

MINISTERE DE L'EDUCATION

REPUBLIQUE DU MALI

Un peuple – Un but - Une foi

UNIVERSITE DE BAMAKO

Direction nationale de l'enseignement supérieur

Faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie

Année universitaire 2006-2007

N°.....

TITRE

*Evaluation de la qualité des soins
obstétricaux en salle d'accouchement au
centre de santé communautaire de Kalaban
coura « ASACOKAL » de la commune V du
District de BAMAKO.*

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 12 Mars 2008 devant la Faculté de
Médecine de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

Par

Monsieur Garba SAMASSEKOU

Pour l'obtention du grade de docteur en médecine, diplôme d'Etat

JURY

Président

Professeur Alhousseïni AG MOHAMED

Membre

Docteur Modibo TRAORE

Codirecteur

Docteur Niani MOUNKORO

Directeur de thèse

Professeur Agrégé Mamadou TRAORE

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2007 – 2008**

ADMINISTRATION

Doyen : **Anatole TOUNKARA** – Professeur

1^{er} Assesseur : **Drissa DIALLO** – Maître de conférences

2^{ème} Assesseur : **Sekou SIDIBE** – Maître de conférences

Sécretaire principal : **Yénimegué Albert DEMBELE** – Professeur

Agent comptable : Mme **Coulibaly Fatoumata TALL** – contrôleur des finances

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA

Ophtalmologie

Mr Bocar SALL

Orthopédie – Traumatologie – Secourisme

Mr Souleymane SANGARE

Pneumo – Phtisiologie

Mr Yaya FOFANA

Hématologie

Mr Mamadou L TRAORE

Chirurgie générale

Mr Balla COULIBALY

Pédiatrie

Mr Mamadou DEMBELE

Chirurgie générale

Mr Mamadou KOUMARE

Pharmacognosie

Mr Ali Nouhoum DIALLO

Médecine interne

Mr Aly GUINDO

Gastro – Entérologie

Mr Mamadou M KEITA

Pédiatrie

Mr Siné BAYO

Anatomie – Pathologie – Histoembryologie

Mr Sidi Yaya SIMAGA

Santé publique

Mr Abdoulaye Ag RHALY

Médecine interne

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel karim KOUMARE	Chirurgie générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie – Traumatologie chef de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynécologie – Obstétrique
Mr Alhouseini Ag MOHAMED	O.R.L
Mme SY Assitan SOW	Gynécologie – Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynécologie – Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie générale
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtamologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynécologie – Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie – Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie – Traumatologie
Mme TRAORE J THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S DIAKITE	Gynécologie – Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie – Chirurgie générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie – Réanimation

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynécologie – Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	O.R.L
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	O.R.L
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie générale
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie – Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie – Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie

Mr Ibrahim ALWATA
Mr Lamine TRAORE
Mr Mady MACALOU
Mr Aly TEMBELY
Mr Niani MOUNKORO
Mr Tiemoko D COULIBALY
Mr Souleymane TOGORA
Mr Mohamed KEITA
Mr Bouraïma MAIGA

Orthopédie – Traumatologie
Ophtalmologie
Orthopédie – Traumatologie
Urologie
Gynécologie – Obstétrique
Odontologie
Odontologie
O.R.L
Gynécologie – Obstétrique

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA
Mr Ogobara DOUMBO
Mr Yénimégué Albert DEMBELE
Mr Anatole TOUNKARA
Mr Bakary M CISSE
Mr Abdourahmane S MAIGA
Mr Adama DIARRA
Mr Massa SANOGO
Mr Mamadou KONE

Chimie générale & minérale
Biologie
Chimie organique
Parasitologie – Mycologie
Chimie organique
Immunologie **Chef de D.E.R**
Biochimie
Parasitologie
Physiologie
Chimie analytique
Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE
Mr Flabou BOUGOUDOGO
Mr Amagana DOLO
Mr Mahamadou CISSE
Mr Sekou F M TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr Ibrahim I MAIGA

Histoembryologie
Bactériologie – Virologie
Parasitologie
Biologie
Entomologie médicale
Malacologie – Biologie animale
Bactériologie – Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA
Mr Mounirou BABY
Mr Mahamadou A THERA
Mr Moussa Issa DIARRA
Mr Kaourou DOUCOURE
Mr Bouréma KOURIBA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Cheik Bougadari TRAORE

Chimie organique
Hématologie
Parasitologie
Biophysique
Biologie
Immunologie
Bactériologie – Virologie
Anatomie – Pathologie

4. ASSISTANTS

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

D.E.R DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

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

2. MAITRES DE CONFERENCES

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

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda MINTA	Maladies infectieuses
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie

Mr Seydou DIAKITE
Mr Arouna TOGORA
Mme DIARRA Assétou SOUCKO
Mr Boubacar TOGO
Mr Mahamadou TOURE
Mr Idrissa A CISSE
Mr Mamadou B DIARRA
Mr Anselme KONATE
Mr Moussa T DIARRA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Souleymane COULIBALY
Mr Sounkalo DAO
Mr Cheick Oumar GUINDO

Cardiologie
Psychiatrie
Médecine interne
Pédiatrie
Radiologie
Dermatologie
Cardiologie
Hépto – Gastro – Entérologie
Hépto – Gastro – Entérologie
Pneumologie
Psychologie
Maladies infectieuses
Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE
Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Ousmane DOUMBIA
Mr Elimane MARIKO

Toxicologie
Chimie analytique **Chef de D.E.R**
Pharmacie chimique
Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO
Mr Boulkassoum HAIDARA
Mr Alou KEITA
Mr Benoît Yaranga KOUMARE
Mr Ababacar I MAIGA

Matières médicales
Législation
Galénique
Chimie analytique
Toxicologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO
MrYaya KANE

Pharmacognosie
Galénique

4. ASSISTANTS

Mr Saïbou MAIGA
Mr Ousmane KOITA

Législation
Parasitologie moléculaire

DER DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE Santé publique

2. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Moussa A MAIGA Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS

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

4. ASSISTANTS

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

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA Botanique
Mr Bouba DIARRA Bactériologie
Mr Salikou SANOGO Physique
Mr Boubacar KANTE Galénique
Mr Souleymane GUINDO Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA Mathématique
Mr Modibo DIARRA Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA Hygiène du milieu
Mr Mahamadou TRAORE Génétique
Mr Yaya COULIBALY Législation
Mr Lassine SIDIBE Chimie organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

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

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie cette thèse

Au prophète Mohamed (paix et salut sur lui) et à toute la Ummah islamique

« lis au nom de ton seigneur qui a créé l'Homme d'une adhérence, lis ! ton seigneur est le très noble, qui a enseigné par la plume (le calame), a enseigné à l'Homme ce qu'il ne savait pas ».

Sourate 96 Verset 1-5

A ma mère : Feue Fanta Cissouma

Maman ! Les mots me manquent pour qualifier la mère que tu as été et continue de représenter pour moi malgré cette absence physique. Sois assurée de mon affection, de ma gratitude et que je garderai à jamais ta mémoire.

Que Dieu t'accueille dans son paradis.

A mon père : Oumar Sadio Samassékou

Ce travail est pour moi une façon de t'honorer, de me montrer digne d'un père de ta trempe et de contribuer au rayonnement de notre famille.

A mes oncles :

- . Ibrahim Alamadi Cissouma
- . Papa Bacari Cissouma
- . Alioune Badara Cissouma et les autres

Aux épouses de mes oncles respectivement :

- . Fatoumata Kouma
- . Oumou Ly
- . Claire Kané

Qu'Allah vous récompense pour les soutiens apportés afin de réaliser ce trophée du savoir.

A mes tantes :

- . Mme Togola Diama Cissouma
- . Awa Cissouma
- . Waraba Coulibaly et les autres

Merci pour l'attention que vous m'avez toujours accordé. Soyez assurées de mon affection Toutes mes reconnaissances.

A mes frères et sœurs :

- . Kah Samassékou
- . Feue Oussinatou Guindo
- . Ayouba Guindo
- . Safiatou Guindo
- . Ousmane Guindo

Cette consécration est fraternellement la votre.

A mes cousins et à mes cousines: Amadigué Dolo Cissouma (son épouse Astan Famenta et son fils Papa Bacari Cissouma), Ousmane Kaba, Klazié Kaba, El Hadj Seydou Cissouma, Zamblé Cissouma, Astou Kaba, fanta Cissouma, Marème Cissouma, Dèye Mouna Cissouma, Habibatou Cissouma, Kadidiatou Diarra et tous les autres :

Ce bonheur est familialement partagé.

A mes amis (es) : Moussa Konaté, Sidiki Sanogo, Seydou Konaté, Yaya Mallé, Yaya Sanogo, Mahamadou Traoré, Cheichna

Magassouba, Moussa Samaké, Nana Gassamba, Korotimi

Karabenta, Fatoumata Daou et tous les autres :

Que je puisse garder en mémoire vos encouragements
incommensurables au cours de mes recherches qui sont d'ailleurs les
vôtres et dans la vie courante !

« C'est dans les moments difficiles qu'on reconnaît ses amis ».

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Je ne saurais terminer la rédaction de cette thèse sans adresser mes vifs remerciements

A la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS) notamment à la direction, au corps enseignant et autre personnel.

A mon directeur de thèse : Le Professeur Agrégé Mamadou TRAORE

Pour sa constante disponibilité, les nombreuses critiques et suggestions qu'il m'a faites avec délicatesse sans chercher à changer le contenu de mes propos.

A mes chers maîtres :

- . Docteur TRAORE Oumar M.**
- . Docteur TRAORE Soumana Oumar**
- . Docteur SISSOKO Sarah**

Les médecins qui nous encadrent pour leur courage et les efforts fournis au cours de mes études au centre de santé de référence de la commune V du district de BAMAKO.

A tous les C.E.S. de gynéco obstétrique de l'Université de Bamako :

Pour leur franche collaboration sans limite.

A toutes les sages femmes du Centre de Santé de Référence de la Commune V

Pour leur collaboration et leur disponibilité sans faille au cours des nombreux services donnés ensemble.

A mes collègues internes : Nouhoum Diakité, Dramane Nimaga, Baba Samaké, Luther Traoré, Naman Kéita, Souleymane Diarra, Salimata Samaké, Fanta Tembely, Aly Bamadio, Chaka Mallé, Moumounè Koné, Moctar Samaké, Aboudramane Konaté, Idrissa Boré, et tous les autres :

Pour leur disponibilité surtout leurs conseils précieux, leurs soutiens physique, financier et moral permanents. Soyez assurés de ma reconnaissance.

