

**Ministère de l'Enseignement,
Supérieure et de la Recherche Scientifique**

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi



**FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET
D'ODONTOSTOMATOLOGIE**

Année universitaire 2008 – 2009

Thèse N°

THESE

**EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS
D'ACCOUCHEMENT AU CENTRE DE SANTE
DE REFERENCE DE LA COMMUNE IV DU
DISTRICT DE BAMAKO**

Présentée et soutenue le...06 MAI...2009 devant la **Faculté de médecine
de Pharmacie et d'Odontostomatologie**

Par M. Sidiky TANGARA

Pour obtenir le grade de **Docteur en Médecine** (diplôme d'état)

JURY

PRESIDENT : Professeur Amadou Ingré DOLLO

MEMBRE : Dr Boubacar Traore

CODIRECTEUR : Dr Moustapha Toure

DIRECTEUR : Dr Youssouf TRAORE

Dédicaces

Je dédie ce travail :

A Dieu, le tout puissant, le clément et le miséricorde Dieu, gloire à lui ; et à Mahomet que la paix et le salut éternel soit sur lui et ses disciples.

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

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

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

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

A mon beau pays, le MALI :

Dont la générosité m'a permis une scolarité aussi poussée.

Que Dieu me donne la force, le courage et surtout la longévité et la santé pour pouvoir le servir avec loyauté et dévouement exemplaire.

A mon oncle Diamako Tangara:

Tu es, par ta rigueur, ton courage, ta patience l'artisan de ce chemin épineux, plein d'obstacles, tu resteras dans ma mémoire à tout jamais. Mon désir le plus ardent est que tu sois fier de moi à l'avenir.

Que DIEU t'accorde une longue vie, une santé de fer à mes côtés.

Que ce travail soit une source de satisfaction pour toi.

Soyez assurés de mon affection et de ma sincère reconnaissance, merci.

A la mémoire de mon grand-père Oumar Tangara :

Je n'oublierai jamais le sacrifice que tu as fait pour moi, ta combativité, ton courage et ta générosité ont été moi un espoir. Tu occupes et occuperas toujours une place importante dans ma vie ; je n'oublierai jamais tes biens faits ; que la terre te soit légère.

A mon père Bouba Tangara :

Tes peines, tes sacrifices n'ont pas de pris pour nous. Que Dieu te donne une longue vie. Puisse ce travail être pour toi une source de satisfaction.

A la mémoire de ma mère Madiné Tangara :

Ta combativité, ton courage, ta générosité resteront pour nous un repère sûr.

Puisse ce travail être le début du couronnement de tes années de souffrance ; que ton âme repose en paix.

A mes tantes et oncles :

Je m'abstiens de citer des noms de peur d'en oublier.

Ce travail est le vôtre. C'est grâce à vos conseils et à votre participation accrue dans ma vie que j'ai pu réaliser ce travail. Je vous serai éternellement reconnaissant.

A mes frères et sœurs :

Merci pour votre inlassable soutien ; vous avez été présents durant toute mon existence ; ce travail est le vôtre, merci de vos soutiens moraux et psychologiques ; je compte sur vous pour le reste de mon accomplissement.

A mes cousins et cousines :

Ce travail est le vôtre. Je vous remercie tous et je vous en suis très reconnaissant pour votre bonne volonté et vos soutiens financiers de tous les jours.

A mon épouse Maïmouna Maïga :

Je n'oublierai jamais tes bonnes compréhensions au cours de ce travail. Puisse ce travail être le début du couronnement de tes années de patience.

Mes vifs remerciements :

A notre honorable doyen et au corps professoral de la FMPOS :

Merci pour votre encadrement.

A tout le personnel de la FMPOS :

Grâce à votre et votre dévouement pour le travail bien fait , la FMPOS jouit d'une renommée internationale ; soyez assurés de notre profonde gratitude.

A mes Maîtres formateurs :

Dr. Moustapha Touré, Dr. Fantamady Diawara, Dr. Issiaka Kokaina, Dr. Mamadou Keita, merci pour votre encadrement.

A mon équipe de garde :

Sidiya Maïga, Djénéba Traoré, Fadjou Bagayoko, Aïchata Koné.

A toutes les sages femmes du C.S.Réf. de la Commune IV :

Merci pour votre accueil, collaboration et disponibilité.

A toute ma promotion :

Merci, courage et persévérance.

A tous mes aînés du centre :

Merci de votre encadrement.

A tous mes cadets du centre : Merci, courage, patience et persévérance.

A tous mes amis (es) de classe : Youssouf Traoré ; Ckeickna Amala Diakité ; Daouda Samaké ; Adama Dembélé ; Fatoumata Ouattara.

Ce travail est le vôtre ; je ne vous oublierai jamais. Vous avez été des amis sincères pour moi.

Je vous remercie infiniment.

De jeu : Djakaridia Zigmé ; Modibo Tangara ; Lamine Souleymane Dembélé ; Issa Yaré ; Soungo Diarra; Yacouba Koné et Youba Keïta.

Merci. Ce travail est le vôtre.

Assitan Koné : la gentille fille aux yeux d'or et au cœur généreux ; merci ce travail est le tien. Bonne chance pour le reste de tes études.

HOMMAGES AUX HONNORABLES MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury :

Professeur AMADOU INGRE DOLO

- **Professeur titulaire de Gynécologie Obstétrique à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie ;**
- **Chef de service de Gynécologie et obstétrique du centre hospitalier -universitaire Gabriel Touré ;**
- **Président fondateur de la société malienne de Gynécologie et Obstétrique (SOMAGO) ;**
- **Ancien secrétaire général de la société africaine de Gynécologie et Obstétrique (SAGO) ;**
- **Président de la cellule malienne du réseau africain de prévention de la mortalité maternelle**

Cher maître.

C'est un honneur pour nous de vous voir dans ce jury.

Votre qualité d'homme de sciences,

Votre esprit de recherche et votre enseignement nous ont impressionnés.

Votre simplicité et votre entière disponibilité ont largement amélioré la qualité de ce travail.

Trouvez ici l'expression de votre reconnaissance

**A notre maître et juge :
Docteur Boubacar TRAORE**

- Gynécologue - Obstétricien.**
- Médecin chef du Centre de Santé de Référence de la commune VI.**
- Trésorier général de la Société Malienne de Gynécologie et Obstétrique.**

Cher maître.

Votre abord facile, votre esprit critique et votre objectivité ont largement contribué à renforcer la qualité de ce travail.

Puissions-nous cher maître continuer à bénéficier de votre enseignement.

A notre maître et codirecteur de thèse :

Docteur Moustapha TOURE

- **Médecin chef du Centre de Santé de Référence de la commune IV du district de Bamako.**
- **Maître assistant de Gynécologie et Obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.**
- **Chevalier de l'ordre national du Mali.**

Votre rigueur scientifique, votre qualité humaine et de même votre disponibilité malgré vos multiples occupations ont permis la réalisation de ce travail.

Veillez trouvez, ici, l'assurance de notre profonde gratitude et de notre profond respect.

A notre Maître et Directeur de thèse :
Docteur Youssouf TRAORE

- Maître assistant à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie.**
- Secrétaire Général de la Société Malienne de Gynécologie et Obstétrique (SOMAGO)**

Honorable maître.

Votre abord facile, votre franc parler, votre rigueur Scientifique nous avons beaucoup impressionné.

Nous avons beaucoup bénéficié de vous tant sur le plan pédagogique que humain.

Cher Maître veuillez accepter nos sentiments de reconnaissance et de respect.

ABREVIATIONS:

- ATCD** : Antécédent
- BCF** : Bruit Du Cœur Foetal .
- CCC** : Communication pour le Changement de Comportement
- CPN** : Consultation Périnatale
- C.S.Réf.** : Centre de Santé de Référence
- CU** : Contraction Utérine
- DCI** : Dénomination Commun Internationale
- DNSI** : Direction Nationale de la Statistique et de l'Information
- EDSM** : Enquête Démographique et de santé au Mali
- FNUAP** : Fond des Nations Unies pour l'Aide aux Populations
- GEU** : Grossesse Extra Utérine
- HTA** : Hypertension Artérielle
- HU** : Hauteur Utérine
- OIDA** : Occipito iliaque Droite Antérieure
- OIDP** : Occipito iliaque Droite Postérieure
- OIGA** : Occipito iliaque Gauche Antérieure
- OIDP** : Occipito-iliaque Gauche postérieure
- OMS** : Organisation Mondiale de la santé
- PMI** : Protection Maternelle et Infantile
- PA** : Pression artérielle
- RU** : Rupture Utérine
- SA** : Semaine d'Aménorrhée
- SONU** : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
- SP** : Sulfadoxine Pyriméthamine
- TA** : Tension Artérielle
- TV** : Toucher vaginal
- UNICEF** : Fond des Nation Unies pour l'Enfance

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE	PAGES
I. Introduction :.....	1
II. Objectifs :	3
III. Généralités :.....	4
1. Définition de l'accouchement :.....	4
2 .Historique de l'accouchement :.....	4
3. Etapes physiologiques de l'accouchement :.....	5
4. Aspects techniques de l'accouchement :.....	8
5. Le partogramme :	10
8. Le dépistage des accouchements à risques :.....	13
7. Définition des usuels :.....	14
IV. Méthodologie :.....	19
V. Résultats :.....	30
VI. Commentaires et discussion :	54
VII. Conclusion :.....	60
VIII. Recommandation.....	61
IX. Références :.....	62
X. Annexes :	

I. INTRODUCTION

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 (6) mois (28 semaines d'aménorrhées) [26].

Un suivi médical appelé consultations prénatales (CPN) de la grossesse permet de dépister et de traiter d'éventuelles complications survenues au cours de la grossesse et de déterminer la voie d'accouchement.

Au cours de la grossesse ou de l'accouchement la femme peut risquer sa vie en s'exposant à des séquelles graves (fistules vesico-vaginales, prolapsus génitaux etc....).

Selon l'OMS, sur 500.000 décès maternels enregistrés chaque année dans le monde, environ 150.000 soit plus de 1/3 concerne l'Afrique [23].

Au Mali les femmes en l'âge de procréer (15 à 49 ans) représentent 21,28 % de la population [9].

Dans ce groupe le taux de mortalité est de 400 pour 100.000 naissances vivantes d'après les nouvelles estimations [32].

Les principales causes de mortalité maternelles sont : l'hémorragie, l'éclampsie, les infections, les avortements, les dystocies, les problèmes de santé préexistants tel que l'anémie et le paludisme.

Au Mali l'état a investi des ressources humaines et structurales dans les domaines de la santé.

Il y a eu une augmentation de structures et de personnels en nombre et en qualité.

L'appréciation de la qualité des soins prend en compte beaucoup de paramètres : le niveau intellectuel des parturientes d'une part et l'influence qu'exercent les professionnels de santé sur la qualité de ces soins d'autre part.

Les soins dans les services en Afrique, au Mali en particulier sont tributaires des pratiques routinières au détriment de la qualité inscrite dans les normes et procédures de notre pays.

Selon l'EDSM IV pour la période 2001 à 2006, sur 100.000 naissances, le taux de mortalité maternelle et infantile était de 464 **[36]**. Autrement dit au Mali, une femme court un risque de 1/24 de décéder pendant les âges de procréation (15-49 ans).

Si dans l'ensemble, la mise en œuvre de la politique de la santé de reproduction est jugée satisfaisante, les données que nous rapporte l'EDSM IV énoncées ci-dessus nous ont amenés à nous poser des questions sur les activités au cours de l'accouchement dans nos centres de santé.

Pourtant les décès et les handicaps pourraient être évités si les femmes suivaient régulièrement les soins avant et après l'accouchement.

Il a été établi qu'un suivi médical de la grossesse, au cours et après l'accouchement permettant de dépister et de traiter d'éventuelles complications ainsi qu'une surveillance obstétricale contribuent à la réduction de la mortalité fœtale et maternelle.

L'ensemble des accouchées doit par conséquent bénéficier d'un suivi obstétrical de qualité ; celles qui y échappent, peuvent représenter une population où les risques sont élevés.

Malgré l'intérêt accordé à la santé de la reproduction au Mali, nous ne savons pas encore avec précision le niveau réel de la qualité de l'accouchement.

