

Qualité des soins à la maternité du centre de santé référence de kolondieba dans la région de sikasso

: Docteur Seydou Fané

Ministère de l'Éducation Nationale

Université de Bamako

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

**République du Mali
Un Peuple - Un But - Une Foi**

Année Universitaire 2006 / 2007

Thèse N°

TITRE

Evaluation de la Qualité des Soins à la Maternité
du Centre de Santé de Référence de Kolondiéba
dans la Région de Sikasso

Présentée et soutenue publiquement le/...../.....devant la faculté de Médecine, de pharmacie et odontostomatologie

Par : Mr Adama Fofana

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'état)

JURY :

Président : Professeur Amadou Ingré Dolo

Membre : **Docteur Hamadoun Sangho**

Directeur : Professeur Mamadou Traoré

Codirecteur : Docteur Seydou Fané

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA - PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR : DRISSA DIALLO - MAITRE DE CONFERENCES

2^{ème} ASSESSEUR : SEKOU SIDIBE - MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL : **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** - PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE : **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL** - CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique, Chef de D.E.R.
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Boukassoum HAIDARA	Législation

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr ABDEL Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie, Chef de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie - Réanimation

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Zimgo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie - Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie-Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MACALOU	Orthopédie-Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynéco-Obstétrique
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Bouraïma MAIGA	Gynéco-Obstétrique

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chirurgie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie Chef de D.E.R.
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahmane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Mamadou KONE	Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie-Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie-Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie Mycologie
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Halar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-Entérologie-Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-Entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGOLA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-Entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-Entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique, chef de D.E.R.
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Bénoir Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie
Mr Yaya KANE	Galénique

4. ASSISTANTS

Mr Saïbou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
--------------------	----------------

2. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAIGA	Santé Publique
--------------------	----------------

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souléymanne GUINDO	Gestion
Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr . Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISS	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr. Lamine GAYE	Physiologie

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Je dédie ce travail

A **Allah** le Tout Puissant, le Clément, le Miséricordieux par Ta bonté et Ta grâce, Tu m'as permis de mener à terme ce travail et voir ce jour, que j'attendais tant.

Au Prophète **Mohamed** paix et salut sur lui ainsi qu'à tous ceux qui lui sont chers.

A mon père, Infirmier **Dramane FOFANA** pour tous les sacrifices que, tu as consentis pour notre éducation. Reçois ici, l'expression de notre amour et de notre grande admiration. Père puisse ce travail être pour toi un début de consolation car il est tien.

A mes mères **Nantaning KONE** et **Chata KANTE**,

Vos conseils, vos soutiens et l'Education que vous nous avez donné, ont été pour nous des éléments de réussite. Ce travail est la preuve de notre patience.

A mes Frères et mes Sœurs

Vous avez été pour moi un grand soutien. Je n'oublierai jamais ces moments de complicité, de joie, de peine, partagés ensemble qui sont autant de choses qui nous lient et que nous avons tous vécus intensément. Que Dieu renforce nos liens !

A mes oncles, mes tantes, mes cousins et mes cousines les familles KEITA, COULIBALY, FOFONA toutes à Sébénikoro, la famille DIAWARA à Bougouni, la famille KEITA et DOUMBIA à Kolondiéba, la famille FOFANA à Kangaba recevez au moment solennel de ma vie mes considérations les plus sincères pour les sentiments nobles que vous avez insufflés en moi.

A Madame **DOUMBIA Maimouna TRAORE**, vous avez été pour moi plus qu'une sœur pendant les heures de recherche de ce savoir que tu as bien voulu partager avec moi. Merci de tout mon cœur.

A L'Enseignant **Bakary KONE** « B.K »,

Ta bonté et ton savoir – vivre sont remarquables.

Puisse Allah te rendre ce que tu fais comme bien.

A mon épouse **Awa N'DIAYE KELEPILY**,

Puisse Dieu te récompenser pour tout ce que tu as fait pour moi. La meilleure récompense est au près de Dieu.

En signe d'affection, trouve ici l'expression de tout mon amour.

A mon fils **Dramane FOFANA**,

La réussite est un long chemin de parcours.

Que dieu guide tes pas et ta volonté.

A :

Tous mes maîtres de la faculté de médecine, de pharmacie et odontostomatologie de Bamako.

Pour la qualité des enseignements que vous nous prodiguez tout au long de notre formation.

Hommage Respectueux.

Aux docteurs : Bokary DIALLO, Djibril KASSOGUE, Abdou GUIRE, Drissa OUATTARA, THERRA Alfousseyni, SACKO Amidou, SOW Korotoumou Sory Ibrahim KONE,

Pour l'encadrement et les conseils précieux.

A mes cadets internes.

Courage et plein succès.

A tout le personnel du CSRef de Kolondiéba ; de la pharmacie SIDIBE Kolondiéba, de la clinique Mamadou SACKO, du Cabinet THERRA, (Bamako) du CSAR de Sido, (Bougouni) pour le soutien et la collaboration.

A tous mes amis compagnons de tous les moments de joie et de difficultés : Karim TOURE, Mansa DOUMBIA, Issouf DOUMBIA, Ibrahim DOUMBIA, Dr Seydou FOMBA, Daouda Y KONE, Lansseni SINAYOKO, Amadou URO OGON, Biba KONE, Moussa TRAORE.

- Dr Abdramane TRAORE,

Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre disponibilité et surtout de votre savoir faire. Votre caractère sociable fait de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute et à l'attention des autres. Les mots me manquent pour vous remercier de votre encadrement et de votre formation afin de nous faire des futurs bons médecins. Plus qu'un chef, vous êtes pour moi un grand frère adorable. Au couple TRAORE je souhaite bon vent !

Comptez sur ma disponibilité et ma profonde gratitude, merci infiniment.

A la sage Femme maîtresse : Chère mère, transmettre son savoir et sa connaissance aux autres est un acte de foi, un devoir sacré de valeur inestimable. En vous nous avons trouvé l'espoir et la confiance qui manque à l'humanité une confidente et une mère. Merci pour les enseignements reçus aussi bien médicaux que sociaux. Puisse Dieu récompenser en bien tous les efforts que vous ne cessez de déployer pour les autres sans contre partie.

A tous les Etudiants de la faculté de médecine de pharmacie et odontostomatologie.

A tous ceux qui ont contribués de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

HOMMAGE

A nos juges

A notre maître et président du jury,

Pr. Amadou Ingré Dolo :

- **Professeur titulaire de gynécologie obstétrique à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie ;**
- **Chef de service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré ;**
- **Président du réseau de lutte contre la mortalité maternelle ;**
- **Secrétaire général de la société africaine de gynécologie et d'obstétrique (SAGO) ;**
- **Père fondateur de la société malienne de gynécologie et d'obstétrique (SOMAGO),**
- **Point focal de la vision 2010 au Mali ;**

Cher maître,

L'assiduité, la ponctualité, et la rigueur scientifique qui vous caractérisent ont forcé notre admiration.

La qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique font de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, d'humilité et du travail bien fait.

Honorable maître, la probité, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la rigueur, la faculté d'écoute, sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand médecin.

Puisse le seigneur vous accorder santé et longévité afin de rendre meilleure l'école malienne de gynécologie obstétrique qui vient de voir le jour sous votre impulsion.

A notre maître et juge,

Docteur Hamadoun Sangho :

-Maître assistant en santé publique;

Directeur du C.R.E.D.O.S

Cher maître,

Votre calme, votre rigueur scientifique, vos qualités humaines et de bon enseignant nous ont motivé à aller vers vous pour juger ce travail

Votre apport au cours de l'élaboration de cette thèse fut considérable

Recevez ici notre plus grand respect.

A notre maître et co-directeur de thèse,

Dr Seydou Fané :

-Médecin C.E.S. (Certificat d'Etudes Spécialisées) de gynécologie obstétrique

Cher maître,

Votre grande qualité scientifique, votre attachement à la formation correcte et votre souci permanent pour l'esprit d'équipe font de vous une référence. Un maître doté d'un sens social inestimable, votre ténacité dans le travail.

C'est aujourd'hui une fierté pour nous, d'avoir appris à vos côtés.

A notre maître et directeur de thèse,

Pr. Mamadou Traoré :

-Professeur agrégé en gynécologie et d'obstétrique à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie ;

-Médecin chef du centre de santé de référence de la commune V ;

Cher maître,

C'est aujourd'hui l'opportunité de rendre un hommage mérité à la qualité de l'enseignement que vous nous avez offert tout au long de notre cursus universitaire. Votre sympathie, votre abord facile, votre compétence professionnelle font de vous un homme exceptionnel.

SOMMAIRE

<u>I INTRODUCTION :</u>	1
<u>II OBJECTIFS :</u>	6
<u>III GENERALITES :</u>	7
<u>IV METHODOLOGIE :</u>	13
<u>V RESULTATS :</u>	27
<u>VI DISCUSSION :</u>	47
<u>VII CONCLUSION :</u>	54
<u>VIII RECOMMANDATIONS :</u>	55
<u>IX REFERENCES :</u>	56
<u>X ANNEXES :</u>	63

LISTE DES ABREVIATIONS

BW :	Bordet Wasserman
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CPN :	Consultation Périnatale
CSCOM :	Centre de Santé Communautaire
CSRef :	Centre de Santé de Référence
DCI :	Dénomination Commune Internationale
ECBU :	Examen Cyto-Bactériologique des Urines
FFI :	Faisant Fonction d'Interne
GATPA :	Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement
HTA :	Hypertension Artérielle
HU :	Hauteur Utérine
IB :	Initiative de Bamako
IMCM :	Institut Malien de Conseil en Ménagement
IUG :	Institut Universitaire de Gestion
IV :	Intra-Veineuse
MIPROMA :	Mutuelle Interprofessionnelle du Mali
OMI :	Oedème des Membres Inférieurs
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PEV :	Programme Elargi de Vaccination
PF :	Planning Familial
PMA :	Paquet Minimum d'Activité
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
POK :	Parasites, Œufs et Kystes
PPM :	Pharmacie Populaire du Mali
RAC :	Réseau Aérien des Communications
SIS :	Système d'Information Sanitaire
SOTELMA :	Société des Télécommunications du Mali
TA :	Tension Artérielle
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine
T :	Temps

INTRODUCTION

1- Importance du sujet

« La grossesse est une aventure et l'accouchement un combat entre la vie et la mort » dit un proverbe Bambara.