A mes amis (es) de la FMPOS : Dr Tangara Bakary, Dr Diallo Seydou, Baba Samaké, Lecky Diawara, Diabagué Sidibé, Ina Kéita, Etienne Coulibaly, Nana Camara, Djénéba Traoré, Elisabeth Diarra, Dr Diarra Alkadri, Oumar Cissé, Feu Mansaye Traoré, Fatoumata Ouattara, Fatoumata K. Traoré, Dr Cissé Kadidiatou, Tidiani K. Bagayogo, et tous les autres :

Tout le plaisir pour moi a été de me confronter à vous au sein de ce fleuron du savoir qui est la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.

A tous les infirmiers, infirmières, aides soignantes, manœuvres du Centre de santé de Référence de la Commune V :

Pour leur sens de collaboration, leur esprit d'équipe dans l'intérêt de la bonne marche du service.

A tout le personnel du Centre de Santé de Référence de la Commune V :

Pour leur accompagnement pendant mes recherches.

A tous les personnels du Centre de Santé Communautaire de Kalaban-coura : médecin, sages-femmes, internes, externes, matrones, Infirmiers et autres :

Pour m'avoir permis de mener certaines de mes recherches dans leur centre. Soyez sûr de ma gratitude, de mon amitié et de ma disponibilité pour vous.

A l'Etat Major « Les bâtisseurs » de la FMPOS :

Pour tous les combats que nous avons mené et gagné ensemble au sein de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.

HOMMAGES

A notre maître et président du jury

Le Professeur Alhousseïni AG MOHAMED

- Professeur d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale,
- Ancien vice doyen de la FMPOS,
- Chef du service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CHU Gabriel TOURE,
- Président de la Société Malienne d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale,
- Membre fondateur de la Société d'ORL d'Afrique francophone et de la Société panafricaine d'ORL,
- Président de l'Ordre National des Médecins du Mali,
- Chevalier de l'Ordre National du Mali.
- Chevalier de l'Ordre National du Lion du Sénégal,

Cher maître,

Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations. C'est avec une extrême rigueur que vous avez participé à l'amélioration de la qualité de ce travail.

Nous avons été séduits par la clarté de votre enseignement durant notre formation.

Vos mérites scientifiques unanimement reconnus et vos qualités humaines font de vous un modèle pour des générations d'étudiants.

Nous vous prions, cher maître de bien vouloir trouver ici l'expression de notre grand respect et nos vifs remerciements.

A notre maître et juge

Le Docteur Modibo TRAORE

Médecin Généraliste spécialisé en Santé publique

Effectua un parcours professionnel très honorable.

Vous avez été :

- Le Chef de service d'unité d'analyse bactériologique de l'eau à l'INRSP de 1974-1979,
- Le Médecin chef du CSRéf de Fana de 1985-1995,
- Le Médecin chef du CSRéf de Diéma de 1995-2001,
- Le Médecin chef du CSRéf Famori Doumbia de Ségou de 2003-2004,
- Le Chef de division planification de la direction régionale de santé à Tombouctou de 2004-2006,
- Médecin de santé publique de la commune v du district de Bamako en 2007,
- Actuellement Chargé de formation et de recherche du P.N.L.T. à la DNS du District de Bamako.

Honorable Maître,

C'est un grand honneur et un réel plaisir pour nous de vous avoir comme membre du jury en tant que spécialiste en santé publique.

L'intégrité, l'assiduité, le courage, le sens élevé de la responsabilité, le souci du travail bien fait sont des qualités que vous incarnez et qui forcent l'admiration.

Nous vous souhaitons longue et heureuse vie

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre plus haute considération.

A notre maître et codirecteur

Le Docteur Niani MOUNKORO

- **Gynécologue Obstétricien**
- **Maître assistant clinique à la FMPOS**

La rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait et le sens élevé du devoir ont forcé notre admiration.

Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre disponibilité et surtout de votre savoir-faire. Votre caractère sociable fait de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute et à l'attention des autres. Les mots me manquent pour vous remercier de tout ce que vous avez fait pour notre formation afin de faire de nous, des bons médecins.

Acceptez ici notre profonde gratitude.

Merci infiniment.

A notre maître et directeur de thèse

Le Professeur Agrégé Mamadou TRAORE

- Professeur Agrégé de gynéco obstétrique,
- Secrétaire général adjoint de la SAGO,
- Médecin chef du centre de santé de référence de la commune V,
- Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle.

Nous nous réjouissons de la confiance que vous placez en nous, en nous acceptant comme élève.

Vous nous avez inspiré le sujet de cette thèse et apporté toutes les corrections nécessaires à ce travail.

Vous êtes restés toujours disponible et c'est le moment de vous rendre cet hommage mérité.

Durant notre stage effectué auprès de vous, nous avons pu apprécier et admirer le maître que vous êtes et nous ne cesserons jamais d'évoquer votre compétence, vos qualités scientifiques et humaines.

Cher maître,

Votre titre de « Professeur Agrégé » n'est qu'une partie de la récompense de votre détermination et de votre engagement pour le travail bien fait.

Puisse Dieu vous donne longue vie, pleine de santé mais aussi pour la santé de la population en général et de celle de la femme en particulier.

Amen !

LES ABREVIATIONS

ASACOKAL : Association de Santé Communautaire de Kalabancoura.

BDCF : Bruits du Cœur fœtal

BT : Brevet de technicien

BW : Bordet Wassermann

CHU: Centre hospitalier Universitaire

CROCEPS: Comité Régional d'Orientation, de Coordination, d'Evaluation des Programmes de santé

CPN: Consultations Prénatales

CSCOM: Centre de Santé Communautaire

CSRéf: Centre de Santé de Référence

DCI : Dénomination Commune Internationale

DNS: Direction Nationale de la Santé

DRSP : Direction Régionale de la Santé Publique

FFI : Faisant Fonction d'Interne

G : Gestité

GATPA: Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement

VIH: Virus de l'immunodéficience humaine

HTA: Hypertension artérielle

HU: Hauteur Utérine

IB: Initiative de Bamako

ICPD (ou CIPD): Conférence Internationale sur la population et le développement

INPS: Institut National de Prévoyance Sociale

IVD: Intraveineuse Directe

MAF: Mouvements Actifs du Fœtus

MIPROMA: Mutuelle interpromotionnelle de Magnambougou

MII Moustiquaires imprégnées d'insecticide

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ONU: Organisation des Nations Unies

ORL: Oto-rhino-laryngologie

P: Parité

PMA: Paquet Minimum d'Activités

PNLT: Programme National de Lutte contre la Tuberculose

RACE : Recensement à caractère électoral

SA: Semaines d'Aménorrhée

SAGO: Société Africaine de la Gynécologie obstétrique

TA: Tension Artérielle

SOMMAIRE

<i>Introduction</i> -----	1-5
<i>Objectifs</i> -----	6
<i>Généralités</i> -----	7-14
<i>Méthodologie</i> -----	15-22
<i>Résultats</i> -----	23-44
<i>Commentaires - Discussion</i> -----	45-51
<i>Conclusion et recommandations</i> -----	52-54
<i>Références</i> -----	55-57

INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

La vie est une bénédiction que Dieu offre à tout Etre vivant. Cette vie dès sa conception, traverse les moments les plus risqués pouvant entraver sa réalisation. Ces risques peuvent survenir à tout moment mais sont encore très dangereux au cours de la grossesse, du début à la fin, pendant l'accouchement et après celui-ci.

Une grossesse qu'elle soit désirée ou non est un cadeau de la nature. Cette nature est faite de sorte que la grossesse soit une forme de « PONT » entre la vie et la mort, depuis le rapport sexuel des deux conjoints jusqu'à la mise au monde du ou des nouveau (x) né (s) en bonne santé ainsi que les suites de couches, en passant par les différentes étapes. Toutes ces étapes présentent des risques de complications pouvant mettre fin à la vie de la mère et/ou du nouveau né. On peut diviser ces complications en 3 groupes :

- ❖ Les complications au cours de la grossesse :
 - les avortements
 - les malformations
 - les grossesses molaires
 - les infections.

- ❖ Les complications au cours de l'accouchement :
 - les accouchements prématurés,
 - les césariennes,
 - les déchirures des parties molles,
 - les hémorragies de la délivrance,
 - les endométrites et d'autres infections,
 - les ruptures utérines,
 - les décès maternels et/ou néonataux.

❖ Les complications du post-partum :

- les hémorragies de la délivrance,
- les endométrites et d'autres infections,
- les éclampsies du post-partum,
- les décès maternels et/ou néonataux.

On estime qu'environ 1.600 femmes meurent chaque jour dans le monde par suite des complications de la grossesse et de l'accouchement. Ce qui représente à peu près 584.000 décès maternels chaque année, soit un décès par minute. [18]

Sur 100.000 naissances vivantes, on compte à peu près 430 décès maternels dans le monde ; 27 dans les Pays développés, 403 dans les Pays en voie de développement [19]

Dans les Pays en voie de développement, certaines femmes accouchent avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle, par contre dans les Pays développés, la présence d'un personnel qualifié est quasiment la règle.

Au Mali en 1992, seulement 16% des accouchements sont assistés par le personnel médical à l'intérieur du Pays et 46% à Bamako. [7]

Au Sénégal en 1999, une étude réalisée sur l'évaluation des programmes de soins essentiels et la survie de la mère révéla que l'accouchement se passe le plus souvent à domicile dans 62.8% et que l'assistance est assurée par les matrones dans 66.5% des cas. [6]

Au Bénin en 1998, une étude faite sur la santé maternelle et infantile a montré que le niveau des indicateurs sur les accouchements et les issues défavorables de grossesses est loin des prévisions malgré la tendance à la hausse des utilisateurs des soins prénataux. Les auteurs ont souligné la nécessité d'améliorer la qualité des soins prénataux et des accouchements. [11]

Cependant, des projets existent dans certains pays comme le Ghana où les sages femmes pratiquent des interventions salvatrices, assurent aujourd'hui des soins obstétricaux d'urgence que seuls les médecins étaient autorisés à faire. [3]

Au Mali en 1987, pour 100.000 naissances vivantes, on compte 1.200 décès maternels liés : [7]

- à l'insuffisance de personnel qualifié ;
- au faible niveau de scolarisation ;
- à l'absence de CPN de bonne qualité ;
- à un manque d'hygiène.

Pour rehausser le niveau de santé, le Mali a adopté la politique sectorielle de santé en 1987 et qui a pour objectifs de :

- promouvoir la planification familiale
- instituer un système de soins de santé fiable
- faire participer la communauté à la gestion du système de santé
- rendre accessible, les médicaments essentiels, à un prix le plus bas possible [7].

Au Mali, les études d'évaluation de la qualité des soins obstétricaux en salle d'accouchement sont limitées et ont montré peu d'amélioration dans la prise en charge des parturientes.

