

**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO**



*Faculté de Médecine et
d'Odonto-stomatologie*

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020-2021

THESE

N° ____/

Connaissances attitudes et perceptions des prestataires de service du district sanitaire de la commune V de Bamako en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU).

Présentée et soutenue publiquement le 10/12./2021

Devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par : Mme Djénéba GANO

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)**

JURY

PRESIDENT : Professeur Tioukani Augustin THERA

MEMBRE : Docteur Salek DOUMBIA

CO-DIRECTEUR : Docteur Soumana Oumar TRAORE

DIRECTEUR : Professeur Aboubacar MAÏGA



ALLAH

Le très haut, le très grand, le Clément, L'omniscient, l'omnipotent. Le Tout puissant, le très miséricordieux d'avoir permis à ce travail d'aboutir à son terme. Au prophète MOHAMED paix et salut sur lui.

- A mon père : Mamadou Sory GANO

De tous les pères, tu es le meilleur. Tu as été et tu seras toujours un exemple pour moi par tes qualités humaines, ta persévérance et perfectionnisme. En témoignage de toutes ces années de sacrifices, de sollicitudes, d'encouragement de prières. Pourriez-vous trouver dans ce travail le fruit de toutes vos peines et tous de vos efforts. En ce jour, j'espère réaliser l'un de tes rêves. Aucune dédicace ne saurait exprimer mes respects, ma reconnaissance et mon profond amour. Puisse Dieu vous préserver et vous procurer santé et bonheur.

- A ma chère mère : Aissata SOFARA

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices que vous avez consenti pour mon instruction et mon bien être. Tu m'as comblé avec ta tendresse et affection tout au long de mon parcours. Tu n'as cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes les années de mes études, tu as toujours été présente à mes côtés pour me consoler quand il fallait. En ce jour mémorable, pour moi ainsi que pour toi, réçoit² ce travail en signe de ma vive reconnaissance et ma profonde estime. Puisse DIEU, le très haut, vous accorder santé, bonheur et longue vie afin que je puisse te combler à mon tour.

- A mon frère : **Ibrahim Sory GANO**

Je ne saurai traduire sur du papier l'affection que j'ai pour Toi, je n'oublierai jamais ces merveilleux moments passés ensemble. Intelligent que tu aies, j'implore Allah de te réserver un avenir meilleur

- A mes sœurs : **Fatoumata, Aichata et Mamoye GANO**

Vous avez été à mes côtés pendant toutes les étapes de ce travail, je vous en suis très reconnaissante. Aucune dédicace ne peut exprimer la profondeur des sentiments fraternels et d'amour, d'attachement que j'éprouve à votre égard. Je vous dédie ce travail en témoignage de ma profonde affection. Puisse dieu vous protéger, garder et renforcer notre fraternité.

REMERCIEMENTS

- A mon mari : **Mohamed M. SIDIBE**

Merci d'avoir donné un sens à ma vie. Merci pour ton amour, ton soutien et tes encouragements qui ont toujours été pour moi d'un grand réconfort. Merci pour ta gentillesse et ton sens du sacrifice. Je te dédie ce travail qui est aussi le tien, en implorant DIEU le tout puissant de nous accorder une longue vie de bonheur, de prospérité et de réussite, en te souhaitant le brillant avenir que tu mérites et de nous réunir dans l'au-delà inchaallah. Je t'aime tout simplement

- A mes enfants : **Boubacar, Abdramane et Mamadou SIDIBE**

Vous m'avez donné la joie de vivre le courage d'étudier. Je demande au bon Dieu de me donner la force de vous éduquer conformément à sa volonté.

- A ma belle-famille : **SIDIBE**

Merci pour vos bénédictions, conseils et encouragements. Puisse Dieu vous donnez longue vie.

- A mes belles sœurs : **Aicha, Awa, Mawa, Bintou, Djadje, Nene, Batoma, Soukoura, Oumou**

Vos sens profonds du respect et vos modesties font de vous des femmes admirables. Veuillez percevoir à travers ce travail, l'expression de toute ma gratitude et ma profonde affection

- A mes tontons : **Abdramane, Baber, Sidiki et Bocar GANO**

Votre soutien moral et financier a été d'un immense service pour moi. Recevez ici toute ma sympathie.

- A mes oncles :

Vos soutiens et conseils resteront toujours d'un apport considérable pour moi. Recevez ici toute ma reconnaissance.

- A mes tantes du côté maternel : **Coumba, Fatoumata, Awoye Kotimi**

Vous m'avez toujours apporté amour et conseils. Ce travail est le vôtre car mon cursus a été votre préoccupation. Vos sages conseils m'ont souvent facilité le long parcours qui a abouti à ce travail. Recevez ici ma profonde gratitude.

- **A mes tantes du côté paternel :** Recevez ici ma profonde gratitude.
- **A mes cousins et cousines**

Vous n'avez ménagé ni votre effort, ni votre temps pour l'unité de la famille. Je vous remercie sincèrement pour le soutien moral, matériel et les conseils.

Recevez ici toute ma gratitude.

- A la famille **CISSE Tantie Bassa, Oumou DIALLO, Mariam CISSE, Coumba, Massa CISSE**

Je n'ai pas de mots pour vous remercier pour votre soutien moral et vos conseils. Que le bon DIEU vous donne longue vie.

- A mes grandes mères : **Anta et Korotoumou SOFARA**

Que ce modeste travail, soit l'expression des vœux que vous n'avez cessé de formuler dans vos prières. Que Dieu vous préserve santé et longue vie.

Mes maîtres :

Mamadou TRAORE, Oumar Moussokoro TRAORE, Soumana O. TRAORE, TALL Saoudatou, DOUMBIA Saleck, SYLLA Niagalé, KOUYATE FA ISSIF, Joseph KONE, DIAKITE Nouhoum, TRAORE Mahamadou, Belco TAMBOURA, Tidiane DIARRA, MOUSSA DIAWARA, Souleymane SOGOBA, Ousseyni OULALE, Chaca CISSAO, Siaka BAGAYOGO, Alou SIDIBE, Alpha TAORE, Modibo MALLE, Wally CAMARA, Issa MAIGA, Adama SISSOKO, Malaki KAMATE... La rigueur scientifique et les qualités humaines qui vous caractérisent ont forcé notre admiration. Merci pour la qualité de l'enseignement et la disponibilité constante dont vous avez fait montre tout au long de l'élaboration de cette thèse. Je formule des vœux sincères pour vos bonheurs respectifs et la réussite de toutes vos entreprises.

- **Aux sages-femmes et infirmières du CS Réf CV du District de Bamako** Merci pour les conseils, la disponibilité constante et la qualité de la collaboration.

- **Aux anesthésistes et réanimateurs du CSREF CV du District de Bamako.** Merci pour les conseils
- **Aux aides du bloc du CS Réf CV du District de Bamako** La disponibilité et le sens élevé du travail qui vous caractérise forcent l'admiration. Sincère remerciement à vous.
- A tous les DES, les infirmières et les internes du Cs réf CV et particulièrement à mon équipe de garde : **Ousmane SISSOKO, Alou BAGAYOKO, Mathieu DOUMBO, Mamadou DOUMBO, Koudie TOURE, Charle DIONI, Kassoum BAKAYOKO, Ousmane DEMBELE, Romuald YOMANDE.**

Drissa Dramé et équipe

Mamadou Timbo et équipe

Issa Coulibaly et équipe

Adama Doumbia et équipe

Mes remerciements à vous qui avez toujours été à mes côtés pour des échanges scientifiques et autres, pour vos soutiens et vos conseils.

- Je remercie **Alexandre Dakono, Issa DIALLO**, qui ont contribué à l'élaboration de ce document.
- A la Famille **GANO**

Rien ne vaut plus que la famille et surtout une famille qui est présente pour toi. Merci ma famille, que Dieu nous unisse d'avantage et vous donne longue vie.

- A la Famille **SOFARA**

On dit qu'on trouve toujours refuge dans sa famille maternelle. Merci pour vos conseils, soutiens, amour et encouragements. Que Dieu vous donne longue vie.

- A Mme **NADIO Mariam** et Mme **GUINDO KONE**

Vous faites partie de ces personnes rares par leur gentillesse, leur tendresse et leur grand cœur. Trouvez ici, le témoignage de mon amour et

toute ma reconnaissance pour votre soutien. Vive le trio qu'ALLAH vous bénisses ainsi que vos familles Amine.

- A tout le personnel du C S Réf commune V du District de Bamako.

Je ne vous remercierai jamais assez pour toute l'expérience acquise à vos côtés et le soutien quasi constant dont j'ai bénéficié. Mon admission au C S Réf m'a surtout permis de m'exprimer mais aussi de m'affirmer en découvrant le potentiel dont je dispose. Puisse Dieu nous appuyer dans notre vie de tous les jours dans le cadre du bien-être de nos patientes.

- A tous ceux qui de près ou de loin m'ont aidé dans la réalisation de ce travail.
- A tous mes Maitres qui m'ont appris les principes de la vie

Merci pour tous les enseignements reçus.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Tioukani Augustin THERA

- **Chef de service de gynécologie obstétrique au CHU du point G**
- **Maitre de conférences agrégé en gynécologie obstétrique**
- **Attestation de formation spécialisée en Gynécologie Obstétrique à l'université Claude Bernard Lyon en France**
- **Diplômé d'étude universitaire en thérapeutique de la stérilité à l'université Paris IX en France**
- **Diplôme Européen d'endoscopie opératoire en Gynécologie à l'université d'Auvergne Clermont Ferrant en France**
- **Président de la commission médicale d'établissement du CHU du point G**

Honorable Maître,

La spontanéité et l'amour de la profession avec lesquelles vous avez accepté de présider ce jury de thèse nous ont beaucoup marqué. Votre sagesse, votre facilité de transmettre vos qualités d'homme de science qui n'ont d'égale que votre personnalité font de vous l'idole de tous. C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme Président du jury malgré vos multiples sollicitations. Cher Maître, nous vous souhaitons encore du temps pour que nous puissions encore bénéficier de vos expériences. Que l'Eternel vous donne longue et heureuse vie !

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Aboubacar MAÏGA

- **Maître de conférences à la FMOS**
- **Chef adjoint de DER des sciences fondamentales à la FMOS**
- **Enseignant chercheur au Malaria Research and Training Center (MRTC) et au département des affections parasitaires (DEAP)**
- **PhD en immunologie à l'université de Stockholm en Suède**
- **Responsable de cours d'immunologie à la FMOS.**

Honorable Maître,

C'est un immense honneur et un privilège que vous nous faites en acceptant d'être le directeur de cette thèse malgré vos multiples obligations. Votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre humanisme et votre modestie font de vous un maître respecté et admiré.

Trouver ici l'expression de notre plus haute considération.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR

Docteur Soumana Oumar TRAORE

- **Gynécologue – Obstétricien**
- **Praticien hospitalier au CS Réf CV**
- **Maître-assistant à la FMOS**
- **Détenteur d'une Attestation de Reconnaissance pour son Engagement dans la Lutte contre la Mortalité Maternelle décernée par le Gouverneur du District de Bamako en 2009.**
- **Certifié en Programme GESTA International (PGI) de la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC).**
- **Leaders d'Opinion Local de la Surveillance des Décès Maternels et Riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako**

Cher Maître,

Parler de vous nous donne envie de paraphraser Pierre Corneille : « aux âmes bien nées, la valeur n'attend point le nombre des années ». C'est avec beaucoup de patience et de disponibilité que vous avez dirigé ce travail. Vous êtes un exemple de partisan du grand effort et du travail bien fait. Chercheur de haut standing, votre exigence scientifique, votre rigueur dans le travail bien fait, votre disponibilité, vos qualités exceptionnelles de formateur, votre dynamisme, joints à votre enthousiasme font de vous une référence dans le monde de la recherche scientifique. Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire et surtout de votre savoir-faire. Soyez rassuré cher maître de notre dévouement et notre grandiose admiration. Que la sagesse de l'Eternel pèse sur votre parcours.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Salek DOUMBIA

- **Gynécologue – Obstétricien**
- **Praticien hospitalier au CS Réf CV**
- **Détenteur d'un DIU en VIH obtenu à la FMOS**
- **Détenteur d'un Master en Colposcopie obtenu en Algérie**
- **Détenteur d'un D.U (Diplôme Universitaire) en Epidémiologie - Biostatistique à l'Institut Africain de Santé Publique**

Cher Maître,

Nous ne cesserons de remercier le seigneur pour avoir mis sur notre chemin un homme aux qualités humaines, académiques et professionnelles rarissimes comme vous. Votre dynamisme, votre courage, votre modestie, votre abord facile et surtout votre grande culture scientifique font de vous un homme admirable et respectable. Veuillez recevoir ici cher maître, l'expression de nos sentiments les plus respectueux et pleins de reconnaissances. Puisse Allah le miséricordieux vous assister dans vos entreprises.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	2
Objectifs :	5
1.1. Définitions	7
1.2. Concept des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgences (SONU)	9
2.3. Quelles stratégies pour lutter contre la mortalité maternelle ?	11
2.4. Les systèmes de référence	13
2.5. Le troisième délai :	14
2.6. Les composantes du troisième délai	17
2.7. Fonctions des structures SONU	18
III. METHODOLOGIE	26
3.1. Cadre d'étude :	26
3.2. Type d'étude :	29
3.3. Choix de la population	29
3.4. Taille de l'échantillonnage :	29
3.5. L'échantillonnage	29
3.6. Déroulement de l'enquête :	30
3.7. Collecte des données :	30
3.8. Plan d'analyse et de traitement des données :	30
3.9. Les variables : les variables étudiées sont :	30
3.10. Aspects éthiques liés à l'étude :	31
3.11. Les définitions opératoires	32
IV. RESULTATS	34
COMMENTAIRES ET DISCUSSION	53
RÉFÉRENCE :	62
ANNEXES	66

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ATB :	Antibiotique
AMIU :	Aspiration Manuelle Intra-Utérine
ASACOSAB I :	Association de Santé Communautaire de Sabalibougou I
ASACOSAB II :	Association de Santé Communautaire de Sabalibougou II
ADASCO :	Association de Santé Communautaire de Daoudabougou
ASCODA :	Association de Santé Communautaire de Daoudabougou
ASCOMBADJ I :	Association de Santé Communautaire de Baco-Djicoroni
ASACOKAL :	Association de Santé Communautaire de Kalanbacoura
ASACOGUA :	Association de Santé Communautaire de Guarantiguibougou
CHU :	Centre Hospitalo-Universitaire
CNTS :	Centre National de Transfusion Sanguine
C.S. Réf :	Centre de Santé de Référence
C.S. Com :	Centre de Santé Communautaire
D.A:	Délivrance Artificielle
E :	Effectif
E.D.S:	Enquête Démographique et de Santé
O.D.D:	Objectifs pour le Développement Durable
O.M.S:	Organisation Mondiale de la Santé
SONU :	Soins Obstétricaux et Néonataux d’Urgence
SONUB :	Soins Obstétricaux et Néonataux d’Urgence de Base
SONUC :	Soins Obstétricaux et Néonataux d’Urgence Complet
UNICEF :	Organisation des Nations Unies pour l’Enfance
UNFPA :	Organisation des Nations Unies pour la Population
PM I :	Protection Maternelle et Infantile.
WHO :	World Health Organization.