Si le suivi de la première n'était pas une priorité dans les temps ancestraux, l'accomplissement du deuxième est un passage forcé du moins souhaité par toute femme et cela dans les meilleures conditions possibles. Attendre un enfant, le mettre au monde pouvoir le serrer contre soi sont les vœux de toute femme.

En Afrique un enfant est un critère de valorisation sociale pour toute femme. C'est un événement heureux permettant une cohésion inextricable au sein de la famille.

Chaque jour au moins 1600 femmes environ succombent dans le monde suite à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement soit un décès par minute ce qui représente 585.000 décès maternels par an. La majorité de ces décès se passe en Afrique. Au Mali le taux est estimé à 582 pour 100000 naissances vivantes [31]. Un quart des femmes souffrent toute leur vie des lésions douloureuses débilantes et humiliantes suite à l'accouchement (fistules vesico- vaginales) etc.

Au Mali, les femmes en âge de procréer (15 – 49 ans) représentent 21,28 % de la population [6].

Dans ce groupe le taux de mortalité est de 1200 pour 100.000 naissances vivantes [32]. Les principales causes de mortalité maternelle sont :

- L'hémorragie
- Les infections
- L'éclampsie
- Les dystocies

- Les avortements à risque
- Les problèmes de santé persistants tels que l'anémie, le paludisme.

Ces taux élevés de mortalité maternelle pourraient s'expliquer par :

- la faiblesse de la couverture sanitaire
- l'insuffisance notoire des ressources allouées à la santé
- l'insuffisance des soins prénataux
- le faible niveau économique de la population
- l'insuffisance en qualité et en quantité du personnel sanitaire
- des références et évacuations tardives.

En Afrique les travaux concernant l'évaluation de la qualité des soins en salle d'accouchement sont limités.

Selon l'OMS sur 500.000 décès maternels enregistrés chaque année dans le monde, environ 150.000 soit plus du 1/3 concerne l'Afrique [22]

La situation du continent africain apparaît plus préoccupant si on la compare à celle des autres régions du monde en développement. Ces régions à l'exception de l'Asie du Sud (600 à 1.000 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes) : ont toutes un niveau de mortalité maternelle bien inférieure à celui de l'Afrique (7.24) 270 pour l'Amérique Latine et 55 pour l'Asie de l'Est qui est parvenue à réduire de manière spectaculaire la mortalité maternelle (grâce aux programmes axés sur la maternité sans risque et ses composantes (7). Depuis 1958 la célèbre enquête anglaise du British Périnatal Mortality Survey avait montré que l'absence de CPN multipliait par cinq le risque de mortalité périnatale [37].

Malgré les tendances récentes à une réduction du taux de natalité. Celui-ci reste élevé, supérieur ou égal à 45 % dans la plupart des pays d'Afrique, 20 à 40 % en

Amérique Latine. Les taux enregistrés en Amérique du Nord en Europe sont respectivement 17 %°. 14%° [35].

Au Mali en 2001 une étude faite sur la qualité des **CPN** et des soins au centre de santé de référence de la commune II avait révélé le faible niveau de continuité des soins [24].

Au Mali en 2003 une étude faite sur la qualité de l'accouchement au centre de santé de MIPROMA de Magnambougou en commune VI du District de Bamako a également révélé certaines faiblesses : faible qualité de l'interrogatoire, faible qualité des gestes techniques, de l'examen général, faible qualité de la dimension, préparation à l'accouchement ; faible qualité du lavage des mains et le changement de blouse au moment de l'accouchement, le contrôle des paramètres comme : le pouls ; TA ; respiration et des conjonctives n'étaient fait que dans 4,6 % des cas ; la faible utilisation du partogramme [18].

- En 2004 une étude faite au centre de santé de référence de la commune V a montré également que le contrôle de la TA, la prise du poids, l'examen des conjonctives ont été de faible qualité soit 15 % des cas [11].

En Afrique de l'ouest une étude effectuée en 1997 dans certaines villes (Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint-louis et Kaolack) a montré que les accouchements se faisaient dans 58,8 % en présence d'une sage femme avec 94 % à Ouagadougou, Bamako et Nouakchott 57 % à Dakar [29].

Au Sénégal en 1999 une étude a porté sur évaluation des programmes de soins essentiels pour la suivie de la mère et une meilleure connaissance de la mortalité maternelle. Cette étude révéla que l'accouchement a le plus souvent lieu à domicile 62,8% et que l'assistance est assurée par les matrones 66,5% des cas [12]

Au Mali en 1990, il a été adopté la politique sectorielle de santé et de la population, cette politique est caractérisée par le développement décentralisé des services sur la base de la concentration de la population. Elle définit le cadre d'intervention en matière de santé et de la population au Mali.

Les objectifs de cette politique sont :

- Etendre la couverture sanitaire
- Instituer un système de soins de santé fiable et performant
- Réduire la morbidité et la mortalité dues aux principales maladies
- Développer les services de planification familiale

Chacun des cercles de Sikasso en particulier celles des autres localités du Mali ayant leur carte sanitaire ; il nous a paru important de choisir un cercle pour répondre aux questions suivantes ci-dessous citées.

- les parturientes ont-elles accès aux soins de qualité en salle d'accouchement ?
- Qui fait ces activités ?
- Dans quelles conditions et avec quel équipement ?
- Dans quelle organisation ?

Notre choix s'est porté sur le centre de santé de référence de Kolondièba dans la région de Sikasso compte tenu :

- de sa richesse en structure socio-sanitaire.
- de sa forte natalité.
- Et pour connaître à un moment donné, le niveau de la qualité des soins et comparer le niveau de la qualité des prestations de ce dernier aux niveaux des prestations des centres jadis étudiés.

II. OBJECTIFS

1. Objectif Général

Evaluer la qualité des soins à la maternité du Centre de Santé de Référence de Kolondièba dans la région de Sikasso.

2. Objectifs Spécifiques

- Décrire les structures en place notamment les infrastructures et le personnel.
- Décrire les procédures
- Rapporter la perception des utilisatrices sur les actes posés en salle d'accouchement.
- Proposer des mesures permettant d'améliorer la qualité de l'offre des soins.

III. GENERALITES

3.1 Historique de l'accouchement

Attendre un enfant, le mettre au monde, pouvoir le serrer contre soi sont les vœux de toute femme. La grossesse si elle est bien menée, aboutit à une naissance vivante et constitue pour la femme un critère de valorisation sociale. Cependant pour des milliers de femme, une naissance n'est pas la cause d'allégresse, devrait être mais plutôt une souffrance dont l'issue peut être fatale. Car le pronostic porté sur le déroulement de l'accouchement reste toujours un pronostic provisoire susceptible d'être contredit par l'évolution : telle femme qui paraissait devoir accoucher normalement peut présenter des complications au cours du travail : telle autre qui donnait des inquiétudes accouchera parfois le plus normalement du monde. « Car rien n'est plus fertile en surprises que l'obstétrique » [34].

Ainsi dans l'historique de l'obstétrique certains auteurs ont marqué à travers leurs travaux. **Il s'agit entre autres de :**

- Sonarus d'EPHESE (deuxième siècle de notre ère) fut considéré comme le père de l'obstétrique. Il démontra que le fœtus est propulsé non pas par ses efforts propres mais par les contractures utérines et inventa la version podalique qui resta pendant 17 siècles la principale opération obstétricale [18].
- A la fin du XVIe siècle PETER CHAMBERLAIN inventa une pince : le forceps capable de saisir la tête fœtale et de l'extraire hors de la filière génitale.
- La croisade menée par IGNACE SEMMELWEIS et surtout les 30 années de lutte patiente conduite par STEPHANE TARNIER de 1858- 1888 parvinrent à imposer la propreté et l'usage des antiseptiques dans les maternités.

- L'échographie, après avoir fait ses premiers pas en obstétrique, est ainsi devenue, en une décennie, un auxiliaire indispensable de la plupart des disciplines médicales. En obstétrique, elle fait maintenant partie intégrante de la surveillance obstétricale moderne [36].
- L'introduction des trousse d'accouchement en 1987 par l'OMS dans le système de santé communautaire a permis de relever le niveau de fréquentation des centres de santé par les parturientes mais aussi d'améliorer les conditions d'hygiène au cours de l'accouchement.

3 -2 Définitions

- **LA QUALITE DES SOINS**

« A l'aube du nouveau millénaire, dans un monde qui connaît une croissance économique et des progrès technologiques sans précédent, il y a toujours un nombre alarmant de femmes qui meurent au cours de la grossesse et de l'accouchement [27].

La technologie de la naissance doit avoir un but :

- en premier lieu ne pas nuire
- en second lieu la protection maternelle et infantile (PMI) qui recouvre des mesures réglementaires et des moyens adaptant le système de santé aux objectifs de réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et de la promotion de la santé.
- Ainsi selon L'OMS la qualité des soins de santé consiste à exécuter correctement (selon les normes) des interventions dont on sait qu'elles sont

sans risque, d'un coût abordable pour la société en question et susceptible d'avoir un impact sur la mortalité la morbidité les invalidités et la malnutrition.

