

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako



U.S.T.T-B



Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie (FMOS)

Année universitaire : 2018- 2019

Thèse N °

THESE

EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS MATERNELS ET NEONATALS SELON LE REFERENTIEL DE L'OMS ADAPTE PAR LE MALI

Présentée et soutenue publiquement le 9/12/2019 Devant le jury de
la Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Par :

M. Bourama Siré BOCOUM

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

JURY :

Président du Jury : Pr Ibrahima TEGUETE
Membre du Jury : Dr Oumar COULIBALY
Membre du Jury : Dr MARIKO Bintou Tine TRAORE
Co-directeur de Thèse : Dr Amadou BOCOUM
Directeur de Thèse : Pr Youssouf TRAORE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Dédicaces

Je dédie ce travail :

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

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

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

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

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

A mon beau pays, le MALI :

Dont ta générosité m'a permis une scolarité aussi poussée. Que Dieu me donne la force, le courage et surtout la longévité et la santé pour pouvoir le servir avec loyauté et dévouement.

A mon grand-père Sékou Coulibaly

La sincérité, le pardon, la tolérance, l'amour, l'écoute, la compréhension, le respect sont certains de vos valeurs.

Ta passion pour les études, ta rigueur dans mon éducation ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Tes peines, tes sacrifices n'ont de mesure à mes yeux. Puisse ce travail être pour toi une source de satisfaction. Merci pour tout.

A ma grand-mère Maya Sidibé

Tu es l'estime de ce chemin parcouru. Adorable grand-mère, merci pour l'éducation que vous m'avez inculqué. Merci pour tous les efforts consentis à mon égard.

Ta générosité, ton affection maternelle, ton courage et ton sens de l'humilité ont fait de toi une mère dans le foyer.

Trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

A ma mère Madiè Coulibaly

Ta combativité, ton courage, ta générosité resteront pour moi un repère sûr.
Puisse ce travail être le début du couronnement de tes années de souffrance.

A mon père Moustapha Bocoum

Tu as cultivé en moi en moi le sens de l'honneur, de dignité et de l'humilité.
Ce travail est le fruit de tes conseils.

A mes frères et sœurs : Souleymane Bocoum, Djénèba Bocoum, Aïcha Bocoum, Abdoulaye Bocoum.

Sachez que je ne cesse de penser à vous. Puisse ce travail consolide davantage nos liens fraternels, constitue l'espoir d'un avenir radieux pour nous tous. Que Dieu vous donne longue vie !

A mes tantes et oncles

Je m'abstiens de citer de noms de risque d'en oublier. Je vous remercie pour votre inlassable soutien ; vous avez été présent durant toute mon existence. Ce travail est le vôtre. Merci de vos soutiens moraux, matériels et psychologiques. Je vous serai éternellement reconnaissant.

A mes cousins et cousines

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

MES VIFS REMERCIEMENTS :

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

Merci pour votre encadrement.

A mes Maîtres formateurs :

Pr Niani Mounkoro, Pr Ibrahima Tégouété, Pr Youssouf Traoré, Dr Amadou Bocoum, Dr Seydou Fané, Dr Siaka Amara Sanogo, merci pour votre encadrement.

A tous les DES de gynécologie obstétrique : merci pour votre enseignement.

A toutes les sages-femmes de la gynécologie obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré

Merci pour votre accueil, collaboration, humanisme et disponibilité.

A tout le personnel du service de pédiatrie du CSREF C I

Merci pour votre accompagnement.

A mes aînés : Dr Sidi Traoré, Dr Amos Kodio, Dr Félix Théra, Dr Maténé Sacko, Dr Yacouba Coulibaly, Dr Malado Gamby, Dr Aïssata Togo, Dr Daniel Dembélé, Dr Seydou Goïta, Dr Ibrahima Dembélé, Dr Moussa Bagayoko, Dr Broulaye Diawara,

Merci pour votre encadrement.

A tous mes cadets :

Merci, courage, patience et persévérance.

A la 9^{ème} promotion du numerus clausus: Zoumana Coulibaly, Bruno Koné, Dr Adama Coulibaly, Dr Oumar Traoré, Nouhoum Diabaté, Dr Dado Kassé, Yacouba Traoré, Dr Modi Sissoko, Dr Souleymane Goita, Dr Aminata Coulibaly, Madi Traoré. Merci, courage et persévérance.

Aux Thésards du service: Djibril Camara, Matiéré André Kamaté, Hawa Touré, Elisabeth Oum, Fatoumata kéïta.

A mes amis du quartier : Baïni Traoré, Ousmane Haidara, Youba Diaby, Sidi Traoré, Adama Diarra, Ousmane Ballo, Mohamed Diarra

Merci. Ce travail est le vôtre.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY:

Professeur Ibrahima TEGUETE

- Maître de conférences Agrégé en gynécologie obstétrique à la FMOS,
- Chef de service de Gynécologie du CHU Gabriel TOURE,
- Secrétaire général de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO)

Cher Maître,

Vos qualités d'homme de science et votre clairvoyance, votre assiduité et votre rigueur scientifique ont forgé notre admiration et ont suscité notre désir d'être compté parmi vos disciples.

Cher maître, nous sommes reconnaissants pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce travail. Plus qu'un honneur, c'est un plaisir de vous côtoyer. La qualité de votre enseignement, votre grande culture scientifique font de vous un grand maître de référence et admiré de tous.

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.

Merci pour votre disponibilité au quotidien.

Puisse Dieu le tout puissant vous accorder santé et longévité afin de rendre meilleur l'Ecole Malienne de gynécologie obstétrique. Amen !

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :

Docteur Oumar COULIBALY

- Médecin spécialiste en pédiatrie,
- Médecin spécialiste en néonatalogie,
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré,
- Chargé de cours à l'INFSS.
- Chargé de Recherche.

Cher Maître,

Nous avons pu apprécier vos qualités humaines qui nous ont permis de travailler à vos côtés. Vos connaissances immenses et surtout votre maîtrise parfaite en la matière font de vous un formateur apprécié.

Que Dieu le tout puissant, vous accorde santé et longévité. Amen !

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :

Docteur MARIKO Bintou Tine TRAORE

- Médecin spécialiste en gynécologie obstétrique,
- Médecin spécialiste en santé publique sous la direction division santé de la reproduction.

Cher Maître,

C'est un insigne d'honneur que vous nous faites en acceptant d'être dans ce jury malgré vos multiples occupations.

Nous avons été séduits par votre grande simplicité, votre disponibilité et votre rigueur dans le travail bien fait.

Soyez rassurée, cher maître de notre profond respect.

Que Dieu le tout puissant vous donne longue et heureuse vie. Amen !

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :

Docteur Amadou BOCOUM

- Maître assistant gynécologie obstétrique à la faculté de Médecine et d'odonto-stomatologie,
- Praticien hospitalier au service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel TOURE,
- Titulaire d'un Diplôme Inter Universitaire d'échographie en gynécologie et obstétrique en France,
- Titulaire d'un Diplôme Inter Universitaire de coelioscopie en gynécologie en France,
- Titulaire d'un Diplôme de formation médicale spécialisé en chirurgie gynécologie obstétrique en France,
- Membre de la Société Malienne de gynécologie obstétrique (SOMAGO).

Cher Maître,

Nous ne cesserons jamais de vous remercier pour la confiance que vous avez placée en nous pour codiriger ce travail. Votre rigueur scientifique, votre assiduité, votre ponctualité, font de vous un grand maître de science dont la haute culture scientifique force le respect et l'admiration de tous.

Vous nous avez impressionnés par la pédagogie et l'humilité dont vous faites preuve.

C'est un grand honneur et une grande fierté pour nous de compter parmi vos élèves. Nous vous prions cher maître, d'accepter nos sincères remerciements et l'expression de notre infinie gratitude. Que le Dieu le tout puissant vous donne longue et heureuse vie. Amen !

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Youssouf TRAORE

- Professeur agrégé de gynécologie obstétrique à la faculté de médecine et d'odonto-stomatologie,
- Responsable de la Prévention de la transmission Mère Enfant du VIH (PTME) au MALI,
- Titulaire d'un diplôme universitaire de Méthodologie de recherche clinique Bordeaux II
- Président de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO),
- Vice Président de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO),
- Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)
- Enseignant-chercheur,

Cher Maître,

Vous nous avez accueillis spontanément dans le service dont nous garderons un excellent souvenir. Vous êtes notre référence en matière de rigueur scientifique.

Vous nous avez impressionnés par la pédagogie, l'humilité, le franc parler dont vous faites preuve.

Vous avez dans vos mains aujourd'hui l'avenir de la gynécologie obstétrique du Mali. Nous vous souhaitons d'avoir les ressources et la bénédiction nécessaire pour rehausser son image à un niveau international. Vous êtes pour la nouvelle génération d'apprenant une source d'espoir et un modèle à suivre.

Que Dieu le tout puissant, vous accorde santé et longévité afin que plusieurs générations d'apprenant puissent bénéficier de votre expérience. Amen !

ABREVIATIONS

ABREVIATIONS

BCG : Bacille de Calmette et Guérin

CSREF : Centre de Santé de Référence

CHU GT : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

EDS : Enquête Démographique et de Santé

HTA: Hypertension Artérielle

HELLP: Hémolysis Elevated Liver enzymes Low Platelet Count

HRP : Hématome Rétro-Placentaire

Hb : Hémoglobine

IV : Intraveineuse

IM : Intramusculaire

MgSO4 : Sulfate de Magnésium

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ODD 3 : Objectif de Développement Durable 3

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE	PAGES
I.INTRODUCTION :	14
II.OBJECTIFS :	19
III.GENERALITES :	21
IV.METHODOLOGIE :	38
V.RESULTATS :	44
VI.COMMENTAIRES ET DISCUSSION :	64
VII .CONCLUSION :	70
VIII.RECOMMANDATIONS :	72
IX.REFERENCES :	74
X.ANNEXES :	78

INTRODUCTION

I.INTRODUCTION

La qualité des soins se définit comme « la capacité des services de santé fournis aux individus et aux populations d'améliorer les résultats de santé souhaités ».

L'évaluation de la qualité des soins de santé est le processus d'évaluation des performances des prestataires de soins de santé et des plans de santé conformément aux normes de qualité reconnues [1]. L'OMS a publié un « cadre » visant à améliorer la qualité des soins prodigués aux mères et aux nouveau-nés dans le monde. Ce cadre, publié en 2016, contient des domaines de qualité des soins qui doivent être évalués, améliorés et contrôlés au sein de la structure. Sur la base de ce cadre, six domaines stratégiques ont été identifiés pour améliorer la qualité des soins maternels et néonataux. Les six domaines sont les directives cliniques, les normes de soins, les interventions efficaces, les mesures de la qualité des soins, la recherche pertinente et le renforcement des capacités [2].

La qualité des soins apportés aux femmes et aux nouveau-nés pendant la période néonatale reflète des pratiques fondées sur des données factuelles et la qualité générale des services dispensés. La qualité des soins dépend de l'infrastructure matérielle, des ressources humaines, des connaissances, des compétences et des capacités à prendre en charge à la fois les grossesses normales et les complications qui requièrent des interventions rapides, permettant de sauver des vies.

En assurant l'accès à la présence de personnel qualifié à la naissance et à des soins obstétricaux essentiels qui soient efficaces et de bonne qualité, il est possible de réduire la morbidité et la mortalité chez les mères et les nouveau-nés [3]. L'OMS envisage un monde dans lequel « chaque femme enceinte et chaque nouveau-né bénéficient de soins de qualité tout au long de la grossesse, au cours de l'accouchement et pendant la période postnatale » [4].

Le taux de mortalité maternelle, qui est un indicateur important de la qualité des soins de santé dans tous les pays, a diminué de 44% dans le monde depuis 1990.

En 2013, 289000 femmes sont décédées pendant ou après une grossesse ou un accouchement, et 2,8 millions de nouveau-nés sont morts avant l'âge de 28 jours [5]. Environ 99% (302 000) des décès maternels enregistrés dans le monde en 2015 sont survenus dans les pays en développement dont 66% en Afrique subsaharienne (201 000) [6].