LISTE DES FIGURES :

Figure 1 : Répartition des prestataires de service en fonction de la durée l'expérience professionnelle.

Figure 2 : Répartition des prestataires de service en selon la connaissance de la signification de l'acronyme SONUB.

Figure 3 : répartition des prestataires de service selon la connaissance de la signification de l'acronyme SONUC.

Figure 4 : Répartition des prestataires de service en fonction du besoin exprimé en formation pratique d'une manière générale.

Figure 5 : Répartition des prestataires de service en fonction qu'ils jugent nécessaire du besoin en formation pratique en SONU.

Figure 6 : Répartition des prestataires de service selon la connaissance des fonctions SONUB qui ne sont pas remplies dans la structure

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau I : Répartition des prestataires de service selon la tranche d'âge

Tableau II : Répartition des prestataires de service selon le sexe

Tableau III : Répartition des prestataires de service en fonction des structures d'appartenance.

Tableau IV : Répartition des prestataires de service en fonction de la catégorie professionnelle.

Tableau V : Répartition des prestataires de service selon la notion de formation reçue en SONU.

Tableau VI : Répartition des prestataires de service en fonction du délai depuis la dernière formation en SONU

Tableau VII : Répartition des prestataires de service selon la connaissance de la signification de l'acronyme SONU

Tableau VIII : Répartition des prestataires de service en fonction de la connaissance des fonctions SONUB.

Tableau IX : Répartition des prestataires de service en fonction de la connaissance des fonctions SONUC.

Tableau X : Répartition des prestataires de service selon qu'ils jugent nécessaire du besoin en formation théorique en SONU.

Tableau XI : Relation entre l'expérience professionnelle et le besoin en formation théorique en SONU.

Tableau XII : Relation entre la catégorie professionnelle et le besoin en formation théorique en SONU.

Tableau XIII : Répartition des prestataires de service selon leur structure d'appartenance de SONU.

Tableau XIV : Répartition des prestataires de service selon la connaissance de leur structure en termes de SONUB.

Tableau XV : La différence entre les structures SONUB et SONUC ?

Tableau XVI Relation entre la tranche d'âge et la différence entre SONUB et SONUC.

Tableau XVII Relation entre formation professionnelle et connaissance de la différence entre SONUB et SONUC.

Tableau XVIII : Relation entre l'expérience professionnelle et connaissance de la différence entre SONUB et SONUC.

Tableau XIX : Répartition des prestataires de service selon la connaissance des éléments de différence entre SONUB et SONUC.

Tableau XX : Relation entre l'expérience professionnelle et la connaissance des éléments de différence entre SONUB et SONUC.

Tableau XXI : Tableau XXI : Relation entre la tranche d'âge et la pratique des fonctions SONUB.

Tableau XXII : Relation entre la qualification professionnelle et la pratique des fonctions SONUC.

Tableau XXIII : Relation entre l'expérience professionnelle et la pratique des fonctions SONUB.

Tableau XXIV : Relation entre la formation professionnelle et la pratique des fonctions SONUC.

Tableau XXV : Relation entre l'expérience professionnelle et la pratique des fonctions SONUC.

Tableau XXVI : Les points de vue des prestataires de service sur les fonctions SONU.

Introduction

I. INTRODUCTION

La lutte contre la mortalité maternelle constitue aujourd'hui une préoccupation universelle car chaque jour dans le monde environ 800 décès maternels sont enregistrés, dont 99% dans les pays en développement sur lesquels 20% en Afrique de l'Ouest et du Centre [1].

Le ratio de mortalité maternelle dans les pays en développement est de 240 pour 100 000 Naissances Vivantes, contre 16 pour 100 000 dans les pays développés (Rapport de l'OMS 2015). Dans les pays développés, le taux de mortalité maternelle varie entre 20 et 30 pour 100000 naissances vivantes voire moins de 1% dans les pays à revenu élevé [1, 2].

La mortalité périnatale constitue un problème de santé publique. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), quatre millions de nouveau nés meurent avant l'âge d'un mois dont les deux tiers pendant la première semaine de la vie ; et pour chaque décès néonatal précoce, il y a naissance d'au moins un enfant mort-né. Les pathologies périnatales constituent la première cause de décès chez les enfants dans les pays en voie de développement [3].

Au Mali, le taux de mortalité maternelle selon les différentes enquêtes démographiques et de santé (EDSM III ; IV ; V et VI) est passé de 582 décès en 2001 à 464 décès en 2006 à 368 décès en 2012 et à 325 pour 100.000 naissances vivantes en 2018[8]. Malgré ces résultats encourageants, beaucoup d'efforts restent à faire pour atteindre l'objectif 3(réduire de 1/3 le taux de mortalité maternelle) pour le développement durable (ODD - 2016 – 2030) [1].

C'est dans ce cadre que beaucoup d'initiatives ont été mises en œuvre.

Il s'agit entre autres de :

- ✓ L'organisation de la référence/évacuation basée sur un système de partage de coût entre les différents acteurs : l'Etat ; les collectivités décentralisées et la communauté ;

- ✓ La gratuité de la césarienne afin de la rendre accessible à toutes les femmes enceintes pour lesquelles une indication de la césarienne est posée ;
- ✓ La médicalisation des C.S. Com pour rendre disponibles les soins de qualité ;
- ✓ La vision 2010 plus 5 qui est une initiative des premières dames d'Afrique (Afrique de l'ouest et du centre) afin de réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile ;
- ✓ Le repositionnement de la planification familiale pour améliorer le bien-être familial ;
- ✓ La mise en œuvre du programme SONU (2004 – 2008) pour la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales ;
- ✓ La mise en œuvre de la feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale (2007-2015) [1].

Pour contribuer à l'amélioration des soins obstétricaux et néonataux d'urgences au Centre de Santé de référence de la commune V de Bamako, il nous a paru important de faire cette étude. Pour cela nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

OBJECTIFS

Objectifs :

1. Objectif général :

Evaluer la connaissance attitude et perception des prestataires de service du district sanitaire de la commune V de Bamako en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer le profil des prestataires de soins dans le district sanitaire de la Commune V qui sont dans les structures SONUB et SONUC ;
- Apprécier les connaissances et pratiques des prestataires de soins dans le district sanitaire de la Commune V sur les fonctions SONUC et SONUB ;
- Déterminer les facteurs pouvant influencer les connaissances et les pratiques des prestataires de service en matière de SONU (SONUB et SONUC).

GENERALITES

II.GENERALITES

L'une des stratégies prioritaires des programmes de santé maternels est le développement des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) qui vise l'amélioration de la disponibilité, la qualité et l'utilisation des soins obstétricaux et néonataux d'urgence aussi bien au niveau des structures sanitaires de premier contact (soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base) qu'au niveau des structures de référence (soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets). Des investissements dans le domaine des infrastructures, équipements et formation des agents de santé ont accompagné la mise en œuvre de la stratégie au niveau opérationnel (district sanitaire) [4].

1.1. Définitions

1.1.1. **Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (S.O.N.U)** Ce sont l'ensemble des soins qui contribuent à la réduction de la mortalité maternelle et infantile et sont de deux types :

1.1.2. **les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (S.O.N.U.B)**

Ce sont l'ensemble des services ou d'actes qui peuvent sauver la vie d'une femme présentant des complications obstétricales directes telles que les hémorragies, les dystocies ou travail prolongé, les ruptures utérines, les infections du post-partum, les pré-éclampsies ou éclampsies, les avortements, les grossesses ectopiques etc... ou indirectes telles que les hépatites infectieuses, le paludisme, le VIH/SIDA, les anémies, la drépanocytose etc.

Une structure qualifiée de S.O.N.U.B doit offrir 7 fonctions essentielles. IL s'agit de :

- L'administration parentérale d'antibiotiques ;
- L'administration parentérale d'ocytociques ;
- L'administration parentérale d'anticonvulsivants ;
- La délivrance artificielle du placenta ;

- L'évacuation utérine par aspiration manuelle ou électrique ;
- L'accouchement par voie basse instrumenté (ventouse, forceps) ;
- La réanimation du nouveau-né.

1.1.3. Les soins obstétricaux d'urgence complets (S.O.N.U.C)

Une structure qualifiée de S.O.N.U.C offre en plus des 7 fonctions du S.O.N.U.B, deux autres fonctions qui sont : la césarienne (la chirurgie obstétricale de façon générale) et la transfusion sanguine.

La norme est d'une structure de santé S.ON.U.C pour 500 000 habitants (OMS, UNFPA, UNICEF) [1].

2.1.4. Mortalité maternelle et néonatale :

2.1.4.1. **La mortalité maternelle** : est définie comme étant le décès d'une femme survenant au cours de la grossesse, de l'accouchement ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle ni fortuite [5]. Le taux de mortalité maternelle se rapporte au nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

2.1.4.2. **La mortalité néonatale** : est le décès d'un nouveau-né survenant du 1er jour jusqu'au 28ème jour de sa naissance ; elle est précoce si elle survient dans les 8 jours après la naissance et tardive quand elle survient entre le 8ème et le 28ème jour de la naissance [6]. Le taux est exprimé en nombre de décès pour 1000 naissances vivantes.

2.1.5. **Référence** : c'est le mécanisme par lequel une maternité oriente une patiente qui dépasse ses compétences ; vers une structure plus spécialisée et mieux équipée pour une prise en charge adéquate sans notion d'urgence [5]. S'agissant d'une parturiente, la référence consiste au transfert d'une femme enceinte avant le début du travail pour un motif nécessitant soit une consultation spécialisée soit une recommandation d'accouchement en milieu chirurgical suite

au constat de facteurs de risque ou de pathologies de la grossesse. Et d'une patiente présentant une complication dans le post-partum [7].

1.2. **Concept des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgences (SONU)**

Quelle est l'ampleur de la mortalité maternelle et néonatale ?

➤ **La mortalité maternelle un enjeu national :**

Au Mali comme dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne, les taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile demeurent très élevés selon les résultats de EDSM -V. Ils sont respectivement de 368 pour 100 000 naissances vivantes pour la mortalité maternelle ; 35 pour mille pour la mortalité néonatale et 56 pour mille pour la mortalité infantile [6].

➤ **Les Causes de la mortalité maternelle et néonatale :**

Chaque année, environ 342 900 femmes enceintes décèdent. Les complications obstétricales sont la principale cause mondiale de morbidité et de mortalité chez les femmes en âge de procréation [8].

Bien que les décès maternels aient été définis comme ceux survenant jusqu'à 42 jours après l'accouchement, la plupart d'entre eux se produisent entre le troisième trimestre et la première semaine suivant l'accouchement, et le risque de décès est particulièrement élevé lors des deux jours après l'accouchement, des infections et des troubles hypertensifs, complications qui ne peuvent pas être prédites [9].

Dans les pays pauvres, l'hémorragie et les troubles hypertensifs contribuent à une importante partie des décès maternels [10]. Par conséquent, l'amélioration de la santé maternelle passe inévitablement par l'amélioration de l'accès aux services de santé et de la qualité des soins reçus lors de la survenue de complications obstétricales, deux éléments qui sont influencés par de multiples facteurs.

Les causes de décès maternels comprennent les causes directes et les causes indirectes. Les causes directes sont représentées par : l'hémorragie, l'infection, la dystocie, l'hypertension artérielle et l'éclampsie, les avortements compliqués ; elles sont responsables de 80% des décès maternels. Quant aux causes indirectes, on peut citer le paludisme, l'anémie, la drépanocytose, l'infection par le VIH, les cardiopathies, les hépatites... [1] ; elles sont responsables de 20% des décès maternels. La majorité des décès maternels sont évitables. Sinon, comment expliquer que, dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, des femmes décèdent à la suite de complications obstétricales qui ne sont pas létales ailleurs ? C'est qu'il existe des délais dans la prestation du traitement adéquat. Selon Taddheus et Maine [11], trois moments sont critiques entre l'apparition d'une complication et l'issue de la grossesse : le temps mis pour se décider à avoir recours aux soins de santé (premier délai), le temps nécessaire pour se rendre à un centre de santé (deuxième délai) et le temps écoulé entre l'arrivée au centre de santé et la prestation des soins (troisième délai). À chacun de ces délais correspondent certains facteurs qui déterminent leur importance. Le premier délai est influencé par les éléments qui entourent la prise de décision, tels que le statut de la femme au sein de la famille, la perception de la gravité de la maladie, La distance à parcourir pour se rendre à un centre de santé, les coûts liés à la prestation des soins, les expériences antérieures, etc.

Ce cadre a été revisité par Gabrysch et Campbell [12] afin de distinguer le fait d'avoir recours aux soins de façon préventive de celui d'avoir recours aux soins de façon urgente. Dans le premier cas, l'accouchement débute dans une formation sanitaire, alors que, dans l'autre, l'accouchement débute à domicile. Une revue de la littérature leur a permis d'identifier vingt éléments qui influencent le recours aux soins et qui peuvent être regroupés en quatre catégories : facteurs socioculturels, bénéfices et nécessité perçus du recours aux soins, accessibilité économique et accessibilité physique.