En 1997, une étude comparative de la qualité des soins en commune VI a révélé un manque de personnel, de très mauvaises conditions d'hygiène et une absence de recyclage du personnel. [25]

En 1999, COULIBALY M. a effectué une étude sur la qualité des soins au cours de l'accouchement dans les CSCOM des communes V et VI du District de Bamako et a montré que les structures n'offrent pas toujours des soins de qualité aux parturientes ; les structures d'accueil et d'orientation n'existaient que dans 2 CSCOM avec une quasi absence de recyclage. [4]

En 2000, une étude sur la prise en charge des parturientes en milieu rural et urbain a montré que les parturientes ne reçoivent pas toujours les soins qui leur assurent une maternité sans risque au niveau des CSCOM. [24]

En 2001, une étude dans les Centres de Santé de Référence des communes V et VI sur la qualité des CPN et soins a montré un faible niveau de continuité des soins. [16]

En 2003, une étude sur la qualité de l'accouchement au Centre de Santé MIPRONA en Commune VI a montré que le volet accouchement a présenté certaines qualités telles que le respect physique et psychique dans l'examen obstétrical souvent au complet mais une faible qualité de l'interrogatoire, une faible qualité de gestes techniques, une faible qualité dans l'examen général, une faible utilisation du partographe. [12]

En 2005, l'étude faite sur la qualité des soins à la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune V par Diarra M. [5] et celle effectuée en Commune III sont satisfaisantes mais souvent limitées par :

- des problèmes d'infrastructures comme l'absence de salle de réanimation équipée, salles d'hospitalisation insuffisantes ;
- des parturientes qui recevaient des soins de bonne et assez bonne qualité pour le respect physique et psychique, respect de l'intimité, l'interrogatoire, la préparation à l'accouchement, les conditions d'hygiène, les soins aux nouveaux nés, la délivrance ;
- l'examen obstétrical et l'utilisation des supports standard dans 75 à 100% des cas
- la compétence du personnel.

L'étude sur l'évaluation de la qualité des soins obstétricaux au CSCOM de Doumanzana en Commune I en 2002 avait montré [2]:

- un bon respect physique et psychique satisfaisant dans l'ensemble,

- une moindre qualité dans l'examen général,
- une assez bonne préparation à l'accouchement et à l'hygiène (lavage des mains),
- une prescription abusive des antiseptiques.

Le CSCOM de Kalaban-coura (ASACOKAL) jusque là n'avait jamais bénéficié d'une étude sur l'évaluation de la qualité des soins obstétricaux. C'est ainsi que ce travail a été initié. Aussi allons nous tenter de répondre à un certain nombre de questions que sont :

1. Les parturientes ont-elles droit à toutes les bonnes conditions d'asepsie pour mettre au monde leur bébé ?
2. Y a t il du personnel de santé qualifié pour donner aux parturientes des soins de qualité dans le CSCOM de Kalaban- coura ?
3. Les moyens matériels (équipements) sont-ils suffisants pour la prise en charge des parturientes dans le cadre de la réalisation des accouchements ou de la référence des cas compliqués ?
4. Quel est le pronostic maternel et foetal ?

OBJECTIFS

II- OBJECTIFS

1- OBJECTIF GENERAL :

- Evaluer la qualité des soins obstétricaux en salle d'accouchement au CSCOM de Kalaban-coura (ASACOKAL) de la commune V du District de Bamako.

2- OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Décrire les structures notamment les infrastructures et le personnel.
- Décrire les procédures.
- Formuler des recommandations.

GENERALITES

III- GENERALITES

1. Historique de l'accouchement

Seules, dans une salle de travail inconfortable et parfois en salles de commune, elles étaient agitées, crispées et criaient de plus en plus fort. « L'accouchement était décrit comme commençant par des petites douleurs puis des moyennes, des grosses et enfin des concassantes. Sages femmes et médecins se sentaient impuissants ». [14]

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

- **Soranus d'ÉPHÈSE** : (deuxième siècle de notre ère) fut considéré comme le père de l'obstétrique. Il démontra que le fœtus est propulsé non pas par ses efforts propres mais par les contractions utérines et inventa la version podalique qui resta pendant 17 siècles la principale opération obstétricale. [1]

- A la fin du XVI ème siècle, **Peter CHAMBERLEN** inventa une pince : le forceps capable de saisir la tête fœtale et de l'extraire hors de la filière génitale. [1]

- La croisade menée par **Ignace SEMMELWEIS** et surtout les 30 années de lutte patiente conduite par **Stéphane TARNIER** de 1858-1888 parvinrent à imposer la propreté et l'usage des antiseptiques dans les maternités. [1]

- En 1954, **Malstrom de Gothembourg** (Suédois) mit au point et utilisa le « vacuum extractor », (la ventouse), dont le succès déborda bientôt son Pays d'origine puis le monde entier. [22]

- L'échographie, après avoir fait ses premiers pas en obstétrique, est ainsi devenue, en une décennie, un auxiliaire indispensable de la plupart des disciplines médicales. En obstétrique, elle fait maintenant partie intégrante de la surveillance obstétricale moderne. [23]

- En 1952, grâce à la méthode psychoprophylactique de **Dr Lamaze**, nous avons assisté à l'événement de « l'accouchement sans douleur » [14].

- L'introduction des trousse d'accouchement en 1987 par l'OMS dans le système de santé communautaire a permis de relever le niveau de fréquentation des centres de santé par les parturientes mais aussi d'améliorer les conditions d'hygiène au cours de l'accouchement.

Actuellement, la péridurale est arrivée « Sans douleur, sans effort », elle a pris une grande place en salle d'accouchement.

2. Définitions :

❖ Accouchement :

C'est l'ensemble des phénomènes mécaniques et physiologiques qui ont pour conséquences la sortie du fœtus et des annexes fœtales hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhée).

Ces phénomènes sont régis par l'adaptation des dimensions des diamètres fœtaux, ceux de la tête fœtale en particulier, à celles du bassin maternel et des parties molles, permettant au fœtus de traverser la filière génitale, et par les contractions utérines du travail qui poussent le fœtus vers le dehors. [17]

❖ Accouchement à terme :

Lorsque l'accouchement se produit entre le début de la 38^{ème} semaines d'aménorrhée (259jours) et la fin de la 42^{ème} semaines d'aménorrhée (293jours), il est dit à terme.

❖ Accouchement prématuré :

Lorsque l'accouchement se produit avant la 37^{ème} semaine d'aménorrhée.

❖ **Accouchement spontané** :

C'est celui qui se déclenche de lui même, sans intervention de causes extérieures.

❖ **Accouchement provoqué** :

Un accouchement est dit provoqué, lorsqu'il est consécutif à une intervention extérieure, généralement d'ordre thérapeutique.

❖ **Accouchement eutocique** :

C'est un accouchement qui s'accomplit suivant un déroulement physiologique normal.

❖ **Dystocie** :

C'est l'ensemble des anomalies qui peuvent entraver la marche normale de l'accouchement.

❖ **Césarienne** :

C'est une opération qui consiste à la réalisation de l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus, par la voie abdominale.

❖ **Partographe**:

C'est un outil indispensable en salle d'accouchement pour une surveillance correcte du travail ;il tient compte des différents paramètres du fœtus et de la mère, et permet de prendre une décision à temps .

❖ **Suites de couches**: La période des suites de couches s'étend environ sur les six semaines qui suivent l'accouchement. Elle se termine par le retour de la menstruation ou « retour de couches », sauf dans les cas d'aménorrhée physiologique des nourrices.

❖ **Gestité**: Elle se définit comme étant le nombre de grossesse d'une femme.

- ❖ **Primigeste:** C'est une femme qui a fait une seule grossesse.
- ❖ **Paucigeste:** C'est une femme qui a fait 2 ou 3 grossesses.
- ❖ **Multigeste:** C'est une femme qui a fait 4 ou 5 grossesses.
- ❖ **Grande multigeste:** C'est une femme qui a fait 6 grossesses ou plus.

- ❖ **Parité:** C'est le nombre d'accouchement.
- ❖ **Nullipare:** C'est une femme qui n'a fait aucune maternité.
- ❖ **Primipare:** Une patiente ayant accouché une seule fois.
- ❖ **Paucipare:** Une patiente ayant accouché entre 2 - 3 fois.
- ❖ **Multipare:** Une patiente ayant accouché entre 4 - 5 fois.
- ❖ **Grande multipare:** Lorsque le nombre d'accouchements de la patiente est supérieur ou égal à 6.

❖ **Echographie précoce:** C'est une échographie qui a été réalisée au premier trimestre de la grossesse c'est-à-dire avant la 14SA de la grossesse.

❖ **Echographie tardive:** Lorsque l'échographie est réalisée à partir de la 14SA, elle est dite tardive.

❖ **Qualité des soins:**

La qualité des soins techniques consiste à appliquer des sciences et technologies médicales de manière à arriver au maximum de bénéfice pour la santé sans augmenter pour au tant le risque. Le niveau de qualité est alors la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable de risque et bénéfices « (DONABEDIAN) » [8].

Selon l'OMS la qualité des soins de santé consiste à exécuter correctement (selon les normes) des interventions dont on sait qu'elles sont sans risque, d'un coût abordable pour la société en question et susceptibles, d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité, les invalidités et la malnutrition. [21]

❖ **Personnel obstétrical qualifié:**

Selon l'OMS, il s'agit de sages femmes, d'infirmières ou de médecins qualifiés ayant terminé leurs études et qui sont autorisés à exercer. Les accoucheuses traditionnelles ne rentrent pas dans cette catégorie.

❖ **L'évaluation :**

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

❖ **Surveillance prénatale ou consultation prénatale (C.P.N) :**

La C.P.N est une pratique médicale qui s'organise autour d'un ensemble de gestes techniques contribuant à quatre (4) fins essentielles :

- Confirmer la grossesse,
- Vérifier son bon déroulement et dépister tous les facteurs de risques antérieurs ou contemporains,
- Traiter ou orienter la femme dans le cas échéant vers une surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison des facteurs précédents,
- Etablir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions d'accouchement et s'il le faut, transférer dans un centre équipé pour faire face à d'éventuelles complications.

❖ **Les normes :**

Ils précisent les types de services offerts, les conditions minimales acceptables, les performances et les qualifications requises exigées pour chaque service offert.

❖ **Les procédures:**

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

❖ **La mortalité maternelle :**

C'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison quels que soient la durée ou le siège de celle-ci, pour n'importe quelle cause due ou aggravée par la grossesse. Sont exclues les causes de décès accidentelles ou fortuites.

[18]

❖ **Taux de mortalité maternelle :**

C'est le nombre de décès maternels pour 100.000 grossesses, parfois exprimé pour 100.000 femmes en âge de procréer. Ce taux exprime jusqu'à quel point, le décès maternel est courant.

❖ **La grossesse :**

C'est l'état qui débute avec la fusion d'un spermatozoïde avec un ovule. Elle prend fin avec l'expulsion ou l'extraction du produit de conception.