En 2015, le Mali était parmi les pays ayant affiché le taux de mortalité maternelle avec 587 pour 100 000 [6]. Selon l'EDS VI au Mali, les taux de mortalité maternelle et néonatale sont respectivement de 325 pour 100000 naissances et 33 pour 1000 nouveau-nés en 2012 [7]. À l'échelle mondiale, plus de 70 % des décès maternels sont dus aux complications de la grossesse et de l'accouchement telles que l'hémorragie, l'hypertension artérielle, la septicémie et l'avortement et la dystocie [8]. Les complications de la prématurité, l'asphyxie, les décès intrapartum et périnataux et les infections néonatales représentent plus de 85 % des décès chez les nouveau-nés [9]. Ces décès sont pour la plupart évitables parce que les interventions médicales nécessaires existent et sont bien connues.

Cependant, les principaux obstacles sont le manque d'accès aux soins et la mauvaise qualité des soins dispensés aux mères et nouveau-nés pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-natale.

Des soins efficaces, de grande qualité, pour prévenir et prendre en charge les complications au cours de cette période critique peuvent permettre de réduire de façon significative le nombre des décès maternels, des mortinaissances et des décès néonataux prématurés [10].

Par conséquent, l'amélioration de la qualité des soins préventifs et curatifs au cours de la fin de la grossesse, lors de l'accouchement et au début de la période

néonatale pourrait avoir un impact majeur sur la survie de la mère, du fœtus et du nouveau-né.

Sur la base des données factuelles disponibles actuellement sur la charge de morbidité et de mortalité et sur l'impact, les domaines thématiques suivants ont été identifiés comme hautement prioritaires pour les pratiques fondées sur les preuves concernant les soins courants et les soins d'urgence [4]:

- soins courants pendant l'accouchement, comprenant la surveillance du travail ainsi que les soins essentiels au nouveau-né à la naissance et au cours de la première semaine ;
- prise en charge de la pré-éclampsie, de l'éclampsie et de ses complications ;
- prise en charge des difficultés du travail au moyen de techniques médicales sûres et appropriées ;
- prise en charge de l'hémorragie post-partum ;
- réanimation du nouveau-né ;
- prise en charge du travail et de la naissance prématurée et soins appropriés aux nouveau-nés prématurés et de faible poids ; et
- prise en charge des infections maternelles et néonatales.

La qualité des soins est de plus en plus largement reconnue au niveau international comme un aspect crucial du programme inachevé de santé maternelle et néonatale essentiellement quant à la qualité des soins entourant le travail et l'accouchement et au cours de la période postnatale immédiate [11].

Il est reconnu qu'une couverture de soins élevée ne suffit pas à elle seule à réduire la mortalité. Dans l'optique d'atteindre les objectifs 3.1 et 3.2 de l'ODD d'ici 2030 qui sont de réduire la mortalité maternelle et néonatale respectivement au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes et de 12 pour 1000 naissances vivantes, l'OMS a élaboré un outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux intégrés.

C'est ainsi qu'à l'instar des autres pays de l'Afrique de l'Ouest que nous avons initié ce travail dont les objectifs sont :

OBJECTIFS

II.OBJECTIFS

1-OBJECTIF GENERAL:

Evaluer la qualité des soins maternels et néonataux dans le département de gynécologie obstétrique et de néonatalogie du CHU Gabriel Touré du district de Bamako.

2- OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Décrire l'environnement des soins.
- Déterminer le niveau de la qualité des soins maternels et néonataux.
- Déterminer la satisfaction des accouchées sur les soins prodigués.

GENERALITES

III. GENERALITES

3.1. Définition de la qualité des soins

S'appuyant sur les diverses définitions issues de la littérature, l'OMS définit la qualité des soins comme : « la capacité des services de santé fournis aux individus et aux populations d'améliorer les résultats de santé souhaités. Pour atteindre cet objectif, les soins doivent être sûrs, efficaces, rapides, efficaces, équitables et centrés sur la personne » [4].

La qualité des soins pour les femmes et les nouveau-nés est par conséquent la capacité des services de santé maternels et néonataux (fournis aux individus et aux populations) d'augmenter la probabilité d'obtenir des soins rapides et appropriés afin d'atteindre les résultats de santé souhaités, qui sont à la fois en conformité avec les connaissances professionnelles du moment et avec les préférences et les aspirations des femmes et de leurs familles. Cette définition tient compte des critères de la qualité des soins et de deux éléments importants : la qualité de la prestation des soins et la qualité des soins selon l'expérience des femmes, des nouveau-nés et de leurs familles.

1.3 Cadre de référence pour la qualité des soins

Comme la qualité des soins est multidimensionnelle, divers modèles ont été utilisés pour établir un cadre de référence conceptuel pour guider les prestataires de soins, les gestionnaires et les responsables politiques dans l'amélioration de la qualité des services de santé pour les mères et les nouveau-nés.

En se fondant sur ces modèles ainsi que sur l'approche des systèmes de santé de l'OMS, un cadre de référence pour la qualité des soins (Fig. 1) a été conçu, identifiant les domaines qui doivent être ciblés pour évaluer et améliorer les soins et en assurer le suivi dans les établissements de santé, dans le contexte du système de santé [4].

Le cadre de référence distingue huit domaines de la qualité des soins au sein du système de santé dans son ensemble. Bien qu'il mette l'accent sur les soins prodigués dans les établissements, il tient également compte du rôle essentiel

des communautés et des usagers des services pour identifier leurs besoins et préférences et prendre en charge leur propre santé. La perception qu'ont les femmes, leurs familles et leurs communautés de la qualité des services de maternité influence leur décision en matière de recherche de soins et sont des éléments essentiels pour créer une demande pour des services maternels et néonataux de grande qualité et permettre l'accès à ceux-ci [12]. La participation des communautés est par conséquent un aspect important à prendre en compte, au-delà des établissements de santé, et il doit faire partie intégrante de l'amélioration de la qualité des soins aux femmes et aux nouveau-nés.

Fig. 1. Cadre de référence de l'OMS pour la qualité des soins maternels et néonataux

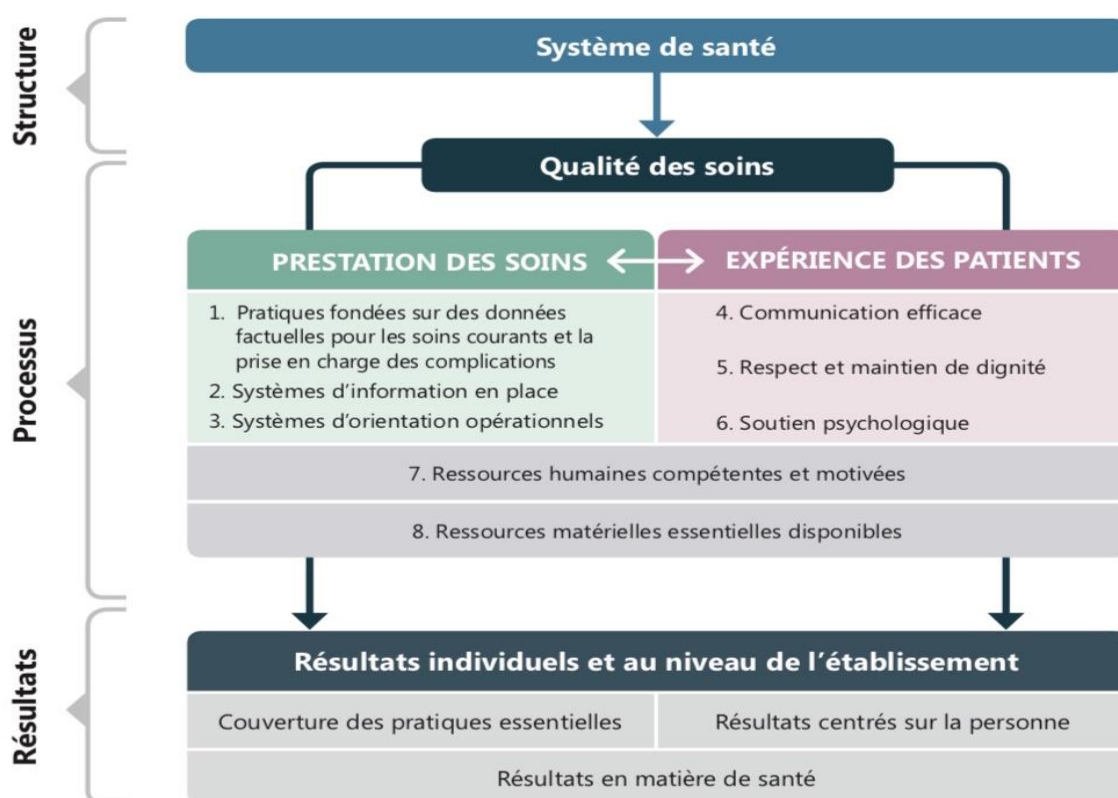


Fig. 1. Cadre de référence de l'OMS pour la qualité des soins maternels et néonataux

Le cadre de référence comprenant huit domaines de la qualité des soins pour les femmes enceintes et les nouveau-nés dans les établissements de santé permet d'améliorer la probabilité d'atteindre les objectifs souhaités au niveau individuel et de l'établissement de santé. L'approche du système de santé fournit la structure permettant d'améliorer la qualité en fonction des deux dimensions liées que sont la prestation des soins et l'expérience des patientes. La prestation de soins comprend l'utilisation de pratiques fondées sur des données factuelles pour les soins courants et les soins d'urgence ; des systèmes d'information au sein desquels l'enregistrement des données permet l'analyse et la vérification ; et des systèmes d'orientation fonctionnels entre les différents niveaux de soins. L'expérience des patientes (ou leur ressenti à l'égard des soins) porte sur une communication efficace avec les femmes et leur famille sur les soins fournis, leurs attentes et leurs droits ; des soins prodigués avec respect et le maintien de la dignité ; et l'accès au soutien social et psychologique de leur choix. Les domaines transversaux du cadre de référence incluent la disponibilité de ressources humaines compétentes et motivées, et de ressources matérielles qui sont les conditions préalables indispensables à la bonne qualité des soins dans les établissements de santé.

Ce cadre de référence peut être utilisé pour évaluer les caractéristiques ou dimensions de la qualité des soins dans divers secteurs du système de santé, du point de vue des usagers, des prestataires et des gestionnaires. Sur la base de ce cadre et conformément au mandat institutionnel, six domaines d'activité stratégiques ont été recensés pour améliorer la qualité des soins maternels et néonataux.

Ces six domaines ont été utilisés comme fondement d'une approche systématique, reposant sur les données factuelles, visant à élaborer des lignes directrices, des standards de soins et des indicateurs de qualité des soins, à concevoir des interventions efficaces, à mener des travaux de recherche et à renforcer les capacités pour améliorer la qualité des soins maternels et néonataux.

3.3. Domaines stratégiques d'activité

Les six domaines stratégiques pour améliorer la qualité des soins et mettre fin à la mortalité et la morbidité évitables parmi les femmes et les nouveau-nés sont :

La recherche,

Les lignes directrices,

Les standards de soins,

Les stratégies d'intervention efficaces,

Les indicateurs de suivi au niveau mondial, national et des établissements,

Le renforcement des capacités pour l'amélioration de la qualité, l'évaluation et la programmation [4].

En s'appuyant sur le cadre de référence, les travaux dans ces domaines stratégiques contribueront à l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux, moyennant un renforcement ciblé des capacités nationales et un soutien technique. L'analyse a toutefois montré que, bien que des lignes directrices relatives aux pratiques cliniques fondées sur des données factuelles soient généralement disponibles, il n'existait pas de recommandations sur les standards de soins attendus ni sur les mesures de qualité appropriés. Par conséquent, les standards de soins et mesure de qualité ont été hiérarchisés au premier rang des produits normatifs.

3.4. Données factuelles et résumé des conclusions

L'examen de la littérature n'a pas permis d'isoler une définition de la qualité des soins qui soit universellement reconnue [13,14]. On a pu constater que la qualité des soins présente de multiples facettes et fait l'objet de descriptions selon des perspectives et des dimensions différentes, y compris par les prestataires de soins, les gestionnaires ou les patients et le système de soins ; sur la base de critères de qualité tels que la sécurité, l'efficacité, la rapidité, le rapport coût/efficacité (ou l'efficience), l'équité et le fait d'être centré sur le patient ; ainsi que la prestation des soins et l'expérience des patientes.