Le rôle joué par chacun de ces déterminants varie selon le type de recours aux soins. Par exemple: « Physical accessibility may exert its role on preventive care-seeking mainly through influencing the decision to seek care, while in the case of emergency care-seeking; reaching the facility in time may be the main problem. » [13]. Selon les auteurs, la qualité des soins préventifs peut influencer la survenue des complications, alors que la qualité des soins d'urgence n'exerce une influence que sur l'issue de la grossesse. En effet, si une femme se trouve déjà dans un établissement de santé lorsqu'elle développe une complication, les prestataires de soins devraient être en mesure de la prendre en charge. Sa survie dépend donc de la capacité des prestataires de soins à identifier rapidement la complication et à fournir le traitement adéquat. S'ils peuvent soigner la femme sur place, elle n'aura pas besoin d'être transférée. Si la complication ne peut pas être traitée dans ce centre, la femme devra être déplacée vers un établissement de niveau supérieur et donc faire face à un deuxième délai. Si une femme développe une complication à la maison, elle devra d'abord faire face aux premiers et deuxièmes délais avant de recevoir urgemment des soins de qualité.

2.3. Quelles stratégies pour lutter contre la mortalité maternelle ?

De nombreux pays sont parvenus à améliorer la santé maternelle de façon substantielle. Le taux de mortalité maternelle dans le monde a chuté de 47% entre 1990 et 2010 (OMS, UNICEF, UNFPA & la Banque mondiale, 2012). La Roumanie, la Thaïlande, le Sri Lanka, la Malaisie et le Bangladesh sont des exemples de pays qui ont réduit leur taux de mortalité maternelle de plus de 50% [9].

Plusieurs facteurs sont responsables de ces progrès, dont les efforts consacrés à la formation des sages-femmes, la mise en œuvre des systèmes de référence et de la gratuité des soins. Si certains pays ont connu d'importants avancements en matière de mortalité maternelle, les progrès sont toujours insuffisants dans

d'autres. En effet, plusieurs pays défavorisés sont confrontés à d'importants obstacles. C'est que la mortalité maternelle est un enjeu complexe, influencé par de multiples déterminants qui varient en fonction des contextes. Malgré cela, certaines stratégies se sont montrées efficaces [8]. Bien qu'il existe différentes interventions qui visent à améliorer la santé maternelle, aucune, à elle seule, n'est suffisante. Il s'agit plutôt d'élaborer des stratégies, soit de regrouper les interventions et de les distribuer de façon à ce qu'elles atteignent les groupes cibles. Les moyens de distribution des interventions visant à lutter contre la mortalité maternelle sont nombreux. Lorsque la stratégie est préventive, les interventions peuvent être distribuées par le biais des médias ou des écoles. Si la stratégie vise à traiter les complications, les interventions seront distribuées dans les centres de santé, les hôpitaux ou par le biais des accoucheuses traditionnelles. Étant donné que la plupart des complications obstétricales se manifestent lors de l'accouchement ou dans les 24 heures qui suivent, plusieurs auteurs s'entendent pour dire que la période intra-partum est critique. L'endroit où la femme donne naissance, les individus qui l'assistent et la rapidité avec laquelle elle reçoit le traitement adéquat sont des éléments cruciaux. Ainsi, la meilleure stratégie est de mettre l'accent sur cette période en faisant en sorte que les femmes choisissent de donner naissance dans des centres de santé où les sages-femmes sont les principaux prestataires de soins, mais où d'autres professionnels de santé les assistent dans cette démarche [9].

Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (S.O.N.U) s'inscrivent également dans cette stratégie. Les SONU constituent un paquet d'interventions essentielles pour faire face aux complications qui surviennent lors de l'accouchement. L'accès aux SONU constituent une dimension clé de la lutte contre les décès maternels « essential obstetric care for haemorrhage, sepsis, eclampsia, and obstructed labour alone would have the capacity to avert around half of deaths » [13]. Plusieurs pays dont le Mali se sont tournés vers cette stratégie.

2.4. Les systèmes de référence

Le fait de pouvoir référer une patiente d'un centre hospitalier offrant des soins de base à un autre offrant des soins de niveau supérieur est considéré comme un élément fondamental de l'amélioration de la santé maternelle, puisqu'il s'inscrit dans la problématique de la continuité de l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence. Il s'agit d'être en mesure de reconnaître les signes de complications obstétricales dans les centres de santé de premier niveau afin d'assurer le transfert rapide des parturientes dans les centres Santé de deuxième niveau qui dispose des ressources nécessaires pour les prendre en charge. Toutefois, malgré le fait que plusieurs pays africains aient mis en place ce type de structure, les taux élevés de mortalité maternelle persistent. Plusieurs éléments limitent les effets positifs que pourrait induire l'implantation des systèmes de référence. Comme le soulignent Murray et Pearson, l'efficacité des systèmes de référence « [...] may be impeded by a lack of basic equipment, up-to-date knowledge and readiness to act on obstetric complications at frontline facilities » [14]. C'est dire qu'il s'agit d'une chose que d'arriver à temps au sein d'une structure sanitaire et d'une toute autre que d'obtenir les soins appropriés rapidement. En effet, la mauvaise qualité des soins, le manque de personnel qualifié, l'absence d'équipements adéquats et d'outils de communication ne sont que des exemples des nombreux problèmes rencontrés au sein des systèmes de santé en Afrique qui nuisent à leur efficacité [15]. Afin d'accroître l'efficacité des systèmes de référence, les professionnels de santé doivent être encadrés à l'aide d'un protocole qui facilite leur prise de décision. Ces derniers seraient alors en mesure de déterminer à quel moment lors de l'apparition d'une complication ou à quel degré de risque les patientes doivent être évacuées vers un niveau de soins supérieur.

Par ailleurs, les prestataires de soins doivent faire preuve de responsabilité à l'égard de leur fonction à remplir. Cela est influencé par le contexte organisationnel, soit par les procédures et par le type de relations qu'entretiennent les employés. Les systèmes de référence devraient également bénéficier de mécanismes de protection pour les plus démunis lorsque ceux-ci ne peuvent pas assurer les frais liés à l'évacuation d'urgence, d'un système de surveillance afin d'évaluer leur performance et du soutien des décideurs [14]. Le bon déroulement des évacuations des urgences obstétricales ne dépend pas uniquement de caractéristiques techniques ou organisationnelles des systèmes de santé. Une étude réalisée au Niger a démontré que les infirmières peuvent être réticentes à autoriser le transfert de leur patiente par crainte de perdre du prestige [16]. De plus, les prestataires de soins dans les centres de santé de première ligne peuvent manquer des compétences nécessaires à la reconnaissance rapide des signes de complication. Ainsi, la mauvaise gestion des complications obstétricales et la survenue de délais dans la prestation du traitement adéquat sont fréquentes dans les centres de santé de première ligne.

2.5. Le troisième délai :

Les trois-quarts des décès maternels pourraient être évités si les femmes des pays en développement avaient accès aux interventions de base permettant de traiter les complications obstétricales [14]. Or, dans les pays à faible revenu, près d'une femme sur quatre donne encore naissance seule ou avec l'assistance d'une personne sous-qualifiée [17]. Aussi, bien que plusieurs pays aient mis en place des stratégies qui visent à faciliter le recours aux soins lors de l'accouchement, les taux élevés de mortalité maternelle persistent. Cela n'est pas seulement attribuable aux obstacles que rencontrent les femmes enceintes lorsqu'elles souhaitent se rendre dans les centres de santé, mais surtout aux difficultés auxquelles elles sont confrontées au sein même des structures sanitaires. En effet, la majorité des décès maternels ont lieu à l'hôpital [9].

Ceux-ci sont provoqués par la survenue de retards dans la prestation du traitement adéquat, ce qui constitue le troisième délai. L'importance du troisième délai :

Dans les pays en voie de développement, le troisième délai contribue de façon importante aux décès maternels.

Une étude réalisée dans cinq centres de santé de l'État d'Enugu au Nigeria [18] a trouvé que la majorité des décès maternels ont été causés par des retards au niveau du traitement des urgences obstétricales. Les auteurs ont conclu que les taux de mortalité maternelle demeurent élevés dans cette région à cause du troisième délai.

Deux autres recherches effectuées au Nigéria en sont arrivées au même constat [19]. D'après les chercheurs, la lutte contre la mortalité maternelle demeurera inefficace tant et aussi longtemps que les hôpitaux ne seront pas mieux équipés et les prestataires mieux formés, deux éléments qui causent un troisième délai.

Ces conclusions vont dans le même sens que celles de l'Organisation Mondiale de la Santé: « Each and every mother and each and every newborn needs skilled maternal and neonatal care provided by professionals at and after birth [...] with a skilled professional able to act immediately when largely unpredictable complications occur. » [20]. Une étude réalisée auprès des membres des familles de douze femmes enceintes décédées en Haïti a révélé que la majorité des décès étaient aussi attribuables au troisième délai [21]. Des autopsies verbales ont permis aux auteurs de constater que, même si les femmes souhaitent accoucher dans de bonnes conditions pour éviter de mettre en péril leur santé et celle de leur nouveau-né, elles évitent de fréquenter les systèmes de santé qui ne répondent pas à leurs besoins. Les femmes sont réticentes à donner naissance dans les centres de santé où le personnel est sous-qualifié et où l'équipement n'est pas adéquat.

L'efficacité des systèmes de santé et la qualité des soins n'influencent pas seulement la durée du troisième délai, mais aussi la perception qu'ont les parturientes des systèmes de santé modernes et, ainsi, leur décision d'y avoir

recours. En conséquence, la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales dans les centres de santé influence également la durée du premier délai, puisque « the desire to seek care and the motivation to overcome transportation problems are eclipsed by a lack of confidence 27 in the medical system » [21]. Plusieurs travaux se sont intéressés aux expériences négatives vécues par les parturientes. Des entrevues réalisées auprès de femmes ayant présenté des complications, mais en ayant réchappé (échappées-belles) ont montré que, lors des évacuations sanitaires, les patientes rencontrent de nombreux problèmes [22]. Parmi ceux-ci figurent les mauvais traitements infligés aux patientes par le personnel soignant, les coûts élevés engendrés par l'évacuation, les retards au niveau du transport, etc. Ces obstacles provoquent des retards dans le traitement des urgences obstétricales et découragent les femmes de refaire appel au système de santé par la suite. Les expériences vécues dans les centres de santé lors des accouchements antérieurs sont un des déterminants du recours aux soins [11, 12]. Bref, il est essentiel d'agir sur les éléments qui constituent le troisième délai afin d'améliorer la Prise en charge des urgences obstétricales et d'encourager les femmes à avoir recours aux soins.

2.6. Les composantes du troisième délai

Le troisième délai se caractérise par le temps écoulé entre l'identification d'une complication obstétricale et la prestation des soins appropriés dans les structures sanitaires. Il est donc déterminé par des facteurs qui sont propres aux centres de santé et qui ont une influence sur la qualité des soins obstétricaux dispensés dans ces établissements, tels que : l'absence de personnel formé en obstétrique [23], les ruptures de stocks au niveau des médicaments et des poches sanguines [24], l'organisation du transport pour permettre l'évacuation des parturientes, le niveau de communication entre les paliers de soins, l'absence de protocoles cliniques [25], etc. Selon une étude menée en Argentine, la structure des hôpitaux est fortement associée à leur taille (mesurée en termes d'accouchements par année) et est une des variables les plus importantes dans

l'explication des décès maternels [26]. À Dakar, d'autres auteurs associent le risque de décéder lors de l'accouchement au délai entre l'arrivée d'une parturiente au centre de santé de base et son transfert dans un centre de santé de niveau supérieur [27].

Selon Kongnyuy, Mlava et Van Den Broek en 2009, les décès maternels qui se produisent dans le système de santé sont d'abord provoqués par des éléments attribuables aux prestataires de soins (erreur du diagnostic, délai de référence, manque de suivi) et aux centres de santé (manque de médicaments) [28].

Le troisième délai peut être divisé en plusieurs phases :

La première phase correspond au délai écoulé entre l'arrivée d'une parturiente

La troisième phase correspond au délai entre l'arrivée au CS Réf et la prestation du traitement adéquat et varie selon le niveau de compétence des prestataires de soins et la disponibilité des ressources.

Bien que ces trois phases aient un impact sur la survie de la mère, la reconnaissance rapide des signes de complication (1ère phase) dans les centres de santé de premier niveau (CSCOM) est d'une importance capitale.

Le personnel de santé doit disposer d'un environnement adéquat et des compétences nécessaires pour être en mesure de détecter les complications obstétricales et fournir aux parturientes le traitement adéquat (évacuation vers le CS Réf) de façon rapide.

2.7. Fonctions des structures SONU

En vue d'élucider la problématique de la mortalité maternelle et néonatale, le Mali a entrepris une étude en 2003 pour évaluer les besoins obstétricaux d'urgence basée sur les six indicateurs de processus des Nations Unies. Cette étude révèle, au-delà des causes médicales, une persistance de l'impact des facteurs inhibiteurs liés aux trois retards (surtout les deux premiers retards dans la prise de décision, retard dans le transport [1]. Pour corriger ces insuffisances un programme national de prise en charge des urgences obstétricales pour une

période de 5 ans (2004 - 2008) a été mis en œuvre pour réduire de façon significative la mortalité maternelle et néonatale, et assurer plus d'équité et de justice sociale [1].

Les structures sanitaires n'ayant pas le même plateau technique et la même capacité en ressources humaines, des fonctions essentielles ont été identifiées. Celles –ci permettent de classer les structures en deux niveaux de soins :

➤ **Les structures de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base : SONUB**, il s'agit de structures d'où les 7 fonctions suivantes sont possibles :

- L'administration parentérale d'antibiotiques ;
- L'administration parentérale d'ocytociques ;
- L'administration parentérale d'anticonvulsivants ;
- La délivrance artificielle du placenta ;
- L'évacuation utérine par aspiration manuelle ou électrique ;
- L'accouchement par voie basse instrumenté (ventouse, forceps) ;
- La réanimation du nouveau-né [1 ; 7 ; 8].

➤ **Les structures de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets : S.O.N.U.C** : en plus des fonctions citées ci-dessus s'ajoutent

- La chirurgie obstétricale (césarienne, hystérectomie, hystérogographie) ;
- La transfusion sanguine [1 ; 7 ; 8] tel que présenté dans le tableau n°1 ci-dessous.

Tableau n°1 : Fonctions des Soins Obstétricaux d’Urgence recommandées dans les pays à faible niveau de ressources, selon les Nations Unies.