C'est l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire exactement les besoins des utilisateurs en maximisant la perception de l'offre et en minimisant les défauts ou les erreurs [12] ; ils doivent donc être efficaces, appropriés, sûrs, accessibles et acceptables et utilisant de façon optimale les moyens disponibles.

C'est la mesure dans laquelle les ressources disponibles ou les services offerts répondent à des normes préétablies dont l'application est généralement censée permettre d'obtenir les résultats souhaités [2].

Selon DONA BEDIAN

« La qualité des soins techniques consiste à appliquer des sciences et des technologies médicales de manière à arriver au maximum des bénéfices pour la santé sans augmenter les risques ».

« Le niveau de qualité est par conséquent la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable de risques et de bénéfices » [9].

Au Mali, les travaux sur l'évaluation de la qualité des soins sont très limités.

En 1989, l'évaluation d'un centre de santé maternelle et infantile en commune VI [40] a montré que la qualité des services souffre de l'insuffisance de l'accueil et de l'exécution de certains gestes dangereux ou inadaptés ainsi que la très faible productivité du personnel et un manque de formation permanente. En 1997, une étude comparative de la qualité des soins en commune VI [5] a révélé un manque du personnel des conditions d'hygiène très mauvaises et un manque de recyclage permanent du personnel. Une autre étude en 2000 sur la prise en charge des

parturientes en milieu rural et urbain [25] a montré que les parturientes ne reçoivent pas tous les soins qui leurs assurent une maternité sans risque au niveau des CSCOM.

Au Cameroun une évaluation de la santé de la reproduction dans les formations sanitaires qui a été faite en 1998 [8], a montré que la majorité des formations sanitaires manque d'espace et d'éléments essentiels de confort.

A travers ces différents travaux nous voyons une nécessité de l'amélioration de la qualité des soins qui ne pourrait mieux se faire que par une étude complète c'est-à-dire une étude des structures, procédures et résultats.

- **L'ACCOUCHEMENT**

Après neuf mois de vie intra-utérine, le fœtus se sépare de l'organisme maternel. Ce phénomène physiologique aboutit à la naissance de l'enfant, il se nomme accouchement ou parturition son déroulement physiologique et mécanique est complexe. Il met schématiquement en présence trois éléments :

- La filière osseuse et les parties molles ;
- L'utérus ;
- Le fœtus [15]

- **QUALITE DES ACCOUCHEMENTS**

L'OMS définit la sage femme comme une personne qui surveille, soigne et conseille les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum [39].

Ainsi son rôle est de :

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

- reconnaître et prendre en charge les complications notamment prendre les mesures nécessaires pour sauver la vie de la mère et de l'enfant ;
- adresser rapidement et en toute sécurité à l'échelon supérieur les patientes dont l'état l'exigent [31].

- **L'EVALUATION**

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

- **LES NORMES**

Ils décrivent les gestes logiques indispensables et nécessaires à l'offre des services de qualité par les prestataires.

- **LA MORTALITE MATERNELLE**

Se définit comme le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison qu'elle qu'en soit la durée ou la réalisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé mais ni accidentelle ni fortuite [18].

- **LE TAUX DE MORTALITE MATERNELLE**

C'est le nombre de décès maternels pour 100 000 grossesses, parfois exprimé pour 100 000 femmes en âge de reproduction. Ce taux exprime jusqu'à quel point le décès maternel est courant.

- **FACTEUR DE RISQUE**

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

- **GROSSESSE A RISQUE**

C'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risque.

- **LA MATERNITE SANS RISQUE**

« C'est créer des conditions dans lesquelles une femme peut choisir d'avoir un enfant, et si elle le fait, est assurée de recevoir des soins pour la prévention et le traitement des complications de la grossesse, d'avoir accès à l'assistance d'un personnel qualifié à l'accouchement, à des soins obstétricaux d'urgence en cas de besoins, et à des soins après la naissance, de manière à éviter les risques de décès ou d'incapacités liées aux complications de la grossesse et de l'accouchement [15]. »

- **L'AIRE DE SANTE**

Elle représente une zone géographique desservie par ressource sanitaire.

- **LA CARTE SANITAIRE**

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

- **LE PAQUET MINIMUM D'ACTIVITE (PMA)**

Il signifie l'offre d'activités intégrées de soins de santé. Il comporte des activités préventives, curatives et promotionnelles, Il s'agit entre autres de traitement des maladies courantes. Consultations prénatales et post-natales avec accouchements et vaccination.

- **REFERENCE**

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

IV METHODOLOGIE

CADRE DE L'ETUDE

Notre étude a eu lieu à la maternité du centre de santé de référence de Kolondièba dans la région de Sikasso.

4.1 PRESENTATION GEOGRAPHIQUE

Le cercle de Kolondièba est un cercle de la région de Sikasso, il couvre une superficie de 9200 km² avec une population de 169.776 habitants, la densité est de 18 habitants par km², le taux d'accroissement annuel est de 2,7 %. La population est inégalement répartie, les parties nord et sud ouest sont plus peuplées.

Situé à l'extrême sud du Mali, il est limité par :

- Au nord et à l'ouest par le cercle de Bougouni
- Au sud par la république de la Cote d'Ivoire
- A l'est par les cercles de Kadiolo et de Sikasso.

Le cercle est traversé par deux fleuves :

- Le Kankelaba
- Le Banifing III ou Tiendaga

Le Relief est peu accidenté, dominé par des plaines et des collines se signalent dans les parties sud et ouest de Fakola avec des sommets ne dépassant pas 300 à 310 m. Le

climat est de type soudanien avec une pluviométrie variant entre 800 à 1200 mm par an.

Le cercle est constitué de 12 communes dont 5 chevauchent avec certaines aires de santé

1 Kebila

2 Mena

3 N'Golodiana

4 Bougoula

5 Farako

6 Kolosso

7 Tousseguela

8 Kadiana

9 Fakola

10 Nangalasso

11 Kolondieba

12 Tionki

Historique du Centre de Santé de Référence de Kolondieba

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé, le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chaque cercle. C'est ainsi que fut créé le centre de santé de Kolondieba (service socio sanitaire de cercle de Kolondieba) dans le but de prendre en charge les références des structures périphériques.

Dans le cadre de la politique sectorielle de santé et de population et conformément au plan de développement socio sanitaire du cercle (PDSC) ; la carte sanitaire du cercle a été élaborée pour 16 aires de santé (16 CSCOM) sur les 16 aires : 15 CSCOM sont fonctionnels (Kébila, Mena, Bougoula, Farako, Tousseguéla, Kadiana, Fakola,

Nangalasso, Kolondièba, Tionki, Gourouko, Kara, Diaka, Toutiala, Wakoro) et Kolosso.

Le service socio sanitaire du cercle a été érigé en centre de santé de référence en 1995.

Le centre de santé de référence de Kolondièba comprend plusieurs services et unités qui sont :

⇒ Service de gynécologie-obstétrique comprenant :

- unité grossesse à risque/gynécologie
- unité accouchement / suites de couches
- unité CPN (Consultations PréNatales)
- unité PF (Planning Familial) et post Natales

⇒ Unité chirurgicale

⇒ Service de médecine

- médecine interne
- pédiatrie

⇒ Unité Odontostomatologie

⇒ Unité Ophtalmologie

⇒ Unité imagerie médicale

⇒ Unité PEV (Programme Elargi de Vaccination)

⇒ Unité Consultations externes et soins (Pansement et injections)

⇒ Unité laboratoire d'analyses

⇒ Unité recherche et information (Bibliothèque – Salle informatique – Salle de staff – Salle d'archives – Bureau – S.I.S. Système d'Information Sanitaire)

⇒ Service financier (Bureau des entrées et comptabilité)

Le centre de santé de référence de Kolondieba compte 30 agents dont :

- 4 Médecins Généralistes
- 1 Infirmier d'état
- 3 Infirmiers du premier cycle
- 1 Sage-femme
- 2 Infirmières obstétriciennes
- 3 Matrones
- 3 Assistants Médicaux dont un ophtalmologue, un stomatologue et un anesthésiste réanimateur
- 2 Chauffeurs
- 1 Gardien
- 1 Technicien sanitaire
- 1 Comptable (niveau IUG)
- 1 Technicien de Labo
- 1 Gérant de pharmacie
- 3 Manœuvres
- 1 Instrumentiste
- 1 Lingère
- 1 Caissier

Les agents sont soit des fonctionnaires, soit des conventionnaires de l'état, soit des contractuels ; soit des agents de la municipalité.

Le centre de santé de Kolondieba a été créé en 1952, il débuta par une case et se développa progressivement. Le bloc opératoire a été ouvert par un médecin généraliste qui de nos jours est professeur en Gynéco-obstétrique au Mali, en la personne de monsieur **Mamadou Traoré**.

Le 15 septembre 1997 le centre de santé de référence de Kolondieba a reçu le prix CIWARA d'excellence, décerné par l'institut Malien de conseil en ménagement (IMCM). Ce prix a été décerné pour l'excellence de ses actions. La même année la sage-femme maîtresse a reçu un diplôme honorifique du Ministère de la promotion de la femme, de la famille et de l'enfant pour son engagement en faveur de la promotion de la santé de la femme et de l'enfant.

La sage-femme maîtresse par son expérience personnelle a organisé un système d'internat à la maternité de Kolondieba où toutes les femmes ayant une grossesse à risque sont hébergées ou internées et sont suivies régulièrement.

En 2005 compte tenu de l'insécurité existante dans le cercle le Gouverneur de la Région de Sikasso a décidé que l'ambulance soit escortée de 18 H au matin par deux porteurs d'uniformes pris en charge par les parents de la parturiente (8.000 F CFA). Le temps de recherche des porteurs d'uniformes et le temps de discussion du prix au RAC constituent une source de retard d'évacuation des femmes en travail entraînant des complications materno-fœtales. Ce retard a été résolu par l'implication des différents acteurs.