❖ **Facteurs de risque :**

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

❖ **Grossesse à risque :**

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

❖ **La maternité sans risque :**

C'est créer des conditions dans lesquelles une femme peut choisir d'avoir un enfant, et si elle le fait, est assurée de recevoir des soins pour

la prévention et le traitement des complications de la grossesse, d'avoir accès à l'assistance d'un personnel qualifié à l'accouchement, à des soins obstétricaux d'urgence en cas de besoins et à des soins après la naissance, de manière à éviter les risques de décès ou d'incapacités liées aux complications de la grossesse et de l'accouchement [10].

Cette définition coïncide avec celle de l'OMS à la conférence de l'I.C.P.D du programme d'action de la conférence de l'ONU sur les femmes en 1995 au Caire et d'autres institutions et conventions. Elle rappelle que toutes les femmes doivent pouvoir choisir d'avoir des enfants et que celles qui font ce choix doivent être assurées de bénéficier d'une surveillance prénatale de qualité, d'une assistance qualifiée à l'accouchement et pendant la période du post-natale et d'éviter les risques de décès ou d'incapacité liée à la grossesse.

❖ **L'aire de santé ou secteur sanitaire :**

Elle représente une zone géographique desservie par ressource sanitaire.

❖ **La carte sanitaire :**

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

❖ **Centre de santé communautaire (CSCOM):**

C'est une formation sanitaire de premier niveau, créée sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée au sein d'une association de santé communautaire (ASACO) pour répondre de façon efficace et efficiente, les problèmes de santé.

❖ **Association de santé communautaire (ASACO):**

L'ASACO, conformément à la politique sectorielle de santé et de population, les populations organisées en ASACO, participent à la mise

en place des centres de santé communautaire et assurent la gestion de ces centres.

❖ **Adhérents:**

Les personnes qui adhèrent à l'ASACO en prenant la carte de membre, bénéficient ainsi d'un accès facile aux soins.

❖ **Non adhérents:**

Les personnes qui ne sont pas membres de l'ASACO.

❖ **Soins en interne:**

Lorsque l'ordonnance et les traitements sont dispensés au sein du centre.

❖ **Soins en externe:**

Lorsque l'ordonnance a été délivrée dans un autre service et les traitements faits dans le centre.

❖ **Le paquet minimum d'activité (PMA):**

Il signifie l'offre d'activités intégrées de soins de santé. Il comporte des activités préventives, curatives et promotionnelles. Il s'agit entre autres de traitement des maladies courantes, consultation prénatale et post-natale avec accouchements et vaccinations.

❖ **L'évacuation:**

Elle concerne une patiente en travail, transférée en urgence ou qui n'est pas en travail mais présentant une complication grave et nécessitant une hospitalisation en urgence.

❖ **Référence:**

On parle de référence quand la décision de transfert et l'admission de la patiente sont faites avant le début du travail.

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

4.1. Cadre de l'étude

Notre étude a eu lieu dans le centre de santé communautaire de KALABAN-COURA (ASACOKAL) de la commune V du District de Bamako. Notre choix s'est porté sur ce centre car il est situé dans une zone périphérique de Bamako en pleine croissance démographique où les problèmes de santé sont préoccupants.

4.2. Données géographiques

Le quartier Kalaban-coura est situé dans la partie Sud-Ouest de la commune V du district de Bamako qui compte 7 autres quartiers à savoir Badalabougou, Daoudabougou, Garantiguibougou, Sabalibougou, Quartier Mali, Torokorobougou et Baco-Djicoroni ; le tout, sur une superficie de 41,59 Km². Il est limité à l'Est par Niamakoro (commune VI), à l'Ouest par Sabalibougou et Garantiguibougou, au Nord par Daoudabougou et au Sud par la zone aéroportuaire. [20]

4.3. Données démographiques

Zone pluriethnique par excellence, la population de la Commune V compte 279.240 habitants dont 26.495 habitants pour Kalaban-coura en 2006 avec une population flottante de 24.025 habitants (C.R.O.C.E.P.S.-Mars 2007).

4.4. Situation socioculturelle de Kalaban coura

Elle reste encore traditionnelle dans sa grande composante. L'islam est la religion prédominante. Quant au christianisme, il est la seconde religion pratiquée.

Les fléaux sociaux importants sont l'analphabétisme, le chômage et la délinquance. [20]

4.5. Les infrastructures du CSCOM se composent de :

- Une salle de consultation pour le médecin
- Une unité d'accouchement et de suites de couches
- Une salle d'injection et de pansement
- Une unité de CPN (consultations prénatales)
- Une salle de repos
- Un dépôt de médicaments essentiels
- Un bureau pour la comptabilité
- Un magasin
- Un hangar servant de salle d'attente et un autre pour la vaccination
- Deux toilettes externes pour les malades et une pour les personnels de santé
- Un logement pour le gardien

L'unité de consultation prénatale est constituée de :

- Un hangar avec quatre bancs servant d'accueil des gestantes,
- Une salle de consultation pour la sage-femme avec deux chaises servant en même temps de bureau.

4.6. Catégories socioprofessionnelles

Le CSCOM de Kalaban-coura compte 16 travailleurs dont :

- Un médecin généraliste (Médecin chef)
- Un infirmier diplômé d'Etat
- Deux sages femmes
- Deux infirmières obstétriciennes
- Trois matrones
- Deux aides soignantes
- Un aide soignant
- Un infirmier du premier cycle

- Un comptable niveau BT
- Une aide comptable comme gérante de la pharmacie
- Un manoeuvre - gardien

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

- Un médecin généraliste et/ou un étudiant en médecine faisant fonction d'interne (FFI)
- Une sage femme remplaçable toutes les 12 heures par une infirmière obstétricienne et/ou une matrone accompagnée d'une ou des aides soignantes
- Un infirmier du premier cycle
- Un gardien - manoeuvre

Au niveau organisationnel du service de garde :

L'équipe dispose :

- Deux tables d'accouchement,
- Une salle de consultation médicale,
- Des médicaments du dépôt.

4.7. Les populations étudiées

4.7.1. Pour l'étude des structures

- Le personnel socio sanitaire
- Le comité de gestion du centre : président, trésorier et autres membres du bureau de gestion du centre.

4.7.2. Pour l'étude des procédures et résultats

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

4.8. Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective à visée descriptive. Elle s'est inspirée de ce fait du postulat de Donabedian Avedis sur l'évaluation de la qualité des soins et des services et a comporté :

- l'étude des structures
- l'étude des procédures
- leurs résultats

4.9. Taille de l'échantillon

Nous avons utilisé dans notre enquête un échantillonnage prospectif qui a porté sur 120 parturientes ayant fréquenté la salle d'accouchement du centre de santé communautaire de Kalaban-coura dans la période d'étude et en présence de l'enquêteur. Il s'agit d'un recrutement systématique des parturientes durant la période d'étude.

4.10. Critères d'inclusion

Notre étude a porté systématiquement sur toutes les femmes qui se sont présentées au centre pour bénéficier des soins obstétricaux pendant la période d'étude et qui ont accepté se soumettre à l'observation et à nos questions. Elle a concerné également les gestes techniques réalisés par le personnel au cours de l'accouchement.

4.11. Critères de non inclusion

Les parturientes qui sont venues au centre en absence de l'enquêteur, les accouchements à domicile et les accouchements effectués dans d'autres structures reçus dans notre CSCOM dans le post partum n'ont pas été inclus dans cette étude.

4.12. Période de l'étude

Elle s'est étendue du 01 juin 2006 au 31 Août 2006 soit une durée de trois (3) mois.

4.13. Critères de jugement

- La politique sectorielle de santé,
- Les normes et procédures de santé de la reproduction. [8]

4.14. Recueil des données

Il s'est effectué à partir d'une grille d'observation et d'un questionnaire.

4.15. Technique de collecte

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

4.16. Les variables mesurées ont été

- Pour l'accouchement :

- Les caractéristiques de la parturiente ;
- La qualification de la personne qui a pris en charge la parturiente;
- Son accueil ;
- Le respect de l'intimité de la parturiente ;

- L'interrogatoire ;
- L'examen général ;
- L'examen obstétrical ;
- La préparation de la parturiente ;
- L'utilisation des médicaments ;
- Les soins dispensés au nouveau-né ;
- La pratique de la GATPA ;
- L'utilisation des supports ;
- Le nombre de CPN ;
- Les critères de choix du centre ;
- L'opinion des parturientes.

- Pour l'opinion des prestataires :

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

4.17. Organisation des enquêtes

Les observations et le recueil de l'opinion des parturientes ont été faits par l'enquêteur lui-même. Pour cela, sa présence était obligatoire pour le bon déroulement de l'étude. Il disposait donc des fiches d'enquête. Les questions étaient des réponses immédiates.

4.18. Plan d'analyse et de traitement des données

Les données ont été saisies et analysées sur l'ordinateur en utilisant le logiciel EPI-INFO version 6 .04 Word 2003.

- Les normes architecturales:

- L'état du local est satisfaisant.
- L'inventaire des matériaux de construction n'a pas été fait.
- Le système de protection contre la poussière était de moins bonne qualité.
- Le centre n'est pas clôturé.

- Le plan d'organisation du service:

- Pas de bureau des entrées.
- L'existence d'une pancarte d'orientation dans le service.

- L'équipement de la salle d'accouchement:

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

- L'existence d'un dépôt de médicaments:

- Le plan local (protection insuffisante contre la poussière)
- L'équipement est suffisant.
- Le mode d'approvisionnement est basé sur l'initiative de BAMAKO (IB).
- La formation du personnel.

- La gestion des déchets biomédicaux:

- Les normes et procédures appliquées.
- L'équipement (poubelle, matériel pour l'aménagement des déchets, boîte à aiguille) est disponible.

- Le système d'approvisionnement en eau, en électricité et en communication :

- Les robinets du réseau public et un puits en cas de coupure d'eau existent.
- Le téléphone.
- L'électricité sur réseau public et un panneau solaire.

4.19. Système de classement

Une cotation de 0 à 1, a été faite pour les critères si haut identifiés. Chaque référence composée de critères a été cotée de 0 à 4. La somme des scores réalisés appliqués à l'échelle d'évaluation, a permis d'évaluer

le niveau de la qualité des structures. Le maximum de score que l'on peut enregistrer pour les références est de 40.

Le détail sur les cotations sera présenté dans le tableau en annexe.

L'échelle se présentera comme suit :

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

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

L'analyse portera sur 2 types d'échelles :

- **Une première ou les accouchements sont dits :**

- « **de bonne qualité** » si toutes les variables discriminatoires sont réalisées ;
- « **de moins bonne qualité** » si une au moins des variables discriminatoires n'est pas réalisée.

- **Une seconde échelle ou les accouchements sont classés à quatre niveaux de qualité :**

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

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

- L'équipement de la salle d'attente:

- Les salles d'attente (Consultation prénatale, accouchement, consultation médicale) sont bien équipées.
- Un hangar pour vaccination

- L'existence des unités annexes:

- L'unité de consultation médicale
- L'unité de soins (pansements, injections et perfusions)

- Les structures pour les examens complémentaires:

- Absence de laboratoire biologique
- Absence d'échographie.