SONU de base	SONU complets
<ul style="list-style-type: none"> • L’administration parentérale d’antibiotiques ; • L’administration parentérale d’ocytociques ; • L’administration parentérale d’anticonvulsivants ; • L’extraction manuelle du placenta ; • L’aspiration intra-utérine lors des avortements ou curetage ; • L’extraction instrumentale du fœtus avec forceps ou ventouse. 	<p>Les six fonctions d’un SOU de base associées à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La chirurgie (césarienne); • La transfusion sanguine.

Source : (Maine et al. 1997)

Indicateurs des soins obstétricaux et néonataux d’urgence (SONU)

L’Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l’Enfance (UNICEF) et le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) ont proposé une liste d’indicateurs de processus permettant d’évaluer les programmes visant à améliorer la disponibilité, l’utilisation et la qualité des S.O.N.U dans les pays en développement (WHO) [5]. Pour la mise en œuvre des S.O.N.U, six indicateurs ont été identifiés qui sont [13 ; 29] :

- **Indicateur 1** : Disponibilité des S.O.N.U. Pour une population de 500.000 habitants il faut au moins 1 structure S.O.N.U Complet et 4 structures S.O.N.U de base.
- **Indicateur 2** : Distribution des structures de SONU : S.O.N.U.B et S.O.N.U.C bien repartis. 1 S.O.N.U.C et 4 S.O.N.U.B pour 500.000 habitants.
- **Indicateur 3** : Proportion de naissances dans les structures SONU de base et SONU complets : au moins 15% des naissances dans la communauté devraient avoir lieu dans les structures SONU de base et SONU complets
- **Indicateur 4** : Besoins satisfaits en services de SONU. Le nombre de femmes traitées pour des complications obstétricales devrait être au moins égal à l'estimation du nombre de femmes avec des complications attendues dans cette communauté ; la valeur souhaitée est de 100 %.
- **Indicateur 5** : Césariennes en proportion du total des naissances : Cet indicateur devrait être compris entre 5 % et 10% [5].
- **Indicateur 6** : Taux de létalité : Proportion de femmes admises avec des complications obstétricales au centre de soins qui meurent, niveau maximum acceptable 1 % [7].

Tableau n°2 : Seuils recommandés par les Nations Unies pour les indicateurs de disponibilité, d'utilisation et de la qualité des SOU dans les pays à faibles ressources.

Indicateurs	Seuil minimum acceptable
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de structures SOU : <ul style="list-style-type: none"> ✓ de base ✓ complets Répartition géographique Taux d'accouchements assistés <ul style="list-style-type: none"> • (% de naissances attendues) • Taux de complications obstétricales <ul style="list-style-type: none"> (% de naissances attendues) • Taux de césariennes <ul style="list-style-type: none"> (% de naissances attendues) Taux de létalité de complications (nombre de décès/ nombre de complications) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pour 500 000 habitants : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Au moins 4 structures SOU de base ✓ Au moins 1 structure SOU complets. • Seuil minimum dans chaque région. • Au moins 15% de naissances attendues ont lieu dans une structure SOU assistés par du personnel qualifié. • 100 % de complications attendues (estimées à 15 % des naissances) sont traitées dans les structures SOU. • Pas moins de 5% et pas plus de 15% des naissances attendues. • Pas plus de 1% de décès parmi les complications.

Source : (Maine et al. 1997)

Les auteurs ont estimé que pour 500 000 habitants, il faudrait au minimum 4 établissements dispensant les SONUB et un établissement offrant les SONUC. Plusieurs études ont montré l'insuffisance de disponibilité de ce type de structure dans les pays en développement (**Goodburn et al. 2001 ; AMDD 2002**), notamment en Afrique au sud du Sahara où un nombre important de centres de santé n'offre pas les six fonctions requises. L'évacuation utérine après l'avortement (curetage ou aspiration manuelle) et l'aide à l'expulsion par ventouse obstétricale sont des interventions qui font le plus souvent défaut. D'où la tendance à l'adaptation de ces indicateurs de procédure selon les différents contextes dans les pays. Théoriquement, toutes les femmes qui présentent une complication de la grossesse ou de l'accouchement devraient accoucher dans une structure sanitaire offrant des SOUB ou SOUC. Les experts des Nations Unies ont estimé à 15% des naissances, le taux de complications attendues. Mais peu de données dans les pays en développement ont confirmé cette estimation. En effet quelques études en population en Inde et en Afrique de l'Ouest ont permis de mesurer l'incidence des complications sévères de la grossesse et de l'accouchement entre 3% et 9% (**Goodburn et al. 2001**).

Les besoins en césariennes dans les pays en développement : Le taux de césarienne réalisée dans de bonnes conditions assurant un bénéfice optimal pour la mère et l'enfant a été estimé entre 5 et 15%. Ces estimations avaient été réalisées principalement à partir de données des pays industrialisés (**Stanton et al 2005**). Dans les pays en développement notamment en Afrique au sud du Sahara, les taux observés de césariennes sont pour la plupart largement inférieurs à 5% (**Cisse et al. 1998 ; Betrán et al. 2007 ; Chu et al. 2012**). Bien qu'étant un élément essentiel de la prise en charge des complications obstétricales, dans les pays les plus pauvres, essentiellement en Afrique subsaharienne, de larges couches de la population n'ont que peu ou pas accès à des césariennes. D'après les résultats d'une enquête réalisée en 2006, près de 80000 femmes dans 42 pays en développement n'avaient pas accès à la césarienne

(Ronsmans et al. 2006a). Réaliser une césarienne pour chaque femme qui en a besoin est certainement l'une des mesures les plus efficaces pour réduire la mortalité maternelle (Stanton et al. 2008a ; Stanton et al. 2008b). Connaître l'ampleur des besoins est donc particulièrement important pour définir les priorités et les interventions à mettre en œuvre, et aussi pour les évaluer. Les taux optimaux de césariennes restent une question toujours débattue. Ils varient considérablement selon les continents et les pays. Dans sept pays, pour la plupart d'Amérique latine, les césariennes sont de loin plus fréquentes que ne le recommandent certains de 15% pour au moins 40% de la population (Ronsmans et al. 2006b). Par contre les taux demeuraient inférieurs à 1% pour les 20% les plus pauvres de la population dans 20 pays, dont le Bangladesh, le Pakistan, le Nigeria et l'Éthiopie. Cependant, dans les six pays que sont : le Tchad, Madagascar, le Niger, l'Éthiopie, le Burkina Faso et le Mali, les taux de césarienne étaient inférieurs à 1% pour 80% de la population (Ronsmans et al. 2006).

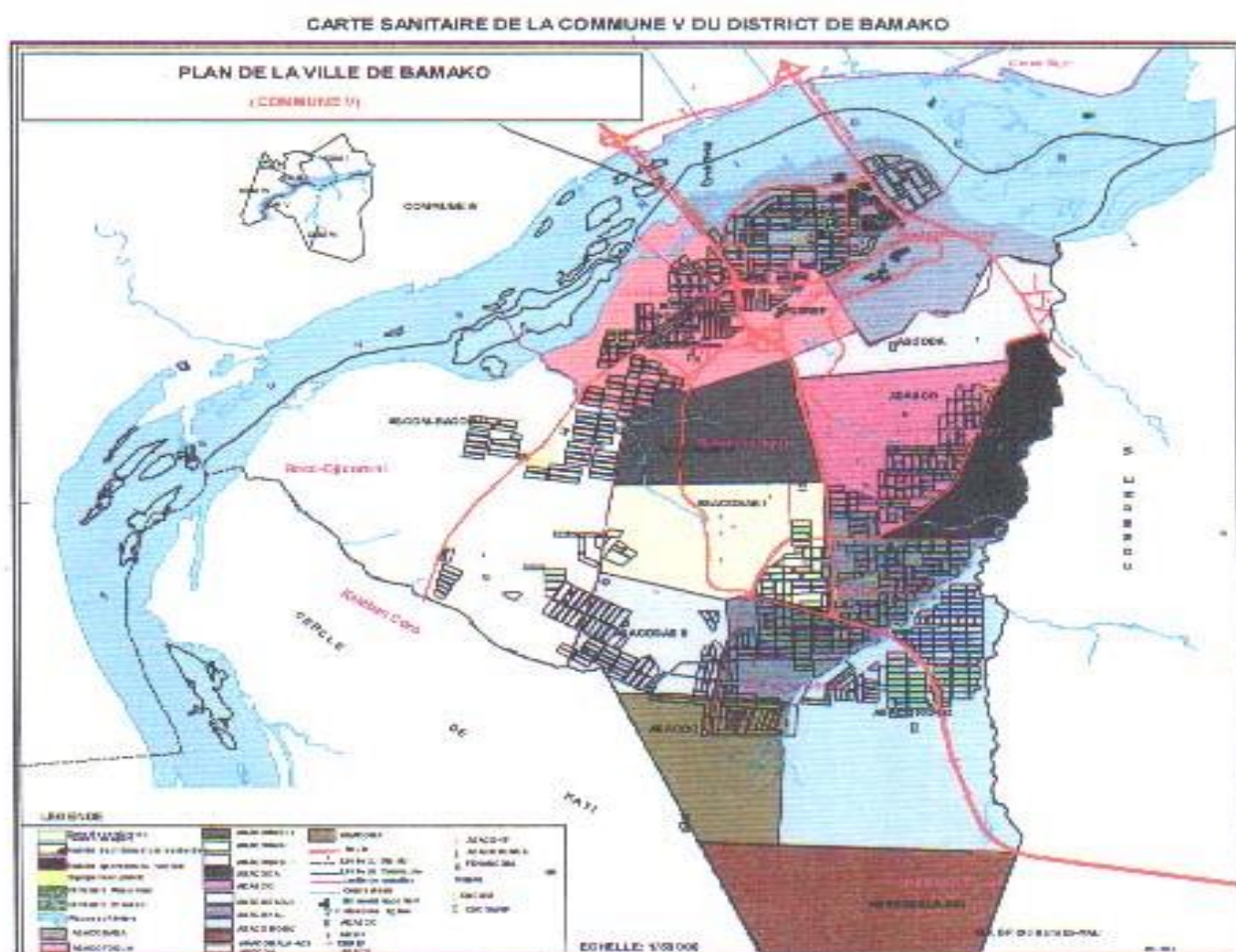
Eu égard à ce qui précède, le constat est qu'il existe de nombreuses raisons de l'énorme déficit de la chirurgie de sauvetage parmi les plus pauvres. Dans de nombreux pays en développement, les services de soins capables d'assurer la prise en charge des complications obstétricales pourraient tout simplement ne pas exister ou ne fonctionnent pas selon les normes de qualité. D'où les faibles performances en matière de pratique de la césarienne. Les données disponibles dans les pays en développement et plus particulièrement en Afrique au sud du Sahara méritent l'attention immédiate des responsables politiques au niveau national, régional et internationales

METHODOLOGIE

III. METHODOLOGIE

3.1. Cadre d'étude :

Notre étude a été menée dans le district sanitaire de la Commune V du district de Bamako dont le Centre de Santé de Référence est la pièce maitresse du système ; qui est une structure S.O.N.U.C.



Le district de la commune V couvre une superficie de 41,59 kilomètres carrés avec une population estimée à 539106 habitants en 2017. En plus du C.S. Réf le district compte 12 C.S. Com parmi lesquels 8 sont des structures S.O.N.U. il s'agit de : ASACOSABI ; ASACOSABII ; ADASCO ASCODA ; ASACOKAL ; ASACOTOQUA ; ASCOMBADJI ; ASACOGUA.

3.1.1. Organisation structurale de la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune V :

La maternité du CS Réf CV est composée de :

- Une unité de consultation prénatale des grossesses à risque (gynécologues-obstétriciens).
- Une unité de consultation prénatale (sages-femmes).
- Une unité de planning familial (PF)
- Une salle d'accouchement contenant cinq (5) tables d'accouchement
- Une unité de suites de couches.
- Une unité d'hospitalisation des patientes opérées.
- Un bloc opératoire avec deux salles d'opération : une salle des urgences, et une salle aseptique pour les interventions programmées.
- Une salle de réveil des opérées.
- Une salle de surveillance du post-partum immédiat à l'unité de suites de couches.

La maternité du Centre de santé de Référence de la Commune V a comme personnel :

- ❖ 34 (trente et quatre médecins) généralistes et spécialités parmi lesquels :
 - Un Chef du service ()
 - Six gynécologues obstétriciens.
- ❖ 24 (Vingt et quatre) assistants médicaux.
- ❖ 56 techniciens supérieurs dont 38 Sages-femmes.
- ❖ 48 techniciens de santé dont 23 infirmières obstétriciennes.
- ❖ Des étudiants en spécialisation de gynécologie obstétrique qui passent par groupes pour leur stage pratique.
- ❖ 25 (Vingt-cinq) faisant fonction d'internes en médecine.
- ❖ Un pharmacien.
- ❖ Deux lingères.

- ❖ Cinq aides de bloc
- ❖ Quinze manœuvres.
- ❖ Treize agents d'hygiène.
- ❖ Cinq chauffeurs.

Le personnel des 12 C.S. Com est composé de :

- ❖ 26 médecins généralistes.
- ❖ Un assistant médical.
- ❖ 65 sages-femmes.
- ❖ 6 techniciens supérieurs de laboratoire.
- ❖ 110 infirmiers d'état.
- ❖ 35 infirmières obstétriciennes.
- ❖ 18 infirmiers de santé publique.
- ❖ 4 techniciens de laboratoire.
- ❖ -Cinq chauffeurs.

3.1.2. Fonctionnement :

Les consultations externes (grossesses à risque et consultations gynécologiques) ; les activités pour interventions chirurgicales sont assurées par les gynécologues et les autres activités de santé de la reproduction : accouchements ; dépistage de cancer du col ; CPN ; PF ; vaccinations ; PTME sont assurés par les sages-femmes et infirmières obstétriciennes.

D'autres activités de médecine générale et spécialisée sont menées comme l'ophtalmologie ; la chirurgie générale ; la cardiologie ; l'urologie ; la pédiatrie ; l'odontostomatologie ; la rhumatologie ; la gastro-entérologie ; l'endocrinologie.

Ces activités sont menées tous les jours ouvrables de 08H à 16H30mn.

La garde est assurée de 16H30mn à 08H.

L'équipe de garde dispose :

- D'une salle d'accouchement avec quatre tables d'accouchement

- D'un bloc opératoire pour les interventions programmées et les urgences obstétricales ;
- D'un laboratoire ;
- D'un dépôt de sang ;
- D'une pharmacie.