En Mai 2005 la réalisation des ponts de Tiendaga et Kanguela qui jadis paralysaient pendant l'hivernage 80 % des activités de références et évacuations du centre de santé de référence de Kolondieba a réduit considérablement le taux de complication materno-fœtale.

Les Organes de gestion du centre sont : le comité de gestion et le conseil de gestion

Une permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

- Infirmiers
- Etudiant en Médecine faisant fonction d'interne (FFI)
- Une matrone en salle d'accouchement

- Le chauffeur d'ambulance qui assure la liaison avec les hôpitaux nationaux et les CSCOM
- Les aides soignants

La sage-femme, le médecin ou l'infirmier anesthésiste est appelé en cas de besoins.

4.1-3 AU NIVEAU ORGANISATION DU SERVICE DE GARDE

L'équipe dispose :

- Une table d'accouchement
- Deux salles d'opération fonctionnelles
- Un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales.
- Un staff a lieu chaque Mercredi à 8 heures

Réunissant le personnel du service, dirigé par le chef de service.

Au cours de ce staff chaque équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés dans la semaine.

Il y a consultation tous les jours et 2 jours d'opération durant la semaine en dehors des urgences.

Une visite est faite tous les jours.

4.1-4 SITUATION SOCIO CULTURELLE

Elle reste encore traditionnelle dans sa grande composante. L'influence de l'islam est dominante. On compte cependant quelques communautés chrétiennes et animistes. La société est paysanne et conservatrice. Les femmes constituent la cheville ouvrière

Qualité des soins à la maternité du centre de santé référence de kolondieba dans la région de sikasso dans le processus de production familiale. Par contre elles ne sont pas impliquées dans la prise de décision en cas de problème de santé.

L'analphabétisme, le chômage et la délinquance demeurent les fléaux sociaux importants.

4.1-5 EDUCATION

Le cercle abrite 36 écoles de premier cycle, 6 écoles de second cycle, 122 écoles communautaires 4 établissements coraniques (medersas) et un jardin d'enfants.

4.2 LES POPULATIONS ETUDIEES

4.2-1 POUR L'ETUDE DES STRUCTURES

- le service de Gynéco-obstétrique
- le personnel de la maternité
- le comité de gestion du centre : un président, un trésorier, et autres membres du bureau de gestion du centre.

4.2-2 POUR L'ETUDE DES PROCEDURES ET RESULTATS

- L'accueil. L'attitude. Le respect psychique et physique des parturientes
- La qualification de l'agent
- Les conditions d'hygiène au cours de l'accouchement
- Résultats : l'opinion des accouchées

4.3 LA PERIODE D'ETUDE

Notre étude s'est étendue du 24 Octobre 2005 au 24 Décembre 2005

4.4 CRITERES D'INCLUSION

Notre étude a concerné de façon exhaustive toutes les femmes qui se sont présentées au centre pour bénéficier des soins d'évaluation.

Elle a concerné les gestes techniques réalisés par le personnel au cours de l'accouchement et l'opinion de la parturiente ou de la nouvelle mère sur la qualité des diverses activités.

CRITERES D'EXCLUSION

Notre étude n'a pas concerné les femmes ayant accouchées à domicile ou dans d'autres structures.

4.5 TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive. Elle s'inspira de ce fait du postulat d'Adévis Donabedian sur l'évaluation de la qualité de l'accouchement et comporte :

- L'étude des structures
- L'étude des procédures
- Leurs résultats

4.6 TAILLE DE L'ECHANTILLON

Notre étude a porté sur 100 parturientes qui ont fréquenté la salle d'accouchement du centre de santé de référence de

Kolondièba dans la période d'étude et en présence de l'enquêteur. Il s'agissait d'un recrutement systématique des parturientes jusqu'à atteindre la taille de l'échantillon.

4.7 CRITERES DE JUGEMENT

- Les normes et procédures des soins d'accouchement

4.8 RECUEIL DES DONNEES

Il s'est effectué sur deux types de questionnaires :

Un questionnaire « Observations sur les accouchements »

Un questionnaire « Opinion sur les accouchements »

4.9 TECHNIQUE DE COLLECTE

Elle a consisté dans un premier temps en une observation des agents de santé (médecin, sage-femme, matrone, interne et aide soignante) au cours du travail d'accouchement en notant la réalisation ou non des gestes techniques et d'autre part à faire un entretien avec les accouchées de façon isolée et discrète. Donc toutes les femmes qui se sont présentées pour l'accouchement au cours de la période d'enquête ont été interrogées

4.10 LES VARIABLES MESURÉES ONT ÉTÉ

POUR L'ACCOUCHEMENT

- Les caractéristiques de la parturiente
- Les caractéristiques de la personne ayant pris en charge les parturientes
- L'intimité de la parturiente
- L'interrogatoire

- L'examen général
- L'examen obstétrical
- La préparation de la parturiente
- L'utilisation des médicaments
- Les soins dispensés au nouveau-né
- La pratique du GATPA
- L'utilisation des supports
- La durée du travail d'accouchement
- Nombre de CPN
- Critères de choix du centre
- L'organisation du système de référence
- L'opinion des parturientes

POUR L'OPINION DES PRESTATAIRES

Elle vient en complément de l'étude des procédures. Les parturientes qui ont fréquentés le centre au cours de la période d'étude ont été interrogées par rapport à leur opinion sur les prestations.

4. 11 L'ORGANISATION DES ENQUETES

Les observations et la demande de l'opinion des parturientes ont été faites par un étudiant en médecine. Pour cela l'enquêteur était passif et discret pour le bon déroulement de l'étude. Il disposait donc des fiches d'enquête dont les questions étaient de réponses rapides.

4.12 PLAN D'ANALYSE ET DE TRAITEMENT DES DONNEES

Les données ont été saisies et analysées sur l'ordinateur en utilisant le logiciel EPI info SPSS version 11.

LES NORMES ARCHITECTURALES

- L'Etat du local n'est pas satisfaisant .Les bâtiments sont pour la plupart en banco.
- Le système de protection contre la poussière et la clôture sont de meilleure qualité.

PLAN D'ORGANISATION DES SERVICES

- L'existence d'un bureau des entrées (pour ticket et orientation dans le centre).
- L'existence d'une pancarte d'orientation dans le centre.

L'EQUIPEMENT DE L'UNITE DE CONSULTATION GYNECOLOGIQUE

- L'état de la salle n'est pas satisfaisant
- L'équipement pour l'accueil, il existe une salle d'attente
- L'équipement pour les principaux examens

L'EQUIPEMENT DE LA SALLE D'ATTENTE

- Les salles d'attente (consultation prénatale, accouchement, consultation médicale) sont bien équipées
- Un hangar de vaccination
- Le bloc opératoire est fonctionnel
- Un hangar de planning familial

EXISTENCE D'EQUIPEMENT DES UNITES
ANNEXES

- L'unité chirurgicale
- Le service de médecine interne
- L'unité odontostomatologie
- L'unité ophtalmologie
- L'unité PEV
- L'unité consultation externe et soins (pansement et injection)
- L'unité Laboratoire d'analyse
- L'unité recherche et information
- Le service d'hygiène et assainissement et de développement communautaire
- Le CSCOM Central (Consultation Externe).

L'EXISTENCE ET LA FONCTIONNALITE DU
LABORATOIRE

- L'équipement : les principaux examens sont réalisés
- Le personnel est constitué des techniciens de labo.

L'EXISTENCE DE DEUX DEPOTS DE
MEDICAMENTS

Un pour le CSCOM central et l'autre pour le centre de santé de référence

- Le plan du local (protection suffisante contre la poussière)
- L'équipement est suffisant
- Le Mode d'approvisionnement est basé sur le plan Directeur d'approvisionnement en médicament.
- La formation du personnel

<p style="text-align: center;">SYSTEME D'APPROVISIONNEMENT EN EAU EN ELECTRICITE ET EN COMMUNICATION</p>

- Il existe deux pompes
 - Le cercle de Kolondièba dispose une ligne Téléphonique (SOTELMA). Le branchement des abonnées n'est pas effectif et IKATEL. Le réseau RAC est bien fourni au niveau des services de santé reliant le CS Réf. à tous les CSCOM. L'administration dispose également un RAC à couverture nationale.
 - Le groupe électrogène fonctionnel de 18 heures à 22 heures 30

4.13 SYSTEME DE CLASSEMENT

Une cotation de (0 : 1) a été faite pour les critères si dessus identifiés

Chaque référence composée de critères a été cotée de 0 à 4

La somme des scores réalisés appliquée à l'échelle d'évaluation a permis d'évaluer le niveau de qualité des structures. Le maximum de score que l'on peut enregistrer pour références est de 40.

Le détail sur les cotations est présenté dans le tableau en annexe

L'échelle se présente comme suit :

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

Le niveau de la qualité des accouchements est obtenu à partir des scores obtenus lors de la réalisation des variables discriminantes

L'analyse a porté sur 2 types d'échelles

UNE PREMIERE OÙ LES ACCOUCHEMENTS SONT DITS :

« De bonne qualité » si toutes les variables discriminatoires sont réalisées

« De moins bonne qualité » si une ou moins des variables discriminatoires n'est pas réalisée

**UNE SECONDE ECHELLE OÙ LES ACCOUCHEMENTS SONT
CLASSES A QUATRE NIVEAU DE QUALITE :**

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

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

V RESULTATS

5.1.1 ETUDE DES STRUCTURES

Les bases de notre étude ont été

- les données physiques (locaux, équipements)
- les données humaines

La description des capacités de production et d'accueil des locaux : des équipements de ces locaux et des ressources d'exploitation humaines.

Au plan des structures le centre de santé de référence de Kolondiéba est de niveau III. Le service a une potentialité gynéco-obstétricale moyenne. Le centre est clôturé d'un mur à hauteur acceptable, fait en dur et en bon état. Le bureau des entrées est d'une pièce.