RESULTATS

V- RESULTATS

Etude des structures :

Les bases de notre étude ont été :

- Les données physiques : locaux, équipements
- Les ressources humaines

Le CSCOM de Kalaban coura est un service situé en plein air avec une cour non clôturée donc exposition à la poussière et une absence de bureau des entrées, les salles de repos et de suites de couches sont petites avec 3 lits dans chacune mais sans ventilateur. Cependant on note la présence d'une pancarte accrochée à un mur donnant une vue d'ensemble et permettant une meilleure orientation dans le centre. La salle d'accouchement fait suite à la salle d'attente et contient 2 tables obstétricales. L'éclairage est assuré par le réseau public et un panneau solaire en cas de coupure de courant. L'approvisionnement en eau est aussi assuré par le réseau public.

Tableau I: Répartition des locaux et leur état.

Locaux	Nombre	Etat		
		Bon	Passable	Mauvais
Clôture	0			
Bâtiment	1		+	
Salles	12		+	
Salle d'accouchement	1		+	
Salle d'attente	1		+	
Lits et Matelas	6		+	
Toilettes	3			+
Lavabos	4		+	
Poubelles	5			+

Tableau II: Répartition des équipements et leur état.

Equipements	Nombre	Etat		
		Bon	Passable	mauvais
Tensiomètre médical	2	+		
Thermomètre	1	+		
Stéthoscope de Pinard	1	+		
Mètre ruban	1	+		
Pèse-personne	1	+		
Balance (nouveau né)	1	+		
Spéculum gynécologique	8	+		
Sonde urinaire	2	+		
Lampe baladeuse	1			+

Tableau III: Répartition du personnel selon le statut et la catégorie socio professionnelle.

Personnel	Nombre	Statut		
		Fonctionnaire	Contractuel	Bénévole
Médecin	1		+	
Infirmier d'Etat	1		+	
Sage femme	2		+	
Infirmière obstétricienne	2		+	
Infirmier 1er cycle	1		+	
Matrone	3		+	
Aide soignant	2			+
Garçon de salle	1			+
Gérant de dépôt de médicaments	1		+	
Caissier	1		+	
Gardien	1			+

Tableau IV : le niveau de la qualité des structures.

Références	Niveau de la qualité				Score	Observation
	IV	III	II	I		
Normes architecturales				+	1	Protection contre la poussière et moustique faible.
Structure/Equipement unité d'accouchement			+		2	Matériel technique incomplet (ciseaux, pinces, bassins)
Equipement de la salle d'attente				+	1	Salle petite avec 1 lit
Unité annexe de consultations médicales			+		2	Matériel incomplet, salle de garde dans la salle de consultation
Unité hospitalisation et suites de couches			+		2	Salles avec 3 lits pas de ventilateur au plafond, présence de moustiquaires imprégnés
Dépôt de médicaments (normes architecturales) et coût des médicaments			+		2	Initiative de Bamako appliquée. Mauvaise protection de la salle contre les poussières
Etat des toilettes	+				4	Intimité respectée, bonne propreté
Approvisionnement en eau et élimination des déchets		+			3	Réseau public ; absence d'incinérateur mais un dépôt bien aménagé pour la destruction des déchets
Unité hospitalisation			+		2	3 lits dans la salle ,présence de moustiquaires imprégnées sur les lits
Système d'éclairage et de communication	+				4	Réseau public téléphone mobile panneau solaire
TOTAL					23	

NB : le score total est de 23.

Le centre est de niveau II c'est-à-dire 50-74, 99% des références ont été effectuées.

Tableau V : Répartition des parturientes selon l'âge.

Tranche d'âge (ans)	Effectif	Pourcentage
15-19	31	25.9
20-29	68	56.6
30-39	19	15.8
40-42	2	1,7
Total	120	100

L'âge moyen était de 24 ans avec des extrêmes compris entre 15 et 42 ans et un « **écart type** » à 6, 31.

Tableau VI : Répartition des parturientes selon la profession.

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	86	71,7
Aide ménagère	5	4,1
Elève/Etudiante	20	16,7
Commerçante	7	5,8
Fonctionnaire	2	1,7
Total	120	100

Tableau VII : Répartition des parturientes selon le niveau d'instruction.

Niveau scolaire	Effectif	Pourcentage
Non instruite	77	64,2
Etude coranique	13	10,8
Niveau primaire	21	17,5
Niveau secondaire	7	5,8
Niveau supérieur	2	1,7
Total	120	100

Tableau VIII : Répartition des parturientes selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Marié	99	82,5
Célibataire	21	17,5
Total	120	100

Tableau IX : Répartition des parturientes selon la résidence.

Résidence	Effectif	Pourcentage
Kalaban coura	115	95,9
Daoudabougou	3	2,5
Sabalibougou	1	0,8
Garantiguibougou	1	0,8
Total	120	100

Tableau X : Répartition des parturientes selon la gestité.

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigeste	39	32,5
Paucigeste	53	44,1
Multigeste	13	10,9
Grande multigeste	15	12,5
Total	120	100

Tableau XI : Répartition des parturientes selon la parité.

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	40	33,3
Primipare	18	15
Paucipare	42	35
Multipare	12	10
Grande multipare	8	6,7
Total	120	100

Tableau XII : Répartition des parturientes selon leur appartenance à un groupe à risque.

Nature du risque	Effectif	Pourcentage
Utérus cicatriciel	2	1.7
HTA	9	7.5
Antécédent de mort-né	1	0.8
Diabète	2	1.7
Aucun	106	88.3
Total	120	100

Tableau XIII : Répartition des parturientes selon l'observation des prophylaxies.

Prophylaxie	Effectif	Pourcentage
Anti-anémique	114	95
Anti-palustre	102	85
Antitétanique	87	72,4

Tableau XIV: Répartition des parturientes selon le nombre de CPN.

Nombre de CPN réalisées	Effectif	Pourcentage
0	6	5
1 à 3	46	38,3
4 ou Plus	68	56,7
TOTAL	120	100

Tableau XV : Répartition des parturientes selon la réalisation des examens complémentaires au cours de la grossesse.

Examen complémentaire	Effectif	Pourcentage
Albumine et sucre dans les urines	84	70
Glycémie à jeun	41	34,2
Groupage Rhésus	36	30
Sérologie syphilitique (BW)	36	30
Test d'Emmel	33	27,5
Echographie tardive	30	25
Echographie précoce	23	19,2
Sérologie toxoplasmose	28	23,3
Sérologie VIH	9	7,5

Tableau XVI : Répartition des parturientes selon la qualification de l'agent de santé ayant assuré les soins d'accouchement.

Agent de santé	Effectif	Pourcentage
Médecin	0	0
Faisant fonction d'interne	0	0
Sage-femme	53	44,2
Infirmière obstétricienne	6	5
Matrone	61	50,8
Total	120	100

Tableau XVII : Répartition des parturientes selon le respect physique et psychique.

Variables	Effectif	Pourcentage
Salutation conforme aux normes	107	89,2
Expliquer à la parturiente ce qui va se dérouler	92	76,7

Tableau XVIII : Répartition des parturientes selon la recherche des variables techniques de l'interrogatoire.

Variables	Effectif	Pourcentage
Début de la douleur	119	99,2
Fréquence de la douleur	118	98,3
Notion de fièvre	49	40,8
Mouvements actifs du fœtus	114	95
Terme de la grossesse	119	99,2
Perte des eaux	119	99,2
Notion de saignements	77	64,2

Tableau XIX : Répartition des parturientes selon la réalisation des gestes techniques de l'examen général.

Variables	Effectif	Pourcentage
Etat général	98	81,7
Conjonctives	92	76,7
Les seins	7	5,8
Prise de pouls	62	51,6
Prise de la tension artérielle	117	97,5
Prise de la température	36	30
Recherche des oedèmes des membres inférieurs	29	24,1
Recherche de varices et de vergetures	11	9,1
Auscultation cardio-pulmonaire	0	0

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

Variables	Effectif	Pourcentage
Grand axe de l'utérus	120	100
Recherche de cicatrices cutanées d'intervention notamment de césarienne	120	100
Mesure de la HU	112	90
Mesure du périmètre ombilical	0	0
La palpation abdominale	120	100
La fréquence des contractions utérines	119	99,2
Auscultation des BDCF	119	99,2
Appréciation de la dilatation du col	119	100
Etat des membranes	29	24.1
Aspect du liquide amniotique	29	24.1
Appréciation du bassin	0	0

Tableau XXI : Répartition des parturientes selon le moment de l'ouverture du partographe.

Ouverture du partographe	Effectif	Pourcentage
Au cours de l'expulsion foetale	2	1,7
Avant l'expulsion foetale	96	80
Après l'expulsion foetale	22	18,3
Total	120	100

Tableau XXII : Répartition des parturientes selon la prise de décision de surveiller le travail d'accouchement ou d'évacuer.

Décision	Effectif	Pourcentage
Surveillance du travail		
d'accouchement	108	90
Référer la parturiente	0	0
Evacuer la parturiente	12	10
Total	120	100

Tableau XXIII : Répartition des parturientes selon la réalisation des gestes techniques de la préparation à l'accouchement.

Variables	Effectif	Pourcentage
Faire uriner la parturiente	30	27,7
Sonder la parturiente	2	1,7
Faire la toilette vulvaire	8	7,4
Faire vider le rectum	0	0

Tableau XXIV : Répartition des parturientes selon le respect des mesures de prévention des infections.

Variables	Effectif	Pourcentage
Se laver les mains avant et après l'examen	98	90,7
Port de gants stériles	8	7,4
Port de gants non stériles ou de doigtiers	100	92,6
Matériel décontaminé	108	100

Tableau XXV: Répartition des parturientes selon l'utilisation des médicaments au cours de l'accouchement.

Médicaments	Effectif	Pourcentage
Antispasmodiques	57	52,8
Ocytociques	10	9,2
Aucun	41	38
Total	108	100

Tableau XXVI : Répartition des parturientes selon la réalisation des gestes techniques au moment de l'accouchement.

Variable	Effectif	Pourcentage
Episiotomie	8	7,4
Clamper et sectionner le cordon ombilical	108	100
Gestion active de la 3 ^e période de l'accouchement (GATPA)	108	100
Examen complet du placenta et des membranes	104	96,2
Révision utérine	1	0,9

Tableau XXVII : Répartition des parturientes selon le contact entre le nouveau-né et sa mère immédiatement après expulsion du fœtus.

Contact	Effectif	Pourcentage
Sur l'abdomen de sa mère	19	17,5
A côté de sa mère	55	51,1
Pas de contact	34	31,4
Total	108	100

Tableau XXVIII : Répartition des parturientes selon la qualification de l'agent de santé ayant conduit l'accouchement.