Un certain nombre de modèles de la qualité des soins ont été proposés depuis celui de Donabedian en 1988 [15]: Maxwell [16], Ovretveit et al. [17], Hulton et al. [18], l'Institute of Medicine [14] et l'OMS [19].

Les trois modèles les plus fréquemment utilisés et définis avec le plus de précision sont des modèles s'appuyant sur des perspectives, critères et systèmes, qui ont été utilisés pour traduire les critères de qualité des soins en se fondant sur divers éléments. Le plus convaincant est le modèle de l'OMS [19] qui innove dans la réflexion sur les systèmes de santé en recensant six éléments constitutifs : la prestation des services ; les personnels de santé ; l'information, les produits médicaux, les vaccins et la technologie ; le financement, le leadership et la gouvernance ; une structure d'analyse des systèmes de santé, et la mise en place de points d'intervention. Le système de santé crée la structure qui permet l'accès aux soins de grande qualité. Ces modèles ont été utilisés pour concevoir un cadre conceptuel afin de définir, d'évaluer la qualité des soins maternels et néonataux et d'en assurer le suivi.

La définition et le cadre de référence pour la qualité des soins maternels et néonataux décrits ci-dessus reposent sur l'analyse ci-dessus et le consensus obtenu lors de la réunion du groupe d'experts chargé de l'élaboration des lignes directrices.

3.5. Standards de soins

3.5.1 Données factuelles et résumé des constatations

La recherche de définitions, d'une taxinomie et d'une structure des standards de soins n'a pas abouti à une « définition » cohérente ni à une « structure » spécifique, normalisée. La majorité des sources recensées étaient issues de domaines sans rapport avec la santé qui définissaient un standard comme l'énoncé de prescriptions visant à assurer la cohérence des processus et des produits. Les standards relatifs à la santé étaient essentiellement issus d'environnements à revenu élevé [20,21]. Le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) propose des exemples de standards relatifs à la mère et

au nouveau-né, notamment des standards concernant les antibiotiques contre les infections du nouveau-né, l'hypertension gravidique, le déclenchement du travail, la césarienne, les soins postnatals et les soins prénatals [22]. La PharmAccess Foundation aux Pays-Bas [23], la Joint Commission International aux États-Unis d'Amérique [20] et le Council for Health Service Accreditation d'Afrique du Sud [21] ont publié des standards pour les pays à revenu faible ou intermédiaire. En 2007, l'OMS a publié un nombre limité de standards pour les soins maternels et néonataux [24], aucune ne portant spécifiquement sur la période qui entoure l'accouchement.

Ces sources du domaine de la santé ont défini des standards essentiellement pour « accréditation » bien qu'un petit nombre d'entre elles aient eu pour objectif « l'amélioration de la qualité », en fournissant des « critères » pour satisfaire aux standards dans les « domaines prioritaires », les lacunes dans la qualité et la sécurité étant reconnues. Bien que la plupart d'entre elles recommandaient des « critères de mesure », seul un petit nombre d'entre elles les fournissaient.

3.5.2 Définition et structure des standards

Sur la base de ces conclusions, pour les soins maternels et néonataux, un « standard » est défini comme « une description de ce que l'on attend, en termes de fournitures de soins, pour parvenir à des soins de grande qualité dans la période qui entoure l'accouchement ». Le standard de soins a deux composantes principales : la charte de qualité et la mesure de qualité. La charte de qualité expose ce qui est requis pour se conformer aux standards et les mesures de qualité fournissent des données factuelles objectives permettant de déterminer si l'exigence a été satisfaite.

Les chartes de qualité sont des déclarations concises des priorités pour améliorer de façon mesurable la qualité des soins (adaptées des standards de qualité du National Institute for Health and care Excellence – NICE). Elles définissent les marqueurs de qualité fondés sur les preuves sur les domaines thématiques et les ressources nécessaires.

Les mesures de qualité sont des critères pour évaluer, mesurer et monitorer la qualité des soins telle qu'elle est spécifiée dans la charte de qualité. Il y en a trois types :

- **Intrants** : ce qui est nécessaire pour fournir les soins en question (par exemple ressources matérielles, ressources humaines, politiques, lignes directrices)
- **Produit** : le process souhaité a été mis en œuvre et convenablement exécuté.
- **Résultat** : l'effet de la prestation et de l'expérience des soins sur la santé et sur l'individu.

Huit standards ont été formulés pour définir les priorités pour l'amélioration de la qualité : elles correspondent aux huit domaines du cadre de référence de l'OMS pour la qualité des soins.

1. Pratiques fondées sur des données factuelles pour les soins courants et la prise en charge des complications ;
2. Systèmes d'information opérationnels ;
3. Systèmes de référence fonctionnels ;
4. Communication efficace ;
5. Respect et maintien de la dignité
6. Soutien psychologique
7. Personnel compétent et motivé ; et
8. Disponibilité des ressources matérielles essentielles.

Les standards sont accompagnés de deux ou trois chartes de qualité, à l'exception du standard 1 sur les pratiques fondées sur des données factuelles pour les soins courants et la prise en charge des complications, pour lequel les chartes de qualité sont au nombre de 13 pour refléter des priorités spécifiques en matière d'interventions. Au total, les chartes de qualité sont au nombre de 31. Pour le standard 1, un « a » ajouté à certaines chartes indique qu'elles ne concernent que la femme, un « b » qu'elles ne concernent que le nourrisson et un « c » qu'elles concernent à la fois la mère et le nourrisson. Pour chacun des

31 chartes de qualité, 6 à 18 mesures relatives aux intrants, aux produits et aux résultats ont été définies.

3.5.3 Portée et utilisation des standards et des chartes de qualité

Les standards de soins portent sur les soins courants et la prise en charge des complications chez les femmes et leurs nourrissons au cours du travail, de l'accouchement et de la période postnatale précoce, y compris les soins aux bébés de faible poids au cours de la première semaine de vie. Elles sont centrées sur la femme, le nouveau-né et la famille et sont applicables à tous les établissements de santé qui offrent des services de maternité. Elles sont conformes aux lignes directrices de l'OMS et conçues pour répondre aux priorités spécifiques recensées.

Les standards de soins fournissent une base pour ce qui est attendu et requis, ils permettent le suivi et l'évaluation des résultats par rapport aux meilleures pratiques afin d'identifier les priorités dans la perspective d'une amélioration ; ils permettent de fournir des informations sur les moyens d'utiliser les meilleures pratiques pour des soins ou des prestations de service de grande qualité. Ils définissent des priorités pour améliorer la qualité des soins maternels et néonataux, et sont appelées à être utilisés par les responsables de la planification, les gestionnaires et les prestataires de soins pour les fonctions suivantes:

- Établir des standards de soins fondés sur des données factuelles aux niveaux national et local pour assurer des services de santé maternels et néonataux efficaces, de grande qualité pendant la période qui entoure l'accouchement.
- Introduire les standards attendus en matière de soins et de prestation afin d'identifier les composantes des soins qui nécessitent une amélioration pour assurer des services de grande qualité.
- Utiliser les ressources disponibles pour obtenir des résultats optimaux en matière de soins et améliorer l'utilisation des services de santé maternels et

néonataux par les individus, les familles et les communautés, et leur satisfaction à l'égard de ceux-ci.

- Assurer le suivi de l'amélioration des services, montrer que des soins ou services maternels et néonataux de grande qualité sont fournis et mettre en lumière les domaines à améliorer.
- Fournir une base de référence pour les contrôles, l'accréditation des établissements de santé nationaux, et la reconnaissance des performances des prestataires.

Les standards devraient être adoptés et intégrés aux stratégies et cadres nationaux relatifs à la qualité des soins pour la prestation des services de santé maternels et néonataux afin de garantir une grande qualité des services fournis.

3.5.4 Liste des standards et des chartes de qualité

Pratiques fondées sur des données factuelles pour les soins courants et la prise en charge des complications

Standard 1 : Chaque femme et chaque nouveau-né bénéficient, sur la base de données factuelles, des soins courants et d'une prise en charge des complications au cours du travail, de l'accouchement et de la période postnatale immédiate, conformément aux lignes directrices de l'OMS.

Objectif : L'objectif de ce standard est d'assurer la prise en charge fondée sur les données factuelles du travail, de l'accouchement et de la période postnatale immédiate, pour les mères et les nouveaux nés au cours des premiers jours de vie. Sont compris les soins courants, le diagnostic précoce des complications et leur prise en charge appropriée. De nombreuses pathologies requièrent une attention particulière pendant cette période ; le standard a par conséquent été limité à celles associées à une morbidité et mortalité élevées. Prendre en charge ces pathologies de manière appropriée permettra de réduire considérablement le nombre de décès et de favoriser les issues positives chez les femmes et les nouveau-nés au cours de cette période.

Chartes de qualité

Charte de qualité 1.1a : Les femmes sont examinées de façon systématique au moment de leur admission dans l’établissement de santé, pendant le travail et l’accouchement, et elles bénéficient rapidement de soins appropriés.

Charte de qualité 1.1b : Les nouveau-nés bénéficient de soins courants immédiatement après la naissance.

Charte de qualité 1.1c : Les mères et les nouveau-nés bénéficient de soins postnatals courants.

Charte de qualité 1.2 : Les femmes présentant une pré-éclampsie ou une éclampsie bénéficient rapidement des interventions appropriées, conformément aux lignes directrices de l’OMS.

Charte de qualité 1.3 : Les femmes présentant une hémorragie post-partum bénéficient rapidement des interventions appropriées, conformément aux lignes directrices de l’OMS.

Charte de qualité 1.4 : Les femmes dont le travail est prolongé ou difficile bénéficient des interventions appropriées, conformément aux lignes directrices de l’OMS.

Charte de qualité 1.5 : Les nouveau-nés qui ne respirent pas spontanément sont stimulés et réanimés au moyen d’une ventilation par ballon et masque, dans un délai d’une minute après la naissance, conformément aux lignes directrices de l’OMS.

Charte de qualité 1.6a : En cas de travail prématuré, les femmes bénéficient des interventions appropriées à la fois pour elles-mêmes et pour leurs nourrissons, conformément aux lignes directrices de l’OMS.

Charte de qualité 1.6b : Les nouveau-nés prématurés et de petite taille bénéficient des soins appropriés, conformément aux lignes directrices de l’OMS.

Charte de qualité 1.7a : Les femmes atteintes d’une infection ou exposées au risque d’infection pendant le travail, l’accouchement ou la période postnatale

immédiate bénéficient rapidement des interventions appropriées, conformément aux lignes directrices de l’OMS.

Charte de qualité 1.7b : Les nouveau-nés présentant une suspicion d’infection ou pour lesquels il existe des facteurs de risque d’infection bénéficient rapidement d’un traitement antibiotique, conformément aux lignes directrices de l’OMS.

Charte de qualité 1.8 : Toutes les femmes et tous les nouveau-nés bénéficient de soins conformes aux précautions standards pour prévenir les infections nosocomiales.

Charte de qualité 1.9 : Aucune femme ni aucun nouveau-né n’est soumis à des pratiques inutiles ou dommageables au cours du travail, de l’accouchement ou dans la période qui suit immédiatement la naissance.

Systèmes d’information opérationnels

Standard 2 : Le système d’information sanitaire permet l’utilisation de données afin de pouvoir prendre précocement des mesures appropriées pour améliorer la prise en charge de chaque femme et de chaque nouveau-né.

Objectif : Ce standard a pour objectif d’enregistrer avec exactitude toutes les informations dans l’établissement de santé et de les utiliser correctement pour améliorer la prise en charge des femmes et des nouveau-nés. Pour cela, il faudra disposer de formulaires standards pour collecter des informations sur tous les patients pendant leur séjour dans l’établissement ainsi que du personnel formé et qualifié pour collecter et analyser les données, et faire remonter ces informations pour contrôler et améliorer la performance à tous les niveaux du système de soins, y compris la performance des soignants.

Chartes de qualité

Charte de qualité 2.1 : Chaque femme et chaque nouveau-né disposent d’un dossier médical complet, précis et standardisé pendant la phase de travail, l’accouchement et le début de la période postnatale.