Deux ambulances assurent la liaison entre le Centre de santé de Référence de la Commune V et les 12 CSCOM et la PMI de Badalabougou, les CHU Gabriel Touré et Point G, le CNTS.

Des kits de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales.

La visite des hospitalisées est assurée tous les jours.

3.2. Type d'étude :

L'étude était transversale (évaluative) , elle a porté sur les prestataires de soins interrogés sur les fonctions des SONU pendant la période d'étude.

3.3. Choix de la population

3.3.1. Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée du 20 mai au 30 juin 2019 soit une période de 40 jours.

3.3.2. Population d'étude :

Il s'agit du personnel chargé des soins d'urgence dans les structures SONU.

3.4. Taille de l'échantillonnage :

3.5. L'échantillonnage

Il s'agissait d'un échantillon exhaustif répondant à nos critères d'inclusion.

- **Critères d'inclusion :**

Nous avons inclus dans l'étude les prestataires de soins obstétricaux et néonataux des secteurs publics et communautaires dans le District Sanitaire de la Commune V de Bamako qui ont accepté de participer à l'étude.

- **Critères de non inclusion :** N'ont pas été inclus dans notre étude tous les prestataires de soins obstétricaux et néonataux des secteurs publics et communautaires ayant refusé de se soumettre aux questionnaires et ceux du secteur privé.

3.6. Déroulement de l'enquête :

Il s'agit d'un recrutement systématique de l'étude tous les prestataires impliqués dans les soins au niveau des structures SONUB et SONUC du district sanitaire de la commune v et présents au moment de la période d'enquête et qui ont accepté de se soumettre à nos questionnaires.

Le protocole a consisté à remettre le questionnaire anonyme aux prestataires qui le remplissaient immédiatement et nous les remettaient après le remplissage.

3.7. Collecte des données :

Elle a été réalisée à partir d'un questionnaire préétabli et soumis aux prestataires acceptant de participer à l'étude toutes catégories confondues

3.8. Saisie et d'analyse des données

La saisie et analyse des données ont été faites avec le logiciel SPSS 22.0

3.9. Traitement des données :

Les tests statistiques utilisés ont été le χ^2 de PEARSON avec un seuil de signification fixée à $P < 0,05$ (soit 5%). L'odds ratio (OR) a été calculé et présenté avec ses limites dans l'intervalle de confiance à (IC à 95%)

3.10. Les variables : les variables étudiées sont :

3.10.1. Variables qualitatives :

- ✓ Le sexe
- ✓ La structure

- ✓ Catégorie professionnelle
- ✓ Formation reçue SONU
- ✓ Connaissance de l'acronyme SONU
- ✓ Connaissance de l'acronyme SONUB
- ✓ Connaissance de l'acronyme SONUC
- ✓ Connaissance des fonctions SONUB
- ✓ Connaissance des fonctions SONUC
- ✓ Formation théorique en SONU
- ✓ Besoin en formation pratique en SONU
- ✓ Structure d'appartenance de SONU
- ✓ Connaissance de leur structure en termes de SONUB
- ✓ La différence entre les structures SONUB et SONUC
- ✓ Les éléments de différence entre SONUB et SONUC
- ✓ Les fonctions SONUB qui ne sont pas remplies
- ✓ Points de vue des prestataires de service sur les fonctions SONU.

3.10.2. Variables quantitatives :

- ✓ Tranche d'âge :
 - < 25
 - ≥ 25
- ✓ Expérience professionnelle
 - ≤ 5ans
 - > 5 ans
- ✓ Durée de la dernière formation en SONU
 - ≤ 5ans
 - > 5 ans

3.11. Aspects éthiques liés à l'étude :

Il s'agit ici d'une recherche opérationnelle, elle respectera tous les aspects éthiques y afférents : l'anonymat, la confidentialité, l'utilisation exclusive des données recueillies pour cette étude.

3.12. Les définitions opératoires

3.12.1. Soins obstétricaux et néonataux d'urgence :

C'est l'ensemble des soins qui contribuent à la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

3.12.2. Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base :

Ce sont l'ensemble des services ou d'actes qui peuvent sauver la vie d'une femme présentant des complications obstétricales directes ou indirectes.

3.12.3. Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complet :

C'est l'ensemble des actes qui consiste à réduire la mortalité maternelle et infantile.

3.12.4. Réanimation du nouveau-né :

C'est les mesures permettant de rétablir les fonctions vitales du nouveau-né en luttant contre l'hypoxie et ses complications.

3.12.5. Ventouse

C'est un l'appareil pneumatique de préhension et de traction de la tête fœtale.

3.12.6. Forceps

Instrument métallique de préhension et d'extraction de la tête fœtale.

3.12.7. Césarienne :

C'est une intervention permettant l'extraction du fœtus et de ses annexes après ouverture chirurgicale de l'utérus par voie Trans-abdominale rarement par voie vaginale (J Lansac).

3.12.8. Structure d'appartenance : C'est le centre ou tu exerces.

RESULTATS

IV. RESULTATS

4.1. L'échantillon :

Au cours de notre étude, 71 prestataires (médecins ; sages-femmes et infirmières obstétriciennes) ont été interrogés sur 132 impliqués dans les activités de soins obstétricaux et néonataux d'urgence soit un pourcentage de 53,79 %.

4.2. Profil socio démographique :

Tableau I: Répartition des prestataires de service selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
<25 ans	11	15%
≥25 ans	60	85%
Total	71	100%

L'âge moyen était de 35 ans avec des extrêmes de 18-40 ans.

Tableau II: Répartition des prestataires de service selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Féminin	62	87%
Masculin	9	13%
Total	71	100%

Sexe féminin était le plus représenté 87%.

Tableau III : Répartition des prestataires de service en fonction des structures d'appartenance.

Structure	Effectif	Pourcentage
ASACODA	3	4%
ASACOKAL	6	8%
ASACOSAB 1	8	11%
ASACOSAB 2	2	3%
ASCOMBADJI	2	3%
CSRéf CV	50	70%
Total	71	100%

Le centre de santé de référence de la commune V était le plus représenté avec 70%.

Tableau IV : Répartition des prestataires de service en fonction de la catégorie professionnelle.

Catégorie	Effectif	Pourcentage
Sage-femme /I O	61	86%
Médecin	10	14%
Total	71	100%

NB : I O : Infirmière obstétricienne

Les sages-femmes et les infirmières obstétriciennes étaient les plus représentées avec 86%.

Tableau V : Répartition des prestataires de service selon la notion de formation reçue en SONU.

Formation reçue en SONU	Effectif	Pourcentage
Non	31	44%
Oui	40	56%
Total	71	100%

56% des prestataires avaient reçu une formation en SONU.

Tableau VI : Répartition des prestataires de service en fonction du délai depuis la dernière formation en SONU.

Délai	Effectif	Pourcentage
≤5 ans	48	68%
>5 ans	23	32%
Total	71	100%

Les prestataires de service ayant un délai de la dernière formation de moins de 5 ans étaient les plus fréquents avec 68%.

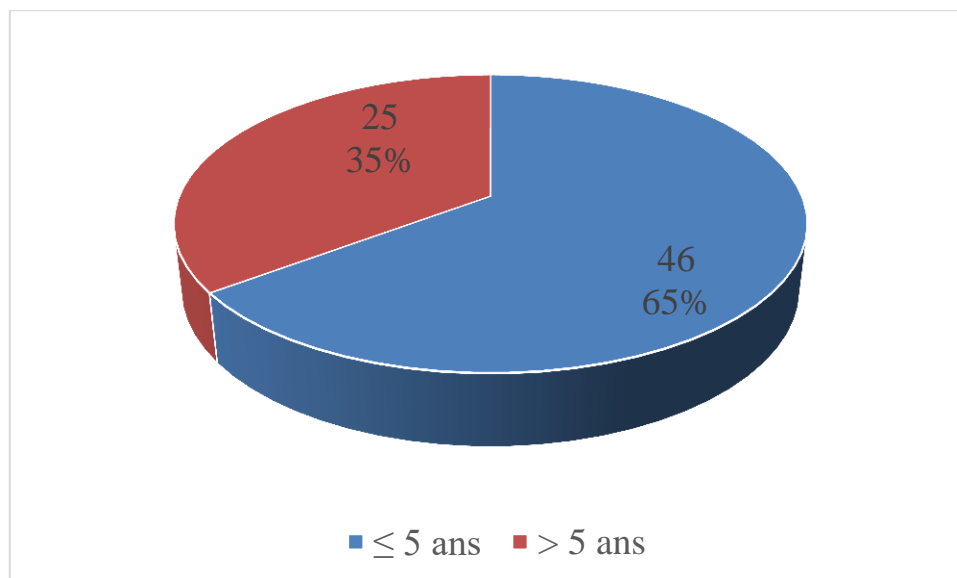


Figure 1 : Répartition des prestataires de service en fonction de la durée de l'expérience professionnelle.

Les prestataires de service ayant une expérience professionnelle de moins de 5 ans étaient les plus représentés avec 65% des cas.

Tableau VII : Répartition des prestataires de service selon la connaissance de la signification de l'acronyme SONU.

Connaissance de la signification SONU	Effectif	Pourcentage
Oui	67	94%
Non	4	6%
Total	71	100%

94% des prestataires du service connaissaient la signification de l'acronyme SONU.

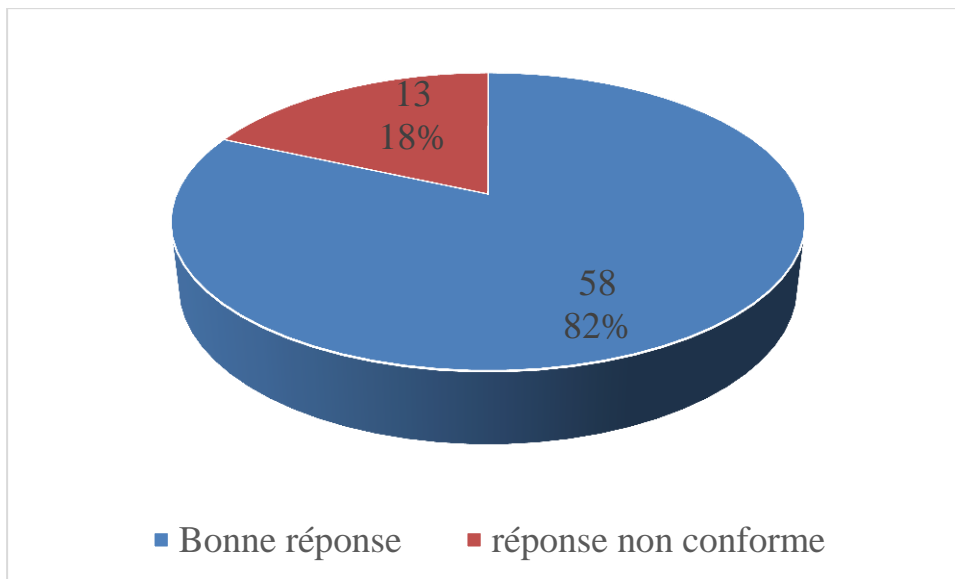


Figure 2 : Répartition des prestataires de service en selon la connaissance de la signification de l’acronyme SONUB.

82% des prestataires de service connaissaient la signification de l’acronyme SONUB.

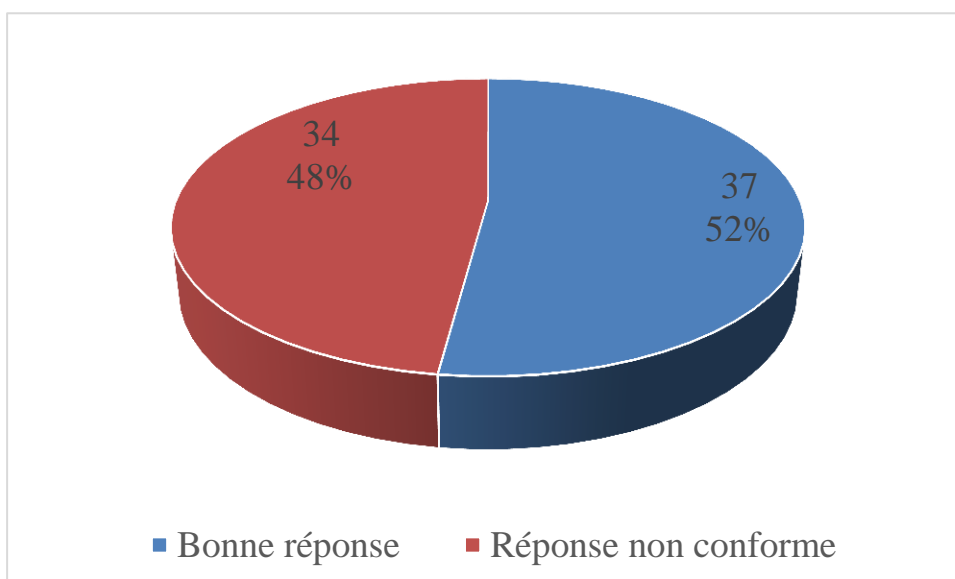


Figure 3 : répartition des prestataires de service selon la connaissance de la signification de l’acronyme SONUC.

52% des prestataires de service connaissaient la signification de l’acronyme SONUC.

Tableau VIII : Répartition des prestataires de service en fonction de la connaissance des fonctions SONUB.

Fonctions SONUB	Bonne réponse		Non conforme	
	E	%	E	%
Administration d'antibiotique injectable	56	79%	15	21%
Administration d'ocytociques	59	83%	12	17%
Administration d'anticonvulsivant	53	75%	18	25%
Délivrance artificielle du placenta	58	82%	13	18%
Evacuation utérine par extraction du produit de conception	48	68%	23	32%
Accouchement instrumental	52	73%	19	27%
Réanimation nouveau-né	60	85%	11	15%

La réanimation du nouveau-né était la fonction SONUB la plus connue par les prestataires avec 85%.

Tableau IX : Répartition des prestataires de service en fonction de la connaissance des fonctions SONUC.