Qualification	Effectif	Pourcentage
Médecin	0	0
Faisant fonction d'interne	1	0,9
Sage-femme	40	37,1
Infirmière obstétricienne	6	5,6
Matrone	61	56,4
Total	108	100

Tableau XXIX : Répartition des parturientes selon la réalisation des gestes techniques par rapport aux premiers soins du nouveau-né.

Variables	Effectif	Pourcentage
Désobstruer les voies respiratoires	43	39.8
Faire des soins du cordon ombilical	108	100
Nettoyer le nouveau né	100	92.6
Peser le nouveau né	102	94.5
Faire les mensurations	98	90.5
Déterminer le score d'Apgar	108	100
Administrer la vitamine K1	0	0
Instiller un collyre	105	97.2
Réchauffer le nouveau né	4	3.7
Habiller le nouveau né	10	9.2
Mettre le nouveau né au sein	105	97.5

Tableau XXX : Répartition des parturientes selon la prise en charge de la mère après accouchement.

Variables	Effectif	Pourcentage
Administration de la vitamine A	103	95,4
Montrer le nouveau-né à la mère	105	97,2
Conseils par rapport à l'alimentation de l'enfant selon les âges	90	83,3
Conseils par rapport à l'espacement des naissances	104	96,3
Mère référée après accouchement	1	0,9

Tableau XXXI : Répartition des parturientes selon leur opinion sur les prestations.

Variables	Effectif	Pourcentage
+ Accueil :		
• Attentif	112	93,3
• Indifférent	8	6,7
+ Attitude agréable		
• Oui	100	92,6
• Non	8	7,4
+ Ont été encourageant et compréhensif au cours de l'accouchement		
• Oui	100	92,6
• Non	8	7,4

Tableau XXXII : Répartition des parturientes en raison de choix du centre.

Critères de choix	Effectif	Pourcentage
Proximité du centre	112	93,3
Connaissance au centre	27	22,5
Compétence du personnel	97	80,8
Tarifs peu élevés	103	85,8
Association de 2, 3 ou 4 des critères sus cités	20	16,6

COMMENTAIRES

DISCUSSION

VI- COMMENTAIRES - DISCUSSION

1. Etude des structures :

Le système des références qui a été effectué par rapport à la qualité des structures est classé au niveau II soit 50-74% des références ont été effectuées, pour un score total de 23, compte tenu de la cour qui n'est pas clôturée, de l'absence de certains locaux (salle d'échographie, laboratoire) ainsi que l'état des salles d'hospitalisation (manque de ventilateur) et le manque de dispositif d'accueil et d'orientation. Diarra M. [5] a trouvé en 2005 au CSREF CV le niveau III pour un score total de 34.

2. Etude des procédures :

2.1- Analyse des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon:

2.1.1- Par rapport à l'âge: Les parturientes qui sont dans la tranche d'âge 20-29ans étaient les plus représentées soit 56,6% des cas. Les plus jeunes avaient 15ans et les plus âgées 42ans avec une moyenne d'âge à 24 ans et un « écart type » à 6,31.

2.1.2- Par rapport à la profession: Les sans professions autrement appelées « les ménagères » étaient majoritaires soit 71,7% des cas.

2.1.3- Le niveau d'instruction: 64,2% de nos parturientes étaient des femmes non instruites.

2.1.4- Par rapport au statut matrimonial: Presque toutes nos parturientes, soit 82,5% des cas, étaient des femmes mariées.

2.1.5- Par rapport à la résidence: 95,9% de nos parturientes résidaient à Kalaban-coura. Ceci peut s'expliquer par la proximité du centre. Cependant, il y'a eu des cas qui sont venues des quartiers limitrophes de Kalaban-coura mais à un taux très faible, soit 4,1%.

2.1.6- Par rapport à la gestité des parturientes: Les paucigestes étaient les plus représentées soit 44,1% des cas.

2.1.7- Par rapport à la parité: La pauciparité aussi étaient la parité la plus élevée avec un taux de 35% des cas.

2.1.8- Appartenance à un facteur de risque: Au cours de notre étude, les parturientes qui avaient une appartenance à un facteur de risque étaient à majorité des femmes hypertendues soit 7,5% ; les utérus cicatriciels ont représenté 1,7% des cas.

2.1.9- Par rapport à la CPN: Selon les carnets de CPN, les prophylaxies au cours de la grossesse étaient de bonne qualité car 72,4 à 95% de la dimension ont été réalisés. Par contre, la réalisation de la dimension concernant les examens complémentaires était de mauvaise qualité soit 7,5 à 70% de cas. Ceci peut s'expliquer par l'absence de laboratoire et de l'échographie au centre.

Quant au nombre de CPN réalisés, 43,3% de nos parturientes représentaient des femmes à risques car soit elles n'avaient fait aucune CPN, soit les CPN étaient mal faites. 56,7% de nos parturientes avaient fait 4 CPN ou Plus. Ce niveau est satisfaisant. Diarra M. [5] a trouvé aussi un niveau satisfaisant par rapport au nombre de CPN réalisés soit 70% des cas qui ont fait au moins 4 CPN.

Nous avons donc trouvé que la plupart de nos parturientes ont fait au moins une CPN soit 95% des cas. Diarra M. [5] a trouvé 100% des cas au CSRef. de la Commune V ; Coulibaly M. [4] avait aussi 92% de cas au CSRef de la Commune V et 75,2% au CSRef de la Commune VI; Contrairement à Yaro K. [25] qui a trouvé 55% des cas aux CSCOM de la Commune VI et Kassambara M.[15], 0% au CSRef de la commune VI.

2.1.10-Par rapport à la réalisation de l'accouchement : La majorité des parturientes ont été prises en charge par les matrones soit 50,8% des cas. Ce geste est déplorable et il faut le bannir à jamais. Il faut

signaler aussi que les sages femmes ont représenté 44,2% et le médecin, 0% des cas. Contrairement à Diarra M. [5] qui a trouvé 86% de prise en charge par les sages femmes et 10% par les médecins au CSRef de la commune V.

2.2- Analyse de la qualité de la dimension humaine :

L'évaluation du niveau de qualité de la dimension humaine révèle que le centre est de niveau II. La prise en charge des parturientes était assurée respectivement par les sages femmes et les matrones, à 44,2% et 50,8% des cas. Le niveau III a été trouvé par Diarra M. [5] en 2005 au CSRef de la commune V mais Coulibaly M. [4] en 2001 a trouvé le niveau I dans les centres de santé de référence de la commune V et VI.

2.3- Analyse du déroulement de l'accouchement :

2.3.1- L'interrogatoire: Les variables de la technique de l'interrogatoire étaient de qualité satisfaisante soit 95 à 99,2% des cas, donc de niveau élevé. Diarra M. [5] en 2005 a trouvé aussi dans son étude, un niveau élevé de 97 à 100% des cas au centre de santé de référence de la commune V.

2.3.2- L'examen général : il était de faible qualité. L'examen des seins a été réalisé dans 5,8% des cas. La prise du poids ainsi que la mesure de la taille et l'examen cardio-pulmonaire n'ont pas été réalisés, soit 0% des cas. Par contre, la tension artérielle a été prise chez presque toutes les parturientes, soit 97,5% des cas. Les mêmes résultats sont avancés par Diarra M. [5] soit 24% des cas et Coulibaly M. [4] trouve 4,7% des cas en Commune V et 0% en Commune VI de Bamako.

2.3.3- L'examen obstétrical : il était de moyenne qualité.

Nous avons trouvé dans l'ensemble un examen obstétrical de qualité moyenne. Diarra M. [5] a trouvé une bonne qualité au CSREF Commune V ; par contre Yaro K. [25] a trouvé une faible qualité à travers la mesure

de la hauteur utérine à 0,4% et l'auscultation des bruits du cœur fœtal à 2%.

2.3.4- Par rapport à l'utilisation du partographe :

Le partogramme étant l'élément de surveillance du travail et de décision a été utilisé chez toutes les parturientes (suivies ou évacuées) au cours de notre étude soit 100% des cas. Les partographes étaient remplis avant l'accouchement dans 80% des cas. Seulement 1,7% de nos parturientes ont bénéficié l'ouverture de leur partographe au cours de l'accouchement et 18,3% des cas après l'accouchement. Diarra M. [5] a trouvé un taux de 94% des cas de parturientes ayant bénéficié le remplissage du partographe avant l'accouchement. Nous n'avons pas enregistré de cas de décès maternel ou fœtal (0%).

2.3.5- Mesures de prévention de l'infection:

La mauvaise condition d'hygiène en soit est source de maladies. Pour donc limiter la prolifération des agents infectieux, il est nécessaire de mettre l'accent sur un certain nombre de points à savoir le lavage des mains avant et après chaque examen physique, le port de gants stériles ou non stériles ainsi que la décontamination des matériels utilisés. Les gestes techniques étaient de bonne qualité, soit 90,7 à 100% des gestes de la dimension réalisés. Cependant, dans 7,4% des cas seulement, le port de gants stériles a été réalisé.

2.3.6- Par rapport aux traitements reçus au cours de la grossesse :

La majorité de nos parturientes ont été reçues dans la salle d'accouchement à la phase active soit 80% des cas. Parmi toutes les parturientes, 90% ont été surveillées dans le service pendant toute la durée du travail. Après les 10% d'évacuation vers les structures de santé de niveau supérieur, nous avons constaté dans la majorité des cas, l'usage des antispasmodiques comme traitement soit 52,8%. Ce niveau

est inférieur à celui trouvé par Diarra M. [5] au CSREF Commune V soit 88% des cas.

D'autres traitements utilisés dans le cadre de la correction et/ou de l'accélération du travail d'accouchement ont été les ocytociques dilués dans une seringue de sérum glucosé faites en IVD. Geste, qui malheureusement contre-indiqué, à cause de sa mauvaise répercussion sur le fœtus (souffrance fœtale aiguë) et sur l'utérus (hypercinésie rupture utérine), a été observé à 9,2% des cas. Diarra M. [5] a trouvé 60% de cas d'utilisation d'ocytocique. Nous n'avons pas enregistré au cours de notre étude des cas de complications contrairement à Coulibaly M. [4] qui a démontré 9 cas d'utilisation d'ocytocique de façon systématique sans respect des indications et des contre-indications avec 5% de rupture utérine. Une étude faite Ilokil H. [13] en 1994 au CHU de Brazzaville (Congo) avait rapporté 0,7% de rupture utérine avec un usage mal contrôlé des ocytociques soit 32,2%.

2.3.7- Qualification du personnel ayant conduit l'accouchement :

Contrairement à Diarra M. [5] qui a trouvé que l'ensemble des parturientes étaient prises en charges par les sages-femmes soit 86% de cas, nos résultats ont montré que dans le CSCOM de Kalaban-coura, la majorité des prises en charge des parturientes se faisaient par les matrones soit 56,4% et les sages-femmes viennent à la 2^{ème} position avec 37,1%. Coulibaly M. [4] aussi a trouvé que c'est les matrones qui faisaient la majorité des prises en charge des parturientes en 2001 au CSREF Commune V et Commune VI soit respectivement 73,4% et 51,7% des cas.