Charte de qualité 2.2 : Chaque établissement de santé dispose d'un mécanisme de collecte, d'analyse et de remontée des données dans le cadre de ses activités de suivi et d'amélioration de la performance pendant la période périnatale.

Systemes de référence opérationnels

Standard 3 : Chaque femme et chaque nouveau-né présentant une ou plusieurs pathologies ne pouvant pas être prises en charge efficacement avec les ressources disponibles sont correctement réorientés.

Objectif : Ce standard a pour objectif de garantir la référence correcte en temps voulu de tous les patients qui ont besoin de soins qui ne peuvent pas être prodigués dans l'établissement de santé.

La décision de réorienter un patient doit être prise dès qu'une maladie qui ne peut pas être traitée dans l'établissement de santé a été diagnostiquée, et après l'administration du traitement nécessaire avant la référence. Le centre vers lequel le patient est référé doit être préalablement contacté afin que les dispositions nécessaires soient prises pour recevoir le patient. Un rapport complet doit être remis à l'établissement de santé qui reçoit le patient, et l'établissement qui l'a adressé doit s'enquérir périodiquement de l'état de ce patient afin d'améliorer

Chartes de qualité

Charte de qualité 3.1 : Chaque femme et chaque nouveau-né sont correctement examinés au moment de leur admission, pendant la phase de travail et au début de la période postnatale pour déterminer s'ils doivent être réorientés, et une décision est prise sans délai.

Charte de qualité 3.2 : Pour chaque femme et chaque nouveau-né devant être réorientés, la référence suit un plan préétabli qu'il est possible d'adopter à tout moment, sans délai.

Charte de qualité 3.3 : Pour chaque femme et chaque nouveau-né réorientés au sein d'un établissement de santé ou référés dans un autre établissement de santé, les soignants échangent des informations pertinentes.

Communication efficace

Standard 4 : La communication avec les femmes et leur famille est efficace et répond aux besoins et aux préférences des intéressés.

Objectif : Ce standard a pour objectif d'établir une communication efficace, aspect essentiel de l'expérience des patientes et de leur famille. Les patientes doivent recevoir toutes les informations concernant leurs soins et se sentir impliquées dans toutes les décisions prises concernant leur traitement. Une communication efficace entre les soignants et les patientes permet d'éviter l'anxiété et de faire de l'accouchement une expérience positive pour les mères.

Chartes de qualité

Charte de qualité 4.1 : Toutes les femmes et leur famille reçoivent des informations sur les soins et ont de véritables rapports avec le personnel.

Charte de qualité 4.2 : Toutes les femmes et leur famille bénéficient de soins coordonnés et d'un échange d'informations clair et précis entre les professionnels de la santé et ceux chargés de la prise en charge sociale.

Respect et maintien de la dignité

Standard 5 : Les femmes et les nouveau-nés bénéficient de soins dans le respect et le maintien de leur dignité.

Objectif : Ce standard a pour objectif d'assurer un respect total et de maintenir la dignité de toutes les femmes pendant leur séjour dans l'établissement de santé. L'intimité et la confidentialité doivent être constamment respectées et la maltraitance (violence physique, sexuelle ou verbale, par exemple), la discrimination, la privation de soins, la détention, l'extorsion ou le refus de prestation de services doivent être évités.

Chartes de qualité

Charte de qualité 5.1 : L'intimité de toutes les femmes et de tous les nouveau-nés pendant la période périnatale est respectée, et la confidentialité est assurée.

Charte de qualité 5.2 : Aucune femme ni aucun nouveau-né n'est victime de maltraitance telle que violence physique, sexuelle ou verbale, de discrimination,

de privation de soins, de détention, d'extorsion ou de refus de prestation de services.

Charte de qualité 5.3 : Toutes les femmes peuvent faire des choix éclairés concernant les services dont elles bénéficient, et les motifs ou les résultats des interventions sont clairement expliqués.

Soutien psychologique

Standard 6 : Chaque femme et sa famille, bénéficient d'un soutien psychologique qui correspond à leurs besoins et qui renforce les capacités de la femme.²³

Objectif : Le soutien psychologique est un aspect essentiel de l'expérience des soins. Les femmes accouchent plus en confiance si elles sont accompagnées de la personne de leur choix. Chaque femme bénéficie d'un soutien pour renforcer ses capacités pendant l'accouchement.

Chartes de qualité

Charte de qualité 6.1 : Chaque femme a la possibilité d'être accompagnée par la personne de son choix pendant la phase de travail et l'accouchement.

Charte de qualité 6.2 : Chaque femme bénéficie d'un soutien pour renforcer ses capacités pendant l'accouchement.

Ressources humaines compétentes et motivées

Standard 7 : Pour chaque femme et chaque nouveau-né, du personnel compétent et motivé est toujours disponible pour prodiguer les soins courants et prendre en charge les complications.

Objectif : Du personnel compétent et bien formé ainsi que des accoucheurs qualifiés doivent être présents 24 heures sur 24 dans toutes les salles d'accouchement de l'établissement de santé en nombre suffisant par rapport à la charge de travail attendue. Une direction et une gestion efficace de l'établissement sont indispensables pour assurer une amélioration continue de la qualité.

Chartes de qualité

Charte de qualité 7.1 : Chaque femme a accès en permanence à au moins un accoucheur qualifié et à du personnel de soutien pour les soins courants et la prise en charge des complications.

Charte de qualité 7.2 : Les accoucheurs qualifiés et le personnel de soutien ont les compétences requises pour répondre aux besoins pendant la phase de travail, l'accouchement et le début de la période postnatale.

Charte de qualité 7.3 : La direction administrative et clinique de chaque établissement de santé est collectivement responsable de la mise au point et de l'application des politiques appropriées et crée des conditions propices à l'amélioration continue de la qualité par le personnel de l'établissement.

Disponibilité des ressources matérielles essentielles

Standard 8 : L'établissement de santé dispose d'un environnement matériel adéquat.

L'approvisionnement en eau et en énergie, les moyens d'assainissement ainsi que les médicaments, les fournitures et le matériel sont suffisants pour les soins courants dispensés aux mères et aux nouveau-nés et pour la prise en charge des complications.

Objectif : Chaque établissement de santé doit disposer d'une infrastructure et de commodités de base (eau, moyens d'assainissement, sanitaires, électricité, système d'élimination des déchets, un stock de médicaments, de fournitures et de matériel essentiels) pour prodiguer aux femmes et aux nouveau-nés les soins dont ils ont besoin. Les salles d'accouchement et celles réservées aux soins postnatals doivent être propres, confortables et conçues et organisées logiquement afin d'assurer la continuité des soins.

Chartes de qualité

Charte de qualité 8.1 : L'approvisionnement en eau et en énergie, les moyens d'assainissement et les installations pour l'hygiène des mains et l'élimination

des déchets fonctionnent, sont fiables et sûrs et suffisent pour répondre aux besoins du personnel, des patientes et des familles.

Charte de qualité 8.2 : Les salles d'accouchement et celles réservées aux soins postnatals sont signalées, organisées et entretenues afin que chaque femme et chaque nouveau-né puissent être pris en charge selon leurs besoins dans le respect de leur intimité, pour faciliter la continuité des soins.

Charte de qualité 8.3 : Des stocks suffisants de médicaments, de fournitures et de matériel sont disponibles pour assurer les soins courants et la prise en charge des complications.)

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

Notre étude a eu lieu dans le département de gynécologie obstétrique et de néonatalogie du centre hospitalier universitaire Gabriel Touré. Il faisait partie de la jeune génération des premiers médecins africains. L'hôpital Gabriel Touré est actuellement l'un des derniers recours pour la population du district de Bamako et pour les autres références de santé du pays. Il participe à la mise en œuvre des programmes de santé publique dans ses domaines de compétence particulièrement dans les domaines de la santé de la mère et de l'enfant et dans celui des urgences.

Le personnel du service de gynécologie et d'obstétrique est composé de : 6 gynécologues dont 3 professeurs, 2 maîtres assistants, 1 chargé de recherche, 32 sages-femmes dont une sage-femme maîtresse, 8 infirmiers, 4 IBODES dont 1 surveillant du service, les médecins en spécialisation de gynécologie obstétrique, les thésards, les stagiaires et 8 manœuvres.

Activités du service :

C'est un service qui dispose de deux blocs dont un pour les interventions chirurgicales gynécologiques et obstétricales en urgence et qui fonctionne vingt-quatre heures sur vingt-quatre heures. L'autre bloc dédié aux interventions programmées qui fonctionne deux jours par semaine.

2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive transversale analysant la qualité des soins lors de 1000 accouchements effectués dans le département de Gynécologie obstétrique du CHU GT.

3. Période d'étude :

Elle s'est étendue du 1^{er} octobre 2018 au 31 mars 2019, soit une période de 6 mois.

4. Population d'étude:

L'étude a concerné toutes les parturientes qui ont été admises dans le département de Gynécologie obstétrique du CHU GT pendant la période de l'étude.

5. Echantillonnage:

5.1 Critères d'inclusion:

Ont été incluses dans l'étude toutes les parturientes ayant accouchées à la maternité du CHU GT en présence de l'enquêteur.

5.2. Critères de non inclusion:

N'ont pas été incluses dans l'étude toutes les parturientes ayant accouchées en l'absence de l'enquêteur et les cas d'accouchements non assistés.

5.3. Taille de l'Echantillonnage:

- Nous avons utilisé dans notre enquête un échantillonnage prospectif. Il s'agit d'un choix raisonné.

6. Outils de collecte:

Nous nous sommes référés sur l'outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux intégrés de l'OMS adapté par le Mali.

7. Variables étudiées:

Tableau I : Définition des principales variables étudiées.

Variabes étudiées	Type	Echelle de mesure
Qualification de l'accoucheur	Qualitative ordinale	1 : Gynécologue obstétricien 2 : Médecins en spécialisation 3 : Sage-femme 4 : Etudiant en thèse
Voie d'accouchement	Qualitative nominale	1 : Voie basse 2 : Césarienne
Lieu d'accouchement	Qualitative nominale	1 : Table d'accouchement 2 : Au bloc opératoire 3 : Sur le sol
Attitude du personnel	Qualitative nominale	1 : Poli, serviable 2 : Parfois bon, parfois mauvais 3 : Impoli/ peu serviable
Garantie de l'intimité	Qualitative nominale	1 : Oui 2 : Non
Reçu ou document reçu pour tout payement	Qualitative nominale	1 : Oui 2 : Non
Qualité des installations	Qualitative ordinale	1 : Bonne 2 : Mauvaise 3 : Aucune idée

8. Collecte des données :

Pour évaluer les différents aspects de l'étude, les informations ont été collectées sous diverses formes notamment :

- Des questionnaires succincts sur l'environnement des soins à compléter sur la base d'observations faites;
- Des listes de contrôle à remplir concernant la disponibilité du matériel, des médicaments et des produits;
- Des formulaires structurés pour la notation sur la base des observations relatives à la prise en charge des cas, conformément aux normes de soins et critères acceptés ;

- Un entretien sur la « satisfaction des accouchées».

9. Technique de collecte des données:

Elle a consisté en une observation directe des locaux et de la prise en charge des patientes par les agents de santé ; un examen des dossiers cliniques ; et un entretien avec les accouchées de façon isolée et discrète afin de recueillir leur degré de satisfaction.

10. Plan d'analyse des données:

Les données ont été saisies et analysées sur logiciel SPSS .20.0.

11. Système de notation:

Pour la notation d'ensemble, les notes de 5 à 1 ont été attribuées :

- 5 pour une bonne pratique respectant les standards de soins ;
- 4 montrant peu de besoin d'amélioration pour être conforme aux standards de soins ;
- 3 signifiant un certain besoin d'amélioration pour atteindre les standards de soins ;
- 2 indiquant un besoin considérable d'amélioration pour atteindre les standards ; et
- 1 montrant que les services ne sont pas fournis, que la prise en charge est totalement inadéquate ou que les pratiques présentent un risque mortel.

Ces notes sont simplement additionnées à la fin de chaque section, et une moyenne est calculée pour la section.

Chacune des différentes sections se termine par un tableau récapitulatif, dans lequel les résultats peuvent être condensés.