Beaucoup d'études ont été réalisées sur ce thème dans plusieurs centres de santé de référence du district de Bamako **[1, 8, 13, 15, 22, 25, 38]**; mais aucune n'a été réalisée dans le centre de santé de référence de la commune IV.

Nous avons alors initié ce travail dont les objectifs sont :

II. OBJECTIFS

1. Objectif général :

Etudier la qualité des soins chez les accouchées dans le centre de santé référence de la commune IV.

2. Objectifs spécifiques :

- Décrire les caractéristiques socio-démographiques des accouchées ;
- Déterminer le degré de satisfaction des accouchées ;
- Donner la corrélation entre le degré de satisfaction et le résultat de la prise en charge le procédure de l'accouchement.

III. GENERALITES

1. Définition de l'accouchement :

Après neuf mois de vie intra utérine, le fœtus se sépare de l'organisme maternel.

Ce phénomène physiologique aboutit à la formation du fœtus. Il se nomme accouchement ou parturition. Son déroulement physiologique et mécanique est complexe. Il met schématiquement en présence trois éléments :

- * la filière osseuse et les parties molles,
- * l'utérus,
- * le fœtus.

2. Historique de l'accouchement :

Dans les années 1930 en France, naissait chez les médecins une véritable obsession sociale autour de la maternité contre la mortalité infantile et la mortalité intra-utérine [7]. L'enfant n'a pas de prix, il est précieux pour la population française, plus précieux qu'une mère en agonie.

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

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

Depuis la fin de la 2^{ème} guerre mondiale, c'est un moment de la vie que l'on n'a cessé de médicaliser, de rechercher de nouvelles pathologies. De nouvelles techniques et innovations naissent autour de l'accouchement : le bilan sanguin, l'échographie, le monitoring ; la surveillance, aboutissant ainsi à une hyper médicalisation de l'obstétrique.

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

Actuellement, les complications obstétricales sont fréquentes, surtout dans les pays en voie de développement. Une analyse de cette situation a pu faire ressortir les difficultés qui existent autour de la prise en charge des urgences obstétricales.

La plupart des accidents sont dus entre autre à une méconnaissance du mécanisme physiologique de l'accouchement, au retard d'évacuation, à la mauvaise surveillance de la grossesse et à la non utilisation du partogramme. Ces urgences obstétricales sont représentées essentiellement par les dystocies, les souffrances fœtales aiguës, les hémorragies, l'éclampsie et la pré éclampsie [35].

3. Etapes physiologiques de l'accouchement :

L'accouchement comporte deux phénomènes :

3.1. Phénomènes dynamiques :

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

Les contractions utérines ont pour effet [12] :

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

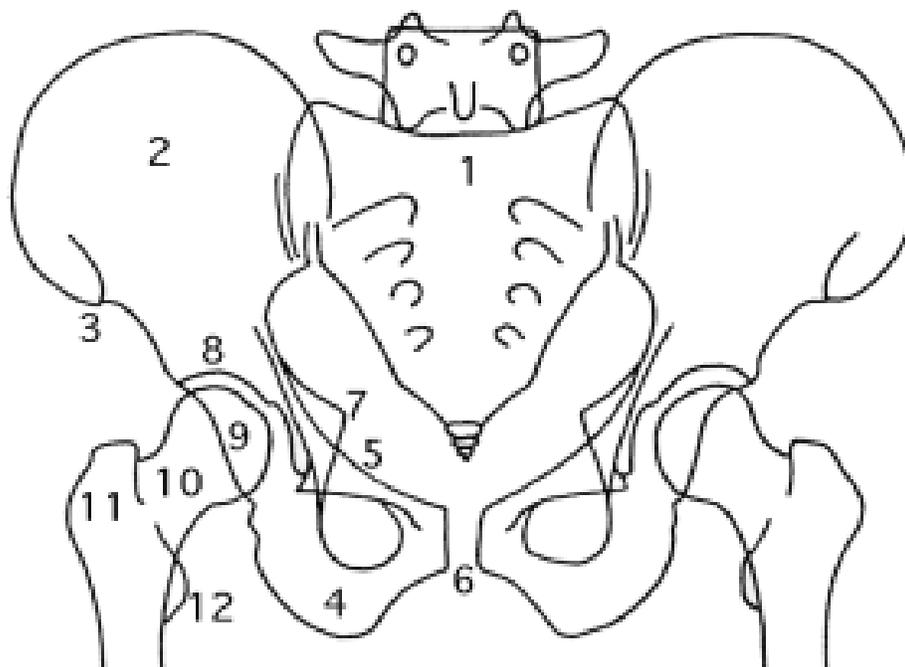


Figure 1. Face antéro-postérieure du bassin : 1. sacrum, 2. aile iliaque, 3. Elias, 4. ischion, 5. branche ilio-pubienne, 6. pubis, 7. épine sciatique, 8. toit du cotyle, 9. tête fémorale, 10. col, 11. grand trochanter, 12. petit trochanter [21].

Radio anatomie et techniques - Bassin et hanches de l'adulte
Hôpital Purpan – Toulouse.

3. 2. Phénomènes mécaniques :

A travers la filière pelvienne le mobile foetal doit franchir trois obstacles :

le détroit supérieur, l'excavation pelvienne et le détroit inférieur.

Le bassin osseux se compose de :

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

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

Dans l'étude du bassin on décrit plusieurs diamètres dont la connaissance est nécessaire pour l'obstétricien. A partir de ces diamètres, on peut faire un pronostic de l'accouchement par l'appréciation de la perméabilité pelvienne.

L'indice de Magnin est égal à la somme du diamètre antéro-postérieur et diamètre transverse médian.

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

3. 3. Le travail d'accouchement :

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

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

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

Le travail d'accouchement est divisé en 3 périodes :

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

2^{ème} Période : Elle commence de la dilatation complète du col jusqu'à l'expulsion du fœtus.

3^{ème} Période : C'est la délivrance. Elle va de l'expulsion du fœtus à la sortie du placenta et dure 5 à 30 minutes.

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

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

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

- de réduire la durée du travail

- de corriger certaines anomalies mineurs dès leur apparition
- de contrôler de façon constante la vitalité fœtale
- de faire le pronostic :

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

4. Les aspects techniques de l'accouchement :

Une fois le travail d'accouchement découvert, il faut maintenant évaluer le pronostic de cet accouchement débutant, en recherchant tous les facteurs de risques qui peuvent en compromettre l'évolution, tout ce qui peut retenir sur la santé maternelle ou fœtale [26].

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

- Vérifier le bon déroulement de l'accouchement et dépister tous les facteurs de risque antérieurs et contemporains ;
- Traiter ou orienter la femme dans les cas échéant vers une surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison d'un des facteurs de risque décelé ;
- Etablir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions de l'accouchement de manière à ce que toutes les dispositions pratiques soient prises pour éviter les dangereux en urgence [27].

4.1. Les moyens techniques utilisés aux différentes période de l'accouchement :

4.1.1. Accueil de la parturiente : Comprend

- salutation chaleureuse ;
- souhait de la bienvenue ;

- aide la parturiente à s'installer sur la table d'accouchement ;
- l'identification de la parturiente;
- rassure la parturiente.

4.1.2. Interrogatoire de la parturiente :

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

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

4. 1.3. Examen général de la parturiente :

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

Cet examen consiste à :

- procéder à un sondage vésical si elle n'a pas uriner ;
- prendre les constantes (TA, la température, le pouls, les fréquences respiratoires) ;
- vérifier l'état des conjonctives ;
- rechercher l'oedème du visage et les membres inférieures ;

4. 1.4. Examen obstétrical de la parturiente :

Il consiste à faire l'examen de l'abdomen (sa forme, la présence de cicatrices, son axe de développement), la mesure de la hauteur utérine en cm,

la palpation abdominale (position du fœtus, localisation des pôles fœtaux), l'appréciation de la fréquence et la durée des contractions utérines en les comptant, la recherche et compter les bruits du cœur du fœtus (BCF) après une contraction utérine douloureuse.

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

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

4.2. Le partogramme :

4.2.1. Définition :

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

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

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

4.2.2. Au niveau du tracé :

Il y a deux phases distinctes

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

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

4.2.3. Le remplissage du tracé :

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

-En phase de latence :

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

Un carreau correspond à 2 heures de temps.

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

-En phase active :

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

La dilatation normale est de 1cm par heure.

Au cours de cette phase l'examen doit être pratiqué toutes les heures et un carreau représente une heure d'évolution.

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

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

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

4.3. Accouchement proprement dit :

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

La progression du mobile foetal et le périnée doivent être surveillés.

La femme pousse pendant la contraction quand la tête du fœtus est à la vulve.

L'accouchement du siège se fait sans toucher ni tirer sur corps du fœtus, le plan du dos est maintenu en avant pour éviter au fœtus de faire une rotation postérieure.

Une épisiotomie prophylactique, surtout chez la primipare est envisagée si c'est nécessaire.

L'accouchement chez une parturiente séropositif se fera dans même condition que chez les autres femmes.

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

4.4. La délivrance :

La délivrance active ou geste active de la troisième période de l'accouchement (GATPA) se fait après l'expulsion du fœtus.

Elle est normale (physiologique) après l'injection de dix (10) unités d'oxytocine en intramusculaire et si elle ne se fait pas spontanément après dix (10) minutes, la délivrance artificielle va extraire le placenta suivi d'une révision utérine pour s'assurer qu'un cotylédon et/ou une membrane ne soit pas resté dans l'utérus.

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

Toute délivrance est suivie de :

- la Surveillance de l'état hémodynamique de la parturiente ;
- La vérification du périnée et des parties molles pour détecter une déchirure enfin une réparation de ces déchirures;
- l'examen du placenta pour vérifier son intégrité.

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

4.5. Le dépistage des accouchements à risque :

4.5.1. Les facteurs de risque :

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

- accouchement à risque : c'est un accouchement comportant un ou plusieurs facteurs de risque. Ils sont classés en deux catégories :

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

4.5.2. Les facteurs de risque antérieurs à l'accouchement : Ce sont :

- . L'âge inférieur à 16 ans et supérieur à 30 ans ; taille : inférieure à 1m50 ;
- . La multiparité supérieure à 6; le niveau d'alphabétisation ;

. Le statut matrimonial ; les conditions socio économiques basses ; poids inférieur à 40 kg ;

. L'intervalle inter génésique inférieur à 24 mois ; les antécédents obstétricaux (mort-né, mort intra- utérine, avortement à répétition, stérilité secondaire, Accouchement prématuré, ventouse, forceps, césarienne, déchirure périnéale grave ou l'excision rituelle).

. Les pathologies cardio-respiratoires sévères.

4.5.3. Les facteurs de risque apparaissant au cours de l'accouchement :

Eclampsie, des hémorragies de la délivrance, placenta praevia, l'hématome rétro placentaire (HRP), rupture utérine, souffrance fœtale.

4.6. Soins du nouveau né :

Juste après l'expulsion du fœtus, les mucosités de la bouche et du nez sont aspirées avec une poire.

Deux (2) ligatures (nœuds) sont faits au niveau du cordon.

La section du cordon entre ces deux nœuds va permettre de séparer le fœtus de sa maman. i

Le nouveau né est recueilli dans un linge propre, séché immédiatement et mis au contact avec le ventre de sa mère et couvert avec une couverture propre et chaude.

Son examen permet d'évaluer le score de Virginia Apgar à la première minute et à la dixième minute et certains paramètres du fœtus tels que : le poids, la taille, le périmètre crânien et le périmètre thoracique.

Lorsqu'il y a une anomalie dans ces paramètres, il sera adressé à un pédiatre.

5. Définitions des termes usuels :

5.1. L'évaluation :

C'est une procédure scientifique et systématique qui consiste à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'action atteint avec succès un ou des objectifs préalablement fixés.

5.2. La qualité des soins :

La qualité des soins technique consiste à appliquer des sciences et technologies médicales de manière à arriver au maximum des bénéfices pour la santé sans augmenter pour autant de risques. Le niveau de qualité est alors la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable de risques et bénéfices.

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

C'est l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire exactement les besoins des utilisateurs en maximum la perception de l'offre et en minimisant les défauts ou les erreurs [16] : ils doivent donc être efficaces, appropriés, sûrs, accessibles et acceptables et utilisant de façon optimale les moyens disponibles.

5.3. L'accouchement :

Après neuf mois de vie intra utérine, le fœtus se sépare de l'organisme maternel. Ce phénomène physiologique aboutissant à la naissance du nouveau né, il se nomme accouchement ou parturition son déroulement physiologique et mécanique est complexe.