2.3.8- Soins donnés aux nouveaux nés: La qualité était moins bonne. Ceci s'explique par le fait que la majorité des soins furent donnés par les matrones. Ce qui nous a permis de comprendre pourquoi certains gestes techniques obstétricaux ne sont pas réalisés au CSCOM de Kalaban-

coura à savoir la mesure du périmètre brachial (0% des cas), du périmètre thoracique (0%) et l'absence de la prise de toutes les mesures anthropométriques du nouveau-né ainsi que l'administration de la vit K1 qui peut éviter un éventuel saignement.

2.3.9- Prise en charge de la mère après accouchement:

Dans son ensemble, les gestes obstétricaux réalisés étaient de bonne qualité à savoir l'administration de la vitamine A à la mère, les conseils pour l'allaitement maternel exclusif au sein, les conseils par rapport à l'espacement des naissances ainsi que l'établissement du calendrier vaccinal du nouveau né, soit 83,3 à 99% des cas. Cependant, aucun conseil n'a été donné par rapport aux inconvénients de l'excision, soit 0% des cas.

2.4-L'opinion des parturientes sur la qualité des prestations :

2.4.1- Analyse de la qualité de l'accueil du personnel:

Nos résultats permettent de dire que les parturientes ont trouvé que les prestations du personnel dans son ensemble à l'ASACOKAL étaient de bonne qualité, cela grâce aux gestes techniques réalisés tels que l'accueil attentif dans 93,3%des cas, l'attitude agréable du personnel dans 92,6% des cas et les conseils et encouragement de la parturiente dans 92,6% des cas et tout ceci motivant les parturientes à venir au CSCOM. Les accouchements se faisaient à l'abri des gens indiscrets dans 100% des cas donc sont de bonne qualité. Les accompagnatrices n'avaient pas accès à la salle d'accouchement. Ces mêmes résultats ont été trouvés par Diarra M. [5] au CSREF Commune V (accueil : 98% ; attitude agréable : 98% ; encouragement de la parturiente à 95% des cas).

2.4.2- Raison du choix du centre:

Parmi les raisons du choix du centre, la proximité dans 93,3% des cas, la compétence du personnel dans 80,8% des cas et le tarif peu élevé

dans 85,8% des cas, ont été les plus évoqués. Diarra M. [5] a presque eu les mêmes résultats avec 98% de cas par rapport à la compétence du personnel et 72% de cas par rapport à la proximité du centre.

CONCLUSION

&

RECOMMENDATIONS

VII-CONCLUSION

Notre étude, réalisée sur l'évaluation de la qualité des soins obstétricaux au CSCOM de Kalaban-coura du 1^{er} juin 2006 au 31 Août 2006 a été une étude prospective à visée descriptive. Elle a permis de faire une analyse des structures, une observation des accouchements et un recueil de l'opinion des accouchées concernant la qualité des soins obstétricaux reçus en salle d'accouchement.

L'étude a montré dans son ensemble que la qualité des structures au CSCOM de Kalaban-coura est de niveau II pour un score total de 23. Ce score est dû à la cour non clôturée, à l'absence de structures d'accueil et d'orientation ainsi que le manque de local pour échographie ou laboratoire.

Elle a également mis en évidence, les prestations données dans le centre par le personnel. Les soins obstétricaux étaient faits de façon peu satisfaisante malgré la non implication effective de personnel qualifié. Il faut noter que nous avons déploré le fait que la majorité des soins d'accouchement furent réalisés par les matrones (soit 50,8% des cas) et les sages femmes (soit 44,2% des cas). Donc l'évaluation de qualité de la dimension humaine révèle que le centre est du niveau II.

Quant' à l'opinion des accouchées, les raisons du choix de ce centre ont été essentiellement la bonne qualité de l'accueil qui était attentive dans 93,3% des cas, l'attitude agréable du personnel et l'encouragement des parturientes dans 92,6% des cas.

Nous pouvons donc utiliser ces différents résultats dans le but d'améliorer la qualité des soins obstétricaux dans la formation sanitaire du CSCOM de Kalaban-coura (ASACOKAL) d'où l'objet des recommandations suivantes.

VIII- RECOMMANDATIONS

1. Aux autorités sanitaires et politiques :

- Améliorer l'état des structures selon les normes de référence ;
- Assurer un équipement des structures sanitaires ;
- Organiser des séances de formation continue et recyclage du personnel pour une meilleure prise en charge des malades en général et des parturientes en particulier ;
- Recruter du personnel qualifié ;
- Améliorer la capacité d'accueil ;
- Doter du CSCOM, les locaux pour la réalisation des examens complémentaires (biologie, imagerie).

2. Aux personnels de santé:

- Améliorer les conditions d'accueil et d'orientation dans le centre ;
- Cultiver entre les personnels, un esprit d'équipe ;
- Interdire l'utilisation des produits dont l'usage n'est pas autorisé dans un CSCOM (ocytociques surtout) ;
- Bannir le 2^{ème} retard (retard à l'évacuation) ;
- Instaurer la prise d'une voie veineuse de sécurité au cours du travail d'accouchement, geste qui peut réduire considérablement la mortalité maternelle ;
- Mettre un accent sur la formation continue du personnel.

3. Aux populations :

- Fréquenter régulièrement les CPN (au moins 4.) ;
- Suivre les conseils donnés par le personnel de santé ;
- Accoucher dans un service spécialisé de gynéco obstétrique lorsqu'on a un antécédent médical (HTA, Diabète, Hémoglobinopathies) ou chirurgical (Césariennes) ;
- Demander toujours des conseils au personnel de santé, si moindre problème au cours de la grossesse ;

- Adopter le planning familial afin d'éviter les grossesses rapprochées ;
- Eviter la grande multiparité.

REFERENCES

IX- LES REFERENCES

- 1- 1998 Encyclopaedia Universalis France S.A.** Histoire de l'obstétrique. <http://users.skynet.be/maevrard/index.html>.
- 2- Ahmed S.** Evaluation de la qualité de l'accouchement au CSCOM « ASACODOU » de Doumanzana en Commune I du District de Bamako. De Juin à Septembre 2002. Thèse de médecine 02M.Bamako ; 2002 : 60-2.
- 3- Clinical management protocol on sage motherhood.** Ministère de la santé. Accra - Ghana. Septembre 1994.
- 4- Coulibaly M.** Qualité de l'accouchement dans les Centres de santé communautaires des Communes V et VI du District de Bamako. Thèse médecine Bamako ; 2001 :75-6.
- 5- Diarra M.** Qualité des soins à la maternité du Centre de santé de référence de la Commune V du District de Bamako. Thèse médecine Bamako ; 2004-05 : 08-M-154.
- 6- Diouf S, Diallo A, Camara B.** Etat de santé des mères en District rural Sénégalais (Khombole). Revue de médecine d'Afrique noire. 4 Avril 1999.
- 7- Division santé familiale.** Programme de santé familiale. Plan quinquennal. 1988-92. Mali- Décembre 1987.
- 8- Donabedian Adevis.** Exploration in assessment and monitoring. vol1. The definition of quality and approaches to it's assessment; health administration Press An- Arbor. Michigan, 1980.
- 9- Drabo A.** Les ruptures utérines à l'hôpital Somminé DOLO de Mopti facteurs influençant le pronostic materno-foetal et mesures prophylactiques à propos de 25 cas. Thèse médecine 00 M07-Bamako ; 2000 : 13-31.

10- Dr Rossant L, Dr Rossant J. Doctissimo – l'accouchement . « [Htm //www – doctissimo . fr/html Santé/ Femme/sa – 571 – emen roma 12 htm](http://www.doctissimo.fr/html/Santé/Femme/sa-571-emenroma12.htm) ». 2004.

11- Feum L, Fayomi E, Zohoum TH. Santé mère / enfant au Bénin : réalisation et déficit Revue de médecine d'Afrique noire. 2- février 1998.

12- Fomba S. Qualité de la consultation prénatale et de l'accouchement au Centre de Santé MIPROMA de Magnambougou en Commune VI du district de Bamako. Thèse de médecine 2002-03.

13- Ilokil H, Okongo D, Ekoundzolajr. Les ruptures utérines en milieu africain 59 cas colligés au CHU de Brazzaville. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction ; 1994 : 23 – 922,25.

14- Jacqueline Legouais. (Sage- femme). Accouchement sans douleur – Juin 2000.<< [http : // www. hellobebe . com / asd . htm](http://www.hellobebe.com/asd.htm) >>.

15- Kassambara M. Evaluation d'un centre de santé maternelle et infantile en milieu urbain, appliqué à la commune VI du District de Bamako. Thèse médecine Bamako; 1989 :179-15.

16- Koïta M. Qualité des CPN dans les formations sanitaires publiques et communautaires des communes V et VI du district de Bamako. Thèse de médecine ; 2001 : 41-129.

17- Merger R, Levy J, Melchior J. Précis d'obstétrique. 6ème édition mason- m. Paris, 1995 : 135.

18- OMS (Chronique). Mortalité maternelle : Soustraire les femmes de l'engrenage fatal. Genève ; 1980, 1993 : 202.

19- OMS/UNICEF. Estimation révisée pour 1990 de la mortalité maternelle. Nouvelle méthodologie. Avril 1996.

20- RACE 20Mars2001. Essai de monographie de la Commune V. Ministère de l'administration territoriale et des collectivités locales. Gouvernorat du District de Bamako. Mairie de la Commune V. 20Mars2001.

21- Recommandations générales de l'OMS. <http://perinatalité.chez-tiscali.fr/OMS.htm>.

22- Sultan A, Johansson R, Carter J. Occult anal Sphincter trauma following randomized forceps and vacuum delivery Int.J.Gynecol Obstet, « E:\ventouse obstetricale.htm »; 1998:61-113.

23- Surveillance échographique de la grossesse. DMC obstétrique (B.SEGUY) ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. Maloine S.A. Editeur 27, rue de l'école de médecine-75000 Paris 2000:67.

24- Thiam H. Prise en charge des parturientes en milieu rural et urbain à propos de 200 accouchements, à Bamako et Kolondièba. Thèse médecine Bamako ; 2000 :62-60.

25- Yaro K. Etude comparative de la qualité des soins au sein de la maternité entre CSCOM et service socio sanitaire de commune au niveau de la Commune VI du District de Bamako. Thèse médecine Bamako ; 1997 :12 -101.

ANNEXES

LES ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

A- Identité de la parturiente

Q1-Date :

Q2-Heure d'entrée à la maternité :

Q3-Prénom et nom de la parturiente :

Q4-Age :

Q5-Sexe :

Q6-Ethnie :

Q7-Profession : /_____/

0=sans profession 1=fonctionnaire 3=élève/étudiante 4=commerçante
5=aide ménagère.