Fonctions SONUC	Bonne réponse		Non conforme	
	E	%	E	%
Administration d'antibiotique injectable	54	76%	17	24%
Administration d'ocytociques	60	85%	11	15%
Administration d'anticonvulsivant	57	80%	14	20%
Délivrance artificielle du placenta	57	80%	14	20%
Evacuation utérine par extraction du produit de conception	52	73%	19	27%
Accouchement instrumental	56	79%	15	21%
Réanimation nouveau-né	59	83%	12	17%
Césarienne	53	75%	18	25%
Transfusion sanguine	53	75%	18	25%

La fonction SONUC la plus connue était l'administration de l'ocytocine avec 85%

Tableau X : Répartition des prestataires de service selon qu'ils jugent nécessaire du besoin en formation théorique en SONU.

Besoin de formation théorique	Effectif	Pourcentage
Oui	62	87%
Non	9	13%
Total	71	100%

87% des prestataires avaient exprimé un besoin en formation théorique

Tableau XI : Relation entre l'expérience professionnelle et le besoin en formation théorique en SONU.

Expérience professionnelle	Besoin de formation théorique		Total	P-valeur	OR - IC
	OUI	NON			
	E %	E %			
< 5 ans	18 (25%)	7 (10%)	25(35% ^o)	0,19	0,46 [0,12-1,75]
≥ 5ans	39(55%)	7(10%)	46(65%)	0,19	2,17 [0,57 – 8,30]
Total	62(87%)	9(13%)	71(100%)		

Khi2 : 1,67

Les prestataires ayant une expérience professionnelle de plus de 5 ans ont été les plus à exprimer le besoin en formation théorique (OR = 2,17).

Tableau XII : Relation entre la catégorie professionnelle et le besoin en formation théorique en SONU.

Catégorie professionnelle	Besoin de formation théorique			P-valeur	OR - IC
	Oui E %	Non E %	Total		
Sage-femme / IO	52(73%)	9 (13%)	61(86%)	0,009	5,78 [1,14– 30,35]
Médecin	5 (7%)	5(7%)	10(14%)	0,009-	0,17 0,03-0,88
Total	62 (87%)	9 (13%)	71(100)		

Khi2 : 6.74

Les sages-femmes / IO ont été les plus à exprimer le besoin en formation théorique (OR= 5,78).

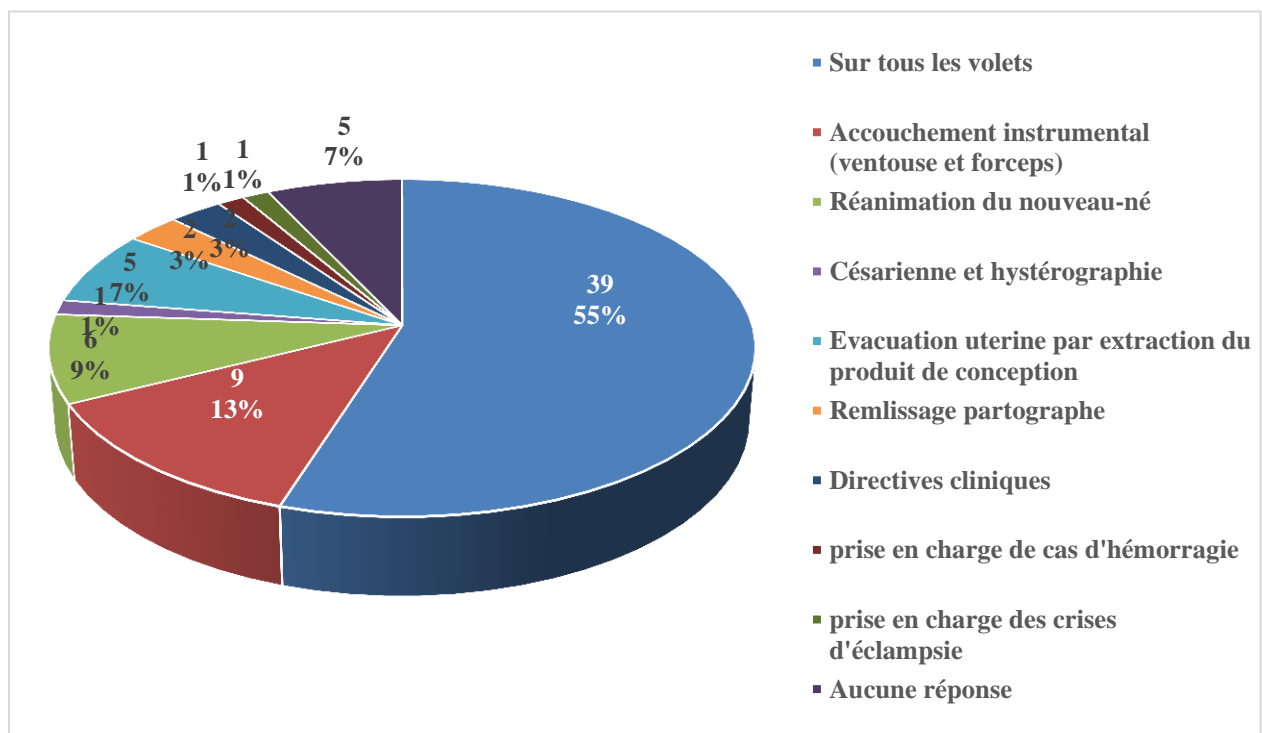


Figure 4 : Répartition des prestataires de service en fonction du besoin exprimé en formation pratique d'une manière générale.

Le besoin en formation pratique des prestataires sur tous les volets des fonctions SONU étaient les plus représentés avec 55%.

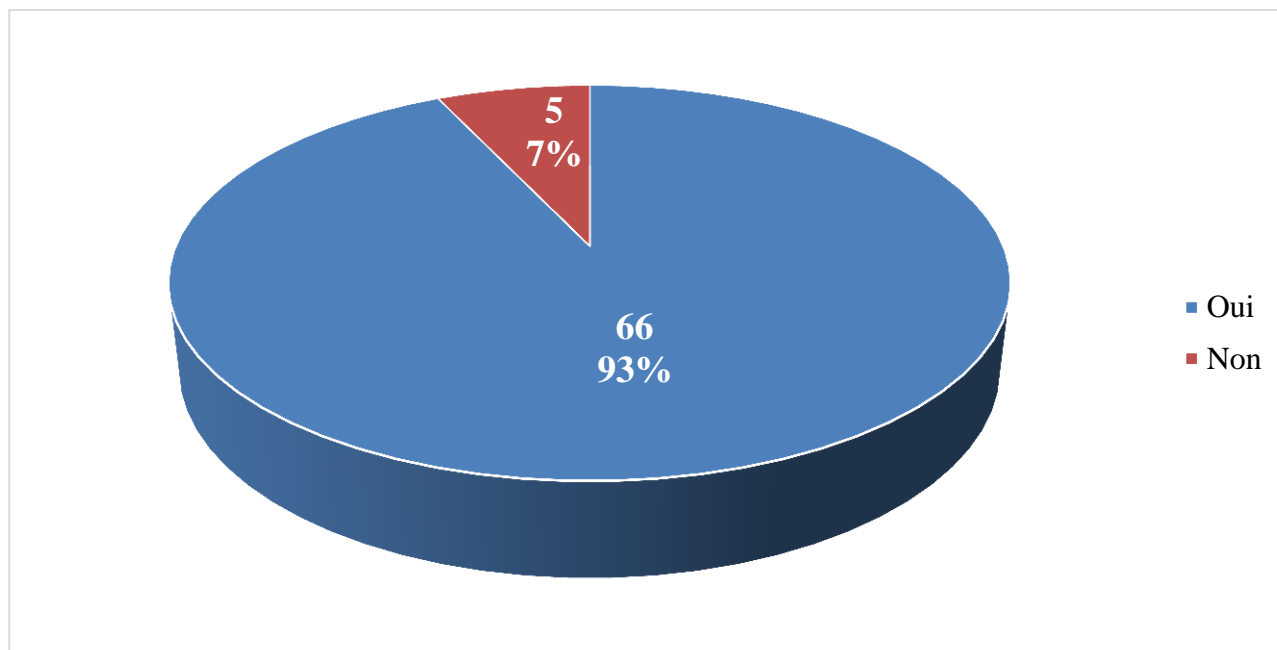


Figure 5 : Répartition des prestataires de service en fonction qu'ils jugent nécessaire du besoin en formation pratique en SONU.

93% des prestataires de service avaient exprimé un besoin de formation pratique en SONU.

Tableau XIII : Répartition des prestataires de service selon leur structure d'appartenance de SONU.

Structures d'appartenance	Effectif	Pourcentage
SONUB	21	30%
SONUC	50	70%
Total	71	100%

70% des prestataires appartenait à la structure SONUC.

Tableau XIV : Répartition des prestataires de service selon la connaissance de leur structure en termes de SONUB.

Formation professionnelle	Pratique des fonctions SONUB		Total
	Oui	Non	
	E %	E %	
ASACODA (n=3)	2 (10%)	1 (4%)	3 (14%)
ASACOKAL (n=6)	3 (14%)	3 (14%)	6 (28%)
ASACOSAB I (n=8)	7 (33%)	1 (5%)	8 (38%)
ASACOSAB II (n=2)	2 (10%)	0 (0%)	2 (10%)
ASCOMBADJI (n=2)	0 (0%)	2 (10%)	2 (10%)
Total	14(67%)	7 (33%)	21 (100%)

Tableau XV : La différence entre les structures SONUB et SONUC ?

Connaissance des éléments de différence	Effectif	Pourcentage
Oui	46	65%
Non	25	35%
Total	71	100%

65% des prestataires de service connaissent la différence entre SONUB et SONUC.

Tableau XVI : Relation entre la tranche d'âge et la différence entre SONUB et SONUC.

Tranche d'âge	Différence entre SONUC et SONUB			P value	OR [IC]
	Oui	Non	Total		
	E %	E %			
≤ 25	9 (13%)	6 (8%)	15(31%)	0,66	0,77 [0,21 – 2,90]
> 25	37 (52%)	19 (27%)	56(79%)	0,66	1,30 [0,34 – 4,82]
Total	46 (65%)	25 (35%)	71(100%)		

Khi2 : 0 ,19

Les prestataires ayant un âge de plus de 25 ans, étaient les plus à connaître la différence entre SONUB et SONUC (OR= 1,30).

Tableau XVII : Relation entre formation professionnelle et connaissance de la différence entre SONUB et SONUC.

Formation professionnelle	Différence entre SONUC et SONUB			P value	OR - IC
	Oui	Non	Total		
	E %	E %			
Sage-femme / I O	44 (62%)	17 (24%)	61	0,16	2,59 [0,55 – 12,20]
Médecin	5 (7%)	5 (7%)	10	0,16	0,30- 0,08-1,80
Total	46(65%)	25(35%)	71		

Les sages-femmes / IO, étaient les plus à connaître la différence entre SONUB et SONUC (OR= 2,59).

Tableau XVIII : Relation entre l'expérience professionnelle et connaissance de la différence entre SONUB et SONUC.

Expérience	Différence entre SONUC et SONUB			P value	OR-IC
	Oui	Non	Total		
	E %	E %			
≤5 ans	13 (18%)	12 (17%)	25	0,09	0,43 [0,14 – 1,32]
>5 ans	33 (46%)	13 (18%)	46	0,09	2,34 [0,76 – 7,33]
Total	46 (73%)	25 (27%)	71		

Khi² : 2,77

Les prestataires ayant une expérience de plus de 5 ans étaient les plus à connaître la différence entre SONUB et SONUC (OR= 2,34).

Tableau XIX : Répartition des prestataires de service selon la connaissance des éléments de différence entre SONUB et SONUC.

Connaissance des éléments de différence	EFFECTIF	POURCENTAGE
Bonne réponse	26	37%
Non conforme	45	63%
Total	71	100%

NB : Les éléments de différence entre SONUB ET SONUC : Césarienne et la transfusion sanguine.

63% des prestataires ne connaissaient pas les éléments de différence entre SONUB et SONUC.

Tableau XX : Relation entre l'expérience professionnelle et la connaissance des éléments de différence entre SONUB et SONUC.

Expérience professionnelle	Connaissance des éléments de différence entre (SONUB, SONUC)			P value	OR-IC
	Bonne réponse	Non conforme	Total		
	E %	E %			
≤5 ans	9(13%)	16(22%)	25	0,93	0,9 6[0,31– 2,96]
>5 ans	17(24%)	29(41%)	46	0,93	1,04 [0,34 – 3,24]
Total	26(37%)	45(63%)	71		

Khi² : 0, 01

Les prestataires ayant une expérience de plus de 5 ans étaient les plus à connaître les éléments de différence entre SONUB et SONUC (OR= 1,04).

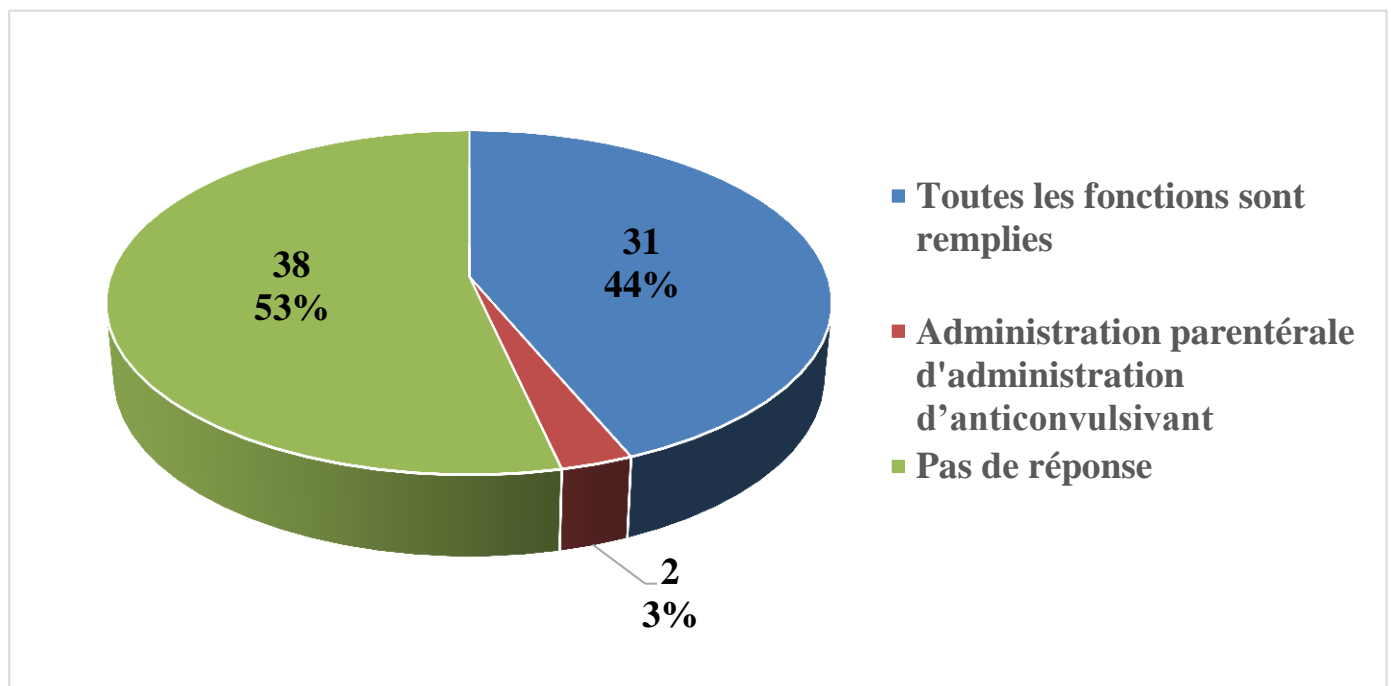


Figure 6 : Répartition des prestataires de service selon la connaissance des fonctions SONUB qui ne sont pas remplies dans la structure.