5.4. La qualité des accouchements :

L'OMS définit la sage femme comme une personne qui surveille, soigne et conseille les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et le post partum.

Ainsi son rôle est de :

- dispenser en continu des soins de qualité : il faut respecter les règles d'hygiène agir en toute sécurité et être à l'écoute des femmes ;

- reconnaître et prendre en charge les complications notamment prendre les mesures nécessaires pour sauver la vie de la mère et de l'enfant ;
- adresser rapidement et en toute sécurité à l'échelon supérieur les patientes dont l'état l'exigent [27].

5.5. Politiques et normes des services :

La politique définit la mission de la santé de la reproduction, indique les bénéficiaires, décrit les activités, les prestataires et les responsabilités pour l'offre des services de qualité [3].

5.6. Normes :

Elles précisent les types de services offerts, les conditions minimales acceptables des performances et des qualifications requises exigées pour chaque service offert [3].

5.7. Les procédures :

Elles décrivent des gestes logiques indispensables et nécessaires à l'offre des services de qualité par les prestataires [3].

5.8. La grossesse :

C'est l'état physiologique de la femme durant la période qui s'étend de la fécondation à l'accouchement [3].

5.9. Facteurs de risque au cours de la grossesse :

Un facteur de risque pendant la grossesse est une caractéristique qui, lorsqu'elle est présente, indique cette grossesse à des chances d'être compliquée.

5.10. Grossesse à haut risque :

C'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risques. Elle entraîne un risque élevé soit pour la mère soit pour le fœtus, vital ou non, pouvant se manifester pendant la grossesse ou au cours de l'accouchement.

5.11. La maternité sans risque :

C'est créer des conditions dans lesquelles une femme peut choisir d'avoir un enfant, et si elle le fait, est assurée de recevoir des soins pour la prévention et 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 besoin et des soins après la naissance, de manière à éviter le risque de décès ou d'incapacité liée aux complications de la grossesse et de l'accouchement.

Cette définition est la même que celle de l'OMS à la conférence de l'I.C.P.D. du programme d'action de la conférence de l'ONU sur les femmes (1995) et d'autres institutions et conventions. Elle rappelle que toutes les femmes doivent pouvoir choisir d'avoir des enfants et que celle qui font ce choix doivent être assurées de bénéficier d'une surveillance prénatale de qualité, d'une assistance qualifiée à la naissance et pendant la période du post-natal et d'éviter les risques de décès ou d'incapacité liée à l'accouchement [36].

5.12. La mortalité maternelle :

C'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison quel qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentel, ni fortuite [15].

5.13. Taux de mortalité maternelle :

C'est le nombre de décès maternels pour 1000000 naissances vivantes, parfois exprimé pour 100000 femmes en âge de procréer [15].

5.14. L'aire de santé ou secteur sanitaire :

Elle représente une zone géographique desservie par une ressource sanitaire.

5.15. La carte sanitaire :

C'est la répartition géographique actuelle de l'ensemble des soins d'une circonscription sanitaire. Elle est un instrument de planification pour une utilisation optimale des ressources [22].

5.16. Le paquet minimum d'activité (PMA) :

Il signifie l'offre d'activité intégrée de soins de santé. Il comporte des activités préventives, curatives et promotionnelles. Il s'agit entre autre de traitement des maladies courantes, consultation prénatale et post-natale avec accouchement et vaccination [22].

5.17. L'évacuation :

C'est le transfert d'une urgence vers une structure spécialisée d'une patiente qui présente une complication au cours du travail d'accouchement.

5.18. Référence :

C'est l'orientation d'une patiente vers un service spécialisé en absence de toute situation d'urgence.

IV. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

1. 1. Lieu de l'étude :

Notre étude s'est déroulée en commune IV dans le centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako.

La commune IV est située sur la rive gauche du fleuve Niger. Elle a été créée en même temps que les autres communes du district de Bamako par l'ordonnance 78-34 CMLN du 18 Août 1978.

Elle couvre une superficie de 37,68 km² soit 14,11 % de la superficie du district pour une population de 225 785 habitants (actualisation de la population en 2005, source DNSI, projection suivant recensement général d'Avril 1998 avec un taux d'accroissement de 2,8 %).

Elle se limite à l'Est et au Nord, par la commune III ; à l'Ouest, par le cercle de Kati et au Sud par le fleuve Niger.

Elle comprend huit quartiers : Lafiabougou, Hamdallaye, Djicoroni Para, Sebenikoro, Lassa, Sibiribougou, Kalabambougou, Taliko.

Elle est constituée d'un centre de santé de référence (C.S.Réf) et huit centres de santé communautaires (cscm) qui sont (ASACOLA I, ASACOLA II, ASACOLAB V, ASACOSEK, ASACODJIP, ASACODJENEKA, ASACOLABASAD, ASACOHAM) et les maternités René Cissé d'Hamdallaye et celle de Djicoroni Para.

Ce centre reçoit presque toutes les références et évacuations venant des différents CSCOM et maternités de la commune et quelques une venant des communes voisines.

1. 2. Historique du centre de santé de référence de la commune IV :

Le centre de santé de Lafiabougou a été construit vers les années 1980 sous la dénomination de PMI (service de protection maternelle et infantile) de Lafiabougou.

Ce n'est qu'en mai 2002 et en réponse à la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population du gouvernement de la république du Mali que le centre de santé a été érigé en centre de santé de référence.

1. 3. Le Personnel : Il se compose de :

* 2 gynécologues obstétriciens dont le chef de service et l'autre un contractuel.

* 2 chirurgiens généralistes

* 1 médecin ophtalmologiste

* 1 spécialiste en ORL

* 9 médecins généralistes.

* 1 médecin pédiatre.

* 1 ophtalmologue

* 1 dentiste (Assistant médical).

* 5 anesthésistes réanimateurs.

* 18 sages femmes.

* 2 infirmières obstétriciennes.

* 4 infirmiers d'état

* 2 comptables

* 5 infirmiers du premier cycle

* 22 étudiants faisant fonction d'internes

* 5 aides soignants

* 1 gérante de pharmacie.

* 3 chauffeurs

* 5 manœuvres

* 1 gardien

1. 4. Les locaux :

l'enceinte du centre comprend cinq bâtiments qui se répartissent comme suit :

- A droite on a un premier bâtiment comportant : la pharmacie, le laboratoire, le bureau de consultation de la chirurgie, la pédiatrie, l'ophtalmologie, l'odonto-stomatologie, la salle de CPN, l'unité de vaccination, l'unité de planification.

- A gauche on a deux bâtiments contigus : le premier comportant six salles d'hospitalisation pour la médecine, le second sept salles d'hospitalisation pour le service de gynéco obstétrique comportant vingt et quatre lits et un bureau qui est celui du major de cette unité.

- En face de la porte d'entrée et à l'est, se situent la salle des « faisant fonction d'internes » et des anesthésistes.

La maternité comprend une salle d'accouchement avec trois tables, une salle de post-partum avec cinq lits, un bureau pour la sage femme maîtresse, deux salles (blocs) d'intervention opératoire contenant chacune une table, deux salles de stérilisation des matériels, une salle réservée aux pansements.

- A l'extrême nord se trouvent le DAT (dispensaire anti tuberculeux) et la morgue.

- Au sud il y a une cantine actuelle non fonctionnelle et le parking pour les véhicules de l'administration.

1. 5. Organisation et fonctionnement :

Chaque jour la permanence est assurée par une équipe de garde constituée de : deux médecins, deux faisant fonction d' internes, les stagiaires qui assurent les urgences ; du côté de la maternité deux sages femmes qui s'accompagne aussi de leurs stagiaires ; et enfin un anesthésiste.

Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8h30 minutes dirigé par le gynécologue obstétricien du service.

Au cours de ce staff l'équipe de garde fait le compte rendu des activités des événements qui se sont déroulés les 24 heures durant la garde.

Une visite est faite tous les jours.

Les interventions programmées sont faites les mardi et les jeudi et sont assurées par les deux chirurgiens du centre.

Les consultations externes sont assurées chaque jour (sauf le mercredi) par le médecin généraliste.

Le médecin chef consulte les mardi et jeudi.

2. Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée du 1er décembre 2007 au 30 mai 2008 soit une période de six mois.

3. Type d'étude :

L'étude a porté sur 1020 accouchements effectués pendant la période d'étude. Elle a été inspirée du modèle d'Adevis DONABEDIAN sur l'évaluation de la qualité des soins et des services.

4. Critère de jugement :

Nous nous sommes référés sur le document de la politique sectorielle de santé au Mali et de la politique des normes et procédures en accouchement au Mali.

5. Echantillonnage :

5. 1. Critère d'inclusion :

- Nous avons inclus dans l'étude toutes les femmes qui se sont présentées au centre pour bénéficier des soins d'accouchement durant notre période d'étude et qui ont accepté de participer à l'étude.

5. 2. Critères de non inclusion :

- N'ont pas été incluses dans l'étude les parturientes ayant refusé de se soumettre à l'examen et à notre questionnaire.

5. 3. Technique et déroulement de l'échantillonnage :

Il s'agit d'un recrutement systématique de toutes les parturientes qui se sont présentées pour les soins d'accouchement au cours de la période d'enquête et qui ont accepté de se soumettre à nos questionnaires. Ainsi nous avons recruté 1020 parturientes qui se sont présentées au centre.

Le protocole a consisté à observer le praticien avant, pendant et après l'accouchement tout en remplissant le questionnaire (en restant le plus anonyme possible).

Les accouchées ont été ensuite reçues isolement pour recueillir leurs opinions sur les prestations reçues.

Collecte des données :

Elle a été faite selon des questionnaires individuels.

-1 questionnaire pour l'étude de la structure sanitaire.

-1 questionnaire pour l'opinion des parturientes

-1 questionnaire pour l'observation des soins d'accouchement.

La technique de collecte des données a été faite par un interview et une lecture des documents tels que le registre d'accouchement des sages femmes et les dossiers des parturientes.

L'étude de la structure a reposé sur un accueil rétrospectif des données du centre de santé. Elle a consisté en une description des capacités de

production (locaux, ressources humaines, équipements du centre) ; et celle de la description de l'organisation du travail.

L'étude des procédures a consisté en une observation transversale de l'accouchement avec recueil prospectif des données sur la réalisation des gestes techniques et sur l'opinion des parturientes en ce qui concerne les prestations qui leur ont été offertes par le personnel du centre de santé.

Ces supports des données ont été portés à l'annexe.

6. Population d'étude : Il s'agit :

- Du personnel chargé des soins de l'accouchement.
- Des parturientes ayant fréquenté le centre pendant la période d'étude.
- De la structure du centre de santé de référence de la commune IV.

6. 1. Les variables étudiées :

6. 1. 1 Sur la structure :

Pour étudier le niveau de qualité des centres de santé, nous avons étudié les exigences et attentes suivantes :

- les normes architecturales (matériaux de construction, état du local, système de protection contre la poussière et la clôture) ;
- Le dispositif d'accueil et d'orientation (existence d'un service d'accueil, qualification du personnel d'accueil, existence d'une pancarte pour l'orientation dans le centre)
- La structure et l'équipement de l'unité d'accouchement (les ciseaux les pinces, un stéthoscope obstétrical, un mètre ruban des bassines, trois tables d'accouchement, etc....).
- La structure et l'équipement de l'unité de consultation (état et équipement de la salle, équipement pour examen physique, dispositif d'accueil) ;
- L'équipement de la salle d'attente (pour l'accouchement, la consultation médical, la CPN et hangar de vaccination) ;
- Les autres salles du centre (salle d'injection, salle de pansement, salle de stérilisation, salle de petite chirurgie) ;
- La fonctionnalité de la pharmacie (normes architecturales, l'équipement, qualification du personnel et mode d'approvisionnement) ;
- La fonctionnalité du laboratoire (normes architecturales, l'équipement et qualification du personnel) ;

- L'état des toilettes (normes architecturales, l'équipement et propreté) ;
- Le système d'approvisionnement en eau et le mécanisme d'élimination des déchets (existence de robinet ou de puits, de chasse eau et de poubelles) ;
- Système d'éclairage et de communication (existence de téléphone, fax, Internet, éclairage par un réseau publique, un groupe électrogène ou des panneaux solaires).

6. 1. 2. Sur les procédures de l'accouchement :

Les variables étudiées sont en rapport avec les gestes techniques suivants :

- Identification des parturientes ;
- Identification de la personne qui a pris en charge les parturientes ;
- Accueil ;
- L'interrogatoire ;
- L'examen général ;
- L'examen obstétrical ;
- la demande des examens complémentaires :Echographie, groupage sanguin/ rhésus, taux d'hémoglobine ; la numération formule sanguine, la glycémie, la goutte épaisse.
- Les renseignements sur les consultations prénatales ;
- Le déroulement de l'accouchement ;
- L'hygiène de la parturiente ;
- Les facteurs de risque ;
- Les consultations après l'accouchement;
- La planification familiale.

6. 1. 3. Sur l'opinion des parturientes :

Ce sont les informations reçues par les parturientes à la suite d'un accouchement par rapport aux prestataires et leur prestation.

Les paramètres étudiés ont été :

Le critère de choix ayant motivé la parturiente à fréquenter le centre de santé :

La nature de l'accueil ;

La satisfaction des parturientes sur l'état des locaux ;

La prescription des examens complémentaires et des médicaments.

7. La procédure de l'accouchement :

Le déroulement de l'étude a été le suivant :

- Les observations ont été faites dans la plus grande discrétion possible et en restant totalement passive. Les fiches d'enquête utilisées ont permis de répondre rapidement aux questions.
- L'opinion des parturientes a été demandé sur les soins après l'accouchement.

8. Plan d'analyse des données :

Les données ont été saisies sur le logiciel Word et analysées sur le logiciel SPSS.10.0.

9. Niveau de la qualité de la structure :

Les exigences et attentes pour effectuer un service de qualité dans la structure sanitaire ont été définies dans le référentiel pour l'analyse de la qualité des soins en milieu urbain. Ces références ont été en rapport avec :

- Les normes architecturales :
 - Le matériel de construction ;
 - L'état de la salle;
 - Le système de protection (contre la poussière) et la clôture.
- Le dispositif en place pour l'accueil :
 - Existence d'un service d'accueil ou d'un bureau des entrées ;
 - Présence et qualification du personnel d'accueil ;
 - Existence de pancarte pour l'orientation dans le centre.
- La structure et l'équipement l'unité d'accouchement :
 - Equipement ;
 - Personnel ;
 - Formation du personnel ;
 - Faisabilité du bilan de CPN.
- La structure et l'équipement de l'unité de consultation prénatale :
 - Structure de la salle ;
 - Matériel technique ;
- L'existence de la fonctionnalité du laboratoire :
 - Equipement ;
 - Personnel ;
 - Formation du personnel ;

- Faisabilité du bilan de CPN.
- Le dépôt de médicament :
 - Normes architecturales ;
 - Equipement ;
 - Mode d'approvisionnement ;
 - Formation du personnel.
- Etat des toilettes :
 - Normes architecturales ;
 - Equipement ;
 - Propreté.
- Le système d'approvisionnement en eau et d'élimination des déchets :
 - Robinet ou puits ;
 - Poubelles ;
 - Incinérateur.
- Le système d'éclairage et la communication :
 - Téléphone (fixe et mobile), fax, Internet ;
 - Réseau public, groupe électrogène.

10. Système de classement :

Une cotation (0 ; 1) a été faite pour les critères identifiés. Chaque référence composée de critères a été aussi cotée de 0 à 4. la somme des scores réalisés appliqués à l'échelle d'évaluation pour un centre donné a permis d'évaluer le niveau de qualité de la structure. Le maximum de score que l'on peut enregistrer pour les treize références est de 50.

L'échelle d'évaluation se présente comme suit :

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

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

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

Une première échelle ou les soins sont dits :

- De bonne qualité : si toutes les variables discriminatoires sont réalisées
- De moins bonnes qualités : si une au moins des variables discriminatoires n'est pas réalisées.

Une deuxième échelle ou les soins ont été classés en quatre niveaux de qualité :

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

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

C'est ainsi qu'elle a permis de déterminer pour le centre de la promotion de parturientes recevant des soins de bonne et d'assez bonne qualité (Q4 et Q3) et d'avoir un classement par niveau du dit centre.

Les critères de ce classement ont été :

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

11. L'étude analytique :

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

Ainsi nous avons retenu les rubriques suivantes :

Au niveau de l'accueil :

- Q5 - Souhaiter la bienvenue ?
 - Q6- Se présenter à vous ?
 - Q7- Demander votre nom ?
 - Q8 - Aider à s'installer sur la table d'accouchement ?
 - Q9- Etat de la salle ?
- Score maximum attendu = 5
Score minimum attendu = 0

Au niveau de l'examen général :

- Q19 Q20- Mesure de la TA (cmhg),
 - Q21- Auscultation cardio-pulmonaire,
 - Q22- La température,
 - Q23- Recherche des œdèmes,
 - Q24-. Examen des conjonctives,
- Score maximum attendu =5
Score minimum attendu = 0

Au niveau de l'examen obstétrical :

- Q25-Mesure de la hauteur utérine,
 - Q26-Palpation abdominale à la recherche d'un pôle fœtal,
 - Q27-Appréciation du rythme des contractions utérines,
 - Q28-Auscultation des BCF,
 - Q29-Appréciation de la dilatation du col,
 - Q30-Note les renseignements de l'examen dans le partogramme
- Score maximum attendu = 6
Score maximum attendu = 0

Relations humaines :

- Q31- Pendant ou au décours de l'examen était-il expliquée l'évolution du travail,
 - Q32- Explique le déroulement de l'accouchement,
- Score maximum = 2
Score maximum = 0

Au niveau de l'hygiène :

- Q50- Le praticien s'est-il lavé les mains avant et après chaque examen?

Q51- Les agents Changent-il de blouses ?

Q52- Le praticien a-t-il utilisé des gants ?

Q53- Laver les matériels au savon ?

Q54- Mettre les matériels dans la solution de décontamination ?

Q55- Un tissu était déposé sur la table d'accouchement ?

Score maximum attendu = 6

Score maximum attendu = 0.

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

Q61 - L'accouchement a été fait à l'abri l'indiscret non justifiés ?

Q64- Y avait-il des rentrées et des sorties non justifiées ?

Score maximum attendu = 2

Score minimum attendu = 0

V. RESULTATS

1. Qualité des structures :

1.1 Etude descriptive et analytique de la structure:

Tableau I : Niveau de la qualité des structures au CSREF CIV.

Références	Niveau de la qualité				Score	Observations
	A	B	C	D		
1. Normes architecturales	+				4	Protection contre la poussière et les moustiques satisfaisants.
2. Dispositif d'accueil et d'orientation	+				4	Présent
3. Structure/équipement unité d'accouchement	+				4	Matériels techniques de qualité satisfaisante (ciseaux, pinces, etc... ^o).
4. Equipement salle		+			3	3 bancs en fer sous un hangar exposé au vent et à la poussière.
5. Unité de consultation gynécologique	+				4	Matériel complet; box de consultation constitué de 2 salles; salle de garde d'assez bonne qualité.
6. Unité d'hospitalisation suite de couche	+				4	5 lits pour 1salle de propreté d'aération et de ventilation suffisantes.
7. Dépôts médicaments. Normes architecturales/coût médicaments	+				4	Bien protégé contre la poussière; IB appliquée.
8. Laboratoire/fonctionnalité	+				4	Fonctionnel pour tous les examens complémentaires au cours de la grossesse.
9. Etat des toilettes	+				4	Intimité respectée, propreté insuffisante.
10. Bloc opératoire	+				4	Service de réanimation peu adéquat.
11. Système d'approvisionnement en eau et d'élimination des déchets.		+			3	Incinérateur en panne.
12. Unité d'hospitalisation du bloc	+				4	24lits pour 7salles dont 2 VIP; propres, ventilation, climatisation (VIP) et protection anti palustre présentes.
13. Système d'éclairage et de communication	+				4	Groupe électrogène en panne; existence de téléphone dans tous bureaux mais juste pour la recevoir.
Total					50/52 =0,9615 ; 96,15%	

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

+= désigne le niveau de qualité coché.

Score maximal (SC.Max)=52

Niveau de la qualité:

Niveau 4: 95-100%SC.MAX soit 48 à 52

Niveau 3: 75-94%SC.MAX soit 40 à 47,99

Niveau 2: 50-74%SC.MAX soit 30 à 39,99

Niveau 1: moins de 50%SC.MAX soit moins de 30.

Le centre est de niveau IV.

2. Caractéristiques socio-démographiques des parturientes :

Tableau II : Répartition des parturientes selon l'âge.

Age	Effectif	Pourcentage
≤18	2	0,1
19- 30	836	82
31- 35	175	17,2
>35	7	0,7
Total	1020	100

L'âge moyen était de 25,5 ans avec des ages extrêmes allant de 14 ans à 45 ans. 0,1% avaient moins de 19 ans et 0,7% avaient un âge > 41 ans. 99,2% des parturientes avaient entre 19 et 35 ans

Tableau III : Répartition de la population selon la profession.

Profession	Effectif	Pourcentage
Femme au foyer	726	71,2
Élève / étudiante	101	9,9
Vendeuse/Commerçante	104	10,2
Fonctionnaire	57	5,6
Autre	32	3,1
Total	1020	100

*Autres : teinturière, coiffeuse, couturière avaient (3,1)

Tableau IV : Répartition de la population selon le niveau de scolarisation.

Niveau scolaire	Effectif	Pourcentage
Non scolarisé	629	61,7
Primaire	204	20,0
Secondaire	167	16,4
Supérieure	9	0,9
Coranique	11	1,1
Total	1020	100

Tableau V : Répartition de la population selon l'état matrimonial.

Etat matrimonial	Effectif	Pourcentage
Célibataire	125	12,3
Mariée	889	87,2
Divorcée	2	0,2
Veuve	4	0,4
Total	1020	100

Tableau VI : Répartition de la population selon la résidence actuelle.

Résidence actuelle	Effectif	Pourcentage
Bamako	985	96,5
Ville de l'intérieur	19	1,9
Village	16	1,6
Total	1020	100

Tableau VII : Répartition des accouchées selon les facteurs de risque.

Facteur de risque	Effectif	Pourcentage
Grande Multipare	150	14,7
Multipare	234	22,9
Primipare agée	29	2,9
Dernier accouchement dystocique	69	6,8
ATCD de mort-né	84	8,2
ATCD d'avortement	127	12,5

Tableau VIII : Répartition de la population selon les antécédents médicaux.

Pathologie médicale	Effectif	Pourcentage
L'hypertension artérielle	19	1,9
Asthme	10	1,0
Drépanocytose	10	1,0
VIH	9	0,9
La tuberculose	3	0,3
Diabète	2	0,2

Tableau IX_: Répartition de la population selon les antécédents chirurgicaux.

Ancétédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Césarienne	62	6,1
Laparotomie	11	1,1
Myomectomie	1	0,1

Nous avons noté 0,8% (8) de grossesse extra utérine (GEU) et 0,3% (3) de rupture utérine dans ces antécédents.

Tableau X : Répartition de la population selon la gestité.

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigeste	315	30,9
Paucigeste	433	42,5
Multigeste	149	14,6
Grande multigeste	123	12,1
Total	1020	100

Tableau XI : Répartition de la population selon la parité.

Parité	Effectif	Pourcentage
Primipare	278	27,2
Paucipare	411	40,3
Multipare	212	20,8
Grande Multipare	116	11,4
Nullipare	3	0,3
Total	1020	100

Tableau XII : Répartition de la population selon le nombre de CPN effectué.

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
0	187	18,3
1-3	489	47,9
≥4	344	33,7
Total	1020	100

3. Etude des procédures :

3.1. Etude descriptive :

3.1.1 Données de l'accouchement :

Tableau XIII : Répartition de la population selon le qualification de l'agent de santé.

Qualification	Effectif	Pourcentage
Médecin	110	10,8
Sage femme	835	81,9
Infir. Obstétricienne	72	7,1
Stagiaires des écoles de santé	3	0,3
Total	1020	100

Tableau XIV : Répartition de la population selon le critère de choix de la maternité.

Choix du centre	Effectif	Pourcentage
Proche de mon domicile	970	95
Compétence du personnel	989	96,9
Tarif peu élevé	550	53,9
une connaissance	882	86,4
Personnel accueillant	996	97,6
Sur conseil	902	88,4
“Je suis sa protégée”	403	39,5

Tableau XV : Répartition des parturientes selon la raison du choix d'accoucher en maternité.