Q8-Niveau d'instruction : /_____/

0=non instruite 1=étude coranique 2=primaire 3=secondaire 4=supérieur

Q9-Residence :

Q10-Antécédents Obstétricaux : G... P... V... A... D... IIG....

Q11-Autres antécédents saillants: /_____/

1=césarienne 2=HTA 3=mort-né 4=Diabète 5=autre à préciser

Q12-Statut matrimonial :

Q13- Prénom et nom du conjoint :

Q14 Age du conjoint :

Q15 Profession du conjoint :

B. Agent de Santé

Q16 Qualification : /_____/

1 = Médecin
2 = Interne
3 = Sage-femme
4 = Infirmière Obstétricienne
5 = Matrone
6 = Autres à préciser

Q17 Statut : /_____/

1 : Fonctionnaire 3 : Contractuel
2 : Employé de la commune 4 : Autre

C. Observation de la qualité des consultations prénatales (C.P.N)

Q18 - Qualité des carnets de CPN: /_____/

0 : Rien 1 : Carnet 2 : Carton 3 : Fiche personnelle

Q19 - Date des dernières règles /_____/

1 : Oui 2 : Non

Q20 - Prophylaxie anti-tétanique à la 1^{ère} grossesse /_____/

1 : Deux doses séparées d'un mois 2 : Une dose durant toute la grossesse
3 : Aucune dose

Q21 - Prophylaxie antitétanique de la 2^e grossesse /_____/

1 : deux doses 2 : une dose 3 : aucune dose

Q22 - Prophylaxie anti-tétanique à la primipare /_____/

1 : deux doses 2 : une dos 3 : aucune dose

Q23 – Prophylaxie anti-tétanique à la 2^{ème} pare /_____/

1 : deux doses 2 : une dose 3 : aucune dose

Q24 – Prophylaxie anti-tétanique à la multipare/_____/

1 : deux doses 2 : une dose 3 : aune dose

Q25 – Prophylaxie anti-palustre /_____/

1 : fait 2 : fait incorrectement 3 : pas fait

Q26 – Prophylaxie anémique /_____/

1 : fait 2 : pas fait

Examen complémentaire au cours des CPN

Q27 – Groupage – Rhésus /_____/

1 : oui 2 : non

Q28 – Glycémie /_____/

1 : oui 2 : non

Q29 - BW : /_____/

1: oui 2: non

Q30 – VIH : /_____/

1 : oui 2 : non

Q31 – TE /_____/

1 : oui 2 : non

Q32 – Toxoplasmose /_____/

1 : oui 2 : non

Q33 – Albumine/ sucre /_____/

1 : oui 2 : non

Q34 – Echographie précoce /_____/

1 : oui 2 : non

Q35 - Echographie tardive /_____/

1 : oui 2 : non

Q36 – Organisation des rendez-vous /_____/

1 : chaque mois 2 : chaque trois

Q53 – Sonder la parturiente /_____/

1 : oui 2 : non

Q54- Vider le rectum : /_____/

1=oui 2=non

6 – examen général

Q55 – Etat général /_____/

1 : Bon 2 : Passable 3 : Mauvais

Q56 – Examen des conjonctives /_____/

1 : colorées 2 : moyennement colorées 3 : pâles

Q57 – Examen des seins /_____/

1 : oui 2 : non

Q58 – Prise de pouls /_____/

1 : oui 2 : non

Q59 – Prise de TA /_____/

1 : oui 2 : non

Q60 – HTA /_____/

1 : oui 2 : non

Q61 – Hypotension artérielle /_____/

1 : oui 2 : non

Q62 – TA normale /_____/

1 : oui 2 : non

Q63 – TA non prise /_____/

1 : oui 2 : non

Q64 – Prise de température /_____/

1 : oui 2 : non

Q65 – Fièvre /_____/

1 : oui 2 : non

Q66 - T° normale /_____/

1 : oui 2 : non

Q67 – Recherche d'OMI /_____/

1 : oui 2 : non

Q68 – Auscultation cardio-pulmonaire /_____/

1 : oui 2 : non

7 – Examen Obstétrical

Q69 – Mesure de la hauteur utérine /_____/

1 : entre 27 – 32 cm 3 : sup. à 35 cm
2 : entre 33 – 35 cm 0 : non prise

Q70 – Palpation abdominale à la recherche d'un pôle fœtal

1 : oui 2 : non

Q88 – Faire une épisiotomie chez /_____/

1 : primipare 2 : présentation de siège chez une multipare 3 : Prématuré

Q89 – La section du cordon ombilical /_____/

1 : immédiatement 2 : tardivement

Q90 – Gestion active du 3^è stade du travail /_____/

1 : Ocytocine 2 : Méthergin

Q91 – Vérification du cordon ombilical /_____/

1 : Deux veine ombilical + artère 2 : Autres 0 : non fait

Q92 – Examen du placenta /_____/

1 : oui 2 : non

Q93 – Révision utérine /_____/

1 : oui 2 : non

Q94 – Lieu d'accouchement (1-2) /_____/

1 : sur la table d'accouchement 2 : sur une alèse au sol

Q95 – Si oui sur le sol /_____/

1: pas même sur un planché 2 : sur un pagne 3 : sur une alèse

Q96 – Accouchement à l'abris des personnes indiscretes non justifiées /_____/

1 : oui 2 : non

Q97- Entrées et sorties injustifiées /_____/

1 : oui 2 : non

Q98– Nombre de personnes dans la salle d'accouchement /_____/

1 : nombre de femmes en travail 2 : nombre d'accompagnateurs (trices)

3 : nombre de personnels soignants

E – PRISE EN CHARGE DU POST-PARTUM

Q99–Après l'expulsion du fœtus, contact entre le nouveau-né et sa maman /_____/

1 : sur l'abdomen de la mère 2 : à côté de la mère 3 : pas de contact

Q100 – Soins immédiat du nouveau-né s'il n'a pas crié /_____/

1 : oui 2 : non

Q101– Aspiration du nouveau /_____/

1 : oui 2 : non

Q102 – Recueil du nouveau-né /_____/

1 : oui 2 : non

Q103 – Laver le nouveau-né /_____/

1 : oui 2 : non

Q104 – Recouvrir le nouveau-né pour le chauffer /_____/

1 : oui 2 : non

Q105 – Le score d'Apgar est réalisé par le personnel soignant qualifié /_____/

1 : médecin 2 : interne 3 : sage-femme 4 : autres à préciser

Q106 – Le score d'Agpar à une minute après la naissance /_____/

1 : oui 2 : non

- Q107 – Le score d'Agpar à cinq minute après la naissance
1 : oui 2 : non
- Q108 – Noter le score d'Agpar sur le partogramme /_____/
- 1 : oui 2 : non
- Q109 – Aspirer les voies respiratoires du bébé /_____/
- 1 : oui 2 : non
- Q110 – Dégager les mucosités du nez et de la bouche du nouveau-né
- 1 : oui 2 : non
- Q111 – Placer le bébé sous oxygène /_____/
- 1 : oui 2 : non
- Q112 – Nouveau-né référé à la néo-natologie
- 1 : oui 2 : non
- Q113 – Mesurer la taille du nouveau-né /_____/
- 1 : oui 2 : non
- Q114 – Mesurer le périmètre crânien du nouveau-né /_____/
- 1 : oui 2 : non
- Q115 – Mesurer le périmètre thoracique du nouveau-né /_____/
- 1 : oui 2 : non
- Q116 – Mesurer le périmètre brachial /_____/
- 1 : oui 2 : non
- Q117 – Peser le nouveau-né /_____/
- 1 : oui 2 : non
- Q118 – Examiner systématiquement tout le corps du nouveau-né /_____/
- 1 : oui 2 : non
- Q119 – Instillation des gouttes de collyre dans chaque œil du nouveau-né /_____/
- 1 : oui 2 : non
- Q120 – Nouveau-né a reçu la vitamine K1 après l'accouchement /_____/
- 1 : oui 2 : non
- Q121 – Examiner systématiquement la maman /_____/
- 1 : oui 2 : non
- Q122 – Administration de la vitamine A à la maman /_____/
- 1 : oui 2 : non
- Q123 – Référer la maman en cas de problème /_____/
- 1 : oui 2 : non 0 : pas de problèmes
- Q124 – Montre l'enfant à la mère /_____/
- 1 : oui 2 : non
- Q125 – Mettre l'enfant au sein /_____/
- 1 : oui 2 : non
- Q126 – Etablir un carnet de santé de l'enfant /_____/
- 1 : oui 2 : non

FICHE SIGNALITIQUE

NOM SAMASSEKOU

PRENOM Garba

TITRE

Evaluation de la qualité des soins obstétricaux en salle d'accouchement au centre de santé communautaire de Kalaban coura (ASACOKAL) de la commune V du District de BAMAKO.

Année universitaire 2007 – 2008

Pays d'origine MALI

Ville de soutenance BAMAKO

Lieu de dépôt

Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie.
BP 1805, Bamako- MALI.

Secteur d'intérêt

Santé publique et gynécologie obstétrique

Résumé

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

Cette étude a pour but d'évaluer le niveau actuel de la qualité des soins obstétricaux en salle d'accouchement, de décrire les structures en place notamment les infrastructures et le personnel, de décrire les procédures et de rapporter la perception des utilisatrices sur les actes posés en salle d'accouchement.

- C'est ainsi que le centre de santé communautaire de Kalaban-coura (ASACOKAL) a été classé au niveau II par rapport à l'étude des structures, c'est-à-dire que les références évaluées étaient peu satisfaisantes soit un niveau de 50-74% pour un score total de 23.

- L'analyse du niveau de la dimension humaine révèle le centre de niveau II également où 44,2% à 50,8% des gestes de la dimension sont réalisés respectivement par les sages femmes et les matrones ; ceux des motrônes étant majoritaires (50,8% des cas).
- L'analyse du déroulement de l'accouchement révèle le centre est classé à un niveau de qualité moyen (Q2) où 50-74, 99% des gestes de la dimension sont réalisés ; parce que la majorité des soins ont été donnés par les matrônes.
- L'analyse de l'opinion des parturientes sur l'accueil (attentif dans 93,3% des cas), l'attitude du personnel (agréable dans 92,6% des cas), le respect de l'intimité des parturientes (fait dans 100% des cas) ainsi que le respect physique et psychique des parturientes (fait dans 89,2% des cas), montre que les parturientes ont été satisfaites des prestations reçues dans la majorité des cas ; d'où le choix de ce centre par ces parturientes, en plus de la proximité du local (93,3% des cas).

Mots clés Accouchement, Qualité, Soins, Evaluation.

SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples,
devant l'effigie d'Hippocrate,*

*Je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois
de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine,*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un
salaire au dessus de mon travail,*

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes
connaissances médicales contre les lois de l'humanité respectueux et
reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

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

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

Je le jure.