Tableau XXI : Relation entre la tranche d'âge et la pratique des fonctions SONUB.

Tranche d'âge	Pratique des fonctions SONUB		P value	OR-IC
	Oui	Non		
	E %	E %		
≤25	6 (8%)	5 (7%)	0,11	2,80 [0,64–12,49]
> 25	18 (25%)	42 (59%)	0,11	0 ,36 [0,08 – 1,56]
Total	24 (33%)	47 (66%)		

Khi² : 2 ,50

Les prestataires de service ayant un âge de moins de 25 ans pratiquaient plus les fonctions SONUB (OR=2,80).

Tableau XXII : Relation entre la qualification professionnelle et la pratique des fonctions SONUC.

Formation professionnelle	Pratique des fonctions SONUB		P value	OR- IC
	Oui	Non		
	E %	E %		
Sage-femme /I O	23 (32%)	38 (54%)	0,46	0,61 [0,13 – 2,77]
Médecin	5 (7%)	5 (7%)	0,46	1 ,65[0,36-7,59]
Total	28 (39%)	43 (61%)		

Khi² : 0,54

Les médecins pratiquaient plus les fonctions SONUB (OR=1,65).

Tableau XXIII : Relation entre l'expérience professionnelle et la pratique des fonctions SONUB.

Expérience professionnelle	Pratique des fonctions SONUB		P value	OR – IC
	OUI	NON		
	E %	E %		
≤5 ans	6 (8%)	19 (27%)	0,19	0,49 [0,14 – 1,64]
>5 ans	18 (25%)	28 (39%)	0,19	2,04 [0,61 – 7,03]
Total	24 (33%)	47 (66%)		

Khi2 : 1,66

Les prestataires ayant plus de 5 ans d'expérience professionnelle pratiquaient mieux le SONUB (OR= 2,04).

Tableau XXIV : Relation entre la formation professionnelle et la pratique des fonctions SONUC.

Formation professionnelle	Pratique des fonctions SONUC		P value	OR – IC
	OUI	NON		
	E %	E %		
Sage-femme /I O	21 (30%)	40(56%)	0,34	0,52 [0,11 – 2,41]
Médecin	5 (7%)	5(7%)	0,34	1,90 [0,41-8,80]
Total	26 (37%)	45 (63%)		

Khi2 : 0,90

Ce sont les médecins qui pratiquaient le plus les SONUC (OR= 1,90).

Tableau XXV : Relation entre l'expérience professionnelle et la pratique des fonctions SONUC.

Expérience Professionnelle	Pratique des fonctions SONUC		P value	OR – IC
	Oui	Non		
	E %	E %		
≤ 5 ans	5 (7%)	20 (28%)	0,09	0,39 [0,10-1,37]-
>5 ans	18 (25%)	28 (39%)	0,09	2,57 [0,73 – 9,52]
Total	23 (32%)	49 (67%)		

Khi2 : 2,71

Les prestataires ayant une expérience de plus 5ans pratiquaient plus le SONUC (OR = 2,57).

Tableau XXVI : Les points de vue des prestataires de service sur les fonctions SONU.

Réponses	Oui		Non		TOTAL
	E	%	E	%	
Pensez-vous que les SONU sont une bonne politique ?	64	90%	7	10	71
Le concept SONU doit être abandonné ?	2	3%	69	97%	71
Le concept de SONU doit être poursuivi ?	61	86%	10	14%	71
Le concept de SONU doit être revisité ?	45	63%	26	37%	71
Pensez-vous qu'il faut en ajouter aux fonctions SONU ?	42	59%	29	41%	71
Pensez-vous qu'il faut en retirer aux fonctions SONU ?	7	10%	64	90%	71

90% des prestataires pensaient que les SONU sont une bonne politique et 86% des prestataires pensaient que le concept SONU doit être poursuivi.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5.1 La limite – difficultés

L'étude a concerné six (6) structures (5 CSCom et 1 CS Réf) sur un total existant de douze (12) CSCom et (1) CS Réf. Ceci s'explique par le fait que certaines structures n'ont pas voulu participer à l'enquête .Néanmoins les renseignements tirés de ce travail sont d'un grand intérêt pour l'organisation du système de prise en charge des urgences obstétricales et néonatales.

5.2 L'échantillon :

Au cours de notre étude, 71 prestataires (médecins ; sages-femmes et infirmières obstétriciennes) ont été interrogés sur 132 impliqués dans les activités de soins obstétricaux et néonataux d'urgence soit 53,79 %.

Nous n'avons pas pu interroger tout le personnel impliqué dans les activités de SONU, ceci s'explique par le fait que certains n'avaient pas accepté de participer à l'enquête. La principale raison évoquée était l'absence de formation reçue sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

5.3 Caractéristiques sociodémographiques :

- **Age :** Les prestataires de plus de 25 ans étaient les plus représentés dans 85% des cas avec des extrêmes de 18 et 35ans. Dans la série de Dembélé Y [30], il ressortait que 68,92% des prestataires avaient un âge compris 25ans -35ans.
- **Sexe :** Dans notre étude les prestataires étaient majoritairement du sexe féminin soit 87%. Ceci s'explique par le fait que les sages-femmes et les infirmières obstétriciennes constituent le personnel le plus impliqué dans la prise en charge des grossesses et des accouchements. Dembélé Y [30] a rapporté 60% du personnel de sexe féminin.

5.4.Disponibilité des ressources humaines qualifiées et des structures SONU :

Toutes nos structures avaient le personnel qualifié requis pour la prise en charge des soins obstétricaux et néonataux d'urgence soit 100%. Cependant notre étude a

concerné les 6 structures et 70% de nos prestataires provenaient du CS Réf soit 6 SONUB et 1SONUC. Traore B [31] en 2008-2009 avait trouvé dans le district sanitaire de la commune V, 3 SONUB et 1 SONUC. Ce résultat montre à suffisance les efforts consentis pour la mise en œuvre des soins maternels et néonataux.

Bicaba I [4] au Burkina Faso a trouvé dans son étude que 4 (quatre) structures SONUB ne répondaient pas aux normes en matière de disponibilité du personnel, car aucune de ces structures ne disposaient de sages-femmes.

Il ressort de notre étude que 86% des prestataires des SONU étaient des sages-femmes et infirmières obstétriciennes. Le district sanitaire de la commune V dispose d'une structure SONUC pour 539106 habitants ce qui est en deçà des normes de l'OMS [3] en matière de disponibilité des structures qui est d'une(1) structure SONUC pour 500000 habitants. Mais pour les structures SONUB, le district sanitaire de la commune V dispose de 12 structures SONUB pour 539106 habitants ce qui est au-delà des normes de Bamako l'OMS qui est de 4 structures SONUB pour 500000 habitants [3]. Dans notre étude, le 1/3 de notre effectif n'avait reçu aucune formation sur les SONU au cours des 5 dernières années. Ce taux très élevé interpelle nos autorités sur les questions de formation continue nécessaire pour l'amélioration de la prise en charge des grossesses et des accouchements.

Ces différentes lacunes identifiées ont pour conséquences :

- La non reconnaissance des signes de complications sévères et de danger par les prestataires de service.
- L'Absence de protocoles ou de guides pour l'autoapprentissage dans le milieu de travail.
- Le Manque de suivi pour l'utilisation et le remplissage des outils de gestion et du partographe, pour une prise en charge adéquate des femmes enceintes et des nouveaux nés.

Ces insuffisances observées étaient de nature à influencer négativement la disponibilité et la qualité des services dans les maternités. C'est à ce titre qu'il est nécessaire de renforcer les compétences des prestataires de service en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

En effet, le renforcement des compétences répondrait à un besoin ressenti par les prestataires eux-mêmes.

5.5 Durée dans la profession et connaissance du concept SONU :

Notre étude montre que 65% des prestataires des SONU du district sanitaire de la commune V avaient moins de 5 ans d'expérience professionnelle ce qui pourrait avoir une influence sur la connaissance du concept des SONU, quand on sait que ces notions ne sont pas enseignées dans la plus part de nos écoles de formation de base. La plus part de nos prestataires connaissaient les SONU (94%) et les SONUB (82%) ; et seulement 48% connaissaient les SONUC.

Dembélé Y [30] a trouvé dans son étude 57,33% des prestataires ayant moins de 5ans d'expérience professionnelle.

5.6 Connaissance des fonctions essentielles des structures SONU :

Dans notre étude, plus de 70% des prestataires connaissaient toutes les fonctions d'une structure SONUB. La réanimation du nouveau-né était la fonction la plus connue avec 85% de bonnes réponses. L'évacuation utérine par extraction du produit de conception était la fonction la moins connue avec 68%.

Plus de 75% des prestataires connaissaient toutes les fonctions d'une structure SONUC. L'administration d'ocytocique et la réanimation du nouveau-né étaient les fonctions les plus connues avec 85% et 83%. L'évacuation utérine par extraction du produit de conception était la fonction la moins connue avec 73%.

Ces résultats démontrent que des efforts doivent être fournis pour la formation continue du personnel de ces structures pour améliorer la capacité de celles-ci à prendre en charge les grossesses et les accouchements. Ceci va permettre

d'améliorer les indicateurs de la santé maternelle et néonatale dans le district sanitaire de la commune V de Bamako.

Plusieurs études ont montré l'insuffisance et la non disponibilité des structures SONU dans les pays en développement notamment en Afrique au sud du Sahara où un nombre important de centres de santé n'offraient pas les sept fonctions requises [4, 7, 8,31].

Dans notre étude, 9 /10 (94%) de nos prestataires connaissaient la signification de l'acronyme SONU et 8/10 (82%) avait la connaissance de l'acronyme SONUB. Malgré ce taux élevé sur la connaissance des acronymes (SONUB et SONUC) et les fonctions SONU, le personnel exprime un besoin de formation théorique en SONU. Dans notre étude, 87% des prestataires avaient une expérience professionnelle de plus de 5ans avec OR=2,17. Nous constatons que les prestataires qui ont une expérience de plus de 5ans étaient les plus grands demandeurs de formation en SONU comparés aux prestataires de service qui avaient moins de 5ans d'expérience. Il y a un lien statistiquement significatif entre le besoin de formation théorique et l'expérience professionnelle (OR=2,17 ; IC [0,57-8,30]). Dans notre étude, 73% des sages-femmes et infirmières obstétriciennes exprimaient un besoin de formation théorique contre 7% pour le médecin. Il y a une relation entre la profession sage-femme / Infirmière Obstétricienne et le besoin de formation. (OR= 5,78 ; IC [1,14-30,35]).

En ce qui concerne les SONUB et SONUC, 2 /3 de nos prestataires exerçaient dans une structure SONUC et 65% savaient faire la différence entre une structure SONUC et SONUB. Les prestataires qui ont un âge >25 ans soit 52% étaient ceux qui connaissaient mieux la différence entre SONUB et SONU contre 13% pour ceux qui ont < 25 ans. Il y a un lien statistiquement significatif entre l'âge et la différenciation entre SONUB et SONUC (OR= 1,30 ; IC [0,34-4,82]). La profession sage-femme et infirmière obstétricienne soit (62%) étaient

les plus à connaître la différence entre SONUB et SONUC contre 7% pour le médecin. Dans notre étude on peut dire qu'il y a un lien statistiquement significatif entre la profession sage-femme et la différenciation entre SONUB et SONUC (OR=2,59 ; IC [0,55-12,20]). Ceci s'explique par le fait qu'elles sont les plus impliquées dans les SONU.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion

Notre étude réalisée dans le district sanitaire de la commune V sur les SONU porte sur un échantillon de 53,79 % du personnel exerçant dans ce domaine, a mis en évidence quelques insuffisances sur la connaissance des fonctions SONU et cela au niveau de toutes les catégories socioprofessionnelles.

Les insuffisances les plus marquées portaient sur les fonctions suivantes :

-L'extraction du produit de conception (AMIU).

L'accouchement instrumental

-L'administration parentérale d'antibiotique.

Les supervisions formatives et les ateliers de formation doivent cibler ces insuffisances afin d'apporter des corrections et améliorer le pronostic maternel et néonatal en commune V du district de Bamako.

Ces insuffisances nous amènent à formuler des recommandations pour améliorer les connaissances et une bonne pratique des SONU dans le district.

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, nous proposons les recommandations suivantes :

➤ **Aux autorités ministérielles :**

1. Faire une enquête Régionale et Nationale portant sur la connaissance du concept SONU en vue de faire l'état des lieux au niveau Régionale et Nationale.
2. Assurer la formation continue des prestataires de service sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgence notamment l'accouchement instrumental,
3. l'évacuation utérine par aspiration manuelle ou électrique et l'administration parentérale d'antibiotique.
4. Mettre à la disposition des structures SONU du matériel nécessaire pour la prise en charge des patientes.