Raison du choix	Effectif	Pourcentage
Les complications de l'accouchement à domicile	120	11,7
Sécurité de l'accouchement en maternité	60	5,8
Par exigence de la famille	86	8,4
J'ai été référée/évacuée	754	73,9

Tableau XVI : Répartition des parturientes selon l'accueil.

Conditions de l'accueil	Effectif	Pourcentage
Souhaiter la bienvenue	1020	100
Se présenter	317	31,1
Demander le nom	1020	100
Aider à s'installer sur la table	945	92,6

Tableau XVII : Répartition de la population selon l'opinion des accouchées sur l'état de la salle d'accouchement.

Etat de la salle d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Propre	899	88,1
Satisfaisante	87	8,5
Sale	12	1,2
Désordonnée	7	0,7
Mauvaise odeur	15	1,5
Total	1020	100

88,1% des parturientes ont trouvé la salle d'accouchement propre. Le centre est de niveau III.

Tableau XVIII : Répartition de la population selon la réalisation des variables techniques de l'interrogatoire.

Variable technique	Effectif	Pourcentage
Début des contractions utérines douloureuses	1020	100
Fréquence de la douleur	1009	98,9
Mouvements foetaux	989	96,9
Perte liquidienne	1020	100
Ecoulement sanguin vaginal	995	97,5
Possession du carnet de CPN	1020	100
Appréciation de l'information du carnet	1020	100

Tableau XIX : Répartition de la population selon les mesures d'hygiène.

Mesures d'hygiène	Effectif	Pourcentage
Se lavaient-ils les mains?	1020	100
Changèrent-ils de blouses quand elles sont sales?	55	55,4
Portaient-ils les Gants?	1020	100
Matériel lavé au savon ?	1020	100
Matériel trempé dans une solution de décontamination ?	1020	100
Un tissu était déposé sur la table d'accouchement ?	1020	100

La variable "le changement de blouse au moment de l'accouchement était" passable tandis que les autres gestes étaient de meilleure qualité soit 100% des gestes de la dimension ont été réalisés.

Tableau XX : Répartition de la population selon la réalisation des gestes de l'examen général.

Examen général	Effectif	Pourcentage
La tension artérielle mesurée?	962	94,3
Pouls évalué?	898	88
Température évaluée	896	87,8
Auscultation cardio-pulmonaire	602	59
L'œdème des membres inférieurs recherché?	977	95,8
Conjonctives été examinées ?	958	93,9

Les gestes techniques de l'examen général étaient d'assez bonne qualité soit au moins 86,5% de la dimension. Le centre était de niveau III.

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

Examen obstétrical	Effectif	Pourcentage
Hauteur utérine mesurée	984	96,5
Pôle foetal défini?	993	97,4
Rythme des CU déterminée ?	986	96,7
BCF recherché?	986	96,7
Dilatation du col apprécié?	995	97,5
Partographe établi ?	999	97,9

L'examen obstétrical était de bonne qualité, car plus de 95% des gestes étaient réalisés.

Tableau XXII_: Répartition de la population selon les examens complémentaires demandés.

Examen complémentaire	Effectif	Pourcentage
L'échographie obstétricale	5	0,5
Groupage/Rhésus	107	10,5
Taux d'hémoglobine	13	1,3
Bandelette urinaire	33	3,2

Le groupage et Rhésus était l'examen complémentaire le plus demandé soit 10,5%.

Tableau XXIII : Répartition de la population selon le traitement institué.

Thérapie en cours	Effectif	Pourcentage
Antispasmodique	684	67,1
Ocytocique en perfusion	198	19,4
Ocytocique en bolus	69	6,8
Une transfusion sanguine	1	0,1
Autres	120	11,6

+Autres : Un anti hypertenseur, un antibiotique.

Tableau XXIV : Répartition des parturientes selon le type d'accouchement.

Type	Effectif	Pourcentage
Normale	938	92,0
Césarienne	69	6,8
Par forceps	13	1,3
Total	1020	100

Tableau XXV : Répartition des parturientes selon la réalisation des gestes du respect physique et psychique.

Interaction parturiente soignante	Effectif	Pourcentage
Les attitudes étaient-elles normales?		
- Oui	990	97
- Non	130	3
Ont crié sur moi	70	6,9
M'ont encouragé et ont été compréhensives	986	96,6
M'ont tranquilisé	976	95,6

Tableau XXVI : Répartition de la population selon le type de la délivrance.

Type de délivrance	Effectif	Pourcentage
Active	972	95,3
Artificielle	47	4,7
Total	1020	100

Nous avons noté 5 cas de révision utérine pour rétention des débris Placentaires (0,5%).

Tableau XXVII : Répartition de la population selon le lieu de l'accouchement.

Lieu de l'accouchement	Effectif	Pourcentage
Sur la table d'accouchement	999	97,9
Sur le sol	21	21
Total	1020	100

L'accouchement sur la table était le plus représenté (97,9%).

Tableau XXVIII : Répartition de la population selon la relation inter

Personnelle.

Relation soignante soignée	Effectif	Pourcentage
Les informations sur le déroulement de l'accouchement	1020	100
Les explications sur l'évolution du travail	1020	100

La relation soignante soignée était de meilleure qualité soit 100%, le centre est de niveau IV.

Tableau XXIX : Répartition des parturientes selon le respect de l'intimité dans la salle d'accouchement.

Intimité	Effectif	Pourcentage
Des rentrées et des sorties non justifiées	87	8,5
L'examen à abri des regards	985	96,6
Plusieurs personnes ont-elle fait des TV ?	301	29,5

Les autres gestes étaient d'assez bonne qualité.

Tableau XXX : Répartition de la population selon les soins du nouveau né.

Soins du nouveau né	Effectif	Pourcentage
Nouveau-né vus sur votre ventre	970	95,1
Nouveau-né recueilli dans un linge propre	989	97
Nouveau-né Proprement lavé et réchauffé	983	96,4
Nné mis au sein	982	96,2

Dans la majorité des cas, les gestes de soins du nouveau né soient 95 à 100% Sont de bonne qualité. Le centre est de niveau IV pour ces gestes.

Tableau XXXI : Répartition de la population selon la personne ayant pratiquée le massage de l'utérus.

Massage uterin	Effectif	Pourcentage
par l'agent de santé	732	71,7
Par moi même	120	11,8
Par l'agent puis moi-même	168	16,5
Total	1020	100

Tableau XXXII : Répartition de la population selon la surveillance du post partum Immédiat.

Surveillance du post partum	Effectif	Pourcentage
Le pouls et la tension artérielle ?	666	65,3
La temperature?	577	56,6
L'hémorragie (globe de sécurité) ?	1020	100
L'état de conscience ?	1020	100

Les gestes comme l'appréciation du pouls, le contrôle de TA, et la température ont été de moyenne qualité soit entre 50 % et 74,99 % (Q2) tandis que les autres gestes étaient de meilleure qualité soit 100 % des gestes de la dimension.

3-2 Etude analytique :

3-2-1 Qualité de la dimension humaine de l'accouchement

Tableau XXXIII : Répartition de la population selon la qualité de l'accueil

Qualité de l'accueil	Effectif	Pourcentage
Passable	65	6,3
Bonne	845	82,7
Très Bonne	110	11
Total	1020	100

L'accueil a été bon dans 82,7% donc l'accueil est de niveau III.

Tableau XXXIV : Répartition de la population selon la qualité de l'examen général.

Qualité de l'examen général	Effectif	Pourcentage
Passable	610	59,8
Bonne	410	40,2
Total	1020	100

L'examen général a été bon dans 40,2 %des cas. Le centre est de niveau II pour la qualité de l'examen général.

Tableau XXXV : Répartition de la population selon la qualité de l'examen obstétrical.

Qualité de l'examen obstétrical	Effectif	Pourcentage
Passable	391	38,3
Bonne	629	61,7
Total	1020	100

L'examen obstétrical a été bon dans 61,7%. Le centre est de niveau III pour la qualité de l'examen obstétrical.

Tableau XXXVI : Répartition des parturientes selon la qualité des conseils donnés par les prestataires.

Qualité des conseils	Effectif	Pourcentage
Mauvaise	22	2,2
Passable	28	2,7
Très bonne	970	95,1
Total	1020	100

La qualité des conseils a été très bonne dans 95,1%, donc le centre est de niveau IV.

Tableau XXXVII : Répartition de la population selon l'appréciation de la qualité de l'hygiène par les accouchées.

Qualité de l'hygiène	Effectif	Pourcentage
Mauvaise	20	2
Passable	13	1,3
Bonne	987	96,7
Total	1020	100

L'hygiène a été bonne dans 96,7 % des cas, donc le centre est de niveau IV.

Tableau XXXVIII : Répartition des parturientes selon la qualité du respect physique et psychique.

Qualité du respect physique et psychique du malade	Effectif	Pourcentage
Passable	60	5,8
Bonne	876	85,8
Très bonne	84	8,4
Total	1020	100

Dans 85,8% des cas le respect physique et psychique a été bonne donc le centre est du niveau III.

Tableau XXXIX : Répartition de la population selon la qualité du respect de l'intimité et de la confidentialité.

Qualité du respect de l'intimité et de la confidentialité	Effectif	Pourcentage
Mauvaise	42	4,1
Passable	102	10
Très bonne	876	85,9
Total	1020	100

Dans 85,9% des cas l'intimité et de la confidentialité a été très bonne; donc le centre est de niveau III.

Tableau XXXX : Répartition de la population selon la qualité de la relation inter personnel.

Qualité de la relation humaine	Effectif	Pourcentage
Passable	51	5
Très bonne	969	95
Total	1020	100

La relation humaine dans le centre de référence de la commune IV a été de très bonne qualité dans la majorité des cas 95%.

Tableau XXXXI : Répartition de la population selon la qualité de la surveillance du post partum immédiat.

Qualité de la surveillance du post partum	Effectif	Pourcentage
Passable	661	64,8
Bonne	359	35,2
Total	1020	100

La qualité de la surveillance du post partum immédiat a été passable dans 64,8% ; de ce fait le centre est de niveau II.

Tableau XXXXII : Répartition des parturientes selon la qualité du suivi dans le post natal.

Qualité du suivi dans le post partum	Effectif	Pourcentage
Bonne	2	0,2
Très bonne	1018	99,8
Total	1020	100

La surveillance du post partum a été de très bonne qualité dans la majorité des cas 99,8%. Le centre est de niveau IV.

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Méthodologie :

Notre étude a été faite selon le modèle d'Adevis DONABEDIAN.

L'enquête a porté sur 1020 parturientes ayant fréquenté l'unité d'accouchement du C.S.Réf de la commune IV.

Au cours de notre étude nous avons rencontré des difficultés de plusieurs ordres: la majorité des parturientes étaient analphabètes; certaines d'entre elles comprenaient difficilement nos explications. Nous avons eu souvent du mal à appliquer le protocole de notre questionnaire.

Pour ce qui concerne la discussion des résultats, nous avons trouvé principalement des études faites au Mali.

2. Qualité des structures :

Dans ce domaine nous avons hiérarchisé la qualité des locaux par les niveaux de qualité qui sont au nombre de 4: A, B, C, D (Voire tableau I).

Cette hiérarchisation a été faite selon la référence (voire tableau I) à laquelle un score a été attribué. Une observation a été faite pour chaque référence.

Ainsi pour la norme architecturale le niveau de qualité des structures au centre de santé de référence de la commune IV a été scoré 4, c'est-à-dire qu'il y avait une protection satisfaisante contre la poussière et les moustiques, mais en 2005 Diarra M. [13] avait donné au centre de santé de référence de la commune V le score 3.

Nous avons noté une bonne disponibilité du personnel. L'équipement de la salle d'attente en bancs était insuffisant et il n'y avait pas suffisamment de protection contre les intempéries.

Le dépôt de médicament était bien protégé et avec une application de « l'initiative de Bamako », ce qui donnait au centre le score 4 tandis que Diarra M. [13] avaient un score inférieur pour le centre de santé de référence de la commune V.

Le laboratoire était fonctionnel pour les examens complémentaires conférant au centre le score 4; par contre chez Diarra M. [13] le laboratoire était fonctionnel seulement pour les examens les plus courants, il avait trouvé un score 3.

Le système d'approvisionnement en eau potable était satisfaisant, tandis que le système d'élimination des déchets posait souvent des problèmes car l'incinérateur était en panne, d'où l'attribution du score 3. Ce résultat est supérieur à ce de Diarra M. [13], qui avait eu le score 2.

A l'analyse de la qualité de notre structure, le C.S.Réf. de la commune IV a été classé niveau IV car le score total a été de $50/52=0,961$ soit 96,1 % ce qui correspondait au niveau IV. Donc le centre est de très bonne qualité dans ce domaine tandis que Diarra M. [13] avait trouvé en 2005 que le centre de santé de référence de la commune V était de niveau 3.

3. Caractéristiques sociodémographiques :

Dans notre étude la tranche d'âge 21 à 30 ans a été la plus représentée avec un taux de 47,2%. L'âge moyen a été de 25,5 ans avec des âges extrêmes de 14 et 45 ans. 0,1% des parturientes avaient moins de 19 ans et 0,7% avaient un âge supérieur à 41 ans, alors que chez Diarra M. [13] 6% des parturientes avaient moins de 15 ans et 6% avaient un âge supérieur ou égal à 40 ans. Des études ont montré que ces deux couches sont les plus touchées par la mortalité maternelle et périnatale.

La majorité de nos parturientes étaient non scolarisées (61,7%). Ce taux est supérieur à celui de Diarra M. [13] qui avait trouvé 60% de parturientes non scolarisées mais inférieur à celui de Kassambara M. [23] en commune VI du district de Bamako en 1989 (68,7%) des cas. Une enquête mondiale sur la fécondité a permis de constater que la fécondité était inversement proportionnelle au niveau d'instruction des femmes. Les femmes sans instruction ont en moyenne 2 fois plus d'enfants que celles qui ont eu 7 années ou plus de scolarité [32].

Quarante deux virgule cinq pour cent (42,5%) de nos parturientes étaient à leur deuxième grossesse et 40,3% avaient déjà fait au moins un accouchement.

L'exploration de la situation socio-économique de la parturiente permet de connaître son statut social (indigentes, revenus satisfaisants ou pas). Au cours de notre enquête nous avons recensé 87,2% de parturientes mariées et

que Diarra M. [13] qui avait trouvé de 93,5% des parturientes mariées. Cela peu favorable au bon déroulement de l'accouchement.

Les femmes au foyer ont été les plus nombreuses (71,2%) tandis que les fonctionnaires ne constituaient que 5,6%. Cela s'expliquerait par le fait que les non scolarisées étaient les plus représentées. Ce taux est de 60% chez Diarra M. [13] et nettement important chez Kassambara M. [23] qui a en obtenu 68,7%.

4. Etude des procédures :

4.1. Etude descriptive:

4.1.1. Données de la qualité de la dimension humaine de l'accouchement:

Dans notre étude la majorité de nos accouchements ont été faits par les sages femmes (81,9%) contre 10,8% par des médecins et seulement 0,3% par les stagiaires des écoles de santé. Les accouchements en majorité ont été faits par le personnel qualifié et cela à un impact favorable sur la qualité de l'accouchement, tendances notée chez Diarra M. [13] avec respectivement 86%; 10% et 3% des cas.

Coulibaly M. [11] en 2001 avait trouvé que la prise en charge des parturientes se faisaient le plus souvent par les matrones dans les différents centres : 73,4% en commune V et 51,7% en commune VI ce qui explique que certains gestes obstétricaux étaient peu pratiqués.

Selon nos observations au cours de l'enquête l'accueil a été satisfaisant dans 80,9% de cas, et le personnel avait une bonne conduite envers les parturientes dans 93,1%. Ceci permet de diminuer le taux d'abandon. Ce résultat rejoint celui de l'opinion des femmes quant aux critères évoqués pour le choix du centre où le bon accueil a été le motif le plus évoqué (97,6%).

Coulibaly M. en 2001[11] avait trouvé dans les 2 communes (V et VI) un accueil à 77,8% en commune V et 76,2% en commune VI.

Selon l'étude faite par Kassambara M. [23] en commune VI du District de Bamako en 1989, l'accueil des parturientes était mauvais dans 61%.

Boiré M. [8] avait rapporté à l'hôpital Gabriel Touré en 2000 un accueil satisfaisant dans 97,90%.

Quant à Yaro K. [38] elle avait trouvé un accueil de qualité médiocre dans 91% en commune VI du District de Bamako en 1997.

Les parturientes sont aidées à monter sur la table d'accouchement dans 92,6% des cas, alors que Coulibaly M. [11] en 2001 avait trouvé 18,8% des cas dans les 2 communes (V et VI).

Les parturientes affirment avoir été évacuées/référées à partir des C.S.COM dans 73,9% des cas. Il ne s'agit pas alors d'un choix qu'elles ont faites.

Diarra M. avait trouvé 66% en commune V.

Elles reçoivent des explications sur le déroulement de l'accouchement et l'évolution du travail dans 100% des cas chacun.

Les accouchements se faisaient toujours à l'abri des regards (96,6%); cela se justifiait et à l'observation et auprès de l'opinion des gestantes. Mais les entrées et sorties non justifiées étaient observées dans 8,5% des cas mettant en cause la qualité des accouchements.

4.1.2 Données du déroulement de l'accouchement

L'interrogatoire était de meilleure qualité 96,9% à 100% des cas, donc de niveau élevé (Q4).

Le début du travail se manifeste par un ensemble de signes. L'interrogatoire doit être bien mené afin de pouvoir le reconnaître. Par ailleurs, la recherche d'un écoulement sanguin vaginal était fréquemment réalisée dans 97,5% des cas.

L'examen du carnet doit être systématique pour permettre de connaître les antécédents des parturientes et de dépister les accouchements à risque, ceci était fait dans 100% en commune IV alors que Coulibaly M. [11] en 2001 avait trouvé 91% en commune V et 75,2% en commune VI, contrairement à Yaro K. [38] qui avait trouvé 55%.

L'examen général était d'assez bonne qualité soit 86,5% des dimensions ont été réalisés.

Contrairement au résultat de Diarra M.[13] en commune V, Coulibaly M.[11] en commune VI et en commune V qui ont trouvé l'examen général de faible qualité dont certains gestes tel que l'auscultation cardio-pulmonaire n'était faite que respectivement 24% ; 4,7% ; 0%.

L'examen obstétrical était de bonne qualité, car au moins de 95% des gestes étaient réalisés.

Lorsque nous comparons ces résultats à ceux de Yaro K. [38] travers lesquels le suivi des bruits du cœur était fait dans 2% et la mesure de la hauteur utérine dans 0,4%.

Les mesures d'hygiène ont été observées dans la majorité des cas bien que certains praticiens ne changeaient pas de blouses lorsque celles ci étaient sales.

Les antispasmodiques ont été les médicaments les plus utilisées dans 67,1% des cas.

Des cas d'utilisation d'ocytocique en perfusion ont été décelés dans 19,4% des cas. Ils sont souvent utilisés pour accélérer le travail en ne tenant compte d'aucune contre indication.

Cette utilisation doit être limitée aux cas spécifiques car pouvant être sources de graves complications materno fœtales (souffrance fœtale, rupture utérine etc....).

Ainsi l'étude faite par Coulibaly M. [11] en 2001 a démontré que neuf (9) cas d'utilisation d'ocytocique de façon systématique sans respect des indications et contre indications a observé 5% de rupture utérine.

Une étude menée en 1998 au centre de santé de référence de la commune V Bamba M. [4] avait montré que l'utilisation du partogramme avait permis :

- une réduction du taux de la mortalité néonatale de 21 à 19,6‰,
- une réduction de la mortalité de 33 à 17, 3‰,
- une réduction du taux de décès maternel de 206,6 à 131‰.

Une étude faite au Rwanda avait montré que l'introduction du partogramme a entraîné :

- La diminution continue et significative de la souffrance fœtale de 74 à 64‰ en 1991 et à 41‰ en 1992.
- La diminution continue des ruptures utérines de 9‰ en 1990 à 6‰ en 1991 et 0,8‰ en 1992.

Cette même étude a également confirmé que le partogramme est un outil efficace pour la surveillance de l'accouchement et qu'il peut contribuer à la diminution de la mortalité périnatale et maternelle [5].

L'accouchement normal était l'accouchement le plus fréquent soit 92% des cas. Diarra M. [13] avait trouvé en commune V 60% des cas.

97,9% des accouchements ont été fait sur la table d'accouchement.

La surveillance du post partum immédiat était de moyenne qualité entre 50% et 74,99% (Q2) pour certains gestes comme le pouls, la TA, et la température tandis que les autres sont de meilleure qualité 100% des cas. Ces résultats sont supérieurs à ceux de Diarra M. [13] dont ces gestes sont de faibles qualités soient 15% (Q1).

Les gestes de suivi de la mère et du fœtus étaient de bonne qualité soit 95,3 à 100% des gestes de la dimension ont été réalisés.

4.2. Etude analytique:

Le respect physique et psychique a été bon dans 85,8% et confère au centre de niveau III. Diarra M. [13] avait trouvé le C.S.Réf. commune V de niveau IV dans ce domaine.

Le respect de l'intimité et de la confidentialité a été observé dans 85,9% des cas ; donc le centre est de niveau III.

A l'observation nous avons constaté que la relation humaine était très bonne dans 95% des cas donc le centre était de niveau IV.

Par ailleurs nous avons constaté que le centre était de niveau II sur le plan de l'examen général (bon dans 40,2%). Les mesures d'hygiène au cours de l'accouchement étaient bonnes dans 96,7%, donc le centre est de niveau IV pour ces gestes, cela se justifie à l'observation. La qualité des conseils donnés aux femmes était très bonne dans (95,1%), le centre est classé niveau IV pour ce volet.

L'accueil a été bon dans 82,7%; donc le centre est classé niveau III. Ce résultat est inférieur à celui de Diarra M. [13] soit 97,8%, qui avait classé le C.S.Réf. commune V niveau IV.

Selon l'étude fait par Kassambara M. [23] en commune V du district de Bamako

En 1989, l'accueil des parturientes était de mauvaise qualité dans 69%.

VII. CONCLUSION

Notre étude faite dans le Centre de Santé de Référence de la commune IV du district de Bamako du 1^{er}Décembre 2007 au 31 Mai 2008 a permis une analyse de la structure, une observation des accouchements et l'opinion des parturientes concernant la qualité des soins reçus.

1. Evaluation des structures :

L'analyse du niveau de qualité de la structure montre que le Centre de Santé de Référence de la commune IV est de niveau IV où les références sont satisfaisantes (73,9%). Souvent nous avons noté certaines limites telles que la salle de réanimation non équipée, les salles d'hospitalisation insuffisantes, l'incinérateur non fonctionnel, le groupe électrogène en panne.

2. Evaluation des procédures :

La majorité des accouchements a été faite par un personnel qualifié notamment les sages femmes.

Au cours de l'examen général certains paramètres tels que l'auscultation cardiaque et pulmonaire étaient mal explorés conférant au Centre le niveau II.

L'analyse discriminatoire des différentes variables de l'accouchement révèle que le C.S.Réf est de niveau III (82,7%) pour l'accueil ; de niveau III (85,9%) pour le respect de l'intimité et de la confidentialité et de niveau IV (95%, 99,8%) pour la relation humaine et la suivie du post partum.

Par ailleurs il n'y avait pas de collaboration étroite entre les sages femmes et le médecin gynécologue obstétricien pour la prise en charge des parturientes présentant des facteurs de risque.

L'opinion des parturientes sur les prestations reçues révèle quelques cas de perturbation dans l'ordre de passage des parturientes due au « système de protégé » (39,5%) des sages femmes.

Au total, le C.S.Réf de la commune IV a été classé niveau IV pour l'étude de la structure; par contre niveau III pour l'étude des procédures.

Il ressort de cette étude que l'évaluation de la qualité des services est une nécessité absolue pour l'amélioration des prestations dans les centres de soins intégrés en santé de la reproduction.