Tableau II : Système de notation, note récapitulative

Bonnes pratiques	5	Bonnes pratiques conformes aux standards
Besoins modérés d’amélioration	4	Besoins limités pour l’amélioration
	3	Quelques besoins d’amélioration
Besoins importants d’amélioration	2	Besoins importants d’amélioration
	1	Pratique avec risque vital évident

12. Définitions opérationnelles

- **Sécurité:** Assurer des soins qui réduisent au minimum les risques et les dommages aux usagers des services, y compris en évitant les traumatismes évitables et en réduisant les erreurs médicales.
- **Efficacité:** Fournir des services fondés sur des connaissances scientifiques et des lignes directives fondées sur des données factuelles.
- **Rapidité:** Réduire les délais dans la prestation et l’obtention des soins.
- **Efficiace:** Assurer les soins de façon à utiliser les ressources le plus efficacement possible et éviter le gaspillage.
- **Equité:** Assurer des soins de qualité égale quelles que soient les caractéristiques personnelles : genre, race, origine ethnique, origine géographique ou statut socio-économique.
- **Priorité à la personne:** Assurer des soins qui tiennent compte des préférences et des aspirations de chaque usager des services et de la culture de sa communauté.

RESULTATS

V. RESULTATS

5.1. Environnement des soins maternels et néonataux :

Le département de gynécologie obstétrique dispose d'un service de consultation externe séparé. Il dispose également d'un service séparé pour les urgences qui est ouvert 24Heures sur 24.

Cependant la consultation prénatale n'est pas séparée des autres consultations externes.

Il existe une salle séparée pour l'hospitalisation en obstétrique. Il dispose d'une salle d'opération pour les césariennes.

L'hôpital Gabriel Touré dispose d'une salle séparée pour l'hospitalisation des nouveau-nés. Il existe une unité de soins intensifs néonataux dans l'hôpital.

La néonatalogie ne dispose pas de salle d'isolement. Elle dispose d'une unité de mère Kangourou.

L'électricité est disponible à tout moment ; des groupes électrogènes de secours existent en cas de coupure d'électricité. Le savon et/ou un désinfectant sont disponibles. Cependant l'eau courante n'est pas toujours disponible. Il y a des périodes où il existe une véritable pénurie d'eau ; il arrive souvent que des césariennes soient faites sans un réel lavage chirurgical des mains. Le service dispose d'un réfrigérateur pour les médicaments, les vaccins et les produits sanguins mais la fermeture de cet appareil est brisée depuis des mois.

Les registres servent de document source pour le rapport mensuel sur les accouchements survenus à l'hôpital, les consultations prénatales et les consultations externes.

Les dossiers médicaux sont bien tenus et les écritures sont bien lisibles pour le personnel. Les dossiers d'hospitalisation sont corrigés au staff et les diagnostics sont claires lisibles pour le personnel. Les dossiers prénataux et intrapartum sont classés dans une armoire.

Les dossiers sont datés et chaque patiente a ses caractéristiques dans son dossier.

Les dossiers des malades sorties sont disponibles pour le personnel dispensant des soins aux mères et aux nouveau-nés sauf les rares cas d'égarement des dossiers.

Le dossier est fait dès la consultation prénatale et les examens complémentaires réalisés sont photocopiés et mis dans le dossier.

Les dossiers médicaux des différentes salles sont bien classés dans des chemises et mis dans la salle d'urgence.

Les dossiers des nouveau-nés hospitalisés sont placés dans les berceaux au près des nouveau-nés

5.1.1. Médicaments essentiels et produits sanguins :

Tableau III : La liste des médicaments essentiels

Médicaments	Pharmacie
Anesthésie générale et oxygène	
Halothane en inhalation	Disponible et non périmé
Kétamine injectable	Disponible et non périmé
Oxygène en inhalation	Non disponible
Oxyde nitreux en inhalation	Non disponible
Thiopental IV	Disponible et non périmé

Anesthésie locale	Pharmacie
Lidocaïne injectable	Disponible et non périmé
Lidocaïne-épinephrine injectable	Non disponible
Ephédrine injectable	Disponible et non périmé

Anti-histamines/ anti-anaphylactiques	Pharmacie
Chlorphénamine per os	Non disponible
Epinéphrine injectable	Disponible et non périmé
Bétaméthazone IM	Disponible et périmé
Dexaméthasone	Disponible et non périmé
Prednisolone per os	Disponible et non périmé

Antidotes et autres substances utilisées en cas d'empoisonnement	Pharmacie
Gluconate de calcium	Disponible et non périmé
Naloxone injection	Disponible et non périmé

Médicaments à effet sur la fonction respiratoire	Pharmacie
Aminophylline	Disponible et non périmé
Citrate de caféine	Disponible et non périmé
Surfactant intratrachéal 25 mg/ml	Non Disponible

Substituts du plasma	Pharmacie
Dextran 79injectable	Disponible et non périmé

Anticonvulsifs et antiépileptiques	Pharmacie
Diazépam os per / IV/intra rectal	Disponible et non périmé
Sulfate de Magnésium	Disponible et non périmé mais très souvent en rupture
Phénobarbital	Disponible et non périmé

Antibactériens	Pharmacie
Amoxicilline	Disponible et périmé
Ampicilline	Disponible et non périmé
Benzathine benzylpénicilline Injectable	Disponible et non périmé
Cefixime	Disponible et non périmé
Ceftriaxone	Disponible et non périmé
Ciprofloxacine per os / IV	Disponible et non périmé
Ceftazidime	Disponible et non périmé
Céfotaxime	Disponible et non périmé

Bactrim	Disponible et non périmé
Doxycycline	Disponible et non périmé
Erythromycine per os	Disponible et non périmé
Gentamicine IV	Disponible et non périmé
Nitrofurantoïne	Non Disponible
Métronidazole per os / IV	Disponible et non périmé
Spectinomycine	Non disponible
Antirétroviraux	Pharmacie
Aciclovir per os	Disponible
Tous les antirétroviraux conformément au programme VIH national	Disponible

Tous les médicaments anti-paludéens nécessaires selon le programme de lutte contre le paludisme au MALI	Pharmacie
Sulfadoxine Pyriméthamine SP (500 /25mg)	Disponible et non périmé
Artésunate 60mg injectable	Disponible et non périmé
Quinine injectable 200mg, 300mg, 400mg comprimé	Disponible et non périmé
Artemether inj 20mg, 40mg, 80mg	Disponible et non périmé

Médicaments qui affectent le sang	Pharmacie
Sel ferreux-acide folique per os	Disponible et non périmé
Fer en sirop per os	Disponible et non périmé
Héparine de faible poids moléculaire (HBPM) injectable	Disponible et non périmé

Médicaments cardiovasculaires	Pharmacie
Digoxine injectable / per os	Non Disponible
Methyropa	Disponible et non périmé
Furosemide IV /per os	Disponible et non périmé

Désinfectants et antiseptiques (topiques)	Pharmacie
Chlorexidine	Disponible et non périmé
Polyvidone iodée	Disponible et non périmé

Insulines	Pharmacie
Insuline à action rapide	Disponible et non périmé
Insuline à action intermédiaire	Non disponible
Insuline à action lente	Disponible et non périmé

Produits immunologiques	Pharmacie
Immunoglobuline anti-D (humain) injection	Non disponible
Immunoglobuline antitétanique	Disponible et non périmé
Immunoglobuline anti-HBs injectable	Non disponible

Vaccins	Pharmacie
Vaccin BCG	Non Disponible
Vaccin contre la Rubéole	Non disponible
Vaccin contre l'hépatite B	Disponible et non périmé

Produits à visée utérine	Pharmacie
Ergométrine injectable	Non Disponible
Oxytocine injectable	Disponible et non périmé
Misoprostol comprimés	Disponible et non périmé
Nifédipine comprimés	Disponible et non périmé

Solutions corrigeant les troubles hydro-électrolytiques et acido-basiques	Pharmacie
Glucose 5-10-50%	Disponible et non périmé
Glucose avec chlorure de sodium	Disponible et non périmé
Ringer lactate	Disponible et non périmé
Chlorure de sodium isotonique 0,9%	Disponible et non périmé
Eau pour injection	Disponible et non périmé

Vitamines	Pharmacie
Vitamines K, voie intramusculaire	Disponible et non périmé

Récapitulatif-Médicaments essentiels et produits sanguins

Note récapitulative -Médicaments essentiels et produits sanguins					
(encercler)	5	4	3	2	1

Bien vouloir indiquer la qualité en notant de 5 à 1; 5 signifiant que tous les médicaments essentiels sont disponibles et non périmés; de 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4: besoin mineur d'amélioration, 1: pénurie immédiate ou chronique de médicaments/insuffisances chroniques dans la qualité présentant des risques vitaux pour les patients et le personnel)

5.1.2. Disponibilité des analyses et délai de réalisation au laboratoire

Tableau IV: Répartition des examens de laboratoire selon la disponibilité et le temps nécessaire pour obtenir les résultats.

Examens de laboratoire	Disponibilité	Temps nécessaire pour obtenir les résultats
Glycémie	Oui	5mns
Hémoglobine	Oui	5mns
Hématocrite	Oui	5mns
Numération formule sanguine	Oui	10mns
Analyse des gaz du sang	Non	
Détermination du groupe sanguin	Oui	5mns
Bilirubine	Non	
Test rapide d'urine sur bandelette	Oui	5mns
Examen microscopique des urines	Non	
Hémoculture	Non	
Frottis sanguin	Non	
Tests de coagulation	Non	
Tests de la fonction hépatique	Non	
Tests de la fonction rénale	Non	
Electrolytes	Non	
Test de VIH	Non	
Numération des CD4 ou charges virales plasmatiques de VIH conformément aux directives nationales	Non	
Test de coombs direct et indirect	Non	
Protéine sérique et albumine	Non	
Analyse des urines	Non	
Test rapide de Syphilis	Non	
Microscopie pour le diagnostic du paludisme	Oui	30mn
Test de diagnostic rapide pour le paludisme	Non	

Tableau V: Récapitulatif des notes de l'environnement des soins.

Paramètres de l'environnement des soins	NOTE (1 à 5)
Infrastructure	4
Personnels et formation	3
Système d'information sanitaire et dossiers médicaux	5
Médicaments essentiels et produits sanguins	4
Laboratoire	2
Politiques de l'établissement de santé	3
Transfert (Système de référence/ évacuation)	5
Directives et contrôle	5
Moyenne	3,87

5.2. Données cliniques :

5.2.1. STATISTIQUES HOSPITALIERES :

Tableau VI: Statistiques maternelles et néonatales de l'année 2018

Paramètres	Effectifs
Nombre d'accouchement	3290
Nombre de naissances vivantes	2753
Nombre d'accouchements prématurés	1282
Nombre d'accouchements gémellaires	160
Nombre d'accouchements triméllaires	16
Nombre d'accouchements quadriméllaires	03
Nombre d'accouchement non assisté	43
Nombre de bébés avec un faible poids à la naissance (<2500g)	934
Nombre de bébés avec très faible poids à la naissance (<1500g)	330

Nombre de bébé avec un poids extrêmement faible à la naissance (<1000g)	151
Proportion de bébés nés dans l'établissement qui ont reçu toutes les 4 composantes de soins essentiels du nouveau-né	2081
Nombre de bébés avec le diagnostic d'asphyxies à la naissance	191
Nombre de bébés avec un indice d'Apgar <3 à 5 minutes	40
Nombre de mortinaissances	547
Nombre décès maternels survenus à l'hôpital	78
Nombre de femmes avec pré-éclampsie	569
Proportion de femmes avec pré-éclampsie sévère traitées avec une injection de sulfate de magnésium	498
Proportion de femmes recevant l'ocytocine immédiatement après la naissance du bébé	3290
Proportion de femmes avec hémorragie du post partum	36
Pourcentage de césariennes par rapport à l'ensemble des naissances	36,75%
Pourcentage d'accouchements aux forceps par rapport à l'ensemble des naissances	0,30%
Pourcentage d'accouchements à la ventouse par rapport à l'ensemble des naissances	0,85%
Pourcentage des perfusions d'ocytociques par rapport à l'ensemble des naissances	62,00%
Durée moyenne du séjour pour accouchement par voie basse avec extraction instrumentale	6heures
Durée moyenne du séjour pour accouchement par césarienne (Nombre de jours)	4jours

Tableau VII: Les diagnostics maternels les plus fréquents en consultation prénatale en 2018.

Diagnostics maternels plus fréquents en consultation prénatale	Nombre de cas	Pourcentage
Infection à VIH	62	9,83%
HTA	52	8,24%
Hépatite virale	11	1,74%
Hémoglobinopathie	10	1,58%
Diabète	10	1,58%

Le nombre total de femmes enceintes reçues en consultation prénatale était de 631.

Tableau VIII: Principales causes de décès maternels et taux de létalité en 2018.

Causes de décès maternels	Nombre total de cas	Nombre de décès	Taux de létalité
Eclampsie	345	12	3,48%
HRP	287	11	3,83%
Anémie sévère	67	4	5,97%
HELLP syndrome	21	5	19,04 %
Rupture utérine	14	4	28,57%

Tableau IX: Principales causes de décès néonataux et taux de létalité en 2018.

Causes de décès néonataux	Nombre de cas	Nombre de décès	Taux de létalité
Prématurité	1429	620	43,39%
Anoxie périnatale	651	218	33,49%
Infection néonatale	515	144	27,96%
Malformations	284	122	42,96%
Ictère nucléaire	14	13	92,86%

5.3. Soins maternels :

2.1. Matériel et fournitures médicales à la maternité

Tableau X: Matériel et fournitures

Matériel et fournitures	Salle d'accouchement	Salle d'opération (pour césarienne)
Eclairage suffisant	Oui	Oui
Lampe d'examen	Non	Non
Pendule murale	Oui	Oui
Trousse d'accouchement	Oui	Oui
Partogrammes vierges	Oui	Non
Lampe de chauffage pour nouveau-nés	Oui	Non
Serviettes de séchage pour nouveau-nés	Non	Non
Source d'oxygène : bouteille d'oxygène	Oui	Non
Source d'oxygène : concentrateur d'oxygène	Oui	Oui
Débitmètres pour oxygène	Non	Oui
Lunettes nasales	Oui	Oui
Masques	Oui	Oui
Ballons Ambu pour assistance respiratoire	Oui	Non
Masques (pour adultes et pour bébés)	Oui	Oui
Thermomètre normal (température du corps)	Oui	Non
Gants stériles	Oui	Oui

Stéthoscope de pinard	Oui	Non
Stéthoscope médical	Oui	Non
Nécessaire à perfusion	Oui	Non
Cathéters pour injections intraveineuses	Oui	Non
Séringues	Oui	Non
Aiguilles	Non	Non
Trousse de suture (ciseaux, porte-aiguille)	Oui	Non
Matériel de suture	Oui	Non
Pèse-bébé	Oui	Non
Matériel pour section/Clampage du cordon ombilical	Oui	Non
Ciseaux d'épisiotomie	Oui	Non
Ventouse obstétricale	Oui	Non
Forceps	Oui	Non
Aspirateur obstétrical	Oui	Non
Tables d'accouchement	Oui	Oui
Lits ordinaires	Oui	Non
Table d'opération	Non	Oui
-table de réanimation de nouveau-né (avec source de chaleur) pour la réanimation des nouveau-nés	Oui	Non
-incubateur	Oui	Non
-sondes endotrachéales	Oui	Non
-ballon et masque de réanimation pour nouveau-nés, taille 1 pour les bébés à terme	Oui	Non
-ballon et masque de réanimation pour nouveau-nés, taille 0 pour les bébés prématurés	Non	Non
-pompe aspirante électrique (pour appareil d'aspiration)	Non	Non
-laryngoscope	Non	Non
-poire aspirante, à usage unique (pour appareil d'aspiration)	Non	Non
-poire stérilisable multi-usages (pour appareil d'aspiration)	Oui	Oui

Récapitulatif-Matériel et produits

Note récapitulative					
-Matériel et produits					
(encercler)	5	4	3	2	1

Bien vouloir indiquer la qualité en notant de 5 à 1 ; 5 indiquant que tout le matériel et les produits de la liste sont présents et en bon état (sécurité, propreté et entretien) ; de 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4 : entre 80% - <100% matériel et produits de la liste sont présents et en bon état (sécurité, propreté et entretien) ; 3 :60% - 79% ; 2 :>50% -59% ; 1 :<50% de disponibilité ou pénuries chroniques de matériel et de produits ou défaillances récurrentes en termes de qualité

Tableau XI : Résultats récapitulatifs des soins maternels

Paramètres des soins maternels	NOTE (1 à 5)
Soins obstétricaux d'urgence	5
Maternités	2
Lutte contre l'infection et soins	
Lutte contre l'infection	3
Soins	5
Médicaments essentiels	4
Matériel et produits	4
Prise en charge des mères	
Prise en charge de la pré-éclampsie et de l'éclampsie	5
Prise en charge des infections	5
Travail normal et accouchement par voie basse	3
Travail prématuré	5
Césarienne	3
Hémorragie du post-partum	4
Prise en charge des dystocies mécaniques et dynamiques	5
Contrôle et suivi	5
Moyenne	4,14

5.4. Soins néonataux

5.4.1. Matériels en néonatalogie

Tableau XII: Disponibilité et le nombre de matériels en néonatalogie:

Matériels	Disponibilité	Nombre	Observations
Couveuses	Oui	06	Seulement 3 marchent
Lits à matelas chauffant	Oui	01	
Lampes de photothérapie	Oui	02	
Masque Ambu	Oui	05	
Alimentation en oxygène/concentreur	Oui	66	
Masques faciaux de tailles appropriées (tailles 0 et 1)	Non		
Moniteurs multifonctions	Non		
Pompes tire-lait	Non		Le service ne possède pas de dispositif de pompes tire-lait mais le personnel est souvent tenté de confectionner avec une seringue de 10cc
Sondes nasogastriques	Oui	70	
Perfuseurs à micro-gouttes	Non		Les malades payent à la pharmacie en cas de besoin du personnel
Trousse exsanguino-transfusion	Non		
Stéthoscope médical	Oui		
Glucomètres	Non		
Appareils d'aspiration	Oui	01	
Thermomètres	Oui	04	
Balance	Oui	02	

Récapitulatif-Matériel et produits

Note recapitulative					
-Matériel et produits					
(encercler)	5	4	3	2	1

Bien vouloir indiquer la qualité en notant de 5 à 1 ; 5 indiquant que tous les matériels et produits qui figurent sur la liste sont disponibles et en état de fonctionnement (surs, propres et bien entretenus) ; 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4 :entre 80% et <100% du matériel et des produits de la liste sont disponibles et en état de fonctionnement (surs, propres et bien entretenus) ; 3 : entre 60% et 79% ; 2 :de 50% à 59% ; 1 :<50% de disponibilité ou des pénuries chroniques de médicaments essentiels, matériel et produits, ou lacunes récurrentes dans la qualité)

Tableaux XIII: Résultats récapitulatifs des soins néonataux

Paramètres des soins néonataux	NOTE (1 à 5)
Réanimation des nouveau-nés	5
Services de santé néonatale	3
Lutte contre l'infection et soins de soutien	
Lutte contre l'infection	3
Soins de soutien	5
Médicaments essentiels	5
Matériel et produits	4
Soins néonataux courants	4
Prise en charge des nouveau-nés malades	5
Contrôle et suivi	4
Moyenne	4,22

Tableau XIV: Résultats récapitulatifs de la qualité des soins maternels et néonataux (SMN) à l'hôpital Gabriel Touré.

Modules	Note (1 à 5)
Environnement des soins	3,87
Soins maternels	4,14
Soins néonataux	4,22
TOTAL	4,08

6. Données sur l'accouchement :

Tableau XV: Répartition selon des accouchées selon la qualification de l'agent ayant fait l'accouchement.

Qualification de l'agent ayant fait l'accouchement	Effectif	Pourcentage
Gynécologue obstétricien	42	4,20%
Médecins en spécialisation	577	57,70%
Sage-femme	350	35,00%
Etudiant en thèse	31	3,10%
Total	1000	100%

Tableau XVI: Répartition des accouchées selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Voie basse	620	62,00%
Césarienne	380	38,00%
Total	1000	100%

Vingt (20) Cas d'extraction par ventouse et 7 cas d'extraction par forceps ont été enregistrés.

Tableau XVII : Répartition des accouchées selon le lieu d'accouchement

Lieu d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Sur la table d'accouchement	613	61,30%
Sur le sol	6	0,60%
Au bloc opératoire	381	38,10%
Total	1000	100%

Tableau XVIII: Répartition des parturientes selon les conseils donnés par l'agent de santé.

Conseils donnés	Effectif	Pourcentage
Allaitement maternel	795	79,50%
Contrôle des naissances	907	90,70%
Vaccination du nouveau-né	796	79,60%
Sur l'alimentation d'une femme Allaitante	31	3,10%

Tableau XIX : Répartition des accouchées selon la satisfaction des accouchées.

Satisfaction des accouchées	Effectif	Pourcentage
L'attitude du personnel		
Poli, serviable	970	97,00%
Parfois bon, parfois mauvais	30	3,00%
Impoli / peu serviable	00	00%
Le personnel s'est bien occupé de vous	890	89,00%
Intimité suffisamment garantie	900	90,00%
Un reçu ou autre document donné pour tout paiement		
Oui	332	33,20%
Non	668	66,80%
La qualité des installations		
-Bonne	971	97,10%
-Mauvaise	12	1,20%
-Aucune idée	17	1,70%

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

4.1. Méthodologie :

Notre étude a été faite selon l'outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux intégrés de l'OMS.

L'enquête a porté sur l'observation de 1000 accouchements à la maternité du CHU Gabriel Touré afin de remplir les formulaires structurés sur la base des observations relatives à la prise en charge des cas conformément aux normes de soins et critères acceptés et un entretien avec ses accouchées pour recueillir leur satisfaction par rapport aux soins prodigués.

Au cours de notre étude, nous avons rencontré des difficultés d'ordres : certaines d'entre elles étaient des éclampsiques qui ne se souvenaient de rien. Nous avons eu souvent du mal à appliquer le protocole de notre questionnaire.

Pour la discussion des résultats, nous n'avons eu qu'une étude réalisée au CHU de Treichville selon l'outil d'évaluation et d'amélioration de l'OMS.

4.2. Environnement des soins :

La consultation prénatale est confondue aux autres consultations. Elle est ouverte de 8H à 16H.

Le département de gynécologie obstétrique dispose d'une salle d'hospitalisation de 45lits et d'une salle d'opération pour les césariennes qui est ouverte 24Heures sur 24H.

Le département de néonatalogie dispose d'une salle d'hospitalisation des nouveau-nés et ces derniers y sont admis jusqu'à 90jours. Cependant la néonatalogie ne dispose pas de salle d'isolement des nouveau-nés très malades. Il existe une unité de soins mère Kangourou qui dispose de 11 lits.

Au cours de l'année 2018, le département d'obstétrique a enregistré 631 consultations prénatales. Pendant cette période, il y a eu 3290 accouchements avec un taux de césarienne à 36,75%. Le nombre de naissances vivantes était de 2753 nouveau-nés. Le département a enregistré 78 décès maternels et 7 cas chez les adolescentes de moins de 19ans.

L'infection à VIH et l'HTA ont représenté les pathologies les plus fréquentes en consultation prénatale avec des taux respectifs de 9,83% et 8,24%.

Dans notre étude les causes de décès maternel ont représenté 3,48% pour l'éclampsie, 3,83% pour l'HRP, 19,04% pour le HELLP Syndrome et 28,57% pour la rupture utérine. Ces résultats sont inférieurs à ceux de Keïta F. [25] qui a trouvé au CSREF de Ouéléssebougou 65,4% pour les hémorragies et 7,7% respectivement pour l'éclampsie et l'infection.

Les principales affections responsables de décès néonatal étaient la prématurité (43,39%), l'anoxie périnatale (33,49%), l'infection néonatale (27,96%), l'ictère nucléaire (92,86%) tandis que Kouakou et Coll. [26] ont trouvé 31,5% de décès néonataux dus à la souffrance cérébrale, 28% pour la prématurité, 21% pour la détresse respiratoire, 9,5% pour l'infection néonatale, 2% pour la malformation congénitale. Les données de notre étude sont conformes à celles de l'OMS mais dans un ordre différent qui montrent que les trois principales causes directes de mortalité néonatale en Afrique sont par ordre de fréquence l'asphyxie (23%), l'infection néonatale (25%) et la prématurité (29%)

Dans notre étude, le laboratoire a une note à 2, seuls les examens comme la goutte épaisse, le taux d'Hb, le groupage/Rhésus sont disponibles pour un hôpital de 3^{ème} niveau qui reçoit les urgences de partout, cela influe très négativement sur la prise en charge des patientes tandis que Guie YP et Coll. [27] ont donné une note de 3 au laboratoire du CHU de Treichville qui n'assure pas de garde.

Il n'existe pas de politiques sur la fourniture gratuite de certains médicaments aux mères par exemple MgSO₄ ni de politiques de lutte contre l'infection, y compris la vaccination contre l'hépatite B pour les agents de santé. Des éclampsiques sont souvent laissées sans soins parce que les parents n'ont pas les moyens de se procurer du MgSO₄. Le personnel est exposé aux infections car il n'y a pas suffisamment de gants pour l'équipe de garde pour les soins des

malades. Il n'existe également pas de politiques pour la participation communautaire et la contribution à la prestation de services et la qualité des soins dans l'hôpital.

Avec une note totale à 3,87 ; il existe un certain besoin d'amélioration pour que l'environnement des soins dans l'hôpital soit conforme aux normes.

4.3. Soins maternels :

Les soins obstétricaux d'urgence ont une note à 5 dans la mesure où il n'existe pas de système de triage dans le service de gynéco-obstétrique. Toutes les urgences sont admises dans le service et à tout moment un personnel qualifié est toujours disponible pour prendre en charge ces urgences obstétricales.

Cependant la lutte contre l'infection est précaire, les examens vaginaux, les accouchements, la réparation de l'épisiotomie ou la déchirure du périnée, la section du cordon sont réalisés avec des gants non stériles. Il arrive des fois que la délivrance artificielle du placenta ou la révision utérine soit réalisée sans lavage chirurgical des mains et de surcroît avec des gants non stériles. La désinfection en routine des locaux est rarement effectuée ; Au niveau des médicaments essentiels, il y a une rupture fréquente en sulfate de magnésium. Ils existent des médicaments périmés à la pharmacie. Cependant la chaîne du froid est respectée en ce qui concerne les vaccins et autres produits thermolabiles. On peut considérer que la prise en charge des hémorragies du post-partum est inadéquate du fait de la disponibilité non permanente en produits sanguins. Au cours de notre étude, nous avons constaté que malgré la gratuité de la césarienne, les patientes doivent souvent acheter des produits qui ne sont pas dans le kit de césarienne et non disponible aussi dans la pharmacie de l'hôpital. La maternité ne dispose pas d'anesthésistes, ce qui entrave la réalisation des césariennes. Pendant les heures de garde et les jours fériés, il n'existe que deux anesthésistes pour tout l'hôpital. Le partographe est un outil de surveillance du travail d'accouchement ; il est souvent rempli après l'accouchement par la sage-femme.

Enfin avec une note totale à 4,14; il y a un besoin mineur d'amélioration de la qualité des soins maternels. Cependant les soins maternels dans l'expérience de de Treichville [27] ont trouvé une moyenne à 3,6.

4.4. Soins néonataux :

Il existe des avancées significatives par rapport à la réanimation des nouveau-nés dans la mesure où les directives concernant ce domaine et les soins du nouveau-né sont disponibles, connues et utilisées par le personnel. Il existe un lit avec chauffage et matériel prêt à l'emploi.

Les nouveau-nés malades et les prématurés reçoivent les soins adéquats.

Les diagnostics sont bien posés et les antibiotiques sont administrés suivant l'âge et le poids du nouveau-né. Les nouveau-nés cyanosés ou dans une situation de détresse respiratoire reçoivent de l'oxygène. La photothérapie est limitée aux nouveau-nés présentant un ictère et bonne réhydratation est assurée. Le fonctionnement des lampes est vérifié régulièrement. Les besoins en nutrition sont bien assurés ; les nouveau-nés qui ne peuvent pas téter reçoivent en quantités suffisantes et selon l'âge, du lait maternel exprimé dans une tasse, une cuillère, ou par une sonde nasogastrique et la consommation est contrôlée.

Cependant la lutte contre l'infection reste un défi à relever. La non-disponibilité de certains matériels tels que des moniteurs multifonctionnels, un glucomètre, un thermomètre altère la qualité de la prise de certaine pathologie telles que la prématurité, l'anoxie périnatale.

Avec un risque élevé d'hypoglycémie chez les prématurés et les nouveau-nés avec une anoxie néonatale.

Les vaccins BCG et polio 0 sont administrés très tardivement. Rarement on apprend aux mères comment s'occuper du moignon de l'ombilic à la maison.

Avec une note totale à 4,22 ; il existe donc un besoin modéré d'amélioration des soins néonataux.

4.5. Données sur l'accouchement

Dans notre étude les accouchements ont été pratiqués par les médecins en spécialisation de gynécologie obstétrique avec un taux à 57,70% et 35% par les sages-femmes contre 4,20% et 3,10% respectivement par les gynécologues obstétriciens et les thésards du service. Les accouchements en majorité ont été pratiqués par le personnel qualifié et cela à un impact favorable sur la qualité de l'accouchement. Tangara S. [28] a rapporté que 81,90% des accouchements ont été pratiqués par les sages-femmes, 10,80% par les médecins et 0,30% par les stagiaires des écoles de santé.

L'accouchement par voie basse était l'accouchement le plus fréquent soit 62% des cas. Tangara S. [28] avait trouvé 92% d'accouchement par voie basse.

Soixante un virgule trois pour cent (61,30%) des accouchements ont été fait sur la table d'accouchement.

La majorité des femmes n'ont pas reçu d'informations sur l'alimentation d'une femme allaitante. Ce résultat est probant si nous savons que certains aliments consommés par la femme allaitante sont susceptibles d'engendrer une entérocolite du nouveau-né. Il est donc important de formuler des conseils dans ce sens.

La satisfaction des accouchées était assurée dans l'ensemble des cas. L'attitude du personnel vis-à-vis des patientes était poli et serviable dans 97%, le personnel s'est bien occupé des patientes dans 89% des cas. Le respect de l'intimité et de la confidentialité a été observé dans 90% des cas contre 85,90% des cas pour Tangara S. [28] au CSREF CIV en 2008.

CONCLUSION

VII. CONCLUSION

Cette étude a montré que dans l'ensemble, la qualité des soins maternels et néonataux dans l'hôpital GT du district de Bamako était satisfaisante.

Néanmoins, certaines lacunes ont été constatées par rapport aux directives de l'OMS pour des soins optimaux de la mère et du nouveau-né.

Certaines de ces carences comprenaient la non fonctionnalité du laboratoire, la rupture fréquente en sulfate de magnésium, des kits incomplets de césarienne.

Fait important, nous avons constaté à une rupture fréquente en produits sanguins.

Notre évaluation dans l'hôpital GT a révélé l'absence de politiques sur la fourniture gratuite en sulfate de magnésium aux mères et de vaccination des agents de santé contre l'hépatite.

L'amélioration de la qualité des soins préventifs et curatifs au cours de la fin de la grossesse, lors de l'accouchement et au début de la période néonatale pourrait améliorer le taux de survie de la mère et du nouveau-né.

Il ressort de notre étude que l'outil d'évaluation devrait être connu et utilisé pour améliorer la qualité des soins, réduire la mortalité maternelle et néonatale dans l'optique de l'atteinte de l'ODD3.

RECOMMANDATIONS

VIII. Recommandations

Au terme de notre étude, nous formulons des recommandations suivantes :

7.1. Aux autorités sanitaires et politiques :

- Désinfecter régulièrement les locaux.
- Approvisionner régulièrement en produits sanguins la mini-banque de sang du CHU GT.
- Equiper le laboratoire en matériel performant et adéquat.
- Fournir la gynécologie obstétrique d'une unité de réanimation pour la prise en charge des patientes nécessitant une réanimation.
- Augmenter le nombre de personnel qualifié en néonatalogie.
- Assurer la disponibilité des kits complets de césarienne.
- Renforcer l'unité de néonatalogie en matériel pour permettre une prise en charge adéquate des nouveau-nés malades.
- Assurer la disponibilité du surfactant.

7.2. Au personnel de santé:

- Renforcer l'utilisation du partographe dans le but d'une meilleure prise en charge des parturientes.
- Procéder à l'examen systématique du bassin aux dernières consultations prénatales afin d'éviter ou diminuer le taux des césariennes d'urgence.
- Exiger la mise en application du test ultime d'incompatibilité en cas de transfusion.

7.3. Aux populations cibles :

- Fréquenter régulièrement les CPN
- Respecter les consignes données par les personnels de santé.

REFERENCES

IX. REFERENCES

- 1. Buttell P, Hendler R, Daley J**, Quality in healthcare: concepts and practice. In: The Business of healthcare: Improving Systems of care. Westpot, CT: Praeger 2008;
- 2. World Health organisation [webpage on the Internet]**. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities; 2016. Available from:
http://www.who.int/maternal_child_adolscnt/documents/improving-maternal-newborn-care-quality/en/. Accessed January 11, 2019
- 3. Raven JH, Tolhurst RJ, Tang S, Van den Broek N**. What is quality in maternal and neonatal health care? Midwifery 2012;28:676-683.
- 4. Tuncalp Ö, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gulmezoglu AM, Bahl R, et al**. Quality of care for pregnant women and newborns-the WHO vision. Br J obstet Gynaecol 2015;122 :1045-1049.
- 5. Organisation Mondiale de la Santé**. Centre des médias, Mortalité maternelle, Aide-mémoire N° 348, Novembre 2014.
- 6. Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015**, Estimations de l'OMS
- 7. Enquête Démographique et de Santé MALI (EDS-VI)**, Bamako, Ministère de la santé, 2014-2018, 23p
- 8. Say L, Chou D, Gemmill A, Tuncalp O, Moller AB, Daniels J, et al**. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Global Health 2014; 2: 323-333.
- 9. Organisation Mondiale de la Santé**. Observatoire mondial de la santé 2014 (<http://apps.who.int/gho/data/?theme=main>, Accessed July 23, 2019).
- 10. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK, et al**. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost .Lancet 2014; 383 :347-370.

- 11. Organisation des Nations Unies.** Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant. New York, 2010.
- 12. Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gulmezoglu AM.** Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health* 2014; 11:71.
- 13. Wilson L, Goldsmith P. Quality and its measurements. In: Wilson L, Goldsmith P, Editors.** Quality management in health care. Sydney: McGraw-Hill; 1995;229-258.
- 14. Institute of Medicine.** A strategy for quality assurance. Washington, DC: National Academy Press; 1990.
- 15. Donabedian A.** The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988; 260:1743-1748.
- 16. Maxwell RJ.** Dimensions of quality revisited: from thought to action. *Qual Health Care* 1992;1:171-177.
- 17. Ovretveit J, Bate P, Cleary P, Cretin S, Gustafson D, McInnes K, et al.** Health service quality. An introduction to quality methods for health services. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1992.
- 18. Hulton L, Matthews Z, Stones RW.** A framework for the evaluation of quality of care in maternity services. Southampton: University of Southampton; 2000.
- 19. World Health organisation.** Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Genève, 2006.
- 20. The Joint Commission.** Oakbrook Terrace, Illinois
http://www.jointcommission.org/standards_information/jcfaq.aspx, Accessed june 24, 2019.

- 21. The Council for Health Service Accreditation of Southern Africa (COHSASA) accreditation standards.** Pretoria (<http://www.cohsasa.co.za/>, Accessed june 24, 2019).
- 22. National Institute for Health and Care Excellence.** Londres (<https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators>, Accessed june 24, 2019).
- 23. Pharmaccess group.** Safe care basic healthcare standards. La Haye (<http://www.safe-care.org/index.php?page=safecare-standards>, Accessed june 24, 2019).
- 24. World Health organisation.** Standards for maternal and neonatal care. Group 1: General standards of care for healthy pregnancy and childbirth. Genève, 2007 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/a91272/en/)
- 25. Keïta F.** Epidémiologie de la mortalité maternelle au centre de santé de référence d'Ouélessébougou de 2012 à 2016. Thèse de médecine FMOS Bamako ; 2018, 56p.
- 26. Kouakou C, Dainguy ME, Kouadio E, Abdou A, Djoman I, Gro BI A et al.** Facteur de risque du décès du prématuré dans un service de référence d'ABIDJAN. Rev int sci méd abj.2016;18:35-41
- 27. Guie YP, Cisse L, Saki-Nekouressi G, Bueagu M, Landrivon G, Agbodjan-Prince O.** Qualité des soins en SMNI, Méthodologie de l'évaluation et mise en pratique en Afrique de l'Ouest. À propos de l'expérience de la côte d'Ivoire. Méd Santé Trop 2016 ; 26 : 357-362.
- 28. Tangara S.** Evaluation de la qualité des soins d'accouchement au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako. Thèse médecine. FMOS Bamako ; 2009, 67p.

ANNEXES

X. ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Entretien avec la nouvelle mère :

Nom de l'enquêteur :

A-Données personnelles :

Q.1.Age de la mère /.... / 1. <20 ans 2. 20-29ans 3. 30-40ans 4.>40ans

Q.2.Nombre d'enfants /...../ 1:0 2:1-2 3: 3-4 4:>4

Q.3.Niveau d'études de la mère /..... / 1.Non scolarisée 2.Primaire

3 .Secondaire 4.Supérieur 5.Coran

Q.4.Partenaire ou parent présent à l'accouchement /..... / 1.OUI 2.NON

Q.5.Voie d'accouchement /...../ 1.Voie basse 2.Césarienne 3.Ventouse 4.

Forceps

Q.6.Lieu d'accouchement /...../ 1.Table d'accouchement 2. Sur le sol

Q.7.Si sur sol /...../1.Sur un pagne 2.Sur une alèze

Q.8.A quelle distance se trouve votre domicile de l'hôpital (km)?

.....

Q.9.Temps en heures pour arriver à l'hôpital ?/...../1. <1Heure 2.

1-2Heures 3.3-4Heures 4. >4Heures

Q.10.Par quel moyen de transport êtes-vous arrivée à l'hôpital /...../

1.Ambulance 2.Taxi 3.Véhicule de famille 4.Autres

Q.11.Si Autre,

préciser

B-Soins prénataux :

Q.12.Combien de visites prénatales avez-vous effectuées pendant la

grossesse ?/...../ 1:0 2 :1-4 3 :>4

Q.13.Combien d'échographies avez-vous eu pendant votre grossesse ? /..... /

1:0 2:1-3 3:>4

C-Admission :

Q.14.Combien de temps êtes vous restée à l'hôpital avant d'accoucher ? /...../

1 : < 1Heure 2:1-2Heures 3:3 à 4Heures 4: >4Heures

Q.15.Un membre de votre famille ou un(e) ami(e) était-il (elle) auprès de vous pendant tout votre séjour à l'hôpital ?/...../1.Oui.2.Non

Q.16.Avez- vous subi un examen vaginal à votre admission à l'hôpital ? /...../ 1.Oui2.Non

Q.17.Les battements cardiaques du bébé ont-ils été recherchés à votre admission à l'hôpital ?/...../1.Oui2.Non

D-Accès aux hospitaliers :

Médecine traditionnelle :

Q.18.Avez-vous consulté un tradi-praticien avant d'aller à l'hôpital ? /...../ 1. OUI 2.NON

Q.19.Si Oui, pourquoi préférez- vous la médecine traditionnelle aux soins hospitaliers/...../1.Frais 2 .Transport 3. Culture 4.Autre

Q.20.Si Autre, préciser

Q.21.Quel traitement avez-vous reçu ?

.....

Q.22.Combien avez-vous payé pour les soins traditionnels (y compris ce qui a été fourni) ?

.....

Q.23.Qu'est ce qui vous a décidée à venir à l'hôpital ?

.....

Q.24.Combien de temps s'est écoulé entre l'apparition des symptômes et votre arrivée a l'hôpital ?

.....

Transfert du malade par le premier niveau ou l'agent de soins de santé primaires :

Q.25.Est- ce le premier niveau ou l'agent de soins de santé primaires qui vous a transféré à l'hôpital ?// 1.OUI 2.NON

Q.26.Si Oui, avez-vous reçu un quelconque traitement avant d'être transféré ?
/...../1.OUI 2.NON

Q.27.Si OUI lequel ?.....

Q.28.Combien de temps s'est écoulé entre le transfert et votre arrivée à l'hôpital ?.....

Transfert à l'hôpital :

Q.29.Avez- vous eu des difficultés à organiser votre transport à l'hôpital ?

/...../ 1.OUI 2.NON

Q.30.Si oui, pourquoi ?

.....

Q.31.Combien avez-vous payé pour votre transport à l'hôpital ?

.....

Q.32.Combien de temps vous a-t-il fallu pour arriver à l'hôpital ?

.....

E-Travail et Accouchement :

Q.33.Combien de temps êtes vous restée en travail (heures) /...../ 1:<6Heures

2: 6-12Heures 3:>12Heures

Q.34.Combien de temps avez-vous poussé pour faire sortir le bébé en minutes ?

/...../ 1 :<45minutes 2. >45minutes

Q.35.Avez-vous eu une injection IV pendant le travail ?/...../ 1. Oui 2.Non

Q.36.Avez-vous subi un examen vaginal pendant le travail ?/...../ 1.Oui

2.Non

Q.37.Souvenez vous du nombre de fois ?/...../1.Oui2.Non

Q.38.Si OUI combien// 1:1-2Fois 2:3-4Fois 3 :>4Fois

Q.39.Votre consentement a-t-il été sollicité avant que vous ne soyez examinée ?

/...../1.Oui2.Non

Q.40.Comment a-t-on écouté le bébé ?/...../ 1.Pinard 2.Monitorage 3.Les

deux

Q.41. Chaque membre de l'équipe d'accouchement (homme ou femme) s'est-il/elle présenté (e) lorsque vous êtes entrée dans la salle ?/...../1.Oui2.Non

Q.42. Quelles méthodes pour soulager la douleur ont-elles été utilisées pour vous ?.....

Q.43. Ont-elles eu de l'effet ?/...../1.Oui2.Non

Q.44. Qualification de l'agent ayant fait l'accouchement /...../

1. Gynécologue obstétricien 2. Médecin en spécialisation 3. Etudiant en thèse
4. Sage femme.

Q.45. Votre bébé était-il en bonne santé à la naissance/...../ 1.Oui 2.Non

Q.46. Si NON quel était le problème :

Asphyxie à la naissance/...../1.Oui2.Non

Naissance avant terme /...../1.Oui2.Non

Autre problème : bien vouloir préciser.....

Q.47. Combien pesait le bébé en grammes ?/...../ 1:<2500 2:2500-3000
3:3000-4000 4 :>4000

Q.48. Votre bébé a-t-il été en contact peau contre peau avec vous immédiatement après sa naissance ?/...../1.Oui2.Non

Q.48. Votre bébé est-il resté avec vous dans votre chambre pendant presque tout le temps que vous avez passé à l'hôpital ?/...../ 1.Oui2.Non

Q.49. Votre bébé a-t-il été séparé de vous à la naissance ?/...../ 1.Oui2.Non

Q.50. Si OUI savez-vous pourquoi ? Pouvez-vous expliquer ce qui s'est passé ?
.....

Q.51. Avez-vous reçu un reçu pour tout paiement? /...../ 1.Oui 2.Non

F-Soins du nouveau-né :

Votre nouveau-né est-il vivant ?/...../1.Oui 2.Non

Q.52. Si vous allaitez au sein, quel membre du personnel de l'hôpital vous a donné le plus d'informations et de soutien par rapport à l'allaitement maternel /...../1.Médecin 2.Sage femme 3.Infirmier 4.Etudiant.5.Personne

Q.53. A quel moment après l'accouchement vous a-t-on demandé de

commencer l'allaitement maternel ?/...../1 :<30mn 2 :30mn-60mn 3 :>60mn

Q.54.Combien de fois vous a-t-on donné des conseils pour allaiter votre bébé ?
/...../ 1 :0Fois 2 :1Fois 3 :2Fois 4 :3Fois 5 :4Fois 6 :>4fois

Q.55.Comment avez-vous trouvé la qualité des installations (salle de travail, salle commune, espace pour se laver, toilettes, etc.) ?/...../ 1.Bonne 2.Mauvaise 3.Aucune idée

Q.56.Combien de fois avez-vous dialogué avec le personnel ?/...../ 1 :0Fois 2 :1Fois 3 :2Fois 4 :3Fois 5 :4Fois 6 :>4Fois

Q.57. Est-ce que votre intimité a suffisamment été garantie ? /...../ 1.Oui 2.Non

Q.58.Est-ce le personnel s'est bien occupé de toi? /...../ 1.Oui 2.Non

G-Attitude du personnel :

Q.59.Quelle était la plupart du temps l'attitude du personnel vis-à-vis de vous et de votre enfant ?

Le personnel/...../ 1.Poli, serviable 2.Parfois bon, parfois mauvais 3.Impoli, peu serviable.

Q.60.Avez-vous des exemples où l'on vous a parlé ou traité correctement ? /...../ 1.OUI 2.NON

Q.61.Si OUI, expliquez cette situation

Q.62.Avez-vous des exemples où l'on vous a parlé ou traité incorrectement ? /..... /1.OUI 2.NON

Q.63.Si OUI, expliquez cet incident.....

H-Sortie de l'hôpital et suivi :

Q.64.Avez-vous reçu des instructions sur la façon de vous occuper de votre bébé à votre retour à la maison ?/...../1.OUI 2.NON

Q.65.Si OUI, quelles instructions ?

.....

Q.66.Avez-vous reçu des instructions pour les cas où vous devriez ramener le bébé à l'hôpital ?.....

Q.67. Avez-vous reçu des instructions concernant la façon dont vous devrez prendre soin de vous-même à votre retour à la maison ? /...../ 1.OUI 2.NON

Q.68. Si OUI, quel genre d'instructions ?

.....

Q.69. Quels médicaments avez-vous reçus à votre sortie de l'hôpital ?

.....

Q.70. Avez-vous reçu des informations sur les méthodes de contrôle des naissances après l'accouchement ? /...../ 1.OUI 2.NON

Q.71. Avez-vous reçu des informations sur les endroits où vous pourriez avoir accès aux différentes formes de contrôle des naissances ? /...../ 1.OUI 2.NON

Q.72. Pensez-vous que le contrôle des naissances est pour vous une option à retenir ? /...../ 1.OUI 2.NON

Q.73. Quels domaines, s'il en est, pensez-vous qu'il faille améliorer le plus pour rendre l'admission et le séjour à l'hôpital plus facile à supporter par vous et votre enfant ?

.....

FICHE SIGNALITIQUE

NOM : BOCOUM

PRENOM : Bourama Siré

NATIONALITE : Malienne

TITRE DE THESE : Evaluation de la qualité des soins maternels et néonataux selon le référentiel de l'OMS adapté par le MALI.

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2018-2019

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : Mali

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la faculté de Médecine et d'odontostomatologie de l'Université de Bamako.

SECTEUR D'INTERET : Gynécologie et Obstétrique

RESUME DE LA THESE : Notre étude avait pour but d'évaluer la qualité des soins maternels et néonataux selon le référentiel de l'OMS dans le département de gynécologie obstétrique de l'hôpital GT,

Ainsi l'environnement des soins a une moyenne totale de **3,87** ; il existe donc un besoin mineur d'amélioration de la qualité des soins pour conformer aux standards de soins.

Notre étude a décelé des insuffisances tant au niveau des soins maternels que néonataux avec des moyennes respectives de **4,14 et de 4,22**. Les insuffisances concernent la lutte contre l'infection, la non fonctionnalité du laboratoire et la rupture courante de sulfate de magnésium.

MOTS CLES : Evaluation, Qualité des soins maternels et néonataux, Référentiel, Hôpital GT, MALI, OMS

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Admis 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 race, de parti ou de classe viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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

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

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

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

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

Je le Jure!