➤ **Aux autorités administratives et sanitaires de la commune V :**

Former les prestataires sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

➤ **Aux prestataires des S.O.N.U**

- 1- Participer activement aux différentes formations sur les SONU.
- 2- Appliquer les fonctions SONU dans les différentes structures

REFERENCES

RÉFÉRENCE :

1. **Ministère de la santé et de l'hygiène publique ; DNS/DSR (aout 2014) ; Bamako** : Manuel de référence des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
2. **Pruhal**. Quelques actions et programmes spécifiques .La réduction de la mortalité maternelle dans les pays en développement : Théorie et pratique ; Médecine tropicale.2004 ; 64-569.575
3. **Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**. Classification Internationale des maladies, édition révisée 1993, *vol. I, 1327-1330*.
4. **Bicaba I (2008)**. Evaluation de l'offre et l'utilisation des soins obstétricaux d'urgence dans le district sanitaire de koupela (Burkina-Faso): mémoire de maitrise en administration sanitaire et santé publique royaume du Maroc 2008 N °7516.
5. **OMS/UNFPA (2009)**. Mortalité maternelle. Aide-mémoire N°348..
6. **Mali (2014)**. Enquête Démographique et de Santé (EDSM V) 2012-2013- Bamako
7. **D M Togo(2008)**. Problématique des soins obstétricaux d'urgence et les moyens humains et matériels des CSREF des communes V et VI du district de Bamako : thèse de médecine Bamako 2008 N°538
8. **CShoemaker-Marcotte (2013)**. La qualité des soins obstétricaux en milieu rural malien Une étude exploratoire Département de Médecine sociale et préventive Faculté de Médecine. Mémoire de maitrise en santé communautaire ; Montréal (Canada) février 2013
9. **Ronsmans, C. & Graham, W.J. (2006)**: Maternal mortality: who, when, where, and why. *The Lancet* 368, 1189-1200
10. **Khan, K.S, Wojdyla, D., Say, L. & All. (2006)**: WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *The Lancet* 367, 1066-1074. 27

- 11.Taddheus S, Maine D.** Too far to walk: Maternal Mortality in Context. *Social Science & Medicine*.1994 ; 38 (8) :1091-1110.
- 12.Gabrysch S, Campbell O M.** Still too far to walk: Literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy and Childbirth* 9,34(2009)
- 13.Campbell, O.M. & Graham, W.J. (2006).** Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *The Lancet* 368, 1284-1299.
- 14.Murray S F, Pearson S C.** Maternity referral systems in developing countries: Current knowledge and future research needs. *Social Science & Medicine*.2006; 62:2205-2215.
- 15.Macintyre K, Hotchkiss D R.** Referral revisited: community financing schemes and emergency transport in rural Africa. *Social Science & Medicine*.1999; 49:1473-1487.
- 16.Bossyns P, Van Lerberghe W (2004).** The weakest link: Competence and prestige as constraints to referral by isolated nurses in rural Niger. *Human Resources for Health*.2004; 2 (1). Doi: 10.1186-1478.
- 17.Koblinsky M, Matthews Z, Hussein J, Mavalankar D, Mridha M K, Anwar I et al.** Going to scale with professional skilled care. September 28, 2006.
- 18.Onah, H.E., Okaro, J.M., Umeh, U. & Chigbu, C.O. (2005).** Maternal mortality in health institutions with emergency obstetric care facilities in Enugu State, Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 25 (6), 569-574
- 19.Igberase G O, Ebeigbe P N.** Maternal mortality in a rural referral hospital in the Niger Delta, Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*.2007 ; 27 (3):275-278.
- 20.World Health organisation.** The World Health Report: Make every mother and child count.2005. Available from

- 21. Barnes-Josiah D, Myntti C.** The three delays as a framework for examining maternal mortality in Haiti. *Social Science & Medicine*.1998 ; 46 (8) :981-993.
- 22. Saizonou J, Godin I, Ouendo E M, Zerbo R, Dujardin B.** La qualité de la prise en charge des urgences obstétricales dans les maternités de référence au Bénin : Le point de vue des « Échappées Belles » et leurs attentes. *Tropical Medicine and International Health*.2006 ; 11 (5) :672-680.
- 23. Anwar I, Kalim N, Koblinsky M.** Quality of emergency obstetric care in public-sector facilities and constraints to implementing emergency obstetric care services: evidence from high- and low-performing districts of Bangladesh. *Journal of Health, Population and Nutrition*.2009 ; 27 (2) :139-155.
- 24. Cham M, Sundby J, Vagen S.** Availability and quality of emergency obstetric care in Gambia's main referral hospital: women-user's testimonies. *Reproductive Health*.2009; 6:5.
- 25. Issah K, Nang-Beifubah A, Opoku F C.** Maternal and neonatal survival and mortality in the Upper West Region of Ghana. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*.2011 ; 113 (3) :208-210.
- 26. Ramos S, Karolinski A, Romero M, Mercer R.** A comprehensive assessment of maternal deaths in Argentina: translating multicentre collaborative research into action. *Bulletin of the World Health Organization*.2007 ; 85 (8):615-622.
- 27. Garenne M, Mbaye K, Bah M D, Correa P.** Risk factors for maternal mortality: a case-control study in Dakar hospitals (Senegal). *African Journal of Reproductive Health*.1997 ; 1 (1):14-24.
- 28. Kongnyuy E J, Mlava G, Van Den Broek N.** Facility-based maternal death review in three districts in the central region of Malawi: an analysis of causes and characteristics of maternal deaths. *Women's Health Issues*.2009 ; 19 (1) : 14-20.

29. Ministère de la santé et de l'hygiène publique ; DNS/DSR (aout 2013) :

Plan stratégique de la santé de la reproduction 2014 - 2018, Bamako

30. DEMBELE Y : la connaissance des prestataires du district sanitaire de la commune V de Bamako sur le concept des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) en 2018. Mémoire de fin de cycle D.E.S gynécologie-obstétrique.

31. Traoré B(2009). Evaluation de l'offre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans le district de Bamako en 2006. Thèse de médecine ; Bamako. N°272.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE SONU :

Q1 : Date..... / 2019

Q2 : Age : moins de 25ans / ___/=1 ; 25-34ans / ___/=2 ; 35ans-39ans/ ___/=3 ;
≥ 40 / ___/=4

Q3 : Sexe: / ___ / (1=Masculin ; 2=Féminin)

Q4 :

Structure: /

Q5 : Profession : Médecin / ___/=1 Sage-femme / ___/=2 Infirmier(e)/ ___/=3

Q6 : Expérience Professionnelle en nombre d'années : moins de 5ans / ___/=1,
5-10ans / ___/=2 et plus de 10ans / ___/=3

Q7 : Formation reçu en SONU / ___ / 1=Oui ; / ___ /2=Non

Depuis quand la dernière formation SONU : ≤ 3ans/ ___/=1 ,3-5 ans / ___/=2
,6-10ans / ___/=3, ≥ 10 ans=4

Q8 : Concept SONU

a) Que signifie :

SONU.....

.....Vrai/ ___/=1, faux/ ___/=2

SONUB.....

.....vrai/ ___/=1, faux / ___/=2

SONUC.....

.....Vrai/ ___/=1,faux ___/=2,

Q9 : Quelles sont les fonctions d'une structure SONU :

a) SONUB :

1) L'administration parentérale d'antibiotiques : Vrai / ___/=1

Faux/ ___/=2

- 2) L'administration parentérale d'ocytociques : Vrai /___/=1
Faux/___/=2
- 3) L'administration parentérale d'anticonvulsivants : Vrai /___/=1
Faux/___/=2
- 4) La délivrance artificielle du placenta : Vrai /___/=1 Faux/___/=2
- 5) L'évacuation utérine par extraction du produit de conception : Vrai /___/=1 Faux/___/=2
- 6) L'accouchement instrumental (ventouse, forceps) : Vrai /___/=1
Faux/___/=2
- 7) Soins et réanimation du nouveau-né : Vrai /___/=1 Faux/___/=2

b) SONUC

- 1) L'administration parentérale d'antibiotiques : Vrai /___/=1
Faux/___/=2
- 2) L'administration parentérale d'ocytociques : Vrai /___/=1
Faux/___/=2
- 3) L'administration parentérale d'anticonvulsivants : Vrai /___/=1
Faux/___/=2
- 4) La délivrance artificielle du placenta : Vrai /___/=1 Faux/___/=2
- 5) L'évacuation utérine par extraction du produit de conception : Vrai /___/=1
; Faux/___/=2
- 6) L'accouchement instrumental (ventouse, forceps) ; Vrai : /___/=1
Faux:/___/=2
- 7) Soins et réanimation du nouveau-né : Vrai/___/=1 Faux/___/=2
- 8) Césarienne / Hystérogaphie Vrai /___/=1 Faux/___/=2
- 9) La transfusion sanguine : Vrai /___/=1 Faux / / = 2

Q10 : Pensez-vous que vous avez besoin de formation SONU :

Théorique ?

Oui / / =1 Non / / =2

Q11 : Si oui, sur quels volets ?

.....
.....
.....

Pratique ?

Oui/ /=1 Non/ /=2

Q12 : Si oui, sur quels volets ?

.....
.....
.....

Q10 : A quel moment de votre cursus de formation avez-vous entendu parler de SONU ?

1) Au cours de votre formation de base

Oui/ /=1 Non/ /=2

2) En tant que professionnel de santé

Oui/ /=1 Non/ /=2

Q11 : Votre structure de santé est-elle une structure SONUB ?

Oui/ /=1 Non / /=2

Q12 : votre structure de santé est-elle une structure SONUC ?

Oui/ /=1 Non/ /=2

Q13 : Connaissez-vous les différences entre structure SONUB et SONUC ?

Oui/ /=1 Non/ /=2

Q14 : Si oui quelles sont les éléments de différences ?

.....
.....
.....

Q15 : Quelles sont les fonctions SONUB qui ne sont pas à présent remplies dans votre structure

.....
.....

Q23 : La politique doit être poursuivie ?

Oui/ /=1 Non / /=2

Q24 : La politique doit être revisitée ?

Oui / /=1 Non / /=2

Q25 : Pensez-vous qu'il faut :

1. En ajouter aux fonctions SONU

Oui/ /=1 Non/ /=2

2. En retirer aux fonctions SONU

Oui/ /=1 Non/ /=2

Q26 : Avez-vous des recommandations à faire pour la bonne pratique de SONU

Oui/ /=1 Non/ /=2

Q27 : Si oui les quelles ?

.....
.....
.....

Q28 : Avez-vous rencontré des cas de complications dans la mise en pratique d'une fonction SONUB

Oui/ /=1 Non/ /=2

Q29 : si oui quelles sont les complications que vous avez rencontrées ?

.....
.....
.....
.....

Q30 : Les SONU sont destinés à contaminer le personnel soignant ?

OUI/ /=1 Non/ /=2

Q31 : Les SONU sont destinés à contaminer les patients dans le besoin ?

Oui/ /=1 Non/ /=2

Q32 : Les SONU permettent de sauver des vies de femmes

Oui/ /=1 Non / /=2

Q33 : Les SONU sont une cause importante de décès maternels

Oui/ /=1 Non/ /=2

Q34 : Les SONU doivent être strictement réservés aux CSREF et aux HOPITAUX

Oui/ /=1 Non/ /=2

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : GANO

Prénom : DJENEBA

Nationalité : Malienne

Titre de la thèse : Connaissances attitudes et perceptions des prestataires de service du district sanitaire de la commune V de Bamako en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU).

Année universitaire : 2020 - 2021

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS de Bamako

Secteurs d'intérêts : Obstétrique, Santé publique.

Introduction : Les Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), jouent un rôle primordial dans la réduction des décès maternels et néo-natals.

Objectif : Evaluer la connaissance des prestataires du district sanitaire de la commune V de Bamako sur les fonctions des soins obstétricaux et néonataux d'urgence(SONU).

Méthodologie : Nous avons réalisé une étude transversale a visée descriptive et analytique sur une période de quarante (40) jours allant du 30 Mai au 30 Juin.

Résultat : Au cours de notre étude 71 prestataires (médecins ; sages-femmes et infirmières obstétriciennes) ont été interrogés sur 132 impliqués dans les activités de soins obstétricaux et néonataux d'urgence soit un échantillon de 53,79 %.

Les prestataires de plus de 25 ans étaient les plus représentés avec 85%, les prestataires étaient majoritairement du sexe féminin soit 87%. Plus de 70% des prestataires connaissaient toutes les fonctions d'une structure SONUB. La réanimation du nouveau-né était la fonction la plus connue avec 85% de bonnes réponses ; évacuation utérine par extraction du produit de conception était la fonction la moins connue avec 68%.

Plus de 75% des prestataires connaissaient toutes les fonctions d'une structure SONUC. L'administration d'ocytocique et la réanimation du nouveau-né étaient les fonctions les plus connues avec 85% et 83% ; l'évacuation utérine par extraction du produit de conception était la fonction la moins connue avec 73%.

Mots clés : Connaissances ; soins obstétricaux et néonataux d'urgence ; Prestataires.

DATA SHEET

Name : GANO

First name : DJENEBA

Nationality : Malian

Title of the thesis : Knowledge of attitudes and perceptions of service providers in the health district of commune V of Bamako in matters of emergency obstetric and neonatal care (SONU).

Academic year : 2020 - 2021

Defense city : Bamako

Place of deposit : FMOS Library in Bamako

Sectors of interest : Obstetrics, Public health.

Introduction : Emergency Obstetric and Neonatal Care (SONU), plays a key role in reducing maternal and neonatal deaths.

Objective : To assess the knowledge of providers of the health district of commune V of Bamako on the functions of emergency obstetric and neonatal care (SONU).

Methodology : We carried out a cross-sectional study with a descriptive and analytical aim over a period of forty (40) days from May 30 to June 30.

Result : During our study 71 providers (doctors; midwives and obstetrician nurses) were questioned out of 132 involved in emergency obstetric and neonatal care activities, ie a sample of 53.79%. Beneficiaries over 25 years of age were the most represented with 85%, the beneficiaries were predominantly female, ie 87%. More than 70% of providers knew all the functions of a SONUB structure. Newborn resuscitation was the best known function with 85% correct responses; uterine evacuation by extraction of the product of conception was the least known function at 68%. More than 75% of providers knew all the functions of a SONUC structure. Oxytocic administration and newborn resuscitation were the best known functions with 85% and 83%; uterine evacuation by extraction of the product of conception was the least known function at 73%.

Keywords : Knowledge; emergency obstetric and neonatal care; Service providers.

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !