l'attitude du praticien vis-à-vis de la parturiente ?	
		1-Très dure, 2-dure, 3-normale, 4-douce
ACC182	A-t-il prononcé les paroles d'usage avant de partir ? (0 ou 1)	
23-Utilisation des supports		
ACC183	Le programme	
	0- n'a pas été rempli	
	1-a été rempli tout au long de l'évolution du travail et a donc joué son rôle	
	2-a été rempli après l'accouchement et n'a donc servi à rien	
	3- je ne sais pas	
ACC184	Le score d'apgar	
	0-n'a pas été rempli	
	1-a été rempli chez tous les enfants	
	2-a été rempli chez les enfants ayant présenté problèmes lors accouchement	
	3-je ne sais pas	

TEST

Ce test se compose de questions à réponses ouvertes et courtes ainsi que de question à choix multiples où une seule réponse doit être cochée.

1 – Une femme de rhésus négatif (B -) vient d'accoucher d'un enfant de rhésus positif (B +). Elle aurait au préalable fait le test de Combs indirect au cours des consultations prénatales qui serait revenu négatif. Que pensez- vous ?

1

2 – Citer 4 contre- indications des ocytociques.

1.....

2.....

3.....

4.....

3 – Une 3^{ème} geste de 25 ans vous arrive dans un tableau de métrorragie faites de sang noirâtre avec absence des bruits du cœur fœtal et hypertonie utérine.

Diagnostic :

1.....

Traitement :

1.....

2.....

4 – Certains antibiotiques sont contre- indiqués pendant la grossesse. Citez en 3 :

1.....

2.....

3.....

5 – Quels traitements prophylactiques doivent être donnés au cours des consultations prénatales ?

1.....

2.....

Indiquez également les doses :

1.....

2.....

6 – Mme DIALLO se plaint depuis quelques jours de douleurs pelviennes intenses accompagnées de métrorragies sur 10 semaines d'aménorrhée. A l'examen, le pelvis est très sensible et les culs-de-sac sont douloureux.

Diagnostic :

1.....

Conduite à tenir :

1.....

2.....

3.....

7 – Citer 3 signes de la toxémie gravidique :

1.....

2.....

3.....

8 – Quel traitement proposez-vous chez une femme enceinte présentant des oedèmes des membres inférieurs et une TA à 14 / 10 ?

1.....

2.....

9 – Dans la présentation du front, le repère anatomique est :

- a – le front
- b – la bouche
- c – le nez
- d – le globe oculaire
- e – ne sais pas.

10 – Devant une procidence du cordon sur tête non engagée avec présence des bruits du cœur fœtal, il faut :

- a – refouler le cordon
- b – placer une perfusion d'ocytociques
- c – faire un toucher vaginal appuyé en attente
- d – attendre l'engagement de la présentation
- e – ne sait pas.

11 – La souffrance fœtale associe les signes suivants, sauf un. Lequel ?

- a – liquide teinté
- b – hypocinésie de fréquence
- c – bradycardie
- d – tachycardie
- e – ne sait pas.

12 – Le début du travail se caractérise comme suit :

- a – l'engagement de la présentation
- b – des contractions utérines douloureuses modifiant le col
- c – une rupture des membranes
- d – un saignement minime
- e – ne sait pas.

13 – Quels sont les paramètres cliniques à observer après la délivrance ?

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

14 – Lors de la délivrance, quels sont les signes indiquant le décollement placentaire ?

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

15 – Citer quelques contre indications des oestroprogestatifs.

- 1.....
- 2.....
- 3.....

16 – L'accouchement prématuré se situe entre :

- a – 20 et 27 SA
- b – 25 et 35 SA
- c – 28 et 37 SA
- d – 37 et 40 SA

Opacc

OPINIONS SUR LES ACCOUCHEMENTS

Ques	Ville	Centre	Ordre
------	-------	--------	-------

1- Caracteristiques de la parturiente

OAC1	Age:		ans
OAC2	profession		1-menagere,2-vendeuse,3-fonctionnaires,4-commercante 5-employee, 6-aide menagere("bonne"),7-autre
OAC3	Niveau scolaire (1 a 5)		1-analph,2 primaire,3-second,4-superieur,5-coran
OAC4	Etat matrimonial (1 a 5)		1-celibat,2-Vie maritale,3-Mariee,4-Veuve,5-Divorcee
OAC5	Resudence habituelle (1 a 4)		1-Bamako, Ville de l'interieur,3-village,4- ne sait pas
OAC6	Numero de la grossesse		
OAC7	A-t-elle ete identifiee pendant sa grossesse comme appartenant a un groupe a risque(0 ou 1 ou 9)		
OAC8	Si Oui,sur quels facteurs		1-ATCD cesarienne,2-ATCD mort ne,3-Taille,4-HTA 5
OAC9	Nombre de CPN realisees		

2- caracteristiques de la personne qui a pris en charge de la particularite

OAC10	Qualification (1 a 4)		1-medecin,2-sage femme,3-matrone,4-autre
OAC11	Si autre ,la quelle		
OAC12	Statut:		1-Fonctionnaire,2-contractuel,3-remplacant,4-autre
OAC13	si autre precisions		
OAC14	Duree de presence dans le centre		ans si <an,noter "0"

3-critères de choix de la maternite

OAC15	Pourquoi avez-vous choisi la maternite ou nous sommes?		
	1=parce que cet etablissement est proche de mon domicile		
	2=parce que je connais quelqu'un dans cet etablissement		
	3=parce que l'attente n'est pas trop longue		
	4=parce que le oersonnel est competent		
	5=parce que le personnel est accueillant		
	6=parce que les tarifs sont peut eleves		
	7=parceque moi ou ma famille y avons deja ete traitees		
	8=parce qu'une conaissance me l'a conseille		
	9=Autre raison		
OAC16	si autre,laquelle		
OAC17	Avez vous suivi des consultationspenales (0 ou 1 ou 9)		
OAC 18	Ou avez vous effectue vos consultations penales		
	1=ici,dans le meme etablissement		
	2=Dans autre etablissement		
	3=dans les deux		
OAC19	Si autre, lequel		
OAC20	Pourquoi avez vous change d'etablissement		
OAC 21	avez vous accouche auoaravant dans cette formation sanitaire?(0 ou 1)		
OAC 22	Si oui combien de fois		fois

OAC23	Pour quelle raison vous venue accoucher en maternite? (plusieurs reponses possible)	
	1=parce que si l'on accouche a domicile et que survient une complication,c'est tres grave	
	2=parce que accoucher dans une dans une maternite offre une plus grande securite	
	3=parce que c'est plus facile pour la declaration de l'enfant	
	4=parce que accoucher dans une maternite,c'est etre etre une une femme emencepee	
	5=parce que ma famille l'a exige	
	6=je ne sais pas	
	7=autre	
OAC24	Si autre laquelle	
OAC25	Cette fois-ci ,qui vous a accueilli a la maternite?	
	0=personne ne s'est pas occupe de moi quand je suis arrivee	
	1=c'est une matrine qui m'a accueilli	
	2=c'est une femme qui m'a accueillie	
	7=autre	
OAC26	si autre,laquelle	
OAC27	Connaissez vous la personne qui vous a accouche	
	0=non, je ne l'avais rencontree	
	1=oui,nous avons des relations familiales	
	2=oui,je suis sa "protegee"(pour avoir paye un droid de "protection")	
	Si vous etes protegee,par Qui	
	1-sage femme femme	
	2-une infirmiere	
	3-une aide soignante	
	4-je ne connais pas sa qualification	
	combien avez vous du lui payer de la main a la main	
OAC28	En espece	
	En nature	
OAC29	La personne qui vous a recu a-t-elle ete?	
	0=desagable et mal polie	
	1=indifferente	
	2=attentive et polie	
OAC30	A-t-elle eu selon vous,l'attitude dont vous souhaitiez beneficier?(0 ou 1 ou 9)	
OAC31	Si non, qu'avez-vous à lui reprocher ?	
OAC32	Votre bébé ?(s'il s'agit de jumeaux, choisir le nouveau-né À évolution la plus défavorable)	
	0 = est mort-né	
	1 = est né vivant mais il est mort ensuite	
	2 = est vivant mais il a des problèmes	
	3 = est vivant et il n'a pas de problèmes (aller à Acc10)	
OAC33	Vous-a-t-on expliqué pourquoi votre bébé est mort ou pourquoi il a eu des problèmes ?	
	0 = non	
	1 = oui, mais je n'ai pas bien compris	
	2 = oui, et on m'a expliqué clairement pourquoi	
OAC34	Comment les personnels de santé vous ont-ils traités ?	
	0 = ils ont crié " sur moi" avant l'accouchement et pendant l'accouchement	
	1 = ils ont crié "sur moi" pendant l'accouchement	
	2 = ils n'ont pas crié "sur moi" mais ils ne m'ont pas encouragé	
	3 = ils m'ont encouragé et ont été très compréhensifs	

Opacc

OAC35	Après l'accouchement, le personnel de santé vous a-t-il donné des conseils ?	
	0 = Non	
	1 = Oui et j'ai bien compris	
	2 = Oui, mais je n'ai pas compris	
	3 = Je ne sais pas, car je n'ai pas compris	
OAC36	Si vous avez compris, lesquels	
	1 = sur l'allaitement maternel	
	2 = sur le planning familial	
	3 = sur les soins au nouveau né	
	4 = sur l'alimentation d'une femme qui allaite	
	5 = autre	
OAC38	Si autre, précision	
	Vous avez quitté la maternité combien d'heure après votre accouchement ? Heures	
OAC39	Vous a-t-on dit de revenir pour une consultation maternelle post-natale ? (0 ou 1 ou 9)	
	0 = Non	
	1 = Oui et j'ai bien compris	
	2 = Oui, mais je n'ai pas compris	
	3 = Je ne sais pas, car je n'ai pas compris	
OAC40	Si oui, vous a-t-on dit quand ?	0 = Non, 1 = Oui et j'ai compris, 2 = Oui, mais je n'ai pas compris
OAC41	Vous a-t-on dit de présenter le bébé pour une consultation une semaine après l'accouchement ? (0 ou 1 ou 9)	
	0 = Non	
	1 = Oui et j'ai compris	
	2 = Oui, mais je n'ai pas compris	
	3 = Je ne sais pas, car je n'ai pas compris	
OAC42	Si oui, vous a-t-on dit quand ?	0 = Non, 1 = Oui et j'ai compris, 2 = Oui, mais je n'ai pas compris
OAC43	Vous a-t-on remis une ordonnance ? (0 ou 1 ou 9)	
OAC44	Si oui, avez-vous été servie à la pharmacie de l'établissement ?	
	0 = non	
	1 = oui, mais en partie seulement	
	2 = oui en totalité	
OAC45	Conseillerez vous à une de vos amies de venir accoucher dans cette maternité (0 ou 1 ou 9)	
OAC46	Pourquoi ?	

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom	: M'BAYE
Prénom	: Rakki
Titre de la thèse	: Evaluation de la qualité de l'accouchement dans les centres de santé : ASACOBA, ASACOBOUL I et le CSREF de la commune I du district de Bamako.
Directeur de thèse	: Professeur Amadou DIALLO
Ville de soutenance	: Bamako
Pays de soutenance	: Mali
Année de soutenance	: 2008
Pays d'origine	: Mali
Lieu de dépôt	: La bibliothèque de la Faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie.
Secteur d'intérêt	: Santé publique et gynécologie-obstétrique.