VIII. RECOMMANDATIONS

1. Aux personnels de santé : Il faut

- Eviter le « système de protégée » en assurant le bon déroulement de l'accouchement de toutes les parturientes.
- Respecter rigoureusement les règles d'hygiène lors du déroulement de l'accouchement.
- Respecter les mesures d'hygiène en changeant des blouses quand celles-ci sont sales.
- Rechercher systématiquement les signes cliniques de l'anémie (appréciation des conjonctives).
- Evaluer correctement l'état général (évaluation de la température, la tension artérielle, les oedème des membres inférieurs) chez toutes les parturientes.
- Faire un examen obstétrical correctement chez toutes les parturientes : prendre la HU, évaluer les pôles fœtales, les CU, les BCF et la dilatation du col chez toutes les parturientes.
- Utiliser systématiquement le partographe chez toutes les parturientes
- Faire systématiquement le Groupage/Rhésus et le taux d'hémoglobine chez toutes les parturientes.
- Respecter l'état psychique des patientes (ne pas crier sur les parturientes) et leur intimité.
- Faire correctement les éléments de la surveillance et le timing au cour de l'accouchement et dans le post partum.
- Améliorer les séances (CCC) en insistant sur la préparation à l'accouchement; le planning familial et la préparation à l'allaitement.
- Assurer une collaboration étroite entre les sages femmes et les médecins pour le bon déroulement de l'accouchement.

2. Aux autorités sanitaires et politiques :

- Doter le Centre d'un réseau de groupe électrogène et d'un bon incinérateur pour une élimination efficace des déchets biomédicaux.

3. Aux parturientes :

- Suivre les conseils donnés par les personnels de santé.
- Fréquenter les services de santé pour les accouchements.
- Respecter le système de référence pour le choix du centre.

IX. REFERENCES

1. Ahmed S. M. O

Evaluation de la qualité de l'accouchement au centre de santé communautaire ASACODOU de Doumanzana en commune II du district de Bamako.

Thèse médecine Bamako 2005 N° 202

2. Audebert A

Le taux de césarienne : indicateur de qualité

Deuxième journées d'obstétrique du collège de gynécologie de Bordeaux et du Sud-Ouest, Novembre 1995

3. Anonyme:

Politique des normes et procédures pour la surveillance périnatale. Ministère de la santé et des affaires sociales de la république du Mali; 2005.

4. Bamba M

Etude antenatale des paramètres du partogramme dans le centre de santé de référence de la commune V à propos de 3 872 cas 98 –M-52 thèse médecine, Bamako, 1998.34pages

5. Batungwanayo C., Dujardin B., Questiaux G., Dusabebariyab B.

Résultats de l'introduction du partogramme à l'hôpital de KABGAYE (RWANDA). Médecine d'Afrique noire 1995 N° 12 P : 628-635.

6. Bayo A I

Les ruptures utérines à propos de 58 cas recensés à l'hôpital Gabriel TOURE. Thèse médecine. Bamako 1991-91-M-4.

7. Breatrice J.

Expérience de la maternité

Thèse de doctorat en sociologie. Paris, 1994.

8. Boiré M

Evaluation de la qualité des soins dans certains services médicaux, Medico-technique et pharmaceutique de l'hôpital Gabriel TOURE. Thèse médecine. Bamako 2000; N°79.

9. Cellule de planification et de statistique :

Plan de formation et de perfectionnement du personnel socio-sanitaire Bamako (Koulouba) 1995-2000.

10. Coulibaly F

Etude qualitative des causes de mortalité maternelles à Bamako thèse médecine, Bamako 1995 ; N° 40. 95 pages.

11. Coulibaly M

Qualité de l'accouchement dans les centres de santé communautaires
Des communes V et VI du district de Bamako

Thèse médecine Bamako 2001.N° 01-M- 46

12. Delacour M., et collaborateurs

Abrégé illustre de gynéco obstétrique Paris : Masson, 1979-IX-570 P

13. Diarra M G

Evaluation de la qualité des soins dans la maternité du centre de santé de la référence de la commune V du District de Bamako.

Thèse médecine 2005. 05-M-154

14. Diouf. S. ; Diallo. A ; Camara. B et all :

Etat de santé des mères en district rural Sénégalaise (Khombole).

Médecine d'Afrique noire N° 4 avril 1999. Page 207 210

15. Division santé familiale:

Programme de santé familiale.

Plan quinquennal.1988-1992. Mali Décembre 1987.

16. Donabedian – Avédis

Exploration in assessment and monitoring, vol 1

The definition of quality and approaches to its assessment; health
Administration presses An – Arbor, Michigan, 1980.

17. 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 médecine 2000 M 07 . 131 pages.

18. Encyclopédie Libre :

Un article de Wikipédia

19. Fomba S

Qualité de la consultation prénatale et de l'accouchement au centre
De santé MIPROMA de Magnambougou en commune VI du district
de Bamako. Thèse de médecine 2003. N°64.103 pages

20. Iloki L H, Okongo D, Ekoundzola J R

Les ruptures utérines en milieu africain 59 cas colligés au CHU de Brazzaville. Journal de gynécologie et biologie de la Reproduction, 1994. N° 23 pages.922-925.

21. JI Paul, Jj Railhac, H. Chiavassa, T. Jarlaud, D. Fourcade, N. Sans :

Radio anatomie et techniques - Bassin et hanches de l'adulte
Hôpital Purpan – Toulouse.

22. Kanté M

Etude clinique et épidémiologique de l'utilisation du partogramme dans les maternités publiques.

Thèse médecine, Bamako -99-M-75.

23. Kassambara M

Evaluation d'un centre de santé maternelle et infantile en milieu urbain appliqué à la commune VI du district de Bamako

Thèse de médecine, Bamako. 1989 N° 15 . 179 pages.

24. Koemer ML, Montaya - Aguilarc

L'évaluation et l'assurance de la qualité des soins de santé primaire
OMS. Publication offset n° 105, Genève.

25. Koita M

Qualité des CPN dans les formations sanitaires publiques et communautaires des communes V et VI du District de Bamako. Thèse de médecine : 2001
M41 129pages.

26. Merger R., Levy J., Melchior J.:

Précis d'obstétrique. 6^{ème} éd, Paris.Masson.1995. 597 P- P71.

27. OMS. (Chronique) :

Mortalité maternelle: soustraire les femmes de l'engrenage fatale 40(5),
1986,193-202.

28. OMS :

Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle. 1^{ère} éd.

Nouvelle méthodologie OMS/UNICEF Avril 1996. Genève. P: 16.

Engrenage fatal 40(5), 1986,193-202.

29. O.M.S :

Maternité sans risque: Information sur les activités de santé dans le monde.

Mars . Juillet 1992 N°8 12 pages

30. O.M.S :

Rapport sur la santé dans le monde: donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Edition de 2005 261 Pages.

31. OMS:

Statistiques sanitaires mondiales. De l'évaluation de la mortalité maternelle.1987, 40, N° 3, P 214 -225.

Mars- Juillet 1992-N° 8-12P.

32. O.M.S. / UNICEF :

Estimation révisée pour 1990 de la mortalité

Nouvelle méthodologie avril 1996.

33. Papiernik E., Cabrol D., Pons J. C.:

Réduire la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement. Pour un programme d'action. Obstétrique- Paris; Flammarion, médecine sciences, 1995. Pages 7535-7537.

34. Thiam HD

Prise en charge des parturientes en milieu rural et urbain à propos de 200 accouchements, à Bamako et kolondièba.

Thèse médicale, Bamako .00 – M – 62 - pages.

35. Saye M

Les urgences obstétricales à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti

Thèse de med. , Bamako 2005 N°120, page 82

36. Source d'information DNSI-CPS/MSSPA: Information générale sur les données des communes du district de Bamako. Année 2006.

37. Traoré Y

Les ruptures utérines à l'hôpital du Point G : facteurs influençant le pronostic materno- fœtale et mesures prophylactiques. A propos de 180 cas

Thèse médecine, Bamako 1996.N° 27 – 146 pages.

38. Yaro K

Etude comparative de la qualité des soins au niveau de la maternité entre CSCOM et service socio sanitaire de commune au niveau de la commune VI du district de Bamako.

Thèse médicale.Bamako.1997 – 97 – M – 12 . 101 page.

FICHE SIGALITIQUE :

NOM : TANGARA

PRENOM : Sidiky

NATIONALITE : Malienne

TITRE DE THESE : Evaluation de la qualité des soins d'accouchement au centre de sante de Référence de la commune IV du district de Bamako.

ANNEE UNIVERCITAIRE : 2007-2008

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : Mali

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et Odonto-stomatologie de l'Université de Bamako

SECTEUR D'INTERET : Gynécologie et Obstétrique

RESUME DE LA THESE : Notre étude avait pour but d'évaluer le niveau actuel de la qualité de accouchements au centre de sante de référence de la commune IV du district de Bamako, de décrire les caractéristiques socio-démographiques des accouchées, de déterminer leur degré de satisfaction, de donner la corrélation entre le degré de satisfaction le résultat de la prise en charge et le procédure de l'accouchement.

C'est ainsi que ce centre a été classe de niveau IV c'est dire que les références évaluées étaient satisfaisantes dans 96,1% soit 50/52 sur le plan structural.

Mais, nous avons note quelques insuffisances sur le plan des procédures (niveau III).

L'analyse de la compétence des prestataires a été qualifie de satisfaisante (bonne : niveau III).

MOT CLES : Evaluation, Qualité, Soins, Accouchement, CSRéf. Commune IV

Annexe 1

Equipe ment et Matériel d'accouchement et de CPN selon les normes et procédures.

a. Matériel technique :

- Table gynécologique ;
- Pèse personne ;
- Boite personne ;
- Boite à instrument ;
- Thermomètre ;
- Spéculum ;
- Un tensiomètre ;
- Stéthoscope biauriculaire ;
- Stéthoscope obstétrical ;
- Haricot inoxydable ;
- Trousse d'analyse d'urine ;
- Lampe baladeuse ;
- Alézés balance clinique adulte ;
- Mètre ruban ;
- Toise murale ;
- Gants et doigtiers.

b. Support de surveillance de la mère :

- Registre de consultation ;
- Registre d'accouchement ;
- Registre d'évacuation ;
- Carnet de grossesse ;
- Fiche de référence ;
- Fiche de suivi de grossesse ;
- Echographie.

Annexe 2

FICHE D'ENQUETE

I - OBSERVATION DES ACCOUCHEMENTS

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

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

1. Date d'observation :.....

2. Heure de visite :.....

3. Durée de la visite :.....a- Heure de début :.....b- Heure fin :.....

Q1 Date :.....

Q2 Heure d'entrée en maternité :.....

Q3 Qualité de l'agent qui a pris en charge la parturiente (1-5)

1=Médecin, 2=Sage femme, 3=infirmière obstétricienne, 4=Matrone, 5=Autre

Q4 Statut (1-4)

1=Fonctionnaire, 2=Contractuel, 3=Remplaçant, 4=Autre

QUALITE DE L'ACCUEIL

Q5 Souhaiter la bienvenue 1=oui 2=non

Q6 Se présenter 1=oui 2=non

Q7 Demander le nom de la parturiente 1=oui 2=non

Q8 Aider à s'installer sur la table d'accouchement 1=oui 2=non

Q9 L'état de la salle d'accouchement(1-5)

1= Propre, 2= Satisfaisant, 3= Sale, 4= Désordonné, 5= Mauvais odeur

QUALITE DE L'INTERROGATOIRE ET L'EXAMENDE LA FEMME EN TRAVAIL

Interroge la femme

Q10 Sur le début de la douleur 1=oui 2=non

Q11 La fréquence de la douleur 1=oui 2=non

Q12 Sur les mouvements fœtaux 1=oui 2=non

Q13 Sur les pertes liquidiennes 1=oui 2=non

Q14 sur un écoulement sanguin vaginal 1=oui 2=non

Q15 Sur la possession du carnet de CPN 1=oui 2=non

Q16 Sur l'examen du carnet 1=oui 2=non

Préparation de la parturiente

Q17 Fait uriner la parturiente 1=oui 2=non

Q18 Toilette vulvaire 1=oui 2=non

Examen général

Q19 La tension artérielle 1=oui 2=non

Q20 Prise de pouls 1=oui 2=non

Q21 Prise de la température 1=oui 2=non

Q22 Auscultation cardio-pulmonaire 1=oui 2=non

Q23 Œdème des membres inférieures 1=oui 2=non

Q24 L'examen des conjonctives 1=oui 2=non

Examen obstétrical

Q25 Mesure la hauteur utérine (HU) 1=oui 2=non

Q26 Palpation abdominale à la recherche d'un pole fœtal 1=oui 2=non

Q27 Appréciation du rythme des contractions utérines 1=oui 2=non

Q28 Auscultation des bruits du cœur fœtales (BCF) 1=oui 2=non

Q29 Appréciation de la dilatation du col de l'utérus 1=oui 2=non

Q30 Note les renseignements sur le partogramme 1=oui 2=non

Familiarisation entre parturiente et l'agent de la santé

Q31 Expliquer l'évolution du travail 1=oui 2=non

Q32 Le déroulement de l'accouchement 1=oui 2=non

Prise de décision

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

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

Surveillance du travail d'accouchement

En phase de latence

Q35 Examen obstétrical toutes les 2 heures 1=oui 2=non

Q36 Si rythme différent : toutes lesheures

Q37 Si Oui, continu

1= Prise de TA 1=oui 2=non

2= Recherche des BCF 1=oui 2=non

3= Examen du col 1=oui 2=non

4= Détermination de la fréquence et du rythme des CU 1=oui 2=non

En phase active

Q38 Examen obstétrical 1=oui 2=non

Q39 Si autres préciser : toutes les.....heures

Q40 Apprécier l'évolution 1=oui 2=non

Q41 Anmiotomie 1=oui 2=non

Q42 Compter les BCF juste après la rupture et note 1=oui 2=non

Q43 Plusieurs personnes font-elles des TV 1=oui 2=non

Pendant l'une des deux phases

Q44 Thérapeutiques en cours

0= Aucun 1=oui 2=non

1= Antispasmodique 1=oui 2=non

2= Ocytocique en perfusion 1=oui 2=non

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

4= Une transfusion sanguine 1=oui 2=non

5= Autre 1=oui 2=non

Q45 Examens complémentaires

1= Echographie 1=oui 2=non

2= groupage/Rhésus 1=oui 2=non

3= Taux d'hémoglobine 1=oui 2=non

4= Autre 1=oui 2=non

Caractéristiques de l'accoucheur (se)

Q46 Est-ce la même personne qui a effectué le suivi du travail ? 1=oui 2=non

Q47 Si non quelle sa qualification (1-5)

1=Médecin, 2=Sage femme, 3=infirmière obstétricienne, 4=Matrone, 5=Autre

Q48 Statut (1-4)

1=Fonctionnaire, 2=Contractuel, 3=Remplaçant, 4=Autre

Q49 Heure d'accouchement :.....

Réalisation de l'accouchement

Q50 Se laver les mains avant et après chaque accouchement 1=oui 2=non

Q51 Change de blouse 1=oui 2=non

Q52 Porte des gants 1=oui 2=non

Q53 Matériels laver au savon 1=oui 2=non

Q54 Matériel baigner dans une solution décontaminante 1=oui 2=non

Q55 Déposer un tissu sur la table d'accouchement 1=oui 2=non

Q56 S'adresser à la parturiente (1-4)

- 1= Avec douceur
- 2= Lui crie dessus
- 3= L'encourager
- 4= Ton normal

Q57 Délivrance (1-3)

- 1= Normale
- 2= Artificielle
- 3= Révision utérine

Q58 Lieu de l'accouchement (1-4)

- 1= Sur la table d'accouchement
- 2= Au cours de la route
- 3= A domicile
- 4= Sur le sol

Q59 Comment le massage utérine a été fait ? (1-3)

- 1= Par l'agent de santé
- 2= Par soi même
- 3= Par les deux

Q60 Si sur le sol (1-3)

- 1= sur le plancher
- 2= sur un pagne
- 3= sur une alaise

Intimité de l'accouchement

Q61 Accouchement à l'abri des regards indiscrets non justifiés 1=oui 2=non

Q62 Nombre de personnes en salle d'accouchement

- 1= Nombre de femmes entrain d'accoucher 1=oui 2=non
- 2= Nombre d'accompagnatrices 1=oui 2=non
- 3= Nombre de personne soignant 1=oui 2=non

Q63 Quel a été le type d'accouchement ? (1-3) 1=oui 2=non

- 1= Normal
- 2= Par césarienne
- 3= Par forceps

Q64 Entrées et sorties non justifiées en salle d'accouchement 1=oui 2=non

SOINS DU NOUVEAU NE

Q65 Soins immédiats au nouveau né s'il a crié (0 ou 1) 1=oui 2=non

Q66 Recueille sur un linge propre 1=oui 2=non

Q67 Le laver 1=oui 2=non

Q68 Recouvre pour le réchauffer 1=oui 2=non

Evaluation du score d'APGAR

Q69 Une minute après la naissance 1=oui 2=non

Q70 Cinq minutes après la naissance 1=oui 2=non

Q71 Note le résultat du score dans le partogramme 1=oui 2=non

Q72 Dégager les mucosités du nez et de la bouche 1=oui 2=non

Q73 Aspire les voies respiratoires du bébé 1=oui 2=non

Q74 Placer le bébé sous oxygène 1=oui 2=non

Q75 Pèse le nouveau né 1=oui 2=non

Q76 Mesure la taille du nouveau né 1=oui 2=non

Q77 Mesure du périmètre crânien 1=oui 2=non

Q78 Mesure le périmètre thoracique 1=oui 2=non

Q79 Poser l'enfant sur le ventre de la mère 1=oui 2=non

- Q80 Mettre le nouveau né au sein 1=oui 2=non
 Q81 Etablit un carnet de santé du nouveau né 1=oui 2=non
 Q82 Réferer à la pédiatrie 1=oui 2=non
 Q83 Mort né 1=oui 2=non

SURVEILLANCE DU POST PARTUM

- Q84 Prise de pouls et la TA 1=oui 2=non
 Q85 Prise de la température 1=oui 2=non
 Q86 Le globe de sécurité 1=oui 2=non
 Q87 L' état de conscience 1=oui 2=non
 Q88 Quelle a été l'heure de sortie :.....

II- OPINIONS SUR LES ACCOUCHEMENTS

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

Caractéristiques de la parturientes

- OAC1 Date :.....
 OPC2 Nom :.....Prénom :.....Age :.....
 OAC3 Profession (1-5)
 1=femme au foyer, 2=élève/étudiante, 3= vendeuse/commerçante, 4=fonctionnaire, 5=autre
 OAC4 Niveau scolaire (1-5)
 1=non scolarisée, 2=primaire, 3= secondaire, 4=supérieur, 5=coranique
 OAC5 Etat matrimonial (1-4)
 1=célibataire, 2=mariée, 3=divorcée, 4=veuve
 OAC6 Conditions socio-économique (1-3)
 1=basse, 2=moyenne, 3=favorable
 OAC7 Résidence actuelle(1-3)
 1=Bamako, 2=ville de l'intérieur 3=village
 OAC8 Facteur de risque (1-6)
 1=grand multipare 2=multipare, 3=primipare âgée, 4=dernier accouchement dystocique(césarienne, forceps, ventouse), 5=ATCD de mort née, 6=avortement

Antécédents médicaux

- OAC9 1=l'hypertension, artérielle 1=oui 2=non
 OAC10 2=l'asthme 1=oui 2=non
 OAC11 3=diabète 1=oui 2=non
 OAC12 4=drépanocytose 1=oui 2=non
 OAC13 5=VIH 1=oui 2=non
 OAC14 6=tuberculose 1=oui 2=non

Antécédents chirurgicaux

- OAC15 1=césarienne 1=oui 2=non
 OAC16 2=laparotomie (GEU, RU, Appendicite etc...) 1=oui 2=non
 OAC17 3=myomectomie 1=oui 2=non

Antécédents familiaux

- OAC18 1=l'hypertension, artérielle 1=oui 2=non
 OAC19 2=l'asthme 1=oui 2=non
 OAC20 3=diabète 1=oui 2=non
 OAC21 4=drépanocytose 1=oui 2=non
 OAC22 5=tuberculose 1=oui 2=non

Antécédents obstétricaux

- OAC23 1=gestité 1=oui 2=non
 OAC24 2=parité 1=oui 2=non
 OAC25 3=vivants 1=oui 2=non

- OAC26 4=décédés 1=oui 2=non
OAC27 5=avortements 1=oui 2=non
OAC28 Nombre de CPN réalisée 1=oui 2=non

Qualités de l'agent de santé

- OAC29 Qualification (1-4) 1=oui 2=non
1=Médecin, 2=Sage femme, 3=infirmière obstétricienne, 4=Matrone, 5=Autre
OAC30 Statut (1-4) 1=oui 2=non
1=Fonctionnaire, 2=Contractuel, 3=Remplaçant, 4=Autre

Critère de choix de la maternité

- OAC31 Pourquoi avez-vous choisi la maternité où nous sommes ? 1=oui 2=non
1= Parce que cet établissement est proche de mon domicile
2= Parce que je connais quelqu'un dans cet établissement
3= Parce que l'attente n'est pas trop longue
4= Parce que le personnel est compétent
5= Parce que le personnel est accueillant
6= Parce que quelqu'un me l'a conseillé
7= Parce que je suis sa protégée
8= Référent
9= Autre à préciser

OAC32 Si autre, laquelle ?.....

OAC33 Avez-vous suivi des consultations prénatales (0 ou 1 ou 9) 1=oui 2=non

OAC34 Où avez-vous effectué vos consultations prénatales

- 1= Autre raisons à préciser 1=oui 2=non
2= Dans un autre établissement 1=oui 2=non
3= Dans les deux 1=oui 2=non

OPC35 Si autre, lequel.....

OAC36 Pourquoi avez-vous changé d'établissement ?.....

OAC37 Avez-vous accouché au paravent dans cette formation sanitaire ? (0 ou 1)

OAC38 Si oui, combien de fois ? 1=oui 2=non

OAC39 Pour raison vous venue accoucher en maternité ? (plusieurs réponses possibles)

- 1= parce que si l'on accouche à domicile et que survient une complication, c'est très grave 1=oui 2=non
2= parce que accoucher dans une maternité offre une plus grande sécurité 1=oui
2=non

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

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

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

6= je ne sais pas 1=oui 2=non

7= autre 1=oui 2=non

OAC40 Si autre laquelle ?.....

OAC41 Cette fois -ci, qui vous a accueilli à la maternité ?

0= personne ne s'est occupé de moi quand je suis arrivé 1=oui 2=non

1= c'est une matrone qui m'a accueillie 1=oui 2=non

2= c'est une sage femme qui m'a accueillie

3= autre 1=oui 2=non

OAC42 Si autre, laquelle ?.....

OAC43 Connaissez vous la personne qui a accouché ?

0= non, je ne l'avait rencontrée 1=oui 2=non

1= oui, nous avons des relations familiales 1=oui 2=non

2= oui, je suis sa "protégée" (pour avoir payé un droit de "protection")

OAC44 La personne qui vous a reçu-t-elle ?

0= désagréable 1=oui 2=non

1= indifférente 1=oui 2=non

2= attentif polie 1=oui 2=non

OAC45 A-t-elle eu selon vous, l'attitude dont vous souhaitez bénéficier ?(0 ou 1 ou 9)

OAC 46 Si non , qu'avez-vous à lui reprocher ?.....

OAC 47 Votre bébé ?

0= est mort-né 1=oui 2=non

1= est né vivant mais il est mort ensuite 1=oui 2=non

2= est vivant mais avait des problème, dont référer à la pédiatrie 1=oui 2=non

3= est vivant et il se porte en merveille 1=oui 2=non

OAC48 Vous a-t-on expliqué pourquoi votre bébé est mort ou pourquoi il a eu des problème ?

0= non 1=oui 2=non

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

2= oui, on m'a expliqué clairement pourquoi 1=oui 2=non

OAC49 Après l'accouchement, le personnel de santé vous a-t-il donné des conseil sur la suivie ?

0= non 1=oui 2=non

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

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

3= je ne sais pas, car je n'ai pas compris 1=oui 2=non

OAC50 Si vous avez compris, les quels ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OAC51 Vous a-t-on remis une ordonnance ? (0 ou 1 ou 9) 1=oui 2=non

OAC52 Si oui, avez-vous été servie à la pharmacie de l'établissement ?

0= non 1=oui 2=non

1= oui, mais en partie seulement 1=oui 2=non

2= oui en totalité 1=oui 2=non

OAC53 Conseilleriez vous à une de vos amies de venir accoucher dans cette maternité ?

OAC54 Pourquoi ?:.....

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, 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 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