A l'entrée du centre, en face on voit une pancarte donnant une vue d'ensemble et permettant une meilleure orientation dans le centre.

La salle d'accouchement est constituée d'une seule table d'accouchement. Dans la salle d'accouchement il existe une table portant les instruments (boîte de compresse stériles, une boîte de coton, boîte de fil pour le cordon) ; deux chaises ; un tabouret pour l'épisiorraphie.

Une salle d'attente couvre la salle d'accouchement une salle servant de planning familial, la consultation prénatale, post-natale ; et bureau pour la sage-femme, quatre salles pour les suites de couches et trois salles pour les opérées.

Le bloc opératoire comporte deux salles d'intervention, une salle de stérilisation, un vestiaire pour le patient, une salle de réanimation, un bureau des internes, une salle pour l'anesthésiste et l'instrumentiste ; deux salles pour les médecins.

- *les moyens de transports* : le centre possède deux ambulances servant la liaison entre le centre et les autres structures de santé.
- *l'inventaire des petits équipements* : il y a un tension-mètre, un stéthoscope biauriculaire, un stéthoscope obstétrical, un réveil, une poubelle pour les déchets biomédicaux, 1 boîte à objets tranchants, un mètre ruban.

Il y a un dépôt de médicament où l'on trouve des médicaments en DCI, la source d'approvisionnement est la PPM (Pharmacie Populaire du Mali) et d'autres marchés privés.

L'éclairage est assuré par le groupe électrogène de 18 H à 22 H 30 et le reste 22 H 30 à 6 H du matin par la plaque solaire.

Une pompe assure l'approvisionnement en eau dont le transport est effectué par les accompagnantes.

5.1.2 SYSTEME DE TARIFICATION

→ *Tarification des accouchements et des hospitalisations à la maternité*

- accouchement 1.500 F
- hospitalisation 2.000 F
- la césarienne et leur hospitalisation sont gratuites

→ *Tarification de la consultation*

- consultation généraliste 1.500 F
- consultation sage-femme et infirmière obstétricienne 500 F

→ *Tarification des examens complémentaires au laboratoire*

TABLEAU I :

EXAMENS COMPLEMENTAIRES	COUT
Goutte – épaisse	750
Numération formule sanguine	2.000
Vitesse de sédimentation	500
Test d’Emmel	500
Test de grossesse	2.500
Groupage/Rhésus	1.500
BW	1.500
Glycémie	1.000
E.C.B.U.	1.500
Selles POK	500
Albumine sucre	750
Taux d’hémoglobine	750
HBs	3.500
Recherche de VIH	Gratuite
Frotis vaginal	1.000
Widal	2.500
Recherche de bacille tuberculeux	gratuite

TABLEAU II

5.1.3 LE NIVEAU DE LA QUALITE DES STRUCTURES

REFERENCES	NIVEAU DE LA QUALITE				SCORE	OBSERVATION
	I	II	III	IV		
1. Normes architecturales		+			2	Protection contre la poussière et moustique satisfaisante
2. Dispositif d'accueil et d'orientation		+			2	Dispositif et personnel assistant
3. Structure/équipement unité d'accouchement		+			2	Matériel technique incomplet (ciseaux, pinces défectueux)
4. L'équipement de la salle d'attente		+			2	Salle d'attente de la salle d'accouchement suffisante par rapport au nombre de parturiente
5. Unité hospitalisation suites de couches			+		3	- 6 lits pour 2 salles - salles non ventilées - matelas défectueux
6. Dépôt de médicaments normes architecturales et coût des médicaments			+		3	- protection suffisante contre la poussière - initiative de Bamako (IB) est appliquée
7. Laboratoire/Fonctionnalité			+		3	Fonctionnel pour les examens les plus courants
8. L'état des toilettes				+	4	Intimité respectée bonne propreté
9. Bloc opératoire			+		3	- matériel technique complet - manque de service de réanimation adéquat
10. Système d'approvisionnement en eau et d'élimination des déchets		+			2	- existence d'incinérateur - déchets régulièrement déversés pour traitement biomédical
11. Unité hospitalisation des opérés		+			2	- 9 lits pour 3 salles - 3 lits par salle - propres non ventilées - aération suffisante et protection
12. Système d'éclairage et de communication		+			2	- groupe électrogène - téléphone pour la réception - rac

5.1.4 CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION D'ETUDE

TABLEAU III

Répartition des parturientes selon leur âge

TRANCHE D'AGE	EFFECTIF	POURCENTAGE
15 – 19 ans	34	34,0
20 – 35 ans	57	57,0
36 ans et plus	9	9,0
TOTAL	100	100,0

L'âge moyen 21 ans.

TABLEAU IV

Répartition des parturientes selon leur profession

PROFESSION	EFFECTIF	POURCENTAGE
Ménagère	81	81 %
Fonctionnaire	1	1 %
Vendeuse	11	11 %
Autres	7	7 %
TOTAL	100	100,0

TABLEAU V

Répartition des parturientes selon leur niveau d'instruction

NIVEAU SCOLAIRE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Analphabète	73	73,0
Etude coranique	4	4,0
Niveau primaire	20	20,0
Niveau secondaire	3	3,0
TOTAL	100	100,0

- 73 % des parturientes étaient analphabètes
- 4 % avaient fait des études coraniques

TABLEAU VI

Répartition des parturientes selon leur statut matrimonial

STATUT MATRIMONIAL	EFFECTIF	POURCENTAGE
Célibataire	6	6,0
Mariée	93	93,0
Veuve	1	1,0
TOTAL	100	100,0

TABLEAU VII

Répartition des parturientes selon la parité

GESTITE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Parité 1	20	20 %
Parité (2-4)	47	47 %
Multipare (5-6)	18	18 %
Grande multipare (7 et plus)	15	15 %
TOTAL	100	100 %

La parité (2-4) a été représentée 47 %

La parité (1) a été représentée 20 %

TABLEAU VIII

Répartition des parturientes selon leur appartenance à un groupe à risque

NATURE DU RISQUE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Césarienne	5	5 %
Mort né	5	5 %
HTA	0	0 %
Autres	14	14 %
TOTAL	24	24 %

Ce tableau montre que parmi les 24 femmes présentant des risques : 5 avaient des antécédents de césarienne et 5 avaient des antécédents de mort né.

TABLEAU IX

Répartition des parturientes selon le nombre de CPN réalisé

NOMBRE DE CPN REALISEE	EFFECTIF	POURCENTAGE
0	6	6 %
1 –3	34	34 %
4 – 5	50	50 %
6 et plus	10	10 %
TOTAL	100	100 %

- 40 % des femmes représentaient des femmes à risque par rapport au nombre de leur CPN
- 50 % des femmes étaient entre 4 et 5 CPN.

5.1.5 QUALIFICATION DES AGENTS DE SANTE

TABLEAU X

Répartition des parturientes selon la « qualification de l'agent de santé » ayant assuré les soins d'accouchement

QUALIFICATION DE L'AGENT DE SANTE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Médecin	12	12 %
Sage-femme	6	6 %
Matrone	41	41 %
Infirmière obstétricienne	33	33 %
Autres	8	8 %
TOTAL	100	100 %

- 41 % des femmes ont été prises en charge par des matrones.
- 6 % des femmes ont été prises en charges par la sage-femme

NB : Les autres par les faisant fonction d'interne.

5.1.6 ETUDE DES PROCEDURES :

L'Accueil, le respect physique et psychique des parturientes

TABLEAU XI

Répartition des parturientes selon la réalisation des gestes du respect physique et psychique

VARIABLES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Salutations conformes aux normes sociales	100	100 %
Explique ce qui va se passer	100	100 %
Ton (doux, normal, encourageant)	96	96 %
Attitude (normale douce)	96	96 %
Tranquillise	100	100 %
Aide à monter sur la table	0	0 %

Le centre a un niveau I où 0 à 100 % des gestes de la dimension ont été réalisés. Les variables telles que le respect physique et psychique étaient satisfaisantes dans l'ensemble ; 100 % ont eu des explications sur le déroulement du travail d'accouchement ; les femmes n'étaient pas aidées à monter sur la table (0,0 %).

TABLEAU XII

Respect de « l'intimité des parturientes »

VARIABLES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Accouchement à l'abri des regards	80	80 %
Présence d'accompagnantes dans la salle d'accouchement	10	10 %
Entrée et sortie injustifiées	10	10 %
TOTAL	100	100 %

L'intimité des parturientes était respectée de façon satisfaisante soit 80 % , donc le niveau III

TABLEAU XIII

Répartition des parturientes selon la réalisation des variables techniques de l'interrogatoire

VARIABLES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Début des douleurs	100	100 %
Fréquence des douleurs	99	99 %
Mouvements Fœtaux	99	99 %
Pertes liquidiennes	90	90 %
Ecoulement Sanguin – vaginal	99	99 %
Possession d'un carnet de santé	100	100 %
Examen du carnet	100	100 %

Les variables techniques de l'interrogatoire des parturientes étaient de meilleure qualité 90 – 100% des cas

5.1.7 EXAMEN GENERAL

TABLEAU XIV

Répartition des parturientes selon la réalisation des gestes techniques de l'examen général

VARIABLES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Examen des conjonctives	0	0,0
Auscultation cardiaque	0	0,0
Prise de TA	95	95,0
Prise de pouls	10	10,0
Prise de température	0	0,0
Recherche d'O.M.I	0	0,0

Les gestes techniques de l'examen général étaient de faible qualité soit moins de 50% de la dimension ont été réalisés.

5.1.8 EXAMEN OBSTETRICAL

TABLEAU XV

Répartition des parturientes selon la réalisation des gestes techniques de l'examen obstétrical

VARIABLE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Mesure de la HU	100	100 %
La Palpation abdominale	100	100 %
Surveillance des contractions utérines	100	100 %
Auscultation du cœur fœtal	100	100 %
Surveillance de la progression de la présentation	100	100 %

L'examen obstétrical était de meilleure qualité car 100 % des gestes étaient réalisés.
Préparation à l'accouchement

TABLEAU XVI

Répartition des parturientes selon la réalisation des gestes techniques de la préparation à l'accouchement

VARIABLES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Fait uriner la parturiente	91	91 %
Sondage	9	9 %
Toilette vulvaire	0	0 %
TOTAL	100	100 %

Les gestes techniques de préparation à l'accouchement étaient de faible qualité.

5.1.9 LES CONDITIONS D'HYGIENE AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

TABLEAU XVII

Répartition des parturientes selon la réalisation des normes d'hygiène

VARIABLES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Changement de blouse	0	0 %
Lavage des mains après l'examen	90	90 %
Gant à usage unique	26	26 %
Gant talqué	74	74 %
Nouveau doigtier à chaque examen	100	100 %
Matériel changé pour chaque accouchée	100	100 %
Bassin propre non utilisé	100	100 %
Matériel lavé au savon	100	100 %
Matériel baigné dans une solution décontaminante	100	100 %

Les gestes techniques de la réalisation des normes d'hygiène étaient de faible qualité.

Le changement de blouse au moment de l'accouchement n'était pas fait.

L'usage des gants talqués 74 %, les autres étaient réalisés dans 26 - 100 %.

TABLEAU XVIII

Répartition des parturientes selon l'utilisation des médicaments au cours de l'accouchement

MEDICAMENT	EFFECTIF	POURCENTAGE
Antispasmodique	37	37 %
Ocytocique en perfusion	2	2 %
Ocytocique en IV (dilue au)	29	29,0
Sérum glucose 5 %		
Autres	7	7,0

Les antispasmodiques sont les plus utilisés 37 %, les ocytociques en perfusion 2 % ou en IV 29 % ont été également utilisés.

Les autres sont : quinine, anti hypertenseur, antibiotique etc.

5.2 DELIVRANCE

TABLEAU XIX

Répartition des parturientes selon la réalisation des gestes techniques de la délivrance

VARIABLES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Surveille le saignement vaginal	90	90,0
Prise du pouls	20	20,0
Prise de TA	100	100,0
Examen des conjonctives	60	60,0
Examine le placenta	72	72,0
Fait la révision utérine	9	9,0

Les gestes techniques de la délivrance ont été réalisés dans l'ensemble, dans 72 – 100 % des gestes de la dimension ont été réalisés.

5.3 POST-PARTUM IMMEDIAT

TABLEAU XX

Répartition des parturientes selon la réalisation des gestes de surveillance du post-partum immédiat

VARIABLES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Réalisation toilette vulvaire	100	100,0
Appréciation du globe	96	96,0
Prise du pouls, TA, conjonctive	6	6,0

Les gestes comme la prise de pouls, contrôle de TA et l'examen des conjonctives ont été de faible qualité soit 6 % où moins de 50 % des gestes de la dimension sont réalisés.

5.4 LA DURÉE DE L'ACCOUCHEMENT

TABLEAU XXI

Répartition de parturientes selon le temps séparant l'heure d'entrée et l'heure d'accouchement

TEMPS	EFFECTIF	POURCENTAGE
<u>Moins de 2 heures et ½</u>	50	50,0
T > 2 heures et ½ < 3 heures	30	30,0
T > 3 heures < 5 heures	9	9,0
T > 5 heures < 8 heures	6	6,0
T > 8 heures	5	5,0
TOTAL	100	100,0

Les femmes ayant accouché à moins de 2 heures et ½ sont les plus nombreuses, soit 50 %.

5.5 ETUDE DES RESULTATS

5.5.1 Opinion des parturientes sur les prestations

TABLEAU XXII

Raison de choix du centre

CRITERES DE CHOIX	EFFECTIF	POURCENTAGE
- Proximité de l'établissement	67	67,0
- Connaissance de quelqu'un dans cet établissement	1	1,0
- Compétence du personnel	93	93,0
- Accueil du personnel	93	93 ,0
- Moi et ma famille y avons été traités	65	65,0
- Sur conseil d'une connaissance	23	23,0
- Autre	11	11,0

Parmi les raisons de choix du centre la compétence du personnel et la qualité de l'accueil sont les plus évoquées. Dans la plupart des cas, les parturientes sont satisfaites des prestations fournies mais dans une faible proportion des cas une attitude vexatoire du personnel a été observée.

5.5.2 Lieu de leur C.P.N

TABLEAU XXIII

Répartitions des parturientes selon le lieu de la C.P.N.

LIEU DE C.P.N	EFFECTIF	POURCENTAGE
- C.S Réf. Kolondieba	73	73,0
- Autres établissements	27	27,0
TOTAL	100	100

27 % des Femmes avaient fait leur C.P.N dans d'autres établissements.

5.5.3 Raison d'accoucher en maternité

TABLEAU XXIV

Répartition des parturientes selon « les raisons du choix d'accoucher en maternité »

RAISON DU CHOIX	EFFECTIF	POURCENTAGE
Les complications de l'accouchement à domicile	54	54 %
Sécurité de l'accouchement en maternité	25	25 %
Par système de référence	20	20 %
Par exigence de la famille	1	1%
TOTAL	100	100 %

20 % des femmes avaient le système de référence comme raison de leur choix d'accoucher en maternité.

5.5.4 Accueil, attitude et respect psychique des parturientes

TABLEAU XXV

Distribution des fréquences des opinions des parturientes sur les prestations

VARIABLES	EFFECTIF	POURCENTAGE
* Accueil		
- Attentif	100	100 %
- Indifférent	0	0 %
- Vexatoire	1	1,0 %
* Attitude agréable		
- Oui	94	94 %
- Non	6	6 %
Ont crié sur moi avant et pendant l'accouchement	2	2 %
Ont crié sur moi pendant l'accouchement	6	6 %
M'ont encouragé et ont été compréhensifs	92	92 %

Dans la majorité des cas les parturientes ont été satisfaites des prestations fournies soit 92 à 100 % les gestes de la dimension ont été réalisés le centre est de niveau IV dans la classification.

TABLEAU XXVI

Répartition des patientes selon les méthodes d'intervention obstétricale

VARIABLES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Accouchement normal	78	78 %
Forceps	1	1%
Episiotomie	3	3 %
Ventouse	1	1%
Césarienne	17	17 %
Embryotomie	0	0 %
TOTAL	100	100 %

5.5.5 L'usage du partographe

TABLEAU XXVII

Répartition des parturientes selon l'utilisation du partographe

VARIABLES	EFFECTIF	POURCENTAGE
N'a pas été rempli	19	19 %
Est rempli après l'accouchement	15	15 %
Est rempli tout le long de l'accouchement	66	66 %

66 % des partographes ont été remplis tout le long du travail d'accouchement, 19 % des partographes n'ont pas été remplis. Le centre est de niveau II où 66 % des gestes de la dimension sont réalisés.

VI DISCUSSION

1 L'ETUDE DES STRUCTURES

Le système de référence, d'évacuation est défaillant car la couverture par le réseau de rac n'est pas totale et l'escorte de l'ambulance constitue une source de retard dans l'évacuation des parturientes.

Le système de tarification mis en place est abordable (Consultation, examen para clinique et médicaments).

2 L'ETUDE DES PROCEDURES

2.1 L'ANALYSE DE LA QUALITE DE LA DIMENSION HUMAINE :

L'évolution du niveau de qualité de la dimension humaine révèle le centre de niveau IV. L'accueil était de bonne qualité 100 %.

Selon l'étude faite par DIARRA M. G. en 2004 au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako qui avait trouvé l'accueil de bonne qualité dans l'ensemble soit 97,8 % [11].

- L'étude faite par KASSAMBARA en commune VI du District de Bamako en 1989, l'accueil des parturientes était mauvais dans 61 % [22].

BOIRE avait trouvé à l'hôpital Gabriel TOURE en 2000 un accueil satisfaisant dans 97,90 % [38].

YARO avait trouvé un accueil de qualité médiocre dans 91 % en commune VI du District de Bamako en 1997 [40].

Les parturientes sont aidées à monter sur la table d'accouchement dans 0 % des cas, alors que DIARRA M. G. avait trouvé 95 % des cas en 2004 en commune V [11], et COULIBALY M, en 2001 avait trouvé 18,8 % des cas en commune (V et VI) [9].

La peur de l'accouchement résulte de tout un héritage de croyances terrifiantes. La parturiente recherche donc une sécurité.

Nos résultats montrent que les parturientes sont tranquillisées par le personnel dans 100 %. Elles reçoivent des explications sur le déroulement du travail dans 100 % des cas.

Les accouchements se font à l'abri des regards cependant une faible présence d'accompagnantes dans la salle a été constatée. Celles-ci sont appelées pour fournir de l'eau, des vêtements, le carnet de CPN.

2.2 L'ANALYSE DU DEROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT

Les variables de la technique de l'interrogatoire étaient de qualité satisfaisante soit 90 - 100 % des cas.

Au cours de l'interrogatoire 73 % des parturientes étaient analphabètes ce qui rendaient impossible la détermination de l'âge de la grossesse par la date des dernières règles.

Le début du travail se manifeste par un ensemble de signes, l'interrogatoire doit être bien mené afin de pouvoir le reconnaître. Par ailleurs, la recherche d'un écoulement sanguin vaginal était fréquemment fait soit 99 % des cas.

L'examen du carnet était systématique dans 100 % pour permettre de connaître les antécédents des parturientes et de dépister les grossesses à risque.

Ce taux est identique au taux de DIARRA M. G. [11] contrairement Yaro avait trouvé 55 % [40], Kassambara avait trouvé 0 % [22] et COULIBALY M. en 2001 avait trouvé 91 % en commune V et 75,2 % en commune VI [9].

L'examen du carnet de C.P.N.

Par rapport aux groupes à risque (notion de risque) :

Nous avons enregistrés 24 % des parturientes ayant été classées dans un groupe à risque (ATCD de mort-nés, HTA, utérus cicatriciels) ce taux est inférieur à celui de GOÏTA N [19] qui était de 46,50 % en commune V.

Par rapport à l'âge :

Les plus jeunes avaient 15 ans soit 34 % et les plus âgées plus de 44 ans 2 % de l'échantillon, contrairement FOMBA S. [18] avait trouvé 24,13 % pour les jeunes de 14 ans et 5,17 % pour les plus âgées 40 ans ; GOÏTA N. [19] avait trouvé 2,5 % pour les jeunes de 14 ans 5,5 % pour les plus âgées 40 ans.

Risque lié à la gestité :

Les primigestes représentaient 20 % de notre échantillon contre 20,68 % pour FOMBA S. [18] et 12,5 % de GOÏTA N. [19].

Quant aux multigestes elles représentaient 33 % de notre échantillon contre 28,5 % pour GOÏTA N. [19].

L'examen général était de médiocre qualité car l'auscultation cardio-pulmonaire pour la détection de cardiopathie n'était pas faite 0 %.

Les mêmes résultats ont été évoqués par DIARRA M. G. en 2004 qui trouvait 24 % en commune V[11], COULIBALY M en 2001 qui trouvait 4,7 % en commune VI et 0 % en commune V [9].

L'examen obstétrical était de qualité satisfaisante les paramètres de l'examen obstétrical tels que :

- la mesure de la hauteur utérine 100 %
- le palper abdominal 100 %
- la surveillance des contractions utérines 100 %
- l'auscultation du cœur fœtal 100 %

Nous pouvons dire que l'examen obstétrical était de bonne qualité. Ces résultats sont identiques aux résultats de DIARRA M. G. en 2004 en commune V [11] contrairement Yaro K. qui trouvait que le suivi des bruits du cœur était fait dans 2 % et la mesure de la hauteur utérine dans 0,4 % [40].

La propreté qui est la clé de tout acte médical était médiocre car aucun lavage des mains avant l'examen n'a été observé, également DIARRA M. G. et COULIBALY M. avait fait le même constat respectivement en 2004, 2001 [11], [9].

PAR RAPPORT A L'HYGIENE AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

Le lavage des mains qui doit être systématique avant tout acte médical, pour limiter la circulation des germes au cours de l'examen n'était fait en général qu'après.

L'utilisation des gants stériles qui doit être systématique au cours de l'accouchement n'est faite que 26 % le reste avec des gants talqués d'où le météorisme et la fièvre chez les nouveau-nés quelques jours après la naissance.

Ailleurs le matériel était baigné dans une solution décontaminante systématiquement mais on note l'état du matériel d'accouchement défectueux. Le matériel est bouilli après décontamination.

PAR RAPPORT AUX TRAITEMENTS REÇUS

Les antispasmodiques ont été les plus utilisés dans 37 % des cas.

Des cas d'utilisation d'ocytocique dilué "Diakouma déni" ont été décelés par voie veineuse directe 29 % des cas ou d'ocytocine en perfusion 2 % des cas.

Ils sont souvent utilisés pour accélérer le travail sans tenir compte de contre indication.

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

Ainsi l'étude faite par COULIBALY M. en 2001 a révélé une injection d'ocytocine par voie veineuse directe sur utérus cicatriciel au CSCOM de l'ADASCO [9].

- TRAORE Y. avait trouvé 3,8 % de rupture utérine liée à l'ocytocique avec 84,1 % de mortalité fœtale [38].
- COULIBALY M. avait démontré 9 cas d'utilisation d'ocytocique de façon systématique sans respect des indications et contre-indications avec 5 % de rupture utérine [9].

- En 1991 Bayo Al avait trouvé une fréquence de 0,1 % de rupture utérine dont 3,4 % provoquée par l'ocytocine [4].
- DRABO A. avait trouvé 20 % de rupture utérine par suite d'utilisation d'ocytocique [14].
- Une étude faite en 1994 au CHU de Brazzaville avait rapporté 0,7 % de rupture utérine avec un usage mal contrôlé des ocytociques soit 32,2 % [7].

PAR RAPPORT A L'UTILISATION DU PARTOGRAPHIE

Nos résultats montrent que 34 % des parturientes non suivies par le partographe et 66 % suivies.

De nos jours il est incroyable de pratiquer un travail d'accouchement sans cet outil nécessaire qui permet de « système d'alerte précoce » et permet une meilleure surveillance de l'état de la mère, du fœtus et de décider une césarienne, de ventouse ou de corriger une hypocinesie.

Une étude menée en 1998 au centre de santé de référence de la commune V [2] avait montré que l'utilisation du partographe avait permis.

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

Selon une autre étude faite en 1999 dans les maternités publiques l'utilisation du partographe avait permis une réduction du taux de réanimation de 13 à 2 % [21].

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

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

Cette même étude a également confirmé que le partographe est un outil efficace pour la surveillance de l'accouchement et qu'il peut contribuer à la diminution de la mortalité périnatale et maternelle [3].

Notre étude montre que les accouchements étaient faits par un personnel non qualifié.

PAR RAPPORT A LA QUALIFICATION DU PERSONNEL AYANT PRIS EN CHARGE LES PARTURIENTES

Notre étude montre que la prise en charge des parturientes se faisait dans la majorité des cas par les matrones 41 %, infirmières obstétriciennes 33 %. Ce qui explique que certains gestes étaient peu pratiqués.

- COULIBALY M. en 2001 avait trouvé que la prise en charge des parturientes se faisait le plus souvent par les matrones dans les différents centres : 73,4 % en commune V et 51,7 % en commune VI.
- DIARRA M. G. en 2004 avait trouvé que la prise en charge des parturientes se faisait dans l'ensemble des cas par les sages-femmes soit 86 % médecin 10 %. Il n'y avait pas de différence significative entre le niveau de la qualité des soins offerts par la sage-femme et par les médecins en général [11].

PAR RAPPORT A L'OPINION DES PARTURIENTES SUR LA QUALITE DES PRESTATIONS DE SOINS

- Parmi les raisons du choix du centre la compétence du personnel et la qualité de l'accueil ont été les plus évoquées dans 93 %.
- Les complications de l'accouchement à domicile 54 %
- Sécurité de l'accouchement en maternité 25 %
- Par système de référence des CSCOM 20 %
- Par exigence de la famille 1 %

Par rapport à l'accueil, à l'attitude du personnel le respect physique et psychique on a trouvé 100 % des femmes disant l'accueil attentif et une attitude agréable et 92 % des femmes ont avoué avoir été encouragées et que le personnel a été compréhensif.

2.3 L'ANALYSE DES COMPETENCES DU PERSONNEL

Elle vient en complément de la qualification de l'agent ayant pris en charge les parturientes.

Nous avons constaté que chaque équipe était constituée soit d'une infirmière obstétricienne et sa matrone ou soit une matrone et son aide-soignante ; un interne de garde. L'appel sage-femme, et de médecin se faisait en cas de besoins.

2.4 L'ANALYSE DE LA QUALITE DE L'ACCUEIL DU PERSONNEL

Elle a été qualifiée de « satisfaisant » par les parturientes dans 100 % des cas.

VII CONCLUSION

L'étude faite au centre de santé de référence de Kolondieba a permis une analyse des structures, une observation des accouchements et l'opinion des parturientes concernant la qualité des soins reçus.

L'analyse du niveau de qualité de la structure montre que les références sont satisfaisantes mais souvent limitées par des problèmes d'infrastructures (salle de réanimation non équipée) salles d'hospitalisations insuffisantes et vétustes.

L'étude révèle que l'accouchement au centre de santé de référence de Kolondieba est insuffisant, en effet 34 % des partogrammes n'avaient pas été remplis tout le long de l'accouchement.

L'analyse discriminatoire des différentes variables de l'accouchement révèle des soins de « passable » et de « bonne » qualité pour le respect physique et psychique, le respect de l'intimité, l'interrogatoire, la préparation à l'accouchement, les conditions d'hygiène, les soins du nouveau-né et la délivrance.

L'examen obstétrical et l'utilisation des supports ont le niveau VI 66 - 100 % des parturientes reçoivent des soins de « bonne » et « assez bonne » qualité.

Parmi les raisons du choix du centre la compétence du personnel et la qualité de l'accueil ont été les plus évoquées soit dans 93 % des cas.

On peut utiliser ces différents résultats dans le but de l'amélioration des soins dans la formation sanitaire du centre de référence de Kolondieba d'où l'objet des recommandations suivantes.

VIII RECOMMANDATIONS

8.1 AUX AUTORITES SANITAIRES ET POLITIQUES

- Améliorer l'état des structures selon les normes de référence
- Reconstruire la maternité
- Augmenter le nombre de personnel qualifié
- Augmenter la capacité d'accueil
- Rendre gratuit l'escorte de l'ambulance pendant la nuit
- Couverture de tous les CSCOM par le système RAC
- Elaborer et introduire dans les formations sanitaires un référentiel sur l'utilisation des Ocytociques au cours de l'accouchement.
- Elaborer et introduire dans les formations sanitaires un référentiel sur la pratique de l'accouchement et sur la prise en charge des urgences obstétricales.

8.2 AU PERSONNEL DE SANTE

- Améliorer les conditions d'accueil et orientations dans le centre
- Améliorer les mesures d'hygiène
- Renforcer l'utilisation du partogramme dans le but d'une meilleure prise en charge des parturientes
- Organiser un système de formation continue sur les pathologies rencontrées lors de la garde.

IX REFERENCES

REFERENCES :

1. Alde Bert A.

Le taux de césariennes indicateur de qualité

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

2. Bamba M.

Etude antenatale des paramètres du partogramme dans le centre de santé de référence de la commune V à propos de 3 872 cas 98 –M –52 thèse médecine, Bamako 1998 – 34 pages.

3. Batungwanayoc, Dujarden B, Questiauxg, Dusabe Marivab B

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

4. Bayo Al.

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

5. Boire M.

Evaluation de la qualité des soins dans certains services médicaux, médico-technique et pharmaceutique de l'hôpital Gabriel TOURE.

Thèse médecine, Bamako 2000 – 00 – M – 69 – 79 pages.

6. Cellule de planification et de statistique :

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

7. Condition de la femme et population le cas de l'Afrique francophone

Publié pour les Nations Unies par le CEPED.avec la collaboration du FNUAP et de l'URD

8. Coulibaly F.

Etude qualitative des causes de mortalité maternelle à Bamako thèse médecine.
Bamako 1995 N° 95 pages

9. Coulibaly M.

Qualité de l'accouchement dans les centres de santé communautaires des communes V et VI du district de Bamako
Thèse médecine Bamako2001

10. Decam. C. Duponchel J. L. Huguet D.

Enquête multicentrique sur la mortalité maternelle grave en Afrique de l'Ouest.
Rapport préliminaire du Mali, 1996

11. Diarra M. G.

Evaluation de la qualité des soins à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. Thèse médecine Bamako 2004 – 2005

12. Diouf. S. ; Diallo. A ; Camara. B et all

Etat de santé des mères en district rural Sénégalais (Khombole).
Revue de médecine d'Afrique noire N°4Avril 1999.

13. Donabedian – Avédis

Exploitation in assessment and monitoring, vol 1
The definition of quality and approaches to it's assessment; health administration
Press an – Arbor, Micgigan 1980

14. Drabo A.

Les ruptures utérines à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti Facteurs influençant le pronostic materno-fœtal et mesures prophylactiques à propos de 25 cas. Thèse médecine 2000 M07, 131 pages.

**15. Dr Lyonel ROSSANT, Dr Jacqueline ROSSANT-Lumbroso Doctissimo-
l'accouchement :**

[http://www - doctissimo.fr/html/Santé/Femme/sa -571 - emen norma 12.htm](http://www-doctissimo.fr/html/Santé/Femme/sa-571-emen-norma-12.htm) 2004.

**16. Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle nouvelle
méthodologie**

OMS / UNICEF Avril 1996.

17. Feu m – L ; Fayomi E. Zohoum T. 11 :

Santé mère / enfant au Bénin : réalisation et déficit. Revue de médecine d'Afrique noire n° 2 Février 1998.

18. Fomba S.

Qualité de la consultation prénatale et de l'accouchement au Centre de Santé MIPROMA de Magnambougou en Commune VI du District de Bamako Thèse de médecine 2002 – 2003.

19. Goïta N.

Evaluation de la qualité des consultations prénatales au service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako 2005-2006.

20. Ilokil, Okongo D, Ekoundzolajr

Les ruptures utérines en milieu africain 59 cas colligés au CHU de Braeeaville.
Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, 1994 n° 23 pages
922-925.

21. Kanté M.

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

Thèse médecine, Bamako 1999-99-M-75.

22. Kassambara M.

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

Thèse médecine, Bamako 1989 n° 15 ; 179 pages.

23. Koemer M. I. ET Montaya - Aguilarc

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

24. Koïta M.

Qualité des CPN dans les formations sanitaires publiques et communautaires des communes V et VI du District de Bamako.

Thèse de médecine 2001 M14 ; 129 pages.

25. Koné L.

Etude de l'utilisation des ocytociques au cours du travail dans les services de gynéco-obstétrique de Bamako 568 cas à l'hôpital national du Point G ; au centre de santé de la commune II, à l'hôpital Gabriel TOURE et au centre de santé de la commune IV.

Thèse médecine, Bamako 1998 – 98-P-8.92 pages.

26. Leke R. J. I.

Adolescence et santé de la reproduction : situation en Afrique au Sud du Sahara.

Rapport OMS 1992.

27. Mars de Wagner M. D.

Technology in Birth : Do No Harm

1987 – 2001 Midwifery Today, Inc

Traducteur Mary pascal Beau regard, mai 2001

Sites Internet et association francophones pour une approche « citoyenne » de naissance

[http : // www-fraternet.org / naissance/docs/wagner-fr.htm](http://www-fraternet.org/naissance/docs/wagner-fr.htm)

28. Maternal Mortality Ratios and Rates

A tabulation Of available information. Third édition Genève 1991

29. Mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest

Résultat d'une enquête à Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint-Louis et Kaolack (Novembre 1997) OMS Bureau Afrique Division Santé de la famille.

30. Nouveau-Né un bon départ

L'enfant en milieu tropical 1991 N° 190/1991

31. O.M.S (Chronique)

Mortalité maternelle soustraire les femmes de l'engrenage fatal 40 (5) 193-202 (Genève 1986).

32. O.M.S. / UNICEF :

Estimation révisée pour 1990 de la mortalité maternelle

Nouvelle méthodologie avril 1996

33. Recommandations générales de L'OMS

[http : //périnatalité chez tiscali.fr/OMS.htm.](http://périnatalité.chez.tiscali.fr/OMS.htm)

34. Seguy B. :

Dossiers Médico-Chirurgicaux (DMC) Fascicules obstétriques

Maloine S A EDITEUR. 27, rue de l'école de médecine

- 75 006 Paris 1986 – P = 64

35. Sidibe M.

Cartographie et qualité de la surveillance prénatale dans les formations sanitaires de la commune IV du District de Bamako Thèse médecine 1999 3 page

36. Surveillance échographique de la grossesse

DMC obstétrique (B. SEGUY) ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris Maloine S.A Editeur 27 rue de l'école de Médecine

37. Thiam HD

Prise en charge des parturientes en milieu rural et urbain à propos de 200 accouchements à Bamako et kolondieba Thèse médecine Bamako 00 – M – 62 – 60 pages

38. Traore Y.

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

Thèse médecine Bamako 1996 N° 27 – 146 pages

39. Union Professionnelle des accoucheuses Belge-203 rue de baume

- 7 100 Haine-Saint-Paul-064/22 36 83

- Contact@sagefemmebe

40. Yaro K.

Etude comparative de la qualité des soins au niveau de la maternité entre CSCO M et service socio-sanitaire de commune au niveau de la commune VI du District de Bamako.

Thèse médecine, Bamako 1997 – 97 – M – 12 101 pages.

FICHE SIGNALITIQUE

Auteur : Adama Fofana

Titre : Evaluation de la qualité des soins en salle d'accouchement au centre de santé de référence de Kolondieba dans la région de Sikasso.

Pays d'origine : MALI

Année de soutenance : 2007

Lieu de dépôt : bibliothèque de la FMPOS, BP : 1805, Bamako-MALI

Secteur d'intérêt : gynécologie obstétricale

Résumé :

L'accouchement a longtemps été et continue de l'être un combat pour la vie qui engage femme enceinte et nouveau-né.

« Donner la vie et sans séquelles graves » est le slogan de tout gynécologue obstétricien.

En matière de naissance, toute femme a le droit fondamental de bénéficier des soins prénataux et post nataux adéquats.

Cette étude a pour but d'évaluer le niveau actuel de la qualité des soins en salle d'accouchement, de décrire les structures en place notamment les infrastructure et le personnel, décrire les procédures et rapporter la perception des utilisatrices sur les actes posés en salle d'accouchement c'est ainsi que le centre de santé de référence de Kolondieba a été classé de niveau 2 avec un système de tarification jugé abordable selon l'opinion des parturientes.

- L'analyse du niveau de la dimension humaine révèle le centre de niveau 4 (élevé) où 95 à 100 % des gestes de la dimension sont réalisés.
- L'analyse du déroulement de l'accouchement montre le C.S. Réf. de niveau 4 (élevé) où 95 à 100 % des parturientes reçoivent des soins de « Bonne qualité ».
- L'analyse de la compétence du personnel a noté un esprit d'équipe à la hauteur.

- L'analyse de la qualité de l'accueil du personnel a été qualifiée de « satisfaisante » ou de « meilleur » par toutes les parturientes.
- L'analyse de l'opinion des parturientes, sur le choix de la maternité du CS Réf. de Kolondiéba montre 20 % des femmes qui avaient le système de référence comme raison de leur choix, 54 % pour les complications de l'accouchement, 25 % pour la sécurité de l'accouchement en maternité et 1 % pour les exigences familiales.
- L'analyse de l'opinion des parturientes montre que les parturientes ont été satisfaites des prestations reçues dans la majorité des cas.

Mots clés : Accouchement, qualité, soins, évaluation.

ANNEXES

Annexe 1 :

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

a. Matériel technique :

- Table gynécologique ;
- Pèse personne ,
- Boîte personne ,
- Thermomètre ,
- Jeu de spéculum (3 dimensions) ;
- Tensiomètre ,
- Stéthoscope biauriculaire ;
- Stéthoscope obstétrical ;
- Haricot inoxydable ;
- Trousse d'analyse d'urine ,
- Lampe baladeuse ou bâche ;
- Alézés balance clinique adulte ,
- Mètre ruban ,
- Toise murale ,
- Gants et doigtiers ,

b. Support de surveillance de la mère :

- Registre de consultation ,
- Registre d'accouchement ,
- Registre d'évacuation ;
- Carnet de grossesse ;

- Fiche de référence ;
- Fiche de suivi de grossesse ;
- Echographie ;
- Cardiotopographe ,
- Négatoscope ,
- Kit mini la parotomie ;
- Boîte à curetage ;
- Niveau Hôpitaux ;
- Matériel des spécialistes.

SERMNENT D'HIPOCRATE

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

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront 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 humaine dès la conception.

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

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

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

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