RESUME

De nombreuses études révèlent qu'un nombre considérable de décès maternels et néo-natals pourraient être évités, si les femmes recevaient des soins de bonne qualité au cours de l'accouchement.

L'objectif de notre étude était d'évaluer la qualité de l'accouchement dans les CSCOMs ASACOBA, ASACOBOUL I et le CSREF de la commune I du district. Selon le modèle Structure-Procédures et Résultats proposé par Donabédian.

L'étude s'est déroulée du 1er juillet au 15 Décembre 2006. Il s'agissait d'une étude transversale.

Elle a permis de déterminer la connaissance du personnel de santé prenant en charge les accouchements.

Nous avons pu observer 350 accouchements et recueillir l'opinion de 305 accouchées.

L'étude a révélé :

- Une insuffisance de qualité de la structure qui se manifeste par un manque de personnel qualifié dans les CSCOMs et un manque de matériels techniques qui ne favorisent pas la prise en charge adéquate des parturientes.
- Une insuffisance de qualité dans la prise en charge des parturientes caractérisée par un interrogatoire rudimentaire de même que l'examen général, les soins au nouveau-né, pendant la délivrance, les conseils donnés à l'accouchée. Cette prise en charge des parturientes était meilleure au CSRéf (niveau III) qu'à l'ASACOBOUL I (niveau II) et à l'ASACOBA (niveau I).
- les sages-femmes et les internes ont un niveau acceptable de connaissance sur les pathologies rencontrées dans la pratique obstétricale. Par contre les matrones et les aides-soignantes ont des connaissances limitées sur ces pathologies qui dépassent largement leurs compétences.
- Les relations interpersonnelles entre les prestataires et les parturientes étaient assez bonnes. Les parturientes étaient bien accueillies dans l'ensemble.

Mots clés : *Centre de santé, évaluation, qualité des soins, accouchement.*

IDENTIFICATION SHEET

Family Name M'BAYE
 First Name Rakki
 Thesis Title Quality of birth evaluation in healthcare centers: ASACOBA, ASACOBOUL I, and the CSREF of Commune I in Bamako District
 Director of Thesis Professor Amadou DIALLO
 City of Procurement Bamako
 Country of Procurement: Mali
 Year of Procurement 2008
 Place of registration Library of the faculty of Medicine and Pharmacy, and Odonto- Stomatology
 Sector of interest Public health, gynecology and obstetrics

Summary

Many studies have revealed that a considerable number of maternity and pre-natal deaths

Could have been avoided if women were receiving a good quality care when giving birth.

Our objective was to evaluate birth quality in CSCOMs ASACOBA, ASACOBOUL I, and the CSREF centers of the Commune I of the District according to the Structure-Procedures model proposed by Donabedian. The study was conducted from July 1st to December 15th, 2006. It was a transversal study. The study permitted to determine the Level of knowledge of healthcare personnel in charge of birth.

We have observed 350 births and were able to obtain 305 opinions of women giving Birth. The study reveals:

The inadequacy of the structure as evidenced by the lack of qualified staff in CSCOMs and the lack of technical materials; which heavily impact the delivery of the quality of care.

The poor quality of service delivered as evidenced by the lack of triage and good intake information, care given to the newborn during birth, and the advices given to women during the labor. However, the provision of these services were better in CSREF (level III) than ASACOBOUL I (level II), and ASACOBA (level I).

Midwives and interns have an average degree of knowledge of pathologies encountered during birth. However, matrons and nurse's aide have limited knowledge about these pathologies; which go beyond their competencies.

Interpersonal relationships between staff and women in labor were acceptable.

Patients were very well welcomed.

Keywords: Healthcare centers, Evaluation, Quality of care, Birth.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'**Hippocrate**, je promets et je jure, au nom de l'**Être Suprême**, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !