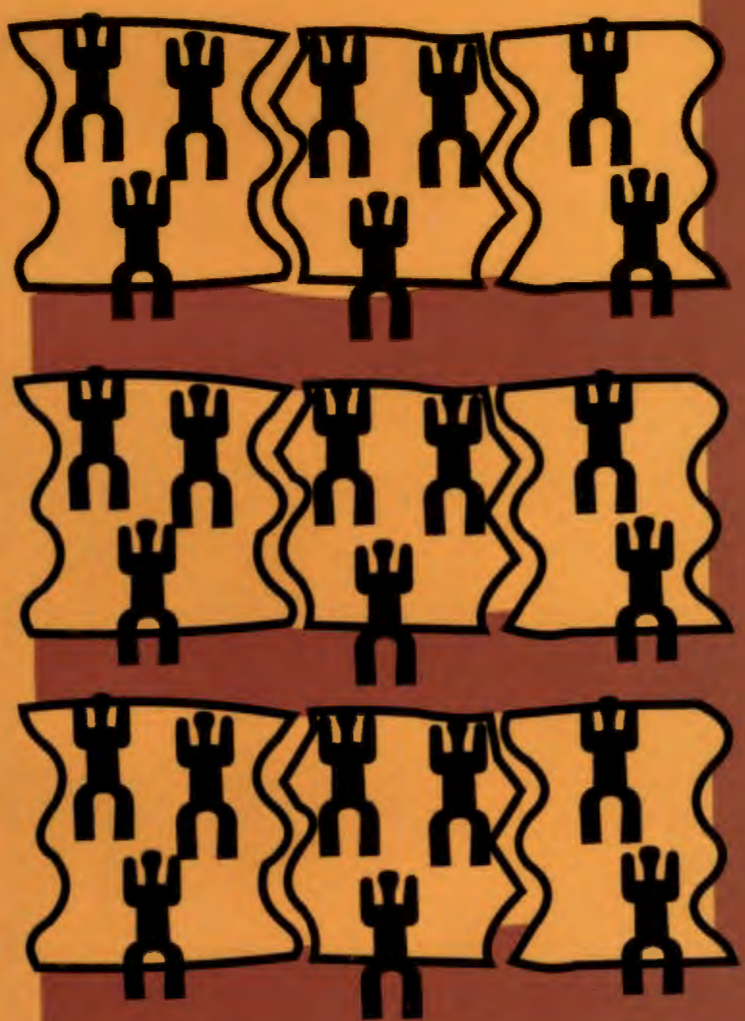
Mémoires de Master de l'ISSP

02

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU
ISSP
INSTITUT SUPERIEUR DES SCIENCES DE LA POPULATION
Burkina Faso



EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES OBSTETRICALES A L'HOPITAL DE ZONE DE COME AU BENIN

MASTER PROFESSIONNEL

KOUNNOUHO HOUNNANKAN B. Simone

Mémoires de Master de l'ISSP

02

EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES OBSTETRICALES A L'HOPITAL DE ZONE DE COME AU BENIN

MASTER PROFESSIONNEL

KOUNNOUHO HOUNNANKAN B. Simone

Mémoires de
Master de l'ISSP

N°02

Ce deuxième numéro de la série porte sur le mémoire de Madame KOUNNOUHO HOUNNANKAN B. Simone soutenu en janvier 2010 devant le jury composé de Blaise SONDO (Président de Jury), Hamidou KONE (Examinateur) et Bonayi Hubert DABIRE (Rapporteur).

L'ISSP remercie le Pr Blaise SONDO pour son évaluation du mémoire avant sa publication.

Novembre 2013

L'ISSP

L'Institut Supérieur des Sciences de la Population (ISSP), anciennement Unité d'Enseignement et de Recherche en Démographie (UERD) créée par l'UNFPA en 1991, est depuis 2005 l'un des trois instituts de l'Université de Ouagadougou. Les mandats de l'ISSP sont l'enseignement, la recherche, la formation et l'expertise en matière de population et développement. L'Institut est dirigé par un Directeur, assisté d'un Directeur-adjoint, chargé des affaires académiques.

L'ISSP compte trois Unités de Recherche (Population et santé, Population et éducation, Population, mobilité et environnement) et un Observatoire de Population de Ouagadougou (OPO). Il compte également deux Unités de Formation qui assurent les enseignements du Master professionnel en population et santé, du Master de recherche en sciences de la population et de la Licence professionnelle en statistiques sociales. L'Institut réalise plusieurs travaux d'expertise tant au Burkina Faso qu'à l'extérieur et organise plusieurs formations de courtes durées. L'ISSP bénéficie, depuis 2005, du label de « Centre d'Excellence Régional de Référence en population et développement en Afrique » décerné par le Conseil des Ministres chargés de l'Enseignement supérieur des pays membres de l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA).

Les mémoires de l'ISSP

La série « Les Mémoires de Master de l'ISSP » est consacrée aux travaux de fin d'études des étudiants du Master professionnel en Population et Santé et du Master de Recherche en Sciences de la Population. Elle a pour objectif de présenter à la communauté scientifique ainsi qu'à l'ensemble des acteurs du développement, les résultats des meilleurs mémoires.

Comité d'édition :

Bonayi Hubert Dabiré *

Georges Guiella *

Madeleine Wayack Pambè *

** Enseignant-chercheur à l'ISSP/Université de Ouagadougou*

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES i

DEDICACES iv

REMERCIEMENTS v

SIGLES ET ACRONYMES vi

LISTE DES FIGURES viii

RESUME xi

INTRODUCTION 1

I-PROBLEMATIQUE 2

1.1 Enoncé du problème et justification 2

1.2. Cadre conceptuel 5

1.3 Hypothèse 7

1.4 Objectifs de la recherche 7

1.4.1 Question de recherche 7

1.4.2 Objectif général 7

1.4.3 Objectifs spécifiques 7

II- GENERALITES 8

2.1 Définition de concept 8

2.2 Revue de la littérature 12

2.3 Contribution spécifique de la présente recherche 15

III- CADRE ET METHODE D'ETUDE 16

3.1. Cadre d'étude 16

3.1.1 Aspects géographiques 16

3.1.2 Aspects socioculturels et économiques 17

3.1.3 Aspects démographiques 17

3.1.4 Infrastructures sanitaires 17
3.1.5 Présentation de l'hôpital de zone de Comé 17
3.2 Type d'étude 18
3.3 Population cible 18
3.4 Méthode d'échantillonnage 19
3.5 Technique d'échantillonnage 19
3.6 Taille de l'échantillon 19
3.7 Types de données recherchées 20
3.8 Technique de collecte des données 20
3.9 Outils de collecte des données 20
3.10 Définition des variables 20
3.10.1Variable dépendante 21
3.10.2 Variables indépendantes 21
3.10.3 Aspects opérationnels des variables 21
3.10 Considérations éthiques 34
3.11 Limites et difficultés 34
3:12 Analyse des données 34
3.13 Présentation de la référence bibliographique 34
IV RESULTATS 35
4.1 Description 35
4.1.1 Description des caractéristiques socio démographiques, les antécédents obstétricaux, chirurgicaux et médicaux des clientes externes 35
4.1.2-Description des conditions d'admission et des moyens de transport utilisés par la cliente externe 38
4.1.3 Description des caractéristiques socio démographiques et professionnelles des clientes internes. 40
4.1.4 Description des urgences obstétricales présentées par les clientes externes enquêtées 40
4.1.5 Description de la gestion et du suivi des urgences obstétricales 41

4.2 Appréciation de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales chez les clientes enquêtées dimension par dimension.....43
4.2.1 Appréciation de la qualité de prise en charge des urgences obstétricales selon la relation interpersonnelle.....43
4.2.2 Appréciation de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales selon la compétence technique.....44
4.2.3 Appréciation de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales selon la sous dimension accessibilité organisationnelle.....46
4.2.4 Appréciation de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales selon l'accessibilité culturelle et géographique.....48
4.2.5 Appréciation de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales selon l'accessibilité financière.....49
4.2.6 Appréciation de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales selon la dimension sécurité des soins.....49
4.2.7 Appréciation de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales selon la dimension satisfaction des clientes externes et internes.....51
4.2.9 Appréciation de la qualité globale de la prise en charge des urgences obstétricales selon les six dimensions de la qualité de l'étude.....52
V DISCUSSION.....51
CONCLUSION.....59
SUGGESTIONS.....60
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....62
ANNEXES.....xii

DEDICACES

Je dédie ce travail :

- A DIEU pour toute sa miséricorde.

- A feu mon père.

- A feu mon frère Parfait KOUNNOUHO

- A ma mère pour sa satisfaction.

- A mon époux Athanase C. HOUNNANKAN pour son soutien indéfectible et son amour.

- A mes enfants Donald, Laura et Loïc pour avoir supporté mon absence, je vous aime.

- A SAYI Jeanne, TINHAHOUE Flore et HOUNNANKOUN Sévérine pour leur contribution.

- A mes frères et sœurs pour leur soutien moral.

- A ma belle famille pour son soutien continu.

REMERCIEMENTS

- Au Programme Population et Santé en Afrique pour avoir financé notre formation.
- A notre directeur de mémoire le professeur agrégé Michel MAKOUTODE : vous nous avez marqué par votre rigueur scientifique.

  Sincères remerciements.

- A notre superviseur de stage le docteur Blaise GUEZO-MEVO.
- Au directeur de l'ISSP et à l'équipe de coordination du master.
- A tous les facilitateurs de la cohorte 4 pour vos sacrifices au service de la formation en Afrique.
- A tout le personnel de l'ISSP pour leur contribution à la réussite de l'année académique 2008 - 2009.

- AU PRESIDENT DE JURY POUR AVOIR ACCEPTE DE JUGER CE TRAVAIL.
- AUX MEMBRES DU JURY POUR VOS CONTRIBUTIONS A L'AMELIORATION DE CE TRAVAIL.

- A Monsieur Théophile AGBOFOUN, pour sa fraternité, son soutien matériel et moral.

- A Monsieur Jacques SAÏZONOU, vous m'avez marquée par votre simplicité et votre promptitude devant mes besoins lors de la réalisation de ce travail.

  Soyez en remercié
- A tous mes collègues de la cohorte 4 pour les moments passés ensemble. Plein succès à tous.

- Au directeur de l'hôpital de zone de Comé, le docteur Naïmou ADECHOKAN.
- Aux personnels de l'hôpital de zone de Comé, Merci pour les facilitations.
- A mon enquêteur pour sa disponibilité.
- A toutes les clientes externes qui par leur consentement ont permis la réalisation de ce travail. Vœux de prompt rétablissement.

SIGLES ET ACRONYMES

AMDD :	Averting Maternal Death and Disability Program (Programme de Prévention de la Mortalité et de l'Invalidité Maternelle)
APA :	American Psychological Association
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CPN :	Consultation prénatale
CS :	Centre de Santé
DPP :	Direction de la Programmation et de la prospective
DS :	Déviation standard
EDS :	Enquête Démographique et de Santé
FORESA-3:	Formation Recherche-Action en Santé troisième phase
HZC :	Hôpital de zone de Comé
INSAE :	Institut National de Statistique et d'Analyse Economique
IRDES :	Institut de Recherche et documentation en économie de la Santé.
IRSP :	Institut Régional de Santé Publique
MS:	Ministère de la Santé

OMD :	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PAZS :	Projet d'Appui aux Zones Sanitaires
PCIME :	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
SIDA :	Syndrome Immuno Déficitaire Acquis
SONU :	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SOU :	Soins obstétricaux d'urgence
SOUB	Soins obstétricaux d'urgence de base
SOUC :	Soins obstétricaux d'urgence complets
STOPPAM :	Strategy to Prevent Pregnancy Associated Malaria (Stratégie de Prévention du paludisme associé à la grossesse)
UNFPA :	Fonds des Nations Unis pour la population
UNICEF :	Fonds des Nations Unis pour l'enfance
USAID :	United States Agency of International Development
VIH:	Virus d'Immunodéficience Humaine

LISTE DES FIGURES

		Pages
Figure N°1 :	Cadre conceptuel des dimensions de la qualité	5

LISTE DES TABLEAUX

Tableau N°I :	*Fonctions fondamentales des soins obstétricaux d'urgence*	10
Tableau N°II :	*Echelle de mesure de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales selon les dimensions de la qualité (inspirée du document amélioration de la qualité des SOU AMDD 2005).*	21
Tableau N°III :	*Aspects opérationnels de la dimension relation interpersonnelle.*	23
Tableau N°IV :	*Aspects opérationnels de la dimension compétence technique*	24
Tableau N°IV (suite):	*Aspects opérationnels de la dimension compétence technique*	25
Tableau N°V:	*Aspects opérationnels de la sous dimension accessibilité organisationnelle*	26
Tableau N°V (suite):	*Aspects opérationnels de la sous dimension accessibilité organisationnelle*	27
Tableau N°VI :	*Aspects opérationnels de la sous dimension accessibilité culturelle.*	27

Tableau N°VII :	*Aspects opérationnels de la sous dimension accessibilité géographique.*	28
Tableau N°VIII :	*Aspects opérationnels de la sous dimension accessibilité financière*	29
Tableau N°IX :	*Aspects opérationnels de la dimension sécurité des soins*	30
Tableau N°IX (suite) :	*Aspects opérationnels de la dimension sécurité des soins*	31
Tableau N°X :	*Aspects opérationnels de la sous dimension satisfaction des clientes externes*	32
Tableau N° XI:	*Aspects opérationnels de la sous dimension satisfaction des clientes internes*	32
Tableau N° XII:	*Aspects opérationnels de la dimension efficacité des soins*	33
Tableau N° XIII:	*Aspects opérationnels de la qualité globale*	33
Tableau N° XIV:	*Répartition des clientes externes enquêtées à l'hôpital de zone de Comé en 2009 selon leur profession*	35
Tableau N°XV :	*Répartition des clientes externes enquêtées à l'hôpital de zone de Comé en 2009 selon leur niveau d'instruction*	36
Tableau N°XVI :	*Répartition des clientes externes enquêtées à l'hôpital de zone de Comé en 2009 selon leur religion*	36
Tableau N° XVII:	*Répartition des clientes externes enquêtées à l'hôpital de zone de Comé en 2009 selon leur gestité*	36
Tableau N°XVIII :	*Répartition des clientes externes enquêtées à l'hôpital de zone de Comé en 2009 selon le nombre d'accouchements connu.*	37
Tableau N° XIX:	*Répartition des clientes externes enquêtées à l'hôpital de zone de Comé en 2009 selon leur antécédent chirurgical*	38
Tableau N°XX :	*Répartition des clientes externes enquêtées à l'hôpital de zone de Comé selon leur mode d'admission*	38
Tableau N° XXI:	*Répartition des clientes externes enquêtées à l'hôpital de zone de Comé en 2009 selon le moyen de transport utilisé*	39
Tableau N°XXII :	*Répartition des clientes externes enquêtées à l'hôpital de zone de Comé en 2009 selon l'heure d'admission.*	39
Tableau N° XXIII :	*Répartition des urgences obstétricales présentées par les clientes enquêtées à l'hôpital de zone de Comé en 2009.*	40
Tableau N° XXIV :	*Répartition des clientes externes enquêtées en fonction du nombre de prises journalières de la température au cours des 72 premières heures.*	41

Tableau N° XXV :	*Répartition des clientes externes enquêtées à l'hôpital de zone de Comé en 2009 selon le nombre de prises journalières de la tension artérielle au cours des 72 premières heures.*	42
Tableau N° XXVI :	*Appréciation de la qualité de prise en charge des urgences obstétricales selon la relation interpersonnelle.*	43
Tableau N° XXVII :	*Appréciation de la qualité de prise en charge des urgences obstétricales selon la compétence technique.*	44
Tableau N° XXVIII :	*Appréciation de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales selon la sous dimension accessibilité organisationnelle*	46
Tableau N° XXIX :	*Appréciation de la qualité de prise en charge des urgences obstétricales selon les sous dimensions accessibilité géographique et culturelle*	47
Tableau N° XXX :	*Appréciation de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales selon la sous dimension accessibilité financière.*	48
Tableau N° XXXI :	*Appréciation de la qualité de prise en charge des urgences obstétricales selon la dimension sécurité des soins*	49
Tableau N° XXXII :	*Appréciation de la qualité de prise en charge des urgences obstétricales selon la satisfaction des clientes externes.*	50
Tableau N° XXXIII :	*Appréciation de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales selon la satisfaction des clientes internes.*	50
Tableau N° XXXIV	*Appréciation de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales selon l'efficacité des soins.*	51
Tableau N° XXXV :	*Appréciation de la qualité globale de prise en charge des urgences obstétricales selon les six dimensions de la qualité de l'étude*	51

RESUME

La mortalité maternelle est un problème de santé publique en Afrique principalement dans la région subsaharienne. Ce drame touche 529 000 femmes par an dans le monde dont 99% dans les pays en développement et près des 50% en Afrique subsaharienne. Au Bénin le ratio de mortalité maternel était de 397 pour 100 000 naissances vivantes en 2006. Les complications obstétricales représentent les causes médicales les plus fréquentes, pour lesquelles existent des stratégies efficaces. Une de ces stratégies de réduction de la mortalité maternelle est l'amélioration de l'accessibilité des femmes aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence de qualité.

La présente étude évalue la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales à la maternité de l'hôpital de zone de Comé au Bénin à travers six dimensions de la qualité des soins : la relation interpersonnelle, la compétence technique, l'accessibilité des soins, l'efficacité des soins, la satisfaction des clientes et la sécurité des soins. La méthode d'échantillonnage est non probabiliste et la technique de choix des cibles a été exhaustive pour les clientes externes et par commodité pour les clientes internes. L'observation participative et l'entretien ont été utilisés pour la collecte des données sur la période du 26 octobre au 7 décembre 2009. Les variables retenues pour apprécier les dimensions de la qualité ont été opérationnalisées par le calcul des scores qui ont été attribués suivant une échelle donnée.

Au total 32 clientes externes ont été enquêtées pendant l'étude sur 111 clientes admises à la maternité de l'hôpital de zone de Comé. Les clientes internes enquêtées étaient au nombre de 13. Les dystocies représentent l'urgence obstétricale la plus fréquente 46,9 % suivies des hémorragies 31,3 %, et de la pré-éclampsie 15,6 %. Au terme de l'étude, la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales est bonne en matière d'accessibilité culturelle, d'accessibilité financière, de satisfaction des clientes externes et d'efficacité de la prise en charge. La qualité de la prise en charge est acceptable pour la compétence technique, l'accessibilité organisationnelle, l'accessibilité géographique et la sécurité des soins. Elle est jugée mauvaise pour les relations interpersonnelles et la satisfaction des clientes internes. La qualité globale a été jugée acceptable.

Il ressort de cette étude que des efforts restent à faire pour la satisfaction des clientes internes sur leurs conditions de travail et une meilleure organisation des services, non seulement au sein de l'hôpital, mais aussi dans toute la zone sanitaire.

Mots-clés : évaluation, qualité, prise en charge, urgences obstétricales, Bénin.

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La mortalité maternelle représente l'une des préoccupations majeures de santé de la femme dans les pays en voie de développement. Ces décès touchent principalement la couche active de la population et constituent des pertes importantes en terme de développement social et économique. Ces femmes meurent, non pas à cause de maladie, mais en donnant la vie. Ainsi, la grossesse qui doit être une source de joie devient une tragédie. La mortalité maternelle demeure un fléau dans les pays de l'Afrique de l'Ouest car plus de 50 % des décès des pays en développement surviennent en Afrique au Sud du Sahara. Cette mortalité est la conséquence de la morbidité maternelle sévère qui affecte ces femmes avec un recours tardif aux soins en raison des différentes barrières culturelles, géographiques et financières en rapport aux conditions défavorables de la femme dans nos pays.

Au Bénin, avec les efforts consentis par le gouvernement, les chiffres sont passés de 498 à 397 décès maternels pour cent mille naissances vivantes (EDS-I, 1996 ; EDS-III, 2006). Les accouchements à domicile représentent la première cause de la mortalité maternelle au Bénin (43% des cas). Ces décès peuvent être évités ou minimisés. En effet s'il est impossible de prédire les complications liées à la grossesse, elles peuvent être traitées si les femmes ont un accès plus large aux soins obstétricaux d'urgence de bonne qualité avant, durant et après leur grossesse ; ce qui justifie la nécessité d'améliorer la disponibilité, l'utilisation et la qualité des soins obstétricaux d'urgence.

L'hôpital de zone de Comé bénéficie aujourd'hui des mesures de gratuité de la césarienne, des fonds Sanitaires de prise en charge des Indigents (FSI) en vigueur au Bénin mais, également de l'appui du projet PAZS Comé II du Royaume de la Belgique depuis début 2008. Il apparaît alors opportun de s'interroger sur la qualité de la prise en charge des cas à l'hôpital de zone de Comé et particulièrement celle de la prise en charge des urgences obstétricales.

Chapitre1 : PROBLEMATIQUE

I-PROBLEMATIQUE

1.1 Enoncé du problème et justification

La mortalité maternelle est un problème de santé publique en Afrique subsaharienne. Il s'agit d'un drame qui touche particulièrement les pays en développement. Chaque année 529 000 décès maternels sont observés dans le monde dont plus des 99% dans les pays en développement (UNFPA 2004). En Afrique Subsaharienne 247 000 cas sont enregistrés, ce qui représente près de 50% des cas mondiaux. Le Bénin enregistre également un ratio de mortalité maternelle élevé. Ces femmes meurent non pas de maladie mais en donnant la vie. Selon les chiffres de l'OMS une femme sur 13 meurt pour des causes liées à la grossesse en Afrique Subsaharienne contre une femme sur 4085 dans les pays industrialisés (UNFPA 2002).

La conférence internationale sur la maternité sans risque tenue à Naïrobi (1987), la conférence internationale sur la population et le développement du Caire (1994), la 4ème conférence mondiale sur les femmes de Beijing (1995) et la consultation technique sur la maternité sans risque à Colombo (1997) ont permis d'attirer l'attention de la communauté internationale sur la nécessité d'intensifier les mesures en vue de la réduction de la mortalité maternelle conformément à l'objectif 5 des OMD qui est de réduire de trois quart le ratio de mortalité maternelle entre 1990 et 2015.

Sur la base des connaissances nouvelles, les autorités sanitaires du Bénin ont souscrit aux recommandations des conférences internationales et régionales et beaucoup d'efforts sont déployés (MS, 2006), au nombre desquels nous citons:

- ✓ la révision du document de politique des Normes et Standards pour la Santé Familiale ;
- ✓ la réorganisation de la base de la pyramide sanitaire en zones sanitaires depuis 1998;
- ✓ la poursuite de la construction des infrastructures par la communauté et les partenaires au développement dont l'hôpital de zone de Comé ouvert depuis 2001 ;
- ✓ le renforcement des maternités en ressources humaines et matérielles ;
- ✓ un programme de formation et de mise à niveau du personnel sur les soins prénataux recentrés et la surveillance du travail d'accouchement ;
- ✓ la mise en place des fonds des indigents depuis 2000, même si l'identification de l'indigent reste encore complexe;

- ✓ la gratuité de la césarienne depuis Avril 2009.

La politique sanitaire a également mis l'accent sur l'encouragement des femmes enceintes à se faire suivre régulièrement.

Malgré les efforts consentis par le gouvernement pour la mise en œuvre des politiques et programmes visant la réduction de la mortalité maternelle, la santé de la femme reste marquée par une mortalité maternelle encore élevée même si une diminution a été observée entre 1996 et 2006. Les chiffres sont passés de 498 à 397 pour cent mille naissances vivantes (EDS-I 1996 ; EDS-III 2006). Les accouchements à domicile représentent la première cause de la mortalité maternelle au Bénin 43% des cas surtout dans les départements de l'Atacora 44%, du Borgou 43% et du Mono 38% (EDS-II 2001). Les complications obstétricales continuent d'être la cause majeure de ces décès et des invalidités. En effet, s'il est impossible de prédire ces complications liées à la grossesse, elles peuvent être traitées si les femmes ont accès aux soins obstétricaux d'urgence de bonne qualité avant, durant et après leur grossesse ; ce qui justifie la nécessité d'améliorer la disponibilité, et l'utilisation des soins obstétricaux d'urgence de qualité.

Au Bénin les taux d'accouchement assisté restent encore un peu faibles, 73% (EDS II, 2001) avec une disparité entre les régions. Ce taux est de 80% dans la zone sanitaire de Comé (Annuaire des Statistiques Sanitaires, 2006). L'indice synthétique de fécondité est élevé 5,66 au Bénin contre 2,69 dans le monde et 2,92 dans les pays en développement (UNFPA, 2004). Ce faible taux d'accouchement assisté trouve sa source dans les différentes barrières à l'accès aux soins de qualité au nombre desquelles on peut citer les barrières géographiques, culturelles et financières. Ces barrières sont à la base des premier et deuxième retards auxquels s'ajoute le troisième retard qui relève surtout des services de santé.

Les principales causes médicales de mortalité maternelle sont constituées par les hémorragies, les infections, les dystocies, la pré-éclampsie et l'éclampsie (OMS, 1999) pour lesquelles existent des solutions efficaces qui ne sont pas toujours disponibles dans nos formations sanitaires ; ou bien, même si elles existent, elles ne sont pas toujours accessibles aux femmes du fait des conditions socio économiques défavorables de la femme.

Une étude réalisée dans dix pays de l'Afrique de l'Ouest, montre une similitude entre ces pays. Elle a révélé la nécessité de mettre en réseau les centres périnataux en partant de la communauté et incluant les différents niveaux de la pyramide sanitaire, le renforcement de la qualité des soins par un équipement adéquat selon les niveaux de soins, le renforcement des ressources humaines

en nombre et en compétence par la formation continue et l'acquisition des habiletés pour les gestes qui sauvent. Cette étude insiste également sur la mise en place d'un environnement de travail favorable aussi bien sur le plan professionnel, social qu'économique et l'identification, voire la dissémination des bonnes pratiques qui ont fait leur preuve dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale (Yveline Agbo Houénou, 2007).

Dans le contexte du Bénin, il faut souligner les questions de manque de personnel qualifié (gynécologue obstétricien) pour les SOU, de démotivation ou des conditions de travail inadéquates offertes par l'Etat qui amènent ce personnel à se concentrer dans les grandes villes (Cotonou et Porto-Novo).

Un dépistage précoce des complications obstétricales et une accessibilité aux soins obstétricaux d'urgence de qualité sont reconnus efficaces sur la réduction de la mortalité maternelle étant donné que ces complications sont responsables de 80% des décès maternels (UNFPA 2004). Ces femmes qui meurent sont en majorité (62,5 %) de la tranche de 20 à 34 ans au Bénin (Fourn, L et al 2000) et représentent la couche active de la population. Les décès maternels constituent des pertes considérables en matière de développement social et économique d'une région ou d'un pays (PNUD, 1996 ; Maine, D., 1997a ; Prual, A. 2004).

Considérant le ratio de mortalité maternelle élevé, il est opportun d'envisager une évaluation de la qualité des soins obstétricaux d'urgence dispensés dans les maternités. Plusieurs études dont celle réalisée dans une maternité urbaine au Bénin, ont suggéré une analyse plus approfondie des différentes dimensions de la qualité qui pourraient avoir un effet sur l'issue des grossesses ; à cause de l'évolution à la hausse de l'utilisation des services de consultation prénatale (CPN) et paradoxalement la faible baisse des issues défavorables des grossesses, voire du ratio de mortalité maternelle (FOURN, L. 2004).

Dans le but d'améliorer la qualité des services obstétricaux au Bénin, l'hôpital de zone de Comé a bénéficié de la mise en place des audits médicaux en 2003. Dans le cadre de l'appui du projet PAZS Comé II, plusieurs actions d'amélioration de la qualité des soins sont entreprises depuis 2008: le sous programme de rationalisation des soins, le volet prime à la performance aux agents et le développement des cercles de qualité. Devant ces actions, il paraît opportun d'évaluer la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales à l'hôpital de zone de Comé. Cette étude permettra une meilleure connaissance de la qualité de prise en charge des urgences obstétricales à l'hôpital de zone de Comé et aidera à apporter des mesures correctrices à la gestion plus efficace des urgences obstétricales de la zone sanitaire.

Dans cette étude, nous nous proposons d'analyser six des huit dimensions de la qualité des soins que sont : l'accessibilité des soins, la compétence technique, l'efficacité des soins, la satisfaction des clientes, les relations interpersonnelles, la sécurité des soins. Les deux autres dimensions à savoir : la continuité des soins et l'efficience n'ont pas pu être abordées dans le cadre de cette étude compte tenu des ressources dont nous disposons surtout en matière de temps.

1.2. Cadre conceptuel

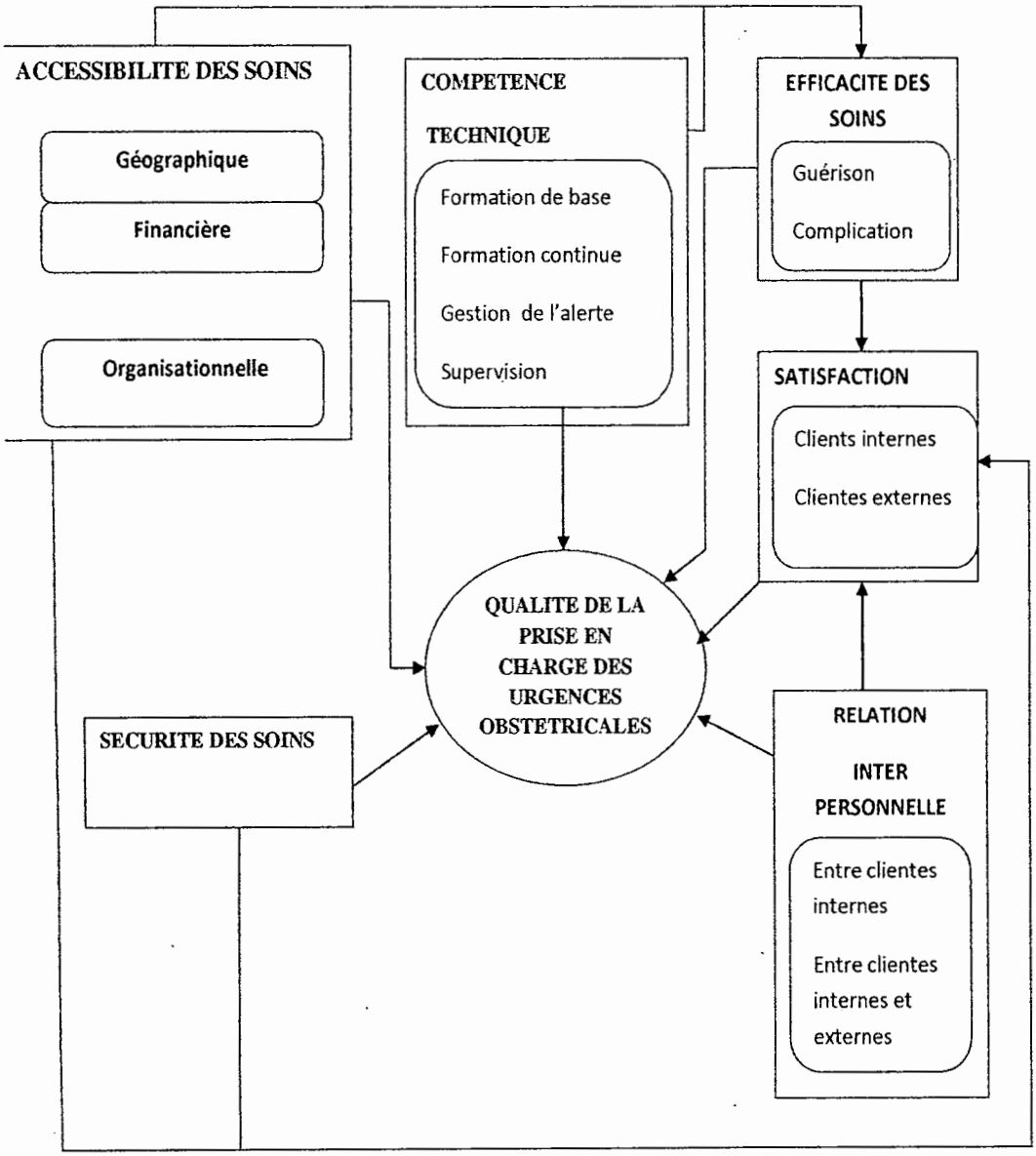


Figure 1: Cadre conceptuel de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales.

Explication du cadre conceptuel

Ce cadre conceptuel prend en compte six dimensions de la qualité des soins.

Au centre nous avons la variable dépendante : la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales.

Dans les rectangles nous avons les variables indépendantes qui sont regroupées selon les six dimensions de la qualité des soins prises en compte dans cette étude.

- ✓ **accessibilité des soins :** la distance à parcourir, les barrières naturelles, les coûts élevés des soins, les barrières culturelles ainsi que l'organisation des services constituent autant d'éléments qui mesurent la qualité des soins obstétricaux. Cette accessibilité contribue aussi à la satisfaction de la cliente externe et de la cliente interne. Lorsque la cliente externe est vue assez tôt c'est-à-dire lorsque les 1er et 2^{e} retards sont éliminés, avec l'appui d'un personnel compétent, l'issue est souvent favorable d'où une meilleure qualité des soins.

- ✓ **compétence technique** : on ne peut prétendre à obtenir des soins de qualité que si la structure dispose d'un personnel qualifié et bénéficiant périodiquement de supervision, de formation continue conformément à l'état actuel de la science et à la politique sanitaire pour une bonne évaluation des cas et la prise de décisions adéquates.

- ✓ **efficacité des soins** : l'étude aborde l'issue des cas, une dimension importante de la qualité. L'efficacité des soins augmente la satisfaction des clientes internes et des clientes externes et améliore la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales.

- ✓ **relations interpersonnelles :** elles ont une influence sur la qualité de prise en charge des urgences obstétricales mais aussi sur la satisfaction des clientes internes et externes d'où une influence indirecte sur la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales.

- ✓ **sécurité des soins :** à travers le respect des règles d'hygiène en matière de soins, la propreté des locaux et une bonne gestion des déchets biomédicaux, influence la qualité de

la prise en charge des urgences obstétricales par l'évitement des complications et l'obtention d'une issue favorable.

1.3 Hypothèse

L'accessibilité des soins, la compétence technique, les relations interpersonnelles, la sécurité des soins, l'efficacité des soins et la satisfaction des clientes mesurent la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales à l'hôpital de zone de Comé.

1.4 Objectifs de la recherche

1.4.1 Question de recherche

Les politiques sanitaires mises en place ont-elles contribué à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales dans les formations sanitaires au Bénin ?

1.4.2 Objectif général

Evaluer la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales à l'hôpital de zone de Comé au Bénin au cours de la période du 26 octobre au 7 décembre 2009.

1.4.3 Objectifs spécifiques

De façon spécifique, il s'agit de :

- ✓ décrire les caractéristiques socio démographiques, les antécédents médicaux et obstétricaux des clientes externes ;
- ✓ décrire les caractéristiques socio professionnelles des clientes internes ;
- ✓ identifier les types d'urgences obstétricales reçus à l'hôpital de zone de Comé ;
- ✓ Apprécier la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales à l'hôpital de zone de Comé sur la base des six dimensions retenues : relation interpersonnelle, compétence technique, accessibilité des soins, sécurité des soins, efficacité et satisfaction des clientes;
- ✓ Proposer des solutions pertinentes en vue de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales à l'hôpital de zone de Comé.

II- GENERALITES

2.1 Définition de concept

Mortalité maternelle

L'OMS définit la mortalité maternelle comme « les décès de femmes survenant durant la grossesse ou dans 42 jours au plus après la fin de la grossesse, quels que soient la durée ou le lieu de la grossesse, pour toute cause liée à la grossesse ou à sa gestion ou aggravée par la grossesse, mais non pour des causes accidentelles » (OMS 2003).

Taux de mortalité maternelle

C'est le nombre de décès maternels rapportés à 100 000 femmes en âge de procréer.

Ratio de mortalité maternelle

C'est le nombre de décès maternels rapportés à 100 000 naissances vivantes.

Taux de létalité obstétricale

C'est la proportion de femmes décédées parmi les femmes admises pour complications obstétricales dans une structure de soins. Le niveau maximum acceptable est de 1%.

Urgences obstétricales

Ce sont des états de santé critiques au cours de la gravido-puerpéralité mettant en jeu le pronostic vital et qui requièrent un traitement adéquat et immédiat. C'est une situation qui met en danger la vie de la femme dans les 24 à 48h du fait de la grossesse ou de l'accouchement.

Principaux types d'urgences obstétricales

Ce sont celles liés aux décès maternels. On cite :

- les hémorragies de la délivrance : il s'agit de perte de sang ayant leurs sources dans la zone d'insertion placentaire, survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, anormales par leur abondance (plus de 500ml) et leurs effets sur l'état général. Les principales étiologies sont : la rétention placentaire, l'atonie utérine et l'afibrinogénémie. Elles peuvent être rapidement fatales, d'où la nécessité d'un traitement d'urgence (MS, 2006) ;

Chapitre 2 : GENERALITES

- l'infection puerpérale : elle survient dans les suites de couches. Elle a pour porte d'entrée les voies génitales et plus précisément la surface d'insertion placentaire. Elle se manifeste par une poussée hyperthermique à 38° et plus et apparaît dans les 10 premiers jours après l'accouchement. Lorsqu'elle est limitée à l'utérus, c'est l'endométrite, elle peut ensuite diffuser et causer un abcès pelvien, une péritonite généralisée, une septicémie ou un choc septique (MS, 2006).

- l'avortement hémorragique : l'avortement est l'expulsion spontanée ou provoquée du fœtus avant sa période de viabilité ou terme théorique de 28 semaines d'aménorrhée ou 6 mois. Il est susceptible de complications dramatiques dont l'une des plus fréquentes est l'hémorragie, surtout quand il s'agit des avortements clandestins. L'évolution peut se faire rapidement vers un choc hémorragique et/ou infectieux mortel d'où la nécessité d'une prise en charge immédiate et adaptée (MS, 2006).

- les dystocies regroupent les accouchements prolongés du fait d'une anomalie du bassin ou de contraction utérine avec pour conséquence un syndrome de pré-rupture ou une rupture utérine ; ce qui nécessite une prise en charge urgente et adéquate.

- la pré-éclampsie et l'éclampsie : ce sont les complications les plus redoutées des maladies hypertensives de la grossesse. Causes fréquentes de décès maternel, elles surviennent au cours des derniers mois de la grossesse, pendant l'accouchement ou encore dans les suites de couches. L'éclampsie se traduit par des crises tonico-cloniques à répétition avec coma et peut entrainer une détresse respiratoire et/ou un état de mal éclamptique rapidement mortel (MS, 2006).

Soins obstétricaux d'urgence

Les soins obstétricaux d'urgence regroupent un ensemble de soins qu'un établissement (centre de santé et les hôpitaux de référence) peut offrir à une femme qui présente des complications obstétricales au cours de sa grossesse, de son accouchement ou de la période post-partum (AMDD 2005).Ces soins sont classés en deux groupes : les soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB) et les soins obstétricaux d'urgence complets (SOUC) selon les fonctions capitales comme l'indique le tableau N°I ci après :

Tableau N°I: Fonctions fondamentales des soins obstétricaux d'urgence

Différentes fonctions	**SOUB**	**SOUC**
Administration parentérale des antibiotiques	x	x
Administration parentérale des médicaments ocytociques	x	x
Administration parentérale des anticonvulsivants pour la pré-éclampsie et l'éclampsie	x	x
Retrait manuel du placenta	x	x
Evacuation du contenu utérin (aspiration/curetage)	x	x
Accouchement par voie basse instrumenté	x	x
Pratique d'une intervention chirurgicale (césarienne)	_	x
Pratique d'une transfusion sanguine	_	x

Source : AMDD 2005

Qualité

C'est l'ensemble des propriétés et caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude de satisfaire des besoins exprimés et implicites des clients.

Qualité des soins

C'est l'exécution correcte (conforme aux normes) d'interventions que l'on sait sûres, qui sont abordables pour la société, qui ont aussi le pouvoir d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité, l'invalidité et qui répondent aux besoins des clients.

Selon l'OMS, *la qualité des soins est le fait de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostics et thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogène, pour sa plus grande satisfaction en terme de procédure, de résultat et de contacts humains à l'intérieur du système de santé* (IRDES 2008).

La qualité des soins est multidimensionnelle et varie selon les individus (prestataires, bénéficiaires, administrateurs ou gestionnaires) et dans le temps. Les dimensions principales de la qualité des soins sont regroupées dans cinq catégories : efficacité, sécurité, réactivité, accès et efficience. Ces dimensions englobent d'autres dimensions telles que la pertinence, la ponctualité, l'aptitude, la continuité, la satisfaction et la compétence technique.

La définition la plus largement employée vient de l'Institut de médecine des Etats-Unis qui précise que la qualité est « *la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment* » (Institute of Médecine 2001) cité par Zeynep Or. Cette définition souligne que les soins de bonne qualité augmentent la probabilité de résultats souhaités. Cette notion de probabilité se justifie car en santé il y a toujours un aspect indéfini.

L'amélioration de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales, un des déterminants de la réduction de la mortalité maternelle, ne pourra être effective sans la prise en compte des besoins et la satisfaction des clientes.

Qualité des SOU

Elle implique un état de préparation qui permet à l'équipe de répondre adéquatement aux urgences obstétricales de manière à satisfaire les besoins et droits des clientes (AMDD 2005). Ceci implique :

- ✓ une préparation de l'établissement sur le plan de la disponibilité de personnel compétent, de matériel, d'infrastructure 24 heures sur 24 pour offrir les soins ;
- ✓ une réponse pour la prise en charge adéquate et prompte conformément aux normes et protocoles admis face à une situation d'urgence ;
- ✓ des soins offerts répondant aux droits et besoins des clientes.

Le personnel de santé pour offrir des soins de qualité a aussi besoin de supervision facilitante et d'un environnement de travail favorable.

Evaluation

C'est une démarche qui consiste à déterminer et à appliquer des critères et des normes dans le but de porter un jugement de valeur et apporter des mesures correctrices. L'évaluation de la qualité des soins dépend de l'entité évaluée. Elle peut porter sur une structure, une procédure ou des résultats. Dans la présente étude elle est basée sur six dimensions de la qualité : l'accessibilité des soins, la compétence technique, l'efficacité des soins, les relations interpersonnelles, la satisfaction des clientes interne et externe et la sécurité des soins à travers une liste de contrôle.

Critère

C'est une caractéristique qualitative ou quantitative qui sert de base pour porter un jugement sur un constat. Selon l'OMS, les critères de la qualité des soins des services de santé maternels et infantiles sont :

- la promotion et la protection de la santé ;
- l'accessibilité et la disponibilité des services ;
- l'acceptation des services ;
- la compétence technique des dispensateurs de soins ;
- la disponibilité des fournitures et matériels essentiels ;
- la qualité de l'interaction patients-soignants ;
- l'information et les conseils aux patients ;
- la participation des patients à la prise de décision ;
- la complétude des soins et les liens avec les autres services de santé reproductive ;
- la continuité et le suivi des soins ;
- le soutien aux dispensateurs de soins.

Norme

C'est un énoncé explicite qui fixe le niveau de performance souhaitable ou possible et qui sert de niveau de référence pour l'évaluation.

2.2 Revue de la littérature

Le nombre de décès maternels dans le monde est évalué à 529 000 cas par an avec 99% dans les pays en développement, dont les 50% en Afrique subsaharienne (OMS, UNICEF, UNFPA, 2003). Au Bénin ces décès ont été évalués en 2006 à 397 décès pour 100 000 naissances vivantes (EDS-III, 2006)

Les complications obstétricales directes telles que les hémorragies, la septicémie, les complications de l'avortement, la pré-éclampsie, l'éclampsie et la longue durée/arrêt de l'accouchement, sont les causes les plus fréquentes des décès maternels et sont estimés à 80% ;

les 20% restants sont liés à des causes indirectes telles que: l'anémie, le paludisme, l'hépatite et de plus en plus l'infection à VIH (UNFPA, 2004).

Dans la sous-région ouest africaine, comme au Bénin, ces causes sont facilitées par des facteurs culturels, géographiques, économiques (Déborah, M. 1997) qui sont responsables du 1er, du 2^{e} et du 3^{e} retard. Par ailleurs, au niveau du système de santé, existe une insuffisance d'équipement ou de personnel qualifié, de médicament d'urgence ou de réserve de sang expliquant le 3^{e} retard.

La plupart des décès maternels pourraient être prévenus avec un large accès aux soins qualifiés avant, pendant et après la grossesse. Ainsi, depuis les années 1990, les gouvernements, les institutions internationales ont mis l'accent sur les interventions jugées les plus efficaces à savoir donner aux femmes un plus large accès à une assistance qualifiée durant l'accouchement, améliorer les centres dispensant des soins obstétricaux d'urgence ; veiller à ce que des systèmes d'aiguillage et de transport soient mis en place, améliorer la qualité et la capacité générale des systèmes de santé nationaux, surtout au niveau des districts de santé et renforcer les ressources humaines.

Il est admis que les SOU constituent un des éléments majeurs de réduction de la mortalité maternelle ; le constat fait est qu'en Afrique subsaharienne, un nombre important de ces décès maternels surviennent dans les centres de santé par manque de soins obstétricaux d'urgence de base, mais aussi plus de la moitié décède en communauté (Saïzonou, J. 2005). Dans les formations sanitaires les dysfonctionnements enregistrés se résument à la non disponibilité de matériel, de personnels qualifiés et aux délais importants de prise en charge (Touré, B. 2000). Ces constats ont été confirmés par l'étude réalisée au SRI LANKA et en MALAISIE par MEDA, N. en 2006 où il conclut une association entre la couverture élevée des SONU et la réduction de la mortalité maternelle et précise que le taux toujours élevé de la mortalité maternelle est en rapport avec la qualité médiocre des services offerts.

FOURN, L. en 2004 suggère une analyse plus approfondie des différentes dimensions de la qualité face à l'amélioration de l'utilisation des services de CPN et la faible baisse de l'issue défavorable de la grossesse, voire du ratio de mortalité maternelle.

JANSSEN, P.A. en 2006 a mené une étude sur la qualité des soins obstétricaux à travers la satisfaction des clientes. Les critères de qualité choisis étaient les relations interpersonnelles, l'accessibilité aux soins, l'environnement physique et le respect de l'intimité.

RABENASOLO, H. en 2006 en Tananarive, dans son étude, a trouvé un retard dans les délais d'instauration des traitements symptomatiques et étiologiques des urgences obstétricales. Il a par ailleurs déploré des facteurs étiologiques comme le manque de rigueur dans le suivi prénatal, les retards à la référence et des fautes professionnelles.

BOHOUSSOU, K. en 2005 au CHU de Treichville conclut que l'amélioration de la prise en charge des péritonites post abortum impose une amélioration de l'accessibilité aux soins obstétricaux d'urgence et une formation médicale continue du personnel.

SIMA ZUE, A. en 2003 a montré que les délais de prise en charge des urgences chirurgicales sont anormalement longs au CHU de Libreville. La fréquence des retards est importante aussi bien pour les urgences relatives que pour les urgences absolues. Les problèmes socio-économiques sont le plus souvent en cause. Les problèmes d'approvisionnement ont été en cause dans 31,1 % des cas et les problèmes techniques ou des personnels dans 24,1 % des cas.

Dans une étude menée en 2005 par SAÏZONOU, J. sur la prise en charge des urgences obstétricales chez les « échappées belles », il ressort que la majorité des femmes interviewées étaient satisfaites de l'accès physique, de l'organisation et du fonctionnement de la maternité. Cependant les coûts excessivement élevés et les exigences de récupération des frais des prestations, les insuffisances du système de référence, le manque d'empathie et la discrimination de la part du personnel infirmier, le manque de ressources d'urgence, le manque d'hygiène et le confort ont été déplorés par les femmes interviewées à domicile.

Politique nationale en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence : SONU

Le Bénin, comme d'autres pays de l'Afrique subsaharienne, avait promu des stratégies de lutte contre la mortalité maternelle qui ont montré leur limite en termes d'efficacité et d'efficience. Les ressources ont été plutôt centrées sur les soins prénataux et surtout sur l'approche du risque, la formation et la promotion des accoucheuses traditionnelles.

Aujourd'hui l'approche vise une meilleure prise en charge des urgences maternelles et néonatales à travers : l'amélioration des compétences des agents de santé, l'amélioration du système de santé et l'amélioration des pratiques familiales et communautaires. A travers ces actions, il s'agit de prendre toutes les dispositions nécessaires et suffisantes pour traiter promptement, adéquatement et humainement les complications gravido-puerpérales en vue d'éviter aux femmes de perdre leur vie en donnant la vie. Pour atteindre cet objectif il a été défini trois niveaux d'anticipation quotidienne des SONU : la planification/préparation quotidienne des

SONU, l'exécution quotidienne des SONU et le suivi-évaluation quotidien des SONU. Ces différents niveaux d'anticipation vise à:

- assurer la disponibilité constante et sans retard des SONU à l'arrivée de la cliente externe ;
- assurer la promptitude, l'adéquation et l'empathie dans la délivrance des SONU ;
- réduire le taux de létalité obstétricale ;
- améliorer continuellement les performances de l'équipe de SONU.

Pour atteindre ces objectifs il a été recommandé que le ministère de la santé dispose d'un outil standard pour la formation et/ou le recyclage des agents de premier contact en vue d'une prise en charge efficace des urgences obstétricales et néonatales. C'est ainsi que des procédures de prise en charge ont été élaborées et mises à la disposition des agents. Ces procédures de prise en charge des urgences obstétricales se trouvent en annexe 1.

2.3 Contribution spécifique de la présente recherche

Au Bénin, les études faites sur la mortalité maternelle et sur la question principale de la qualité de prise en charge des urgences obstétricales dans les formations sanitaires ont été peu publiées. Les études menées mettent l'accent surtout sur les aspects techniques notamment le processus de soins. Cette étude a pour intérêt d'insister sur les dimensions de la qualité et pourra servir de base pour le suivi de l'évolution de la qualité selon la priorité à l'hôpital de zone de Comé.

Chapitre 3 : CADRE ET METHODE D'ETUDE

III- CADRE ET METHODE D'ETUDE

3.1. Cadre d'étude

L'étude a eu pour cadre l'hôpital de zone de Comé et précisément le service de la maternité. La Zone sanitaire de Comé est la première rendue fonctionnelle dans le département du Mono grâce à la coopération Bénino-Belge (CTB) à travers le Projet d'appui aux zones sanitaires du Mono (PAZS-Mono). Elle a été identifiée comme zone pilote et de recherche opérationnelle pour le développement des zones sanitaires au Bénin.

3.1.1 Aspects géographiques

-Superficie et limites de la zone sanitaire de Comé

Située au Sud-ouest du Bénin, dans le département du Mono/Couffo, la zone sanitaire de Comé s'étend sur une superficie de 1120 Km^2 et est limitée :

- au Nord par les communes de Lalo, Dogbo, Lokossa et Athiémé;
- au Sud par l'Océan Atlantique ;
- à l'est par le département de l'Atlantique;
- à l'Ouest par la république du Togo.

Elle est composée de l'ensemble des centres de santé des quatre communes : Comé, Bopa, Houéyogbé et Grand-Popo organisées autour d'un hôpital de première référence appelé hôpital de zone de Comé.

-Climat

Le climat est de type subtropical à deux saisons pluvieuses de mars à mi-juillet pour la grande saison et de septembre à novembre pour la petite et deux saisons sèches de mi-juillet à août pour la première et de décembre à février pour la seconde.

-Relief

Le relief se présente sous forme de plateau avec par endroit des dépressions marécageuses et des zones de terres amorphes. Les terres noires de la commune de Bopa rendent l'accès très difficile en saison des pluies.

3.1.2 Aspects socioculturels et économiques

La population est majoritairement sédentaire et vit de l'agriculture, de la pêche, de l'élevage, de l'exploitation des carrières et du commerce. Les ethnies majoritaires dans la zone sont les Sahouè, Mina, Watchi ; Pédah, Aïzo et Xwla .

Les principales religions sont l'Animisme et le Christianisme.

3.1.3 Aspects démographiques

La population est estimée en 2008 à 279209 habitants. Le nombre de grossesses attendues en 2008 était estimé à 11656 grossesses pour 62355 femmes en âge de procréer. Le nombre de naissances attendues était de 10135 naissances. Certains habitants émigrent vers la Côte d'Ivoire, le Nigéria, le Congo et le Gabon pour des raisons souvent économiques. Les togolais et les nigérians immigrent vers la zone pour des raisons surtout politiques.

3.1.4 Infrastructures sanitaires

La zone sanitaire de Comé dispose de 34 centres de santé publics, de 24 cabinets privés qui constituent le premier contact de soins de santé et de l'hôpital de zone de Comé premier niveau de référence de la zone sanitaire avec un bloc chirurgical et un poste de transfusion sanguine. La zone sanitaire de Comé a bénéficié de l'appui du PAZS Mono de 2000 à 2003 et depuis 2008 elle a l'appui du PAZS Comé II qui offre l'opportunité aux acteurs d'expérimenter toutes les solutions alternatives en matière d'amélioration de la qualité de l'offre de soins, de structuration de la demande pour que les bons résultats obtenus servent de leçon au reste du pays mais aussi alimentent les réformes au niveau du Ministère de la Santé.

3.1.5 Présentation de l'hôpital de zone de Comé

D'une capacité totale de 127 lits, l'hôpital de zone de Comé comporte les services techniques suivants : un bloc administratif ; le service des urgences ; la médecine ; la pédiatrie ; la maternité ; la chirurgie ; le laboratoire avec une unité de transfusion sanguine ; la radiologie et la pharmacie.

Les organes de gestion au niveau de l'hôpital sont : le conseil de gestion qui fait office de conseil d'administration, la direction de l'hôpital, le comité de direction, la commission médicale consultative et la commission d'hygiène et de sécurité.

La maternité dispose de :

- une salle de petite chirurgie à trois tables d'examen ;
- une salle d'accouchement à deux tables d'accouchement ;
- une salle de dilatation à quatre lits ;
- une salle à six lits pour l'hospitalisation des cas pathologiques ;
- une salle du post-partum à trois lits ;
- cinq salles d'hospitalisation pour opérées avec 17 lits.

Le personnel de la maternité au 7 Décembre 2009 était composé de: deux médecins gynécologues obstétriciens, sept sage femmes diplômées d'état, deux infirmières et cinq aides soignantes. Ce personnel travaille en collaboration avec celui du bloc opératoire et du post opératoire. Deux chirurgiens du service de la chirurgie assurent le relai dans la prise en charge des cas chirurgicaux de la maternité en l'absence des gynécologues obstétriciens.

Les activités suivantes sont menées à la maternité : la planification familiale, les consultations prénatales, les consultations gynécologiques, les accouchements, la prise en charge des pathologies et de la grossesse, les interventions chirurgicales..

Les activités de l'année 2008 se résument comme suit : pour un taux d'accouchement assisté de 93,8% pour la zone sanitaire et un taux de référence obstétricale de 20,9 % ; le taux de césarienne était de 14,39%. Le service a enregistré en 2008, 4 cas de décès maternels.

3.2 Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive évaluative de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales à l'hôpital de zone de Comé durant la période du 26 Octobre au 07 Décembre 2009.

3.3 Population cible

Il s'agit de deux groupes de population :

- ✓ les patientes (*clientes externes*) admises à la maternité de l'HZ de Comé pour urgence obstétricale au cours de la période de l'étude.
- ✓ Le personnel soignant (*clientes internes*) de la maternité de l'hôpital de zone de Comé

Critères d'inclusion :

Pour les clientes externes, a été considérée comme urgence obstétricale, tout cas de complications sur grossesse pendant l'accouchement ou pendant la période du post-partum jusqu'à 15 jours après l'accouchement.

Pour les clientes internes, ont été considérés dans l'étude, tous les prestataires de la maternité de l'hôpital de zone de Comé.

Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans l'étude tout cas de complication obstétricale décédé à l'entrée ou n'ayant pas été examiné dans le service.

En ce qui concerne les clientes internes n'a pas été inclus dans l'étude tout prestataire absent pendant la période de collecte de données.

Les clientes externes répondant aux critères et non consentantes n'ont pas été inclus également dans l'étude.

3.4 Méthode d'échantillonnage

La méthode est non probabiliste.

3.5 Technique d'échantillonnage

- Pour les patientes, il s'agit d'un choix exhaustif de toutes les clientes externes admises pour urgence obstétricale au cours de la période de collecte de données ou leur accompagnant pour celles qui ne peuvent pas répondre aux questions.
- Pour les prestataires, il s'agit d'un choix par commodité car seul le personnel soignant présent au poste pendant la période de l'étude a été considéré.

3.6 Taille de l'échantillon

Au total 32 cas d'urgences obstétricales ont été évalués à l'hôpital de zone de Comé sur l'ensemble des 111 cas admis soit 29,73%. Nous avons tantôt travaillé sur un effectif de 32 tantôt sur un effectif de 18. Ceci est lié au fait que toutes les clientes externes enregistrées n'ont pas pu être prises en charge à l'hôpital de zone de Comé.

Concernant les clientes internes elles étaient 13 présentes pendant la collecte.

3.7 Types de données recherchées

Les données portent sur :

- les types de complications obstétricales reçus à l'hôpital de zone de Comé ;
- l'accessibilité aux SOU (accessibilité culturelle, géographique, financière et organisationnelle) ;
- les relations interpersonnelles entre clientes internes et entre clientes internes et clientes externes ;
- la compétence technique des clientes internes;
- l'efficacité des SOU administrés ;
- la sécurité des SOU ;
- et la satisfaction des clientes internes et externes.

3.8 Technique de collecte des données

Pour cette étude plusieurs techniques ont été utilisées : l'observation participative de la prise en charge ; l'entretien individuel avec les clientes internes et externes.

3.9 Outils de collecte des données

Concernant l'observation participative, une grille d'observation a été utilisée. La liste de contrôle élaborée à cet effet a permis de collecter les données sur la conduite des SOU (relation interpersonnelle, compétence technique, accessibilité organisationnelle, sécurité des soins), depuis l'admission de la cliente externe jusqu'au moins 48 heures ou au plus 72 heures après admission.

Pour l'entretien, il a été utilisé un questionnaire pour collecter les données sur les caractéristiques socio démographiques des clientes internes et externes, l'accessibilité culturelle, accessibilité géographique, l'accessibilité financière et la satisfaction des clientes.

3.10 Définition des variables

Les variables à l'étude sont de deux types : la variable dépendante et les variables indépendantes.

3.10.1Variable dépendante

C'est la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales.

3.10.2 Variables indépendantes

Elles sont regroupées en six catégories selon les six dimensions de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales considérées dans le cadre conceptuel.

3.10.3 Aspects opérationnels des variables

Dans le cadre de l'évaluation de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales à l'hôpital de zone de Comé, une liste de contrôle des critères de qualité a été utilisée à partir des six dimensions de la qualité des soins considérées. Pour la mesure de la qualité nous nous sommes inspirés de l'approche d'évaluation de la qualité en santé familiale de Averting Maternal Death and Disability (AMDD) 2005.

Suivant cette approche pour chacune des six dimensions, accessibilité des soins, compétence technique, efficacité des soins, la satisfaction des clientes externe et interne, les relations interpersonnelles et la sécurité des soins, il a été recensé l'ensemble des réponses positives et négatives obtenues chez les clientes internes et externes. Le tableau N° II ci après présente la méthode de calcul :

- la colonne des A présente l'ensemble des réponses positives ;
- la colonne des B présente l'ensemble des réponses négatives ;
- la colonne des C représente l'ensemble des réponses positives et négatives obtenues ;
- la colonne des D représente le pourcentage de réponse positive par rapport à l'ensemble des réponses observées.

Tableau II: Echelle de mesure de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales selon les dimensions de la qualité (inspirée du document amélioration de la qualité des SOU AMDD 2005).

Dimension de la qualité des soins	Réponses positives (A)	Réponses négatives (B)	Nombre total de réponses (C=A+B)	Pourcentage de réponses positives [D = (A/C) x 100]
Accessibilité des soins	A1	B1	C1	A1/C1
Compétence	A2	B2	C2	A2/C2

technique				
Efficacité des soins	A3	B3	C3	A3/C3
Satisfaction des clientes	A4	B4	C4	A4/C4
Relation interpersonnelle	A5	B5	C5	A5/C5
Sécurité des soins	A6	B6	C6	A6/C6

Ensuite, en se référant à l'échelle d'évaluation de l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de recherche sur les systèmes de santé (CORLIEN, M. et al.) et aux directives pour l'évaluation des prestataires compétents après leur formation en soins de santé maternelle et néonatale de l'USAID nous avons défini un score de qualité suivant une échelle de 1 à 3. Ainsi :

Pour chaque critère de qualité nous avons attribué :

- le score 3 si le pourcentage de réponses positives ≥ 80% ;
- le score 2 si ce pourcentage ≥ 60% mais inférieur à 80% ;
- le score 1 pour un pourcentage < à 60%.

Pour les différentes dimensions ou les sous dimensions (accessibilité géographique, culturelle, financière et organisationnelle) de la qualité abordées dans cette étude nous avons additionné les scores obtenus par l'ensemble des critères de qualité.

L'appréciation de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales par dimension ou par sous dimension est faite suivant trois niveaux de qualité :

- Bon niveau pour un score total de **80 à 100%** du score maximum de la dimension ou sous dimension;
- Niveau acceptable pour un score total de **60 à 80%** (exclu) du score maximum de la dimension ou sous dimension;
- Bas niveau pour un score total **< à 60%** du score maximum de la dimension ou sous dimension.

Tableau III: aspects opérationnels de la dimension relation interpersonnelle.

Critères de qualité	Définition	Modalité	Score
l'agent de santé salue la cliente externe	C'est le mot de bienvenue à l'endroit de la cliente externe.	Oui Non	3 si on observe 80% de réponses positives ou plus 2 si l'on observe 60 à 80% (exclu) de réponses positives 1 si il y a moins de 60% de réponses positives
l'agent de santé installe la cliente externe	C'est le fait d'aider la cliente externe à se mettre sur la table d'examen ou à lui offrir un siège.	Oui Non	
l'agent de santé écoute attentivement la cliente externe/accompagnant	C'est cette capacité à laisser la cliente exposer le tableau clinique tel que cela s'est installé sans lui arracher la parole.	Oui Non	
l'agent de santé utilise la communication positive non verbale	C'est le fait de pencher le corps vers la cliente pour lui montrer qu'on l'écoute en présentant un visage d'empathie.	Oui Non	
l'agent de santé utilise un vocabulaire compréhensible	C'est le fait d'éviter les thèmes techniques au cours des discussions avec la cliente externe.	Oui Non	
l'agent de santé explique les gestes	C'est le fait d'informer à chaque fois la cliente externe des soins à administrer ou des manœuvres à réaliser sur sa personne.	Oui Non	
l'agent de santé informe des résultats de l'examen	Il s'agit d'expliquer à la cliente externe les conclusions quand à son motif d'admission.	Oui	
Rassurer la cliente	C'est le fait de mettre en confiance la cliente externe quand à sa prise en charge.	Oui Non	
il n'existe pas de situation conflictuelle	c'est l'absence de mécontentement autour de la gestion des cas.	Oui Non	
Total			**9 à 27**

La relation interpersonnelle est jugée:

- de bon niveau, si le score total obtenu varie de 22 à 27 soit un score ≥ 80% du score maximum de la dimension;
- de niveau acceptable, si le score varie de 16 à 21 soit 60 à 80% (exclu) du score maximum de la dimension ;
- de bas niveau, si le score totalisé est < à 16 soit moins de 60% du score maximum de la dimension.

Tableau IV: Aspects opérationnels de la dimension compétence technique

Critères de qualité	Définition	modalité	score
L'agent fait l'interrogatoire	C'est le fait que l'agent de santé procède à un entretien rapide avec la cliente externe ou son accompagnant pour avoir une idée des circonstances de survenue du tableau clinique.	Oui Non	3 si on observe 80% de réponses positives ou plus
L'agent prend la température	C'est la mesure de la température de la cliente externe par la cliente interne.	Oui Non	
L'agent prend la tension artérielle	C'est la mesure de la tension artérielle de la cliente externe par la cliente interne.	Oui Non	2 si l'on observe 60 à 80% (exclu) de réponses positives
L'agent prend le poids	C'est la mesure du poids de la cliente externe par la cliente interne.	Oui Non	
L'agent prend la taille	C'est la mesure de la taille de la cliente externe par la cliente interne.	Oui Non	
L'agent prend le pouls	C'est la mesure du pouls de la cliente externe par la cliente interne.	Oui Non	1 si il y a moins de 60% de réponses positives
L'agent examine les muqueuses	Il s'agit ici de la vérification de l'état des muqueuses conjonctivales et palpébrales de la cliente externe.	Oui Non	
L'agent fait l'examen obstétrical	Il s'agit ici de procéder à l'examen physique de la cliente externe avec un accent particulier sur le motif d'admission lié à la grossesse.	Oui Non	

Tableau IV (suite) : Aspects opérationnels de la dimension compétence technique

Critères de qualité	Définition	modalité	score
l'agent a évalué l'alerte	C'est l'appréciation par la cliente interne du niveau de gravité de la complication à travers un examen minutieux (respect des différentes étapes de l'examen obstétrical).	Oui	3 si on observe 80% de réponses positives ou plus
		Non	
L'évaluation de l'alerte est conforme aux normes	C'est le contrôle des paramètres d'appréciation de la gravité de l'urgence conformément aux normes du document de protocoles des services de santé familiale du ministère de la santé.	Oui	
		Non	
l'agent a pris une décision de gestes d'urgence	C'est le choix d'un protocole de geste d'urgence en fonction du diagnostic évoqué.	Oui	
		Non	
Les gestes d'urgence sont conformes aux normes	C'est le respect des protocoles de prise en charge des urgences obstétricales de la direction de la santé familiale du ministère de la santé.	Oui	2 si l'on observe 60 à 80% (exclu) de réponses positives
		Non	
L'agent a pris une décision de soins spécifiques	C'est le choix d'un protocole de soins spécifiques en fonction du diagnostic évoqué.	Oui	
		Non	
Les soins spécifiques sont conformes aux normes	C'est le respect des protocoles de prise en charge des urgences obstétricales de la direction de la santé familiale.	Oui	
		Non	
L'agent participe au staff sur les cas	Il s'agit de la tenue de réunions périodiques pour discuter de la prise en charge des cas reçus ou des cas particuliers reçus au niveau du service de la maternité.	Oui	
		Non	
Les agents ont reçu une formation continue en SOU	Il s'agit des formations de courte durée organisées au profit des agents pour le renforcement de leur capacité de prise en charge des urgences obstétricales.	Oui	1 si il y a moins de 60% de réponses positives
		Non	
Les agents sont supervisés par le niveau supérieur	Il s'agit de vérifier si les clientes internes bénéficient de l'évaluation de la conduite des soins par la direction département ou le ministère de la santé.	Oui	
		Non	
Les protocoles de prise en charge des urgences obstétricales sont disponibles	C'est l'existence au niveau du service des protocoles de prise en charge du ministère de la santé.	Oui	
		Non	
Les protocoles de prise en charge des urgences obstétricales sont accessibles et utilisés	C'est la disponibilité en temps réel et l'utilisation des protocoles de prise en charge par la cliente interne.	Oui	
		Non	
Total			**19 à 57**

La compétence technique est jugée :

- de bon niveau, si le score total obtenu varie de 46 à 57 soit un score ≥ 80% du score maximum de la dimension;
- de niveau acceptable, si le score varie de 34 à 45 soit 60 à 80% (exclu) du score maximum de la dimension ;
- de bas niveau, si le score totalisé est < à 34 soit moins de 60% du score maximum de la dimension.

Tableau V : Aspects opérationnels de la sous dimension accessibilité organisationnelle

Critères de qualité	**Définition**	**Modalité**	Score
Il existe une équipe de garde 24h/24	Il s'agit de la présence permanente d'une équipe pour la prise en charge des urgences obstétricales.	Oui Non	3 si on observe 80% de réponses positives ou plus
Le personnel qualifié est accessible	C'est la présence de personnel de santé qualifié (gynécologue-obstétricien, sage femme, infirmier) en temps réel pour répondre aux sollicitations des clientes externes en situation d'urgence.	Oui Non	
Le geste d'urgence a été exécuté	C'est la réalisation des gestes d'urgences découlant de la prise de décision.	Oui Non	
Le geste d'urgence a été exécuté dans les délais requis	C'est la réalisation dans les 30 minutes qui suivent l'admission des gestes d'urgence.	Oui Non	2 si l'on observe 60 à 80% (exclu) de réponses positives
Le soin spécifique a été exécuté	C'est la réalisation des soins spécifiques découlant de la prise de décision.	Oui Non	
Le soin spécifique a été exécuté dans les délais requis	C'est la réalisation dans les 60 minutes (césarienne, curetage, administration d'antihypertenseur, anti convulsifs, utéro tonique) et 120 minutes (transfusion) qui suivent la prise de décision de soins spécifiques.	Oui Non	
Le matériel est accessible	C'est l'existence en permanence de matériels stérilisés (boîte d'accouchement, boîte de suture, boîte de césarienne, boîte de laparotomie, boîte d'hystérectomie, boîte complète de curetage) pour l'administration des SOU quelque soit le moment d'admission de la cliente externe.	Oui Non	1 si il y a moins de 60% de réponses positives
Les réactifs de laboratoire sont accessibles	C'est la disponibilité permanente des réactifs de laboratoire pour satisfaire les besoins en SOU de la cliente externe sans notion de rupture de stock.	Oui Non	

Tableau V (suite) : Aspects opérationnels de la sous dimension accessibilité organisationnelle

Critères de qualité	Définition	Modalité	Score
Les médicaments sont accessibles	C'est l'existence de médicaments en permanence pour satisfaire les besoins en SOU de la cliente externe sans notion de rupture de stock.	Oui Non	
Les produits sanguins labiles sont accessibles	C'est la disponibilité permanente de produits sanguins labiles pour satisfaire les besoins en SOU de la cliente externe sans notion de rupture de stock.	Oui Non	
Les fiches de surveillance sont établies	C'est la présence au lit de la cliente externe de fiche pour la surveillance de l'évolution clinique après la phase d'urgence.	Oui Non	
Total			**11 à 33**

L'accessibilité organisationnelle est jugée :

- de bon niveau si le score total obtenu varie de 26 à 33 soit un score ≥ 80% du score maximum de la dimension;
- niveau acceptable si le score varie de 20 à 25 soit 60 à 80% (exclu) du score maximum de la dimension ;
- bas niveau si le score totalisé est < à 20 soit moins de 60% du score maximum de la dimension.

Tableau VI: Aspects opérationnels de la sous dimension accessibilité culturelle.

Sous dimensions de la qualité de la prise en charge	Définition	Modalité	Score
ACCESSIBILITE CULTURELLE	C'est l'acceptabilité de la prise en charge pour les bénéficiaires compte tenu de leurs croyances religieuses et ethniques (valeurs culturelles, intimité).	Oui Non	3 si on observe 80% de réponses positives ou plus 2 si l'on observe 60 à 80% (exclu) de réponses positives 1 si il y a moins de 60% de réponses positives
Total			**1 à 3**

Pour l'accessibilité culturelle le score total est de 3. L'accessibilité culturelle est de :

- bon niveau si on observe 80 à 100% de réponses positives soit un score à 3;
- niveau acceptable si l'on observe 60 à 80% (exclu) de réponses positives soit un score à 2;
- bas niveau si moins de 60% des réponses sont positives soit score de 1.

Tableau VII: Aspects opérationnels de la sous dimension accessibilité géographique.

Sous dimensions de la qualité de la prise en charge	**Définition**	**Modalité**	**Score**
Accessibilité géographique	C'est la facilité pour la cliente d'accéder à l'hôpital sans obstacle.		3 si on observe 80% de réponses positives ou plus 2 si l'on observe 60 à 80% (exclu) de réponses positives 1 si il y a moins de 60% de réponses positives
la cliente externe ne connaît pas d'obstacle géographique (cours d'eau pour arriver à l'hôpital)	Ici nous nous intéressons à l'absence de cours d'eau sur le trajet d'accès à l'hôpital.	Oui Non	
La cliente référée a bénéficié du transport par ambulance	C'est le transport gratuit de la cliente externe du centre de santé vers l'hôpital.	Oui Non	
Total			**2 à 6**

L'accessibilité géographique est de:

- bon niveau si le score totalisé est de 5 à 6 ;
- niveau acceptable si le score totalisé est de 4 ;
- bas niveau si le score totalisé est < à 4.

Tableau VIII: Aspects opérationnels de la sous dimension accessibilité financière.

Sous dimensions de la qualité de la prise en charge	Définition	Modalité	Score
Accessibilité financière			3 si on observe 80% de réponses positives ou plus 2 si l'on observe 60 à 80% (exclu) de réponses positives 1 si il y a moins de 60% de réponses positives
Le coût des bilans est abordable	C'est la capacité pour la cliente d'honorer ses bilans. Il revient ici à la cliente externe de l'apprécier.	Oui Non	
Le coût des actes est abordable	C'est la capacité pour la cliente d'honorer les frais des actes spécifiques. Il revient ici à la cliente externe de l'apprécier.	Oui Non	
Le coût du transport est abordable	C'est la capacité pour la cliente d'honorer ses frais de transport. Il revient ici à la cliente externe de l'apprécier.	Oui Non	
Le coût des médicaments est abordable	C'est la capacité pour la cliente d'honorer ses frais de médicament. Il revient ici à la cliente externe de l'apprécier.	Oui Non	
Total			**4 à 12**

L'accessibilité financière est jugée de:

- bon niveau si le score total obtenu varie de 10 à 12 soit un score ≥ 80% du score maximum de la sous dimension;
- niveau acceptable si le score totalisé varie de 7 à 9 soit 60 à 80% (exclu) du score maximum de la sous dimension ;
- bas niveau si le score totalisé est < à 7 soit moins de 60% du score maximum de la sous dimension.

Tableau IX: Aspects opérationnels de la dimension sécurité des soins

Critères de qualité	Définition	Modalité	Score
L'agent est en blouse selon les normes	Le personnel soignant est en tenue règlementaire de travail.	Oui Non	3 si on observe 80% de réponses positives ou plus
Port de calot en salle d'accouchement / soins	Il s'agit de vérifier si la cliente externe met le calot chaque fois qu'il administre des soins.	Oui Non	
La salle d'examen est propre	C'est le niveau d'hygiène dans les salles de soins	Oui Non	
L'agent lave les mains à l'eau et au savon selon les normes avant l'examen	Il s'agit d'apprécier si l'agent de santé lave les mains au savon liquide avant les soins.	Oui Non	
L'agent lave les mains à l'eau et au savon après l'examen	Il s'agit d'apprécier si l'agent de santé lave les mains au savon liquide après les soins.	Oui Non	2 si l'on observe 60 à 80% (exclu) de réponses positives
L'agent utilise une serviette individuelle propre pour le séchage des mains	C'est l'usage d'essuie mains individuel pour chaque cliente externe examinée.	Oui Non	
L'agent utilise des gants en latex non stérile pour l'examen de la cliente externe	C'est l'utilisation par le personnel soignant de gant en latex non stérile pour l'examen de la cliente externe.	Oui Non	
L'agent utilise des gants en latex stérile pour les gestes invasifs	C'est l'utilisation par le personnel soignant de gant en latex stérile pour les gestes invasifs (césarienne, révision utérine, curetage, curage, cure de GEU, réparation de déchirure...).	Oui Non	1 si il y a moins de 60% de réponses positives
L'agent utilise du matériel stérilisé	C'est l'usage de matériel stérilisé en respectant le processus de stérilisation (décontamination, lavage, rinçage, nettoyage avec une serviette sèche propre et passage au poupinel.	Oui Non	
Existence d'un système de tri des déchets à la source	C'est la séparation des déchets coupants, tranchants et anatomiques des autres types avant élimination depuis la production.	Oui Non	
Disponibilité de la solution de décontamination	C'est l'existence permanente sans rupture de la solution de décontamination en salle de soins.	Oui Non	

Tableau IX (suite): Aspects opérationnels de la dimension sécurité des soins

Critères de qualité	Définition	Modalité	Score
L'agent décontamine les déchets liquides avant élimination	Il s'agit de vérifier si la cliente interne verse une certaine quantité de solution de décontamination sur les déchets liquides avant l'élimination dans le vidoir.	Oui Non	3 si on observe 80% de réponses positives ou plus
L'agent décontamine le placenta avant élimination	Il s'agit de vérifier si la cliente interne plonge le placenta dans la solution de décontamination pendant 5 minutes avant son élimination.	Oui Non	2 si l'on observe 60 à 80% (exclu) de réponses positives
Le matériel est trempé dans la solution de décontamination à la fin des soins	C'est le fait de laisser le matériel souillé dans la solution de décontamination pendant 10 à 15 minutes avant le lavage.	Oui Non	1 si il y a moins de 60% de réponses positives
Les boîtes de sécurité sont utilisées selon les normes	C'est le remplissage au 2/3 des boîtes de sécurité et pas au-delà.	Oui Non	
Total			**15 à 45**

La sécurité des soins est jugée de:

- bon niveau si le score total obtenu varie de 36 à 45 soit un score $\geq$ 80% du score maximum de la dimension;
- niveau acceptable si le score varie de 27 à 35 soit 60 à 80% (exclu) du score maximum de la dimension ;
- bas niveau si le score totalisé est < à 27 soit moins de 60% du score maximum de la dimension.

Tableau X: Aspects opérationnels de la sous dimension satisfaction des clientes externes

Dimension / critères de qualité	Définition	Modalité	Score
SATISFACTION DES CLIENTES EXTERNES	C'est l'état de contentement qui résulte de la prise en charge de l'urgence obstétricale.		
La cliente externe est satisfaite de l'accueil	C'est l'état de contentement qui résulte de l'accueil.	Oui Non	3 si on observe 80% de réponses positives ou plus 2 si l'on observe 60 à 80% (exclu) de réponses positives 1 si il y a moins de 60% de réponses positives
La cliente externe est satisfaite de la disponibilité des soins	C'est l'état de contentement qui résulte de la disponibilité des SOU.	Oui Non	
La cliente externe est satisfaite du confort durant l'hospitalisation	C'est l'état de contentement qui résulte du confort durant l'hospitalisation.	Oui Non	
Total			**3 à 9**

La sous dimension satisfaction des clientes externes est de :

- bon niveau si le score total obtenu varie de 8 à 9 soit un score ≥ 80% du score maximum de la sous dimension;
- niveau acceptable si le score varie de 5 à 7 soit 60 à 80% (exclu) du score maximum de la sous dimension ;
- bas niveau si le score totalisé est < à 5 soit moins de 60% du score maximum de la sous dimension.

Tableau XI: Aspects opérationnels de la sous dimension satisfaction des clientes internes

Sous dimension / critère de qualité	Définition	Modalité	Score
Satisfaction des clientes internes	C'est l'état de contentement qui résulte des conditions de travail	Oui Non	3 si on observe 80% de réponses positives ou plus (10 réponses positives ou plus) 2 si l'on observe 60 à 80% (exclu) de réponses positives (8 à 10 réponses positives) 1 si il y a moins de 60% de réponses positives (moins de 8 réponses positives)
Total			**1 à 3**

La satisfaction des clientes internes est jugée de:

- bon niveau pour un score à 3 ;
- niveau acceptable pour un score à 2 ;
- bas niveau pour un score à 1.

Tableau XII: Aspects opérationnels de la dimension efficacité des soins

Dimension / critères de qualité	Définition	Modalité	Score
EFFICACITE DES SOINS	C'est l'issue ou l'aboutissement des soins en fin d'administration pour la mère et/ou le fœtus. Il s'agit de vérifier si l'issue est favorable.		3 si on observe 80% de réponses positives ou plus 2 si l'on observe 60 à 80% (exclu) de réponses positives 1 si il y a moins de 60% de réponses positives
Evolution favorable pour la mère		Oui Non	
Evolution favorable pour le fœtus		Oui Non	
Total			**2 à 6**

L'efficacité est de :

- bon niveau pour un score allant de 5 à 6 ;
- niveau acceptable pour un score à 4 ;
- bas niveau pour un score < 4.

Tableau XIII : Aspects opérationnels de la qualité globale

Dimensions de la qualité/ sous dimensions	Scores attendus
Relation interpersonnelle	9 - 27
Compétence technique	19 - 57
Accessibilité organisationnelle	11 - 33
Accessibilité culturelle	1 - 3
Accessibilité géographique	2 - 6
Accessibilité financière	4 - 12
Sécurité des soins	15 - 45
Satisfaction des clientes externes	3 - 9
Satisfaction des clientes internes	1 - 3
Efficacité des soins	2 - 6
Qualité globale de la prise en charge	**67 - 201**

La qualité globale de la prise en charge est appréciée en faisant la somme arithmétique des scores obtenus par l'ensemble des dimensions ou sous dimensions. Le score maximum attendu étant de 201, la qualité sera jugée :

- Bonne si le score totalisé est ≥ 161(80 % du score total maximum attendu) ;
- Acceptable si le score obtenu varie de 121 à 160 (60 à 80 % exclu du score total maximum attendu);
- Mauvais si le score est < à 121(moins de 60 % du score total maximum attendu).

3.10 Considérations éthiques

Pour des raisons éthiques, le consentement éclairé des clientes a été obtenu avant l'entretien après leur avoir expliqué le but visé par l'étude. Pour des raisons de confidentialité les noms des clientes n'étaient pas inscrits sur les fiches d'enquête. Des codes ont été attribués et notés sur les dossiers et sur les fiches de collecte.

3.11 Limites et difficultés

La limite principale a été la durée relativement courte de la période de collecte de données.

3.12 Analyse des données

Après élaboration d'un masque de saisie, les données collectées ont été saisies à l'aide du logiciel EPI INFO 3.4.3 (version du 8 novembre 2007).

Après apurement de la base, les données ont été traitées et analysées avec les logiciels EPI INFO et Microsoft Office Excel 2007.

Pour la description des caractéristiques des clientes externes et internes, nous avons utilisé les paramètres de tendance centrale ou de dispersion (moyenne ou la médiane) pour les variables quantitatives et la fréquence pour les variables qualitatives.

Quant à l'appréciation de la qualité de la prise en charge, elle est abordée dimension par dimension en utilisant les scores définis dans la méthode.

3.13 Présentation de la référence bibliographique

Elle est faite selon le style de American Psychological Association (APA).

IV RESULTATS

La présentation des résultats s'articule autour des points suivants :

- la description des caractéristiques socio démographiques, les antécédents obstétricaux, chirurgicaux et médicaux des clientes externe ;
- la description des conditions d'admission et des moyens de transport utilisés par la cliente externe ;
- la description des caractéristiques socio démographiques des clientes internes ;
- la répartition des complications obstétricales reçues pendant la période de collecte ;
- la description de la gestion et du suivi des cas ;
- l'appréciation de la qualité dimension par dimension.
- l'appréciation de la qualité globale

4.1 Description

4.1.1 Description des caractéristiques socio démographiques, les antécédents obstétricaux, chirurgicaux et médicaux des clientes externes

4.1.1.1- Description des caractéristiques socio démographiques

Age et situation matrimoniale

L'âge moyen est de 29,56 ans (DS± 4,95).

Sur les 32 clientes externes enquêtées 27 ont déclaré être mariées soit 84,4% ; un cas de divorcée et deux célibataires ont été observées.

Profession

Tableau XIV: Répartition des clientes externes enquêtées à l'hôpital de zone de Comé en 2009 selon leur profession

profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	9	28,1
cultivateur	3	9,4
vendeuse	16	50,0

Chapitre 4 : RESULTATS

Couturière/coiffeuse	4	12,5
Total	**32**	**100,0**

Sur les 32 clientes externes interrogées 28,1% sont ménagères soit 9 sur 32.

Niveau d'instruction

Tableau XV: Répartition des clientes externes enquêtées à l'hôpital de zone de Comé en 2009 selon leur niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Non scolarisée	19	59,4
Niveau primaire	13	40,6
Total	**32**	**100,0**

Sur les 32 clientes externes enquêtées 19 (soit 59,4%) ne sont pas scolarisées.

Religion

Tableau XVI: Répartition des clientes externes enquêtées à l'hôpital de zone de Comé en 2009 selon leur religion

Religion	Effectif	Pourcentage
Chrétienne	26	81,3
Traditionnelle	5	15,6
Aucune	1	3,1
Total	**32**	**100,0**

La majorité des clientes enquêtées sont des chrétiennes 26 sur 32 soit 81,3%.

4.1.1.2-Description des antécédents obstétricaux, chirurgicaux et médicaux des clientes externes enquêtées.

Gestité

Tableau XVII: Répartition des clientes externes enquêtées à l'hôpital de zone de Comé en 2009 selon leur gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigeste = 1 grossesse	3	9,4
Paucigeste = 2 grossesses	8	25,0
Multigeste ≥ 3 grossesses	21	65,6
Total	**32**	**100,0**

Le nombre médian de grossesses est de 3 grossesses (min 1 ; max 8). Plus de 50% des clientes externes ont connu 3 grossesses ou plus.

Parité

Tableau XVIII: Répartition des clientes externes enquêtées à l'hôpital de zone de Comé en 2009 selon le nombre d'accouchements connus.

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare = 0 accouchement	3	9,4
Paucipare = 1 à 4 accouchements	24	75,0
Grande multipare 5 accouchement et plus	5	15,6
Total	**32**	**100,0**

Le nombre médian d'accouchement est de 2 accouchements (min : 0 ; max : 7).

15,6% des clientes externes étaient de grandes multipares.

Fausses couches

La majorité des clientes externe n'a pas connu de fausses couches 78,1% soit (25 clientes sur 32), une seule a connu 3 fausses couches, 6 ont connu une fausse couche. Le nombre médian de fausses couches est de 0 fausse couche (min : 0 ; max : 3).

Enfants vivants

La majorité des clientes a 1 à 2 enfants vivants (soit 18/29), 11 clientes sur 29 ont 3 enfants vivants ou plus lorsqu'on exclut les 3 primigestes. Le nombre médian d'enfants vivants est de 2 enfants (min : 0 ; max : 6).

Enfants décédés

68,96% des clientes externes n'ont pas connu de décès d'enfants soit 20 clientes sur 29 en excluant les 3 primigestes. 9 clientes avaient 1 à 2 enfants décédés.

Antécédents chirurgicaux et médicaux

Tableau XIX: Répartition des clientes externes enquêtées à l'hôpital de zone de Comé en 2009 selon leur antécédent chirurgical

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
césarienne	11	34,4
Aucun antécédent	21	65,6
Total	**32**	**100,0**

34,4% des clientes externes enquêtées ont un antécédent de césarienne soit 11 cas sur 32. Aucune cliente externe n'a d'antécédent médical connu.

4.1.2-Description des conditions d'admission et des moyens de transport utilisés par la cliente externe

Mode d'admission

Tableau XX: Répartition des clientes externes enquêtées à l'hôpital de zone de Comé selon leur mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Directe	10	31,3
Référence	21	65,6
Hospitalisé	1	3,1
Total	**32**	**100,0**

Sur l'ensemble des 32 clientes externes enquêtées à la maternité de l'hôpital de zone de Co pour l'étude, 10 étaient venues directement de leur maison, 21 étaient des référées soit 65,6%.

Moyen de transport

Tableau XXI: Répartition des clientes externes enquêtées à l'hôpital de zone de Comé en 2(selon le moyen de transport utilisé

Moyen de transport	Effectif	Pourcentage
Moto	16	50,0
Taxi/voiture personnelle	5	16,0
ambulance	11	34,0
Total	**32**	**100,0**

Moins de 35% des clientes externes ont eu accès à l'ambulance pour leur transport sur l'hôpi Dans le groupe des référées, seulement 11 cas sur 21 ont bénéficié du transfert par ambulance.

Heure d'admission

Tableau XXII: Répartition des clientes externes enquêtées à l'hôpital de zone de Comé en 2(selon l'heure d'admission.

Heure d'admission	Effectif	Pourcentage
8h – 14h	15	46,9
14h – 00H	3	9,4
00h – 8h	14	43,7
Total	**32**	**100,0**

90.6% des clientes externe sont reçues à l'hôpital entre 00h et 14h, c'est-à-dire dans la matinée et de la nuit au petit matin.

4.1.3 Description des caractéristiques socio démographiques et professionnelles des clientes internes.

L'âge médian des clientes internes est de 37,1 ans (min 24 ; max 52).

Les clientes internes enquêtées étaient toutes de sexe féminin.

Le nombre médian d'années d'ancienneté est de 8 ans (1 ; 27). La plupart (8/13) avaient plus de 4ans dans la fonction.

Le nombre médian d'années d'exercice à la maternité de l'hôpital de zone de Comé était de 4 ans (min 0 ; max 8).

4.1.4 Description des urgences obstétricales présentées par les clientes externes enquêtées.

Tableau XXIII: Répartition des urgences obstétricales présentées par les clientes externes enquêtées à l'hôpital de zone de Comé en 2009.

Type de complication obstétricale	Effectif	Pourcentage
Avortement hémorragique	7	21,9
Placenta praevia	2	6,3
Hémorragie du post partum tardive	1	3,1
Pré-éclampsie	5	15,6
Dystocies dynamiques	4	12,5
Dystocies mécaniques	9	28,1
Syndrome de pré-rupture	2	6,3
Grossesse extra utérine fissurées ou rompue	2	6,3
Total	**32**	**100,0**

Ce tableau montre que les dystocies mécaniques représentaient la majorité des cas vus à la maternité de l'hôpital de zone de Comé, (28,1%) suivies par les avortements hémorragiques, (21,9%) ; ensuite viennent la pré éclampsie et l'éclampsie, (15,6%).

4.1.5 Description de la gestion et du suivi des urgences obstétricales

4.1.5.1 Description de la gestion des cas

Pour l'ensemble des 32 clientes externes vues à la maternité de l'hôpital de zone de Comé :

- le personnel de premier contact a été la sage femme ;
- la majorité (65,6%) soit 21 clientes externes ont été vue ensuite par un spécialiste qui est soit un gynécologue obstétricien (71,4%) ou un chirurgien (28,6%) ;
- le délai médian des gestes d'urgence est de 28 mn (min : 8 ; max : 250 mn) soit (4 h 10 mn pour le maximum). 55,6 % des clientes externes ont bénéficié des gestes d'urgence dans le délai requis de 30mn.
- le délai médian des soins spécifiques est de 100mn (min :18 mn ; max : 242 mn) soit (4h 02mn pour le maximum). Les soins spécifiques ont été administrés dans le délai requis (60 mn) à 42,1 % des clientes externes.
- 40,6% des clientes externes enquêtées n'ont pas bénéficié des soins spécifiques.
- Le coût médian de la prise en charge d'une urgence obstétricale au bout des 48 premières heures est de 23 500fcfa (min 0 ; max 30 000). Ce coût médian ne prend pas en compte les frais d'exemption (subvention de la césarienne, prise en charge des indigents, des cas sociaux et par le projet STOPPAM).

4.1.5.2 Description du suivi des cas après la phase d'urgence

Aucune cliente externe n'a bénéficié du contrôle du pouls pendant l'hospitalisation.

Tableau XXIV: répartition des clientes externes enquêtées en fonction du nombre de prises journalières de la température au cours des 72 premières heures.

Nombre de prise	Effectif			
	J0	**J1**	**J2**	**J3**
0	13	7	7	2
1	4	8	9	15
2	1	3	2	1
Total	**18**	**18**	**18**	**18**

J : jour

Ce tableau traduit que 13 des 18 clientes externes prises en charge n'ont pas bénéficié du suivi de la température après la levée de l'urgence. La température a été prise une fois chez 8 clientes externes sur 18 au premier jour d'hospitalisation.

Tableau XXV: Répartition des clientes externes enquêtées à l'hôpital de zone de Comé en 2009 selon le nombre de prises journalières de la tension artérielle au cours des 72 premières heures.

Nombre de prise de la tension artérielle	Effectif			
	J0	**J1**	**J2**	**J3**
0	5	3	3	0
1	12	13	13	17
2	1	2	2	1
Total	**18**	**18**	**18**	**18**

Ce tableau montre que la tension artérielle n'est pas suivie dans les heures qui suivent l'exécution des soins spécifiques chez 5 clientes externes sur les 18 prises en charge, la tension a été prise deux fois au jour zéro chez une seule cliente externe.

4.2 Appréciation de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales chez les clientes enquêtées dimension par dimension.

4.2.1 Appréciation de la qualité de prise en charge des urgences obstétricales selon la relation interpersonnelle

La mesure de la qualité selon la relation interpersonnelle a été faite selon 9 critères comme l'indique le tableau n°XXVI.

Tableau XXVI: Appréciation de la qualité de prise en charge des urgences obstétricales selon la relation interpersonnelle.

Critères de qualité	Réponses positives	Réponses négatives	Total de réponses	% de réponses positives	Score
L'agent salue la cliente externe	22	10	32	69	2
L'agent installe la cliente externe	8	24	32	25	1
L'agent écoute attentivement la cliente externe/accompagnant(e)	23	9	32	72	2

L'agent utilise la communication positive non verbale (penche le corps vers la cliente, sourit ou présente un visage d'empathie)	19	13	32	59	1
L'agent utilise un vocabulaire compréhensible par la cliente/accompagnant (e)	32	0	32	100	3
L'agent explique les gestes	11	21	32	34	1
L'agent informe des résultats de l'examen	9	23	32	28	1
L'agent rassure la cliente/accompagnant (e)	13	19	32	41	1
Il n'existe pas de situation conflictuelle au cours de la gestion des cas	21	11	32	66	2
Relation interpersonnelle	**158**	**130**	**288**	**55**	**14**

Sur cette dimension de la qualité de prise en charge des urgences obstétricales le score totalisé est de 14< à 16. Les relations interpersonnelles sont d'un niveau bas.

4.2.2 Appréciation de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales selon la compétence technique.

Le tableau n° XXVII ci après décrit la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales selon la compétence technique à travers 19 critères.

Tableau XXVII: Appréciation de la qualité de prise en charge des urgences obstétricales selon la compétence technique.

Critères de qualité	Nombre de réponses positives	Nombre de réponses négatives	Total de réponses	% de réponses positives	Score
L'agent fait l'interrogatoire	32	0	32	100	3

Critères de qualité	Nombre de réponses positives	Nombre de réponses négatives	Total de réponses	% de réponses positives	Score
L'agent prend la température	26	6	32	81	3
L'agent prend la tension artérielle	28	4	32	88	3
L'agent prend le poids	8	24	32	25	1
L'agent prend la taille	8	24	32	25	1
L'agent prend le pouls	0	32	32	0	1
L'agent examine les muqueuses	32	0	32	100	3
L'agent fait l'examen obstétrical	32	0	32	100	3
l'agent a évalué l'alerte	30	2	32	94	3
L'évaluation de l'alerte est conforme aux normes	27	5	32	84	3
l'agent a pris une décision de gestes d'urgence	30	2	32	94	3
Les gestes d'urgence sont conformes aux normes	27	5	32	84	3
L'agent a-t-il pris une décision de soins spécifiques	30	2	32	94	3
Les soins spécifiques sont conformes aux normes	28	4	32	88	3
L'agent participe aux staffs	0	13	13	0	1
Les agents qualifiés ont reçu une formation continue en SOU	3	6	9	33	1
Les agents sont supervisés par le niveau supérieur	4	5	9	44	1
Les protocoles de prise en charge des urgences obstétricales sont disponibles	9	0	9	100	3
Les protocoles de prise en charge des urgences obstétricales sont accessibles et utilisés	5	4	9	56	1
Compétence technique	**359**	**138**	**497**	**72**	**43**

Le score totalisé par la compétence technique est de 43 compris dans l'intervalle 34 à 45. La compétence technique des clients internes est à un niveau acceptable.

4.2.3 Appréciation de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales selon la sous dimension accessibilité organisationnelle

Onze (11) critères ont permis de mesurer la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales selon la sous dimension accessibilité organisationnelle.

Tableau XXVIII: Appréciation de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales selon la sous dimension accessibilité organisationnelle

Critères de qualité	Nombre de réponses positives	Nombre de réponses négatives	Nombre total de réponses	%de réponses positives	Score
Il existe une équipe de garde 24h/24	4	0	4	100	3
Le personnel qualifié est-il accessible	26	6	32	81	3
Le geste d'urgence a été exécuté	27	5	32	84	3
Exécution du geste d'urgence dans les délais requis	15	12	27	56	1
Le soin spécifique a été exécuté	19	13	32	59	1
Exécution du soin spécifique dans les délais requis	8	11	19	42	1
Le matériel est accessible	18	1	19	95	3
Les réactifs de laboratoire sont accessibles	22	5	27	81	3
Les médicaments sont accessibles	17	10	27	63	2
Les produits sanguins labiles sont accessibles	1	7	8	13	1
Les fiches de surveillance sont établies	0	18	18	0	1
Accessibilité organisationnelle	**157**	**88**	**245**	**64**	**22**

A travers ce tableau on note un score total de 22. L'accessibilité organisationnelle est d'un niveau acceptable.

4.2.4 Appréciation de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales selon l'accessibilité culturelle et géographique

Tableau XXIX: Appréciation de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales selon les sous dimensions accessibilité géographique et culturelle

Dimension / Critères de qualité	Réponses positives	Réponses négatives	Total réponses	%de réponses positives	Score
Accessibilité culturelle	**18**	**0**	**18**	**100**	**3**
la cliente externe ne connaît pas d'obstacle géographique pour arriver à l'hôpital	32	0	32	100	3
La cliente référée a bénéficié du transport par ambulance	11	10	21	52	1
Accessibilité géographique	**44**	**10**	**54**	**81**	**4**

Le tableau montre qu'il y avait une acceptabilité culturelle des SOU administrés à l'hôpital de zone de Comé. L'accessibilité culturelle était d'un bon niveau.

En ce qui concerne la sous dimension accessibilité géographique le score totalisé est de 4. L'accessibilité géographique est alors d'un niveau acceptable. Mais soulignons que 11 clientes externes sur les 21 référées admises à l'hôpital de zone de Comé ont bénéficié du transfert par ambulance.

4.2.5 Appréciation de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales selon l'accessibilité financière.

Tableau XXX: Appréciation de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales selon la sous dimension accessibilité financière.

Critères de qualité	Nombre de réponses positives	Nombre de réponses négatives	Nombre total de réponses	% de réponses positives	Score
Le coût des bilans est abordable	16	2	18	89	3
Le coût des actes est abordable	18	0	18	100	3
Le coût du transport est abordable	18	0	18	100	3
Le coût des médicaments est abordable	15	3	18	83	3
Accessibilité financière	**67**	**5**	**72**	**93**	**12**

L'accessibilité financière est jugée d'un bon niveau.

4.2.6 Appréciation de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales selon la dimension sécurité des soins

Le tableau n° XXXI si après décrit la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales selon la sécurité des soins à partir de 13 composantes.

Tableau XXXI: Appréciation de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales selon la dimension sécurité des soins

Critères de qualité	Nombre de réponses positives	Nombre de réponses négatives	Total de réponses	%de réponses positives	Score
L'agent est en blouse selon les normes	27	5	32	84	3
L'agent a porté le calot en salle d'accouchement	6	26	32	19	1
La salle d'examen est propre	24	8	32	75	2
L'agent lave les mains à l'eau et au savon selon les normes avant l'examen	3	29	32	9	1
L'agent lave les mains à l'eau et au savon après l'examen	32	0	32	100	3
L'agent utilise une serviette individuelle propre pour le séchage des mains	0	32	32	0	1
L'agent utilise des gants en latex non stérile pour l'examen de la cliente	32	0	32	100	3
L'agent utilise des gants en latex stérile pour les gestes invasifs	19	0	19	100	3
L'agent utilise du matériel stérilisé	19	0	19	100	3
La solution de décontamination est disponible	25	2	27	93	3
Il existe un tri des déchets à la production	25	2	27	93	3
L'agent décontamine les déchets liquides	8	19	27	30	1
L'agent décontamine le placenta avant élimination	2	14	16	13	1
Le matériel est trempé dans la solution de décontamination à la fin des soins	25	2	27	93	3
Les boites de sécurité sont utilisées selon les normes	22	5	27	93	3
Sécurité des soins	**269**	**144**	**413**	**65,1**	**34**

Le score totalisé est de 34 traduisant une sécurité des soins de niveau acceptable.

4.2.7 Appréciation de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales selon la dimension satisfaction des clientes externes et internes.

Tableau XXXII: Appréciation de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales selon la satisfaction des clientes externes.

Critères de qualité	Nombre de réponses positives	Nombre de réponses négatives	Total de réponses	% de réponses positives	Score
La cliente externe est satisfaite de l'accueil	15	3	18	83	3
La cliente externe est satisfaite de la disponibilité des soins	15	3	18	83	3
La cliente externe est satisfaite du confort durant l'hospitalisation	4	14	18	22	1
Satisfaction des clientes externe	**34**	**20**	**54**	**63**	**7**

Le score pour cette sous dimension de la qualité de la prise en charge est de 7. La satisfaction des clientes externes est jugée de niveau acceptable.

Tableau XXXIII: Appréciation de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales selon la satisfaction des clientes internes.

Critères de qualité	Réponses positives	Réponses négatives	Total réponses	% de réponses positives	Score
La cliente interne est satisfaite des conditions de travail	3	10	13	23	1
Satisfaction des clientes interne	**3**	**10**	**13**	**23**	**1**

Seulement 3 clientes internes sur 13 étaient satisfaites des conditions de travail. Le score ici est de 1. La satisfaction des clientes internes est jugée de bas niveau.

4.2.8 Appréciation de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales selon la dimension efficacité des soins.

Tableau XXXIV: Appréciation de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales selon l'efficacité des soins.

Evolution favorable	Nombre de réponses positives	Nombre de réponses négatives	Total de réponses	% de réponses positives	Score
Pour la femme	18	1	19	94,7	3
Pour le nouveau né	10	3	13	76,9	2
Total	**28**	**4**	**32**	**87,5**	**5**

Le score totalisé est de 5, l'efficacité des soins est de bon niveau.

4.2.9 Appréciation de la qualité globale de la prise en charge des urgences obstétricales selon les six dimensions de la qualité de l'étude

Tableau XXXV: Appréciation de la qualité globale de la prise en charge des urgences obstétricales selon les six dimensions de la qualité de l'étude

Dimensions de la qualité/ sous dimensions	Score maximum attendu	Scores obtenus
Relation interpersonnelle	27	14
Compétence technique	57	43
Accessibilité organisationnelle	33	22

Accessibilité culturelle	3	3
Accessibilité géographique	6	4
Accessibilité financière	12	12
Sécurité des soins	45	34
Satisfaction des clientes externes	9	7
Satisfaction des clientes internes	3	1
Efficacité des soins	6	5
Qualité globale de la prise en charge	**201**	**145**

Le score totalisé par l'ensemble des six dimensions réunies est dans l'intervalle de 121 à 160. La qualité globale est jugée de niveau acceptable.

V DISCUSSION

- **de la fiabilité et validité des résultats.**

Dans cette étude transversale non probabiliste, le choix exhaustif des clientes externes assure une couverture large des données qui mesurent la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales dans cette structure de soins. Le fait que la majorité des données collectées ait eu pour source les clientes externes renforce la validité des résultats. L'administration des questions en langue locale a dû introduire des biais d'information mais la technique d'observation participative utilisée permet de limiter ces biais d'information mais pourrait avoir une influence sur les comportements des agents et les délais d'exécution des gestes qui sauvent (tendance à améliorer les comportements).

- **de l'atteinte des objectifs de l'étude**

A travers les objectifs de l'étude et à l'issue de la collecte des données, les caractéristiques des clientes ont été décrites et les six dimensions de la qualité des soins à savoir la relation interpersonnelle, la compétence technique, l'accessibilité des soins, l'efficacité de la prise en charge, la satisfaction des clientes et la sécurité des soins ont été appréciées.

- **De la description des caractéristiques des clientes externes**

L'âge médian des clientes externes se rapproche de celui trouvé par AGUIDE, S. (Bria en 2008) où l'âge médian était de 25,5 ans (min 16 ; max 39) et de celui trouvé par OUEDRAOGO, C. (Ouagadougou en 2001) où l'âge moyen était de25, 5 ans. La même observation a été faite par PRUAL, A. en 2000 dans 6 pays de l'Afrique de l'Ouest.

Concernant le statut marital, notre résultat est proche de celui de PRUAL, A. en 2000 qui a observé que 6,7 % des femmes étaient des célibataires.

Quand au niveau d'instruction il y a une grande différence entre le résultat de l'étude et ceux de PRUAL, A. (46,8 % ne savaient ni lire ni écrire) et de SAÏZONOU, J. (46 % de non instruits). La différence pourrait s'expliquer par la taille relativement petite de l'échantillon mais aussi le fait que l'étude de PRUAL a été réalisée en communauté. Le résultat de l'étude est proche de celui observé par OUEDRAOGO, C. lorsqu'il a trouvé 57,2 % d'analphabète. Il est bien connu qu'il y a un lien entre l'état de santé et le niveau d'instruction mais paradoxalement ce lien a été inversé dans l'étude de OUEDRAOGO, C. où il trouvait que le taux de morbidité maternelle sévère augmente avec le niveau d'étude.

Chapitre 5 : DISCUSSION

La parité moyenne des femmes enquêtées est identique à celle observée dans l'étude de OUEDRAOGO, C. (2,1 accouchements). L'effectif des grandes multipares et nullipares est très inférieur à celui observé par PRUAL A. (40%).

- **De la description des conditions et moment d'admission**

La majorité des clientes externes ont a été référées d'un centre de santé de premier contact comme l'avait aussi retrouvé SAÏZONOU, J. où 74 % des clientes externes provenaient d'une structure de soins, ceci traduit une bonne utilisation des services de santé à la base. La totalité des référées reçues proviennent des structures publiques ; ceci témoigne d'une insuffisance de collaboration entre les structures privées de la zone sanitaire et l'hôpital de zone de Comé.

La majorité des clientes externes ont été admises pendant la matinée et dans la nuit comme l'avait constaté AGUIDE, S. où les clientes externes admises en ces moments représentaient 87,6 % des cas reçus. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que d'une part les agents de santé du niveau périphérique, décident de gérer les cas même ceux pour lesquels il y a une évidence de complication de peur d'être mal jugés par la communauté et d'autre part par le fait que les croyances culturelles aidant les clientes externes craignent l'œil malveillant et préfère attendre la tombé de la nuit pour demander les soins.

Les moyens de transport les plus utilisés par les clientes externes étaient les véhicules à deux roues comme l'indique l'étude de AGUIDE, S. (43,8 %) et l'ambulance peu utilisée par les référées. Cette situation est surprenante dans un contexte où le transport par ambulance est gratuit à l'intérieur de la zone sanitaire et l'on sait qu'une ambulance est positionnée dans chacune des 4 communes de la zone sanitaire pour faciliter l'accès aux soins dans les délais en cas d'urgence. Elle révèle une insuffisance d'organisation quant à l'utilisation de ces ambulances.

- **De la description des urgences obstétricales observées au cours de l'étude.**

Contrairement aux résultats de l'étude, les hémorragies sont les premières urgences obstétricales retrouvées par plusieurs auteurs (TOURE, B. et al à Abidjan en 2005 ; SAÏZONOU, J. au Bénin en 2003 ; PRUAL, A. dans 6 pays de l'Afrique de l'Ouest en 2000 et AGUIDE, S. La différence s'expliquerait par le fait que, les agents de santé des centres de la périphérie préfèreraient référer les cas d'hémorragie directement vers le Centre Hospitalier Départemental en raison des pénuries de produits sanguins labiles fréquentes à l'hôpital de zone de Comé. En effet sur les 8

cas qui devraient bénéficier d'une transfusion sanguine un seul a pu être transfusé et dans un délai de 2h 15 mn au-delà du délai requis.

- **De la gestion des urgences obstétricales.**

Les gestes d'urgence et soins spécifiques ont été administrés dans les délais requis, respectivement dans 61% et 42 à 45% des cas dans l'étude de SAÏZONOU, J. ce qui est proche des résultats de l'étude. Par contre dans l'étude de TOURE, B. la majorité des clientes ont connu un retard dans la prise en charge (84,6 % pour la formation sanitaire d'Abobo Sud et 90,9 % au CHU de Cocody). L'étude de AGUIDE, S. à Bria avait trouvé respectivement 43,8 % et 37,5 %. Les délais de prise en charge étaient relativement plus longs dans l'étude de TOURE, B. par rapport à l'hôpital de zone de Comé. Les raisons évoquées par l'auteur sont : le faible pouvoir d'achat des usagers, la rupture fréquente en médicaments et produits sanguins et l'insuffisance de personnel qui fait les gardes à domicile contrairement à Comé où il s'agit de la garde debout, ce qui est déjà un avantage non négligeable. Notons qu'à Comé comme au CHU de Cocody, il n'y a qu'un seul bloc d'où des retards de prise en charge en cas d'occupation du bloc comme nous l'avons constaté pour deux clientes externes dans l'étude.

De nombreux dysfonctionnements ont été observés dans le suivi des cas. En effet après la levée de l'urgence, la prise des constantes n'était pas régulière, voire absente pendant 24h. Il se pose ici un véritable problème de surveillance des cas. Le même constat a été fait par TOURE, B. Ce comportement des agents de santé pourrait s'expliquer par l'absence de motivation en rapport probablement avec la non satisfaction des conditions de travail.

- **De l'appréciation de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales selon les six dimensions de la qualité.**

Relation interpersonnelle

A propos des relations interpersonnelles, des efforts importants restent à faire. En effet il y a de profondes insuffisances dans la communication verbale, gestuelle des clientes internes avec les clientes externes. Un défaut d'empathie envers la cliente externe est aussi noté dans nos observations. La réalité est que dans la pratique, la cliente interne se place en position de force et estime que la cliente externe doit subir et obéir sans manifester sa volonté. Autant de comportements qui sont contraires à l'approche qualité centrée sur le patient, compromettant ainsi la marche vers l'alliance thérapeutique utile à la prise en charge de tout client en situation de demande de soins (FORESA 2003). C'est dire que les prestataires de cette unité adoptent une

approche purement médicale ou clinique qui ignore le patient en tant que personne capable de décider. Il est possible de penser que la situation d'urgence explique cette approche des prestataires ; mais pour promouvoir l'approche qualité centrée sur le client, il faut l'appliquer devant tout client et dans toutes les situations de soins afin de découvrir son pouvoir transformateur du cercle vicieux des soins en cercle vertueux qui donne lieu à une parfaite alliance entre les clients internes et externes. Les retombées pour les deux parties sont immenses : efficacité des soins, estime de soi et large reconnaissance sociale pour le prestataire ; et pour le client externe, guérison, estime de soi pour sa participation aux soins et confiance totale en son soignant.

Compétence technique

Les critères en cause ici, ce sont essentiellement l'insuffisance de formation continue en SOU, l'insuffisance de supervision, l'absence d'organisation de staff et la non utilisation des protocoles de soins disponibles. L'étude de NGUEMBI, E. (Bangui 2004) précise que les formations n'étaient plus faites depuis plus de 5 ans. FOUEDJIO, J.H. (Yaoundé en 2009) a également trouvé que 60,7% des prestataires de soins en gynécologie obstétrique n'avaient jamais reçu de formation sur les SOU. Il se pose ici un problème de programmation des formations en SOU au niveau des structures hospitalières alors qu'on note une répétition des formation pour certaines maladies infectieuses bien que la morbidité maternelle reste un fléau dans les pays en voie de développement. Dans le contexte du Bénin, il se pose le problème de cadre formel de supervision des agents dans les hôpitaux clarifiant les outils et les modalités de supervision.

Accessibilité organisationnelle

L'accessibilité organisationnelle insuffisante observée est le plus important déficit de l'appréciation de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales à l'hôpital de zone de Comé. Les corollaires de l'insuffisance des conditions de travail sont visibles dans l'analyse de cette sous-dimension: le délai d'exécution des gestes d'urgence non respecté, la non exécution de tous les soins spécifiques, le non respect du délai d'exécution des soins spécifiques, l'inaccessibilité des médicaments nécessaires pour les soins, l'inaccessibilité des produits sanguins labiles. Les mêmes observations ont été faites par SAÏZONOU, J. au Bénin en 2003 et TOURE, B. en Côte d'Ivoire en 20005.

En outre, les fiches de surveillance n'ont été établies dans aucun cas et les constantes n'étaient pas prises régulièrement au cours de l'hospitalisation. TOURE, B. avait observé des dysfonctionnements dans le suivi des soins en hospitalisation.

Cette étude retient comme explication :

- des cas de la non exécution des soins spécifiques : l'inaccessibilité de l'anesthésiste de garde (4 cas sur 13), le défaut de champs opératoires (1), le défaut du bilan minimum du fait de la grève des techniciens de laboratoire (3), défaut de sang pour transfusion (6 cas sur 7), l'absence de personnel qualifié (2 cas).

- pour la non réalisation des soins spécifiques dans les délais : l'absence de l'anesthésiste (4 cas sur 11), l'occupation du bloc par la chirurgie (2 cas sur 11), défaut de champs opératoires stériles (1cas), l'inaccessibilité des médicaments (2 cas), la lenteur et la mauvaise évaluation de l'alerte (2 cas).

En plus, au cours de la période de l'étude, la pharmacie de l'hôpital de zone de Comé a connu une rupture de stock de certains produits et consommables (perfuseur, clonidine).

Il apparaît qu'il y a une insuffisance réelle dans l'organisation des SOU aux clientes externes qui s'explique encore une fois par les conditions de travail des prestataires. En lisant le détail des déficits notés, on peut remarquer des problèmes de réactivité dans la gestion des stocks, de maîtrise et de discipline des prestataires, de planning au bloc, de recherche de solution alternative garantissant la continuité des services en cas de grève des agents. En plus, pendant la période de collecte des données, il n'a jamais été fait cas d'une sanction à l'égard des acteurs responsables des déficits notés ci-dessus.

Accessibilités géographique, culturelle et financière

Selon ces sous dimensions la cliente externe était très peu contraignante pour la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales. L'accès géographique était bon et l'accès culturel bon. La bonne accessibilité financière est le fait des conditions de gratuité en cours (subvention des dépenses de la cliente externe liées à la césarienne, les soins payés à 100% par le projet STOPPAM à certaines clientes externes, et la prise en charge totale des indigents par les fonds de l'Etat et la contribution du projet PAZS Comé de la CTB). TALANI, P. (2007 Congo) avait

observé que 91,3% des clientes externes avaient jugé les tarifs des soins abordables ceci dans le cadre de la mise en œuvre du plan national de développement socio-sanitaire.

La faible utilisation de l'ambulance (52%) par les utilisatrices des SOU sur la période réduit l'accès géographique. Sachant que dans la zone sanitaire de Comé, le transport de malade par l'ambulance est gratuit au sein de la zone, et qu'il y a une ambulance positionnée dans chacune des quatre communes et que l'ambulance de l'hôpital en panne a été provisoirement remplacée par la deuxième ambulance de l'une des communes, la situation n'est explicable que par l'inefficacité de l'organisation du transport.

Sécurité des soins

Le niveau de sécurité des soins est acceptable donc il existe une insuffisance en matière de sécurité des soins. Les critères les plus en cause sont : le non respect du port de calot en salle d'accouchement, l'insuffisance de propreté en salle de petite chirurgie, le non lavage des mains avant l'examen de la cliente externe et l'absence de décontamination du placenta et des déchets liquides avant leur élimination. La non décontamination des déchets biomédicaux serait liée à la non disponibilité de la solution de décontamination. Il y a un lien technique entre formation, conditions matérielles et pratiques conformes de soins. Les clientes internes ne seront responsables du déficit de qualité dans leur pratique professionnelle que si les deux premières conditions sont satisfaites par l'autorité gestionnaire de la structure de soins. La situation de sécurité des soins notée dans cette unité de soins est préoccupante, lorsqu'on considère le contexte de la pandémie du VIH/SIDA dans lequel les soins sont délivrés. Les victimes de la situation sont les pauvres populations et les clientes internes.

Satisfaction des clientes externes.

Le niveau de satisfaction des clientes externes est bon mais la grande insuffisance c'est le confort durant l'hospitalisation. Les raisons souvent évoquées sont : la non aération des salles, la non disponibilité de moustiquaire au lit des clientes externes, la non disponibilité de salle de catégorie pour limiter les perturbations liées aux visiteurs des autres clientes hospitalisées. La non satisfaction des clientes externes a été observée dans 74,2% des cas dans l'étude de GBANGBADE, S. (Bénin 2009), mais pour un déficit de prise en charge contre 78% dans cette

étude concernant le confort durant l'hospitalisation. Il faut reconnaître que les clientes externes sont vues en situation d'urgence et que l'essentiel pour elle, est peut-être la vie qui est sauvée, elles se mettront dans une position de reconnaissance envers la cliente interne donc ne voudront pas l'accuser quand à l'accueil et la disponibilité des soins. Ces quelques cas de non satisfaction traduisent la réalité des choses lorsque l'on considère les comportements peu désirables de certaines clientes internes du service comme une accompagnante a eu à le relater au cours de nos entretiens et que nous avons aussi observés.

Satisfaction des clientes internes.

Les clientes internes ne sont pas satisfaites des conditions de travail (10 agents sur 13). Les raisons évoquées sont : la non disponibilité de matériel pour aspiration manuelle intra utérine (AMIU), l'insuffisance de consommables et produits d'entretien, l'usure du matériel disponible ou des boîtes incomplètes, les ruptures de stock en médicaments, l'insuffisance de formation, l'exiguïté de la salle de garde, le non éclairage des couloirs, l'irrégularité de la vidange des puisards qui dégagent des odeurs dans les salles de garde, la non climatisation des locaux des prestataires (salle de garde et bureau). Le problème de matériel et d'équipement a été souligné dans l'étude de NGUEMBI, E. (Bangui 2004). La même étude précise que les formations continues en SOU n'étaient plus faites depuis plus de 5ans. FOUEDJIO, J.H. (Yaoundé en 2009) a également trouvé que 60,7% des prestataires de soins en gynécologie obstétrique n'avaient jamais reçu de formation sur les SOU. Ce résultat de non satisfaction a été observé par plusieurs auteurs : DIAKITE, H. au Bénin en 1999 en rapport avec le style de direction, COULIBALY, Y. au Bénin en 2009 en rapport avec l'absence de supervision, l'absence de motivation, le niveau de communication avec la direction de l'hôpital et les besoins en matériel et consommables. Les conditions de travail étant une dimension capitale pour l'atteinte de la qualité des SOU ; en effet, dans l'approche qualité centrée sur le client externe, le client interne mérite d'être pris en compte comme personne à part entière selon son identité culturelle, ses besoins et attentes, ses motivations. Cet aspect est important et expliquerait sur ce site le comportement peu favorable des clientes internes dans la composante relation interpersonnelle. Maintenir les clientes internes dans des conditions de travail satisfaisantes, c'est aussi garantir des soins efficaces et la satisfaction des clientes externes.

Efficacité des soins

Le niveau d'efficacité des soins est jugé bon. En effet l'évolution a été favorable dans 87,5 % des cas. Nous n'avons pas observé des cas de surinfection des plaies opératoires ni d'autres tableaux cliniques postérieurs au problème pour lequel la cliente externe a été admise, mais le nombre de mort né est élevé. Cette évolution favorable pour la mère montre l'efficacité des soins qu'il faudra certainement renforcer par la formation/recyclage. Ce résultat est comparable à celui observé par DADJOARI, M. au Bénin en 2003 dans la sous-préfecture de Comé actuelle commune de Comé mais dans le cadre des soins curatifs. Quant à l'évolution chez le nouveau né elle pourrait s'expliquer par l'état maternel à l'admission. Ce résultat va dans le même sens que celui observé par BICABA, I. au Burkina Faso en 2008 où la mortinatalité était de 72,4 ‰ dans les centres dispensateurs de SOUC. Les mêmes observations ont été faites par SAÏZONOU, J. en 2006 où 28 % des femmes reçues dans un état d'extrême gravité avaient perdu leurs bébés.

- **De l'appréciation de la qualité globale de la prise en charge des urgences obstétricales**.

En somme, le niveau acceptable de qualité global noté s'expliquerait surtout par l'insuffisance organisationnelle et les conditions de travail des clientes internes qui apparaissent comme les insuffisances de fond dans l'appréciation de la qualité globale de cette étude. Les niveaux insuffisants de relations interpersonnelles, de satisfaction des clientes et de sécurité des soins semblent être des corollaires des conditions de travail et de l'organisation des soins.

L'organisation efficace des soins et l'amélioration des conditions de travail des agents resteront les solutions majeures à promouvoir pour une meilleure qualité globale de la prise en charge des urgences obstétricales à l'hôpital de zone de Comé.

CONCLUSION

CONCLUSION

La prise de conscience du niveau de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales est un élément majeur de l'identification des forces et faiblesses de la structure de soins. Cette étude révèle que les dystocies sont les premières urgences obstétricales reçues et traités à l'hôpital de zone de Comé et ceci dans un contexte de pénurie fréquente de produits sanguins. De l'appréciation des six dimensions de la qualité de la prise en charge des urgences retenues dans l'étude il ressort que : le niveau est bon pour l'accessibilité financière, culturelle, l'efficacité des soins ; il est acceptable pour les dimensions compétence technique, accessibilité organisationnelle, géographique, sécurité des soins et satisfaction des clientes externes. Par contre le niveau est bas pour les dimensions relations interpersonnelles et satisfaction des clientes internes. La qualité globale est acceptable. Les facteurs souvent en causes dans les insuffisances notées sont : l'organisation des services, les conditions de travail des clientes internes, l'accessibilité du personnel qualifié en temps réel, l'insuffisance de formation et les conditions d'hospitalisation. L'opportunité des ressources du projet d'appui à la zone sanitaire de Comé doit être saisie pour des initiatives soutenues afin de garantir des SOU de qualité, notamment sur l'accessibilité organisationnelle, les conditions de travail des clientes internes et la satisfaction des clientes externes.

SUGGESTIONS

SUGGESTIONS

Dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales à l'hôpital de zone de Comé et tenant compte des résultats de la présente étude les suggestions suivantes sont formulées :

A l'endroit du Ministre de la Santé et du Directeur Départemental de la Santé du Mono/Couffo

- renouveler le matériel et les équipements nécessaires pour la prise en charge des urgences obstétricales à l'hôpital de zone de Comé ;
- compléter le matériel et les équipements nécessaires pour la prise en charge des urgences obstétricales à l'hôpital de zone de Comé ;
- institutionnaliser et rendre fonctionnelle la supervision trimestrielle des prestataires des hôpitaux de zone (guide de supervision dans les hôpitaux, équipes compétentes, ressources financières) ;
- rendre fonctionnel le second bloc opératoire en complétant le matériel et les équipements nécessaires;

A l'endroit du responsable du PAZS Comé et du coordonnateur de la zone sanitaire de Comé

- faire un diagnostic participatif de l'utilisation des ambulances en vue de la rendre plus efficace ;
- organiser des séances de formation/recyclage du personnel de la maternité sur la prise en charge des urgences obstétricales;
- faire la promotion de l'approche d'amélioration de la qualité centrée sur le patient au niveau de l'hôpital;
- poursuivre les efforts d'organisation des audits cliniques et paracliniques pour une autoévaluation des pratiques professionnelles ;
- organiser une retraite au profit du personnel de l'hôpital pour la définition des conditions de travail optimales à l'hôpital de zone de Comé ;
- renforcer la politique de disponibilité des produits sanguins.

A l'endroit du directeur de l'hôpital de zone de Comé

- renforcer le fonctionnement des cercles de qualité mis en place par service ;
- veiller à la discipline dans le respect des tours de garde et des heures de service ;
- mettre en place un système de gestion efficace des médicaments et spécifiquement ceux qui sont essentiels à la prise en charge des urgences obstétricales ;
- développer un mécanisme de surveillance des malades hospitalisés dans les différents services de l'hôpital ;
- assurer le renouvellement progressif du petit matériel de la maternité au fur et à mesure de leur usure.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Agbo Houénou, Y. (2007). Rôle de la recherche dans la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale en Afrique de l'Ouest et du centre. *Présenté au Symposium de réflexion et d'échanges sur le dialogue entre chercheurs et décideurs dans le domaine de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Bénin. Cotonou, 16 et 17 janvier 2007.*

Aguide, S. (2008). *Evaluation de la qualité de la prise en charge des complications obstétricales directes en milieu rural centrafricain : cas de la maternité chirurgicale de Bria,* mémoire de Master en Population et Santé, ISSP de Ouagadougou, 52p.

Averting Maternal Death and Disability Program. (2005). *Amélioration de la qualité des soins obstétricaux d'urgence : guide destiné aux responsables de services d'urgences obstétricales*, Columbia University,Mailman School of Public Health, 91p.

Averting Maternal Death and Disability Program. (2005). *Amélioration de la qualité des soins obstétricaux d'urgence : recueil d'outils*, Columbia University,Mailman School of Public Health, 108p.

Bicaba, I. (2008). *Evaluation de l'offre et de l'utilisation des soins obstétricaux d'urgence dans le district sanitaire de Koupela,* mémoire de maîtrise en administration sanitaire et santé publique, Institut National d'Administration Sanitaire Centre collaborateur de l'OMS au Maroc, 83p.

Bohoussou, K. P. E. (2005). *Pronostic des péritonites post-abortum : à propos de 34 cas colligés aux urgences de gynécologie et obstétrique du CHU de Treichville*, thèse de doctorat en Sciences Médicales, UFR des Sciences Médicales, Abidjan, Côte d'Ivoire, 53p.

Corlien,V.M. Pathamanathan, I. Brownlee, A. (1993). Elaboration et mise en œuvre des programmes de recherche sur les systèmes de santé. CRDI : P 15-165.

Dandjoari, M. (2003). *Etude de la qualité des soins curatifs au centre de santé de sous préfecture de Comé*, mémoire de maîtrise en Santé Publique, IRSP de Ouidah, 78p.

Diakité, H. (1999). *Etude de la qualité des soins curatifs au centre de santé du chef lieu de la sous préfecture de Torri Bossito*, mémoire de maîtrise en Santé Publique, IRSP de Ouidah, 60p.

Fouedjio, J. H. Fouelifack, Y. F. Leke, R. J. I. (2009). Connaissances en urgences obstétricales du personnel paramédical des hôpitaux de district et des centres de santé de Yaoundé. *Médecine d'Afrique Noire*, (5609), 472-476.

Fourn, L. Takpara, I. Mbainadjiel, B.S. (2004). Visites prénatals et issues défavorables de grossesse dans une maternité urbaine de Cotonou (Bénin). *Médecine d'Afrique Noire.* 51(7).

Fourn,L. Lokossou, T. Fayomi, B. Yacoubou,M. (2000). Mortalité maternelle évitable en milieu hospitalier au Bénin. *Médecine d'Afrique noire*, 47 (1),23-26.

Gbangbadé, S.R. Konfé, S. Drabo, K. M. (2009). Evaluation de la qualité de la prise en charge des patients référés à l'hôpital de zone de Savalou-Banté- en République du Bénin. *Médecine d'Afrique Noire*, (5603), 137-142.

INSAE. (1997). *Enquête Démographique et de Santé I-Bénin 1996*. Cotonou, 191p.

INSAE. (2002). *Enquête Démographique et de Santé II-Bénin 2001*. Cotonou, 252p.

INSAE. (2007). *Enquête Démographique et de Santé III-Bénin 2006*. Cotonou, 326p.

Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for 21st century*, Washington DC: National Academy Press.

IRDES. (2008). *La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer,* Zeynep Or.

Maine, D. Murat, ZA. Victoria, MW. Angela, K. (1997). La conception et l'évaluation des programme de prévention de la mortalité maternelle : centre de santé des populations et de la famille, Ecole de Santé Publique Université Columbia, 187p.

Meda, N., (2006). La réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales par les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) : quelle est l'évidence scientifique. *Communication présentée dans le cadre du projet IMMPACT Burkina.* Centre MURAZ Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

Ministère de la Santé. (2007). *Annuaire des Statistiques Sanitaire du Bénin année 2006.*DPP/MS, Cotonou.

Ministère de la Santé du Bénin. (2006). *Protocoles des services de santé familiale.* Ministère de la Santé, OMS, USAID, UNICEF, UNFPA.

Nguembi, E. Yanza, M.C. Sepou, A. Yabéta,G. Nali, M.N. (2004). Prise en charge et référence des urgences obstétricales dans les formations sanitaires de Bangui. *Médecine d'Afrique Noire*, 51(6), 339-344.

OMS. (1999). Réduire la mortalité maternelle : déclaration commune OMS/ UNFPA/ UNICEF/ Banque Mondiale, 45p.

OMS. (2003). La mortalité maternelle est beaucoup plus élevée dans les pays en développement. Communiqué de presse, 2p.

OMS. (2004). Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : guide destiné à la sage femme et au médecin. Département santé et recherche génésique ; 436p.

OMS/ AFRO. (2003). Activité de l'OMS dans la région africaine 2002. Rapport biennal du Directeur Régional.

Ouédraogo, C. Testa, J. Sondo, B. Kone, B. (2001). Analyse des facteurs de risque de morbidité maternelle sévère à Ouagadougou, Burkina Faso. *Médecine d'Afrique Noire*, 48 (10), 403-410.

Prual A. (2004). La réduction de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement : théorie et pratique, 64 (6) :569-75.

Prual, A. Bouvier-Colle, M. H. de Bernis, L. Bréart, G. (2000). Morbidité maternelle grave par causes obstétricales directes en Afrique de l'Ouest : incidence et létalité. *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, 78 (5), 593-602.

Rabenasolo, H. Raobijaona, H. Rasolo-Fondraibe, A. (2006). Near miss : épidémiologie et prise en charge, 100 cas vus au CHU de Tananarive. *Médecine d'Afrique Noire*,56(11),624-629.

Saïzonou, J. De Brouwere, V. Vangeenderhuysen, C. Dramaix-Wilmet, M. Buekens, P. Durjadin, B. (2006). Audit de la qualité de la prise en charge des « échappées belles » (near miss) dans les maternités de référence du Sud Bénin. *Cahier de santé*, 16 (1), 33-42.

Saïzonou, J. Fourn, L. Leynen, F. Martiny, P. Dujardin, B. (2005). Etude comparative de la qualité de la prise en charge des ' échappées belle' dans les maternités de référence au Bénin. *Archives of public health. ISSN* 0778-7367, 63(2), 85-105.

Saïzonou, J. Godin, I. Ouendo, E. M. Zerbo, R. Dujardin, B. (2006). La qualité de prise en charge des urgencies obstétricales dans les maternities de reference au Bénin: le point de vue des "Echappées Belles" et leurs attentes. *Tropical medicine and international health, ISSN* 1360-2276, 11 (5), 672-680.

Sima Zue, A. (2003). Les urgences chirurgicales au CHU de Libreville. *Annales française d'anesthésie et de réanimation,* 22(3),189-195.

Talani, P. Bitemo, M. Moyen, G. (2008). Accessibilité aux services et aux soins dans l'aire de santé du centre de santé de Mindouli. *Médecine d'Afrique Noire*, (5502), 75-78.

Touré, B. Koffi, N.M. Gohou, V. Dagnan, S. Diarra-Nama, A.J. (2005). Identification des dysfonctionnements dans la prise en charge de la morbidité maternelle grave à Abidjan. *Santé publique*, 1 (51), 135-144.

UNFPA. (2002). La mortalité maternelle. Les soins obstétricaux d'urgence en point de mire. 44p

UNFPA. (2004). Etat de la population mondiale 2004. Santé maternelle. Le consensus du Caire, dix ans après. 115p

Université Libre de Bruxelles Projet FORESA 1-IRSP. (2003). Note de cours sur l'approche d'amélioration de la qualité centrée sur le patient.

USAID. (2006). *Directives pour l'évaluation des prestataires compétents après leur formation en soins de santé maternelle et néonatale*, Maternal and Neonatal Health. Baltimore.155p.

ANNEXES

ANNEXES

Annexe 1 : PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES URGENCES OBSTETRICALES

PRISE EN CHARGE DE L'AVORTEMENT

ACCUEILLIR LA GESTANTE

- saluer, souhaiter la bienvenue ;
- mettre en confiance ;
- installer ;

INTERROGATOIRE

- recueillir les informations générales (nom, prénoms, âge, profession, adresse, statut matrimonial) ;
- demander le motif d'admission (douleurs, saignements, perte de liquide ;
- demander l'âge de la grossesse, circonstances de survenue de l'avortement (spontanée ou provoqué) ;
- demander les antécédents médicaux (HTA, diabète, drépanocytose, ...) ;
- demander les antécédents obstétricaux : gestité, parité ;
- demander les antécédents gynécologiques : métrorragies, fausses couches à répétition et terme, curetage ;
- rechercher des signes d'accompagnement : fièvre, troubles digestifs, écoulement vaginal fétide.

EXAMEN PHYSIQUE

- Examen général
  - apprécier la coloration des muqueuses et téguments ;
  - prendre le pouls, la tension artérielle et la température ;
  - apprécier l'état de conscience ;

- Examen obstétrical
    - apprécier l'utérus, sa consistance, et la hauteur ;
    - vérifier le col au spéculum (aspect traumatique, provenance de l'écoulement de sang, présence de débris ovulaires ou placentaires), rechercher d'éventuelles lésions vaginales ;
    - apprécier la longueur du col, le degré d'ouverture (perméable à un doigt, deux doigt ou dilaté) ;
    - vérifier les pertes ramenées : odeur, couleur, débris ;
    - perception ou non d'une partie de l'œuf ;
    - rechercher une masse latéro-utérine pour éliminer une grossesse extra utérine ;

- examen de l'abdomen

Palper l'abdomen à la recherche du cri de l'ombilic (grossesse extra utérine, ou perforation utérine par manœuvres endo – utérines) ;

- faire des gestes immédiats pour éliminer autres diagnostics
    - ponction du Douglas ;
    - ponction transabdominale pour diagnostiquer une grossesse extra utérine rompue , un hémopéritoine suite à des manœuvres endo-utérines ;

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- groupage sanguin ;
- rhésus ;
- taux d'hémoglobine, numération blanche, hématocrite ;
- goute épaisse densité parasitaire ;
- examen cytobactériologique des urines ;

TRAITEMENT

Terme inférieur à 12 semaines

- col fermé : aspiration manuelle intra-utérine ;
- col ouvert : perméable à deux doigts, faire un curetage ou un curage digital ;
- si curetage administrer des oestroprogestatifs ;
- si fièvre : antibiothérapie et traitement antipalustre.

Terme supérieur à 12 semaines

- col fermé : ajuster le traitement ;
- col ouvert à deux doigts : curage digital ;
- traitement de supplémentation en fer et acide folique ;
- administration de sérum et vaccin antitétaniques ;
- transfuser en cas de nécessité ;
- antibiothérapie éventuelle ;
- si gestante rhésus négatif, faire 1 ampoule de gammaglobulines anti-D ;
- pratiquer une laparotomie s'il y a des signes de perforation.

FAIRE LE SUIVI

PRISE EN CHARGE DE LA PRE ECLAMPSIE

ACCUEIL ET INSTALLATION DE LA CLIENTE

INTERROGATOIRE

- demander le motif de consultation (maux de tête rebelles au traitement, bourdonnements d'oreilles, troubles de la vue, douleurs épigastriques, trouble de la conscience);
- demander les antécédents personnels et familiaux d'HTA ou de crises convulsives ;
- s'enquérir des circonstances de survenue de l'HTA ;

- s'enquérir de l'évolution de la grossesse en cours ;
- faire préciser les habitudes alimentaires, les tabous et les interdits alimentaires ;

FAIRE L'EXAMEN PHYSIQUE

- faire l'examen général
  - prendre le poids, la taille, la tension artérielle, la température ;
  - évaluer l'état de conscience ;
  - rechercher les œdèmes au niveau des pieds, des mains et du visage ;
  - apprécier la coloration des muqueuses et des téguments ;
  - palper l'abdomen (foie, rate, reins) ;
  - rechercher la douleur des points urétéraux ;
- faire l'examen obstétrical
  - mesurer la hauteur utérine pour évaluer l'âge de la grossesse ;
  - palper l'utérus pour identifier la position, la présentation ;
  - ausculter les bruits du cœur fœtal ;
  - faire le toucher vaginal pour apprécier le col et le bassin.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- groupage sanguin rhésus ;
- albumine et sucre dans les urines ;
- numération formule sanguine complète ;
- ionogramme sanguin, uricémie, créatininémie
- taux de prothrombine ;
- examen cytobactériologique des urines et antibiogramme ;
- échographie obstétricale (score de manning) ;

- électrocardiogramme ;
- fond d'œil..

INSTAURER LE TRAITEMENT

Si tension artérielle inférieure à 16/10 cmHg

- Faire le traitement médical :
  - interdire le régime sans sel ;
  - prescrire le repos au lit en décubitus latéral gauche ;
  - recommander une bonne hygiène de vie ;
  - donner du diazépam 5mg 2 fois par jour ;
  - donner Alpha méthyl Dopa 500 mg 2 fois par jour jusqu'à ce que la tension soit normale ;
  - donner ¼ comprimé d'aspirine de 500 mg tous les jours jusqu'à 7 mois et demi de grossesse ;
- Faire le traitement obstétrical
- si terme dépasse 37 semaines d'aménorrhée
- déclencher l'accouchement si le bishop est favorable
- si bishop défavorable, procéder à une maturation du col (prostaglandines).

Si tension artérielle supérieure à 16/10 cmHg

- hospitaliser ;
- faire le traitement médical
  - prescrire le repos strict au lit en décubitus latéral gauche ;
  - donner du diazépam 5 mg 3 fois par jour ;
  - donner de l'alpha méthyl dopa ou clonidine à dose suffisante de façon à ce que la tension ne baisse pas trop rapidement ;

- surveiller la femme (tension artérielle, diurèse, état de conscience) ;
- surveiller le fœtus (hauteur utérine, bruits du cœur) ;

- faire le traitement obstétrical
  - si grossesse entre 28 et 34 semaines : essayer d'atteindre 34 semaines et faire la césarienne ;
  - si terme supérieur à 34 semaines avec une tension artérielle difficile à contrôler et bishop favorable, faire un déclenchement ; si bishop défavorable faire une césarienne.

FAIRE LE SUIVI

PRISE EN CHARGE DE L'ECLAMPSIE

ACCUEIL ET INSTALLATION DE LA CLIENTE

INTERROGATOIRE

- Recueillir nom, prénom, âge ;
- Motif d'admission (crises convulsives suivies de coma) ;
- Demander les circonstances de survenue ;
- Demander les antécédents personnels médicaux (HTA, diabète, épilepsie ...) gynécologiques et obstétricaux (gestité, parité, crises convulsives au cours des grossesses antérieures) ;

EXAMEN PHYSIQUE

- Apprécier l'état de conscience ;
- Examiner les muqueuses, et téguments ;
- Rechercher les œdèmes ;
- Prendre la tension artérielle, la température et le pouls ;
- Ausculter le cœur fœtal ;

- Faire un examen obstétrical rapide pour diagnostiquer un travail d'accouchement (palpation de l'utérus, mesure de la hauteur utérine, auscultation des bruits du cœur fœtal) ;
- Examen neurologique pour évaluer le score de Glasgow ;
- Recherche d'une morsure de la langue.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- Groupage sanguin rhésus ;
- Taux d'hémoglobine ;
- Glycémie ;
- Ionogramme sanguin ;
- Uricémie, créatininémie, électrocardiogramme, taux de plaquette, taux de prothrombine, échographie obstétricale ;

INSTAURER LE TRAITEMENT

- libérer les voies aériennes supérieures ;
- mettre la patiente en décubitus latéral gauche, ne jamais la laisser seule ;
- mettre la tête en hyper extension ;
- mettre une canule de Guedel ;
- prendre un abord veineux au cathéter G18 et Ringer Lactate en perfusion ;
- faire diazépam 10mg en intra veineuse lentement ;
- faire clonidine (catapresan) 1ampoule en intramusculaire (IM) ou en sous cutané (SC) toutes les 8 heures si tension artérielle $\geq$ 15/9 cm de mercure ;
- mettre une sonde urinaire à demeure + poche à urine ;
- remplir une feuille de surveillance (pouls, tension artérielle, température, fréquence respiratoire, diurèse horaire) ;

- faire du phénobarbital (gardénal) 1 ampoule de 200mg en IM ;
- faire une oxygénothérapie ;
- faire la révision utérine s'il s'agit d'une accouchée;
- envisager une césarienne si crises persistantes ;
- avertir les parents.

FAIRE LE SUIVI

- Counseling des parents et de la patiente ;
- Consultation cardiologique, neurologique, ophtalmologique pour la femme et pédiatrique pour le nouveau né.

HEMORRAGIES PENDANT LE TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT

ACCUEILLIR LA GESTANTE

- saluer la gestante ;
- installer la gestante ;
- rassurer pour la confidentialité ;

MENER L'INTERROGATOIRE

- recueillir nom, prénoms, âge, adresse, état matrimonial ;
- demander le motif de la consultation (saignements vaginaux, contractions utérines douloureuses, autres douleurs) ;
- demander le terme de la grossesse (date des dernières règles) et les circonstances de survenue (spontanées ou après traumatisme);
- demander les antécédents médicaux, obstétricaux et l'évolution de la grossesse ;
- informer les parents sur la gravité de la maladie ;

FAIRE L'EXAMEN PHYSIQUE

- examen général : pouls, tension artérielle, température, coloration des muqueuses et téguments ;
- examen obstétrical rapide
    - apprécier l'utérus : tendu (hémorragie rétro-placentaire), souple (placenta praevia), rétracté avec fœtus à fleur de peau (rupture utérine) ;
    - faire le toucher vaginal pour apprécier le col, la poche des eaux et l'existence d'une languette placentaire ou d'une masse placentaire ;

FAIRE LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- prélèvement sanguin pour groupage sanguin rhésus, taux d'hémoglobine, hématocrite en urgence ;

INSTAURER LE TRAITEMENT

- prendre un abord veineux au cathéter et placer des grosses molécules (dextran) ;
- prévoir du sang ;
- renforcement de la surveillance du travail et du fœtus ;

TRAITEMENT ETIOLOGIQUE

Placenta praevia

Latéral ou marginal : faire la rupture artificielle des membranes ;

Si l'hémorragie s'arrête et bruits du cœur fœtal bons faire l'accouchement par voie basse ;

Hémorragique : Faire la césarienne ;

Décollement prématuré du placenta normalement inséré

- péthidine 100mg en IM ;
- rupture artificielle des membranes ;
- perfusion d'ocytocine (5ui dans 500cc de sérum glucosé isotonique) ;
- surveiller le travail ;

- prévoir du sang et du plasma ;

Rupture utérine

- transfusion ;
- laparotomie d'urgence ;
- réanimation ;
- antibiothérapie énergique ;

PRISE EN CHARGE DES HEMORRAGIES DU POST-PARTUM

HEMORRAGIE DU POST-PARTUM IMMEDIAT (HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE)

1er cas : la femme vient d'accoucher à l'hôpital ou est référée ou a accouché à domicile

- prendre un abord veineux ;
- si le placenta n'est pas expulsé au bout de 30 mn faire une délivrance artificielle suivie de révision utérine ;
    - vérifier l'intégrité du segment inférieur (s'il est rompu conclure à une rupture utérine et faire la laparotomie) ;
    - examiner le placenta pour vérifier son intégrité et l'absence de cotylédons aberrants ;
    - si placenta incomplet refaire la révision utérine pour s'assurer de la vacuité utérine ;
    - dès qu'on est sûr de la vacuité utérine, administrer des utéro toniques et antibiotiques ;
- si hémorragie malgré expulsion du placenta et révision utérine
    - abord veineux, groupage sanguin rhésus ;
    - examen sous valve pour vérifier l'intégrité du col et du vagin ;

- examen de la vulve et du périné pour vérifier l'intégrité du clitoris, des petites et grandes lèvres et du périné ;
- suturer tout ce qui est lésé, saigne ou susceptible de saigner lésions ;

- si saignement persiste
  - masser l'utérus ;
  - mettre un sac de sable sur le fond utérin ;
  - transfusion ;
- si délivrance artificielle impossible ou partielle : faire hystérectomie d'hémostase ;
- si rupture utérine, tenir compte de la durée depuis la rupture en vue d'apprécier la possibilité de faire une suture simple ou une hystérectomie
- si hémorragie excessive et/ou persistante après délivrance artificielle et révision utérine, penser à un trouble de la coagulation (sang fluide, avec ou sans caillots)
  - faire NFS, plaquettes, temps de saignement, temps de coagulation ;
  - pose d'une perfusion de 10ui d'ocytocine dans 500cc de sérum glucosé isotonique ;
  - faire 5ui d'ocytocine en intra mural ;
  - transfuser largement (plasma frais congelé, sang frais) ;
  - faire 1g de calcium IVD après 2 poches ;
  - masser l'utérus ;
  - sonde vésicale à demeure ;
  - surveillance active toutes les demi heure (pouls, tension artérielle, saignement vulvaire, vertiges, soif d'air, état de conscience, diurèse horaire) ;
- si amélioration surveillance pendant 48 heures ;
- si saignement persiste, faire hystérectomie d'hémostase.

2em cas : la femme a accouché il y a 24h ou un peu plus et saigne

Faire d'urgence les gestes suivants :

- poser une perfusion de Ringer lactate ou de grosses molécules ou sérum salé isotonique au cathéter;
- vider la vessie ;
- interroger rapidement pour préciser :
  - circonstances de l'accouchement (gros enfant, travail prolongé, expulsion du placenta retardé ou douteuse ou hémorragique) ;
  - antécédents (grande multipare, césarienne, hémorragie de la délivrance) ;
- examiner l'accouchée (pouls, TA, température, muqueuses et téguments, recherche d'un état de choc, palper doucement mais fermement l'utérus en regardant la vulve de l'accouchée pour apprécier volume, sensibilité, abondance et caractères de l'écoulement vulvaire) ;
- faire une révision utérine sous péthidine pour recherche de cotylédons ou de débris membranaires in utéro, vérifier l'intégrité du segment inférieur ;
- conclure :

Si rupture utérine :

- faire groupage sanguin rhésus, compte des blancs, taux d'hémoglobine,
- administrer amoxicilline 2g en IV, gentamycine 80mg IM ;
- transfuser si nécessaire,
- faire selon les circonstances une suture simple avec ou sans ligature des trompes soit une hystérectomie ;

Si rétention de cotylédons ou de membranes :

- faire groupage sanguin, rhésus, NFS, échographie, taux de plaquettes, test de coagulation ;

- administrer de l'amoxicilline 1g en IV 3 fois par jour pendant 2 jours, métronidazole 500mg en perfusion 2 fois par jour ;
- administrer des utéro toniques : méthylergométrine 0,25mg IM 2 fois/ jour ou ocytociques 10ui IV 2 fois par jour ;
- transfuser si nécessaire ;
- surveillance stricte et active de l'accouchée pendant 2h (pouls, conjonctives, globe de sécurité, écoulement vulvaire, diurèse 2 fois par jour) ;
    - si au cours des 2h l'hémorragie cesse continuer le traitement antibiotique pendant 10 jours et les utéro toniques pendant 72h, donner du fer et de l'acide folique, surveillance deux fois par jour pendant 48h ;
    - si persistance de l'hémorragie, laparotomie et hystérectomie d'hémostase.

HEMORRAGIE DU POST-PARTUM TARDIF

Il s'agit de l'hémorragie des suites de couches, une hémorragie utérine distincte des pertes de sang physiologiques avec pour causes : une rétention placentaire, une infection utérine souvent le streptocoque hémolytique B, une inertie utérine. Ces causes sont le plus souvent intriquées.

ACCUEILLIR L'ACCOUCHEE

MENER L'INTERROGATOIRE

- motif de consultation : écoulement vulvaire sanglante vers 10 à 15 jours du post-partum ;
- lochies demeurées anormalement rouges depuis le début ;
- hémorragies de sang rouge mêlés aux lochies, ou de sang pur ; recrudescences contenant des caillots avec fatigue marquée ;
- lieu et circonstances de l'accouchement ;
- recueillir nom, prénoms, âge, profession et adresse ;

FAIRE L'EXAMEN PHYSIQUE

- prendre les constantes : pouls (accéléré), tension artérielle, température (fébricule ou fièvre franche à 38-38°5 ;
- examen des muqueuses et téguments (anémie plus ou moins marquée) ;
- examen gynécologique
  - écoulement vulvaire fait de sang mêlé de caillots et lochies fétides ;
  - utérus sus-pubien, douloureux à la palpation ;
  - au spéculum, col entr'ouvert avec sang en provenance de la cavité utérine, débris placentaire dans le col ou le vagin ;
  - au toucher vaginal, col perméable aux 2 orifices ;
  - utérus anormalement augmenté de volume, ramolli, douloureux au niveau des cornes ;
- examen des autres appareils est normal ;
- conclure :

EXAMEN COMPLEMENTAIRE

- groupage sanguin rhésus ;
- numération formule sanguine ;
- bactériologie de l'écoulement vulvaire ;
- échographie pelvienne à la recherche d'une rétention de cotylédons.

INSTAURER LE TRAITEMENT

- prendre une voie veineuse au cathéter ;
- poser un Ringer ;
- prescrire pour 2 jours :
  - repos strict au lit ;

- traitement antibiotique polyvalent, à large spectre en IV (amoxicilline injectable 1g IV toutes les 6h, gentamycine injectable 80mg 2 fois /jour, métronidazole 500mg 2 fois /jour ;

- mettre sous quinine 300mg 1cp 2 fois par jours
- administrer un utérotonique : ocytocine 10ui IV 2 fois /jour ou ergométrine injectable 1 ampoule IM 2 fois/jour ;
- transfuser si nécessaire ;
- faire le traitement intra-utérin :
- aspiration / curetage très doux avec une grande curette mousse ;
- éliminer les hémorragies par fibromes utérins ou par néoplasie ;
- évaluer après 2 jours :
  - si évolution favorable (régression de l'écoulement vulvaire, chute de la fièvre, involution utérine), poursuivre le traitement intraveineuse encore 2 jours puis relais par voie orale :
    - ✓ amoxicilline 500mg 2 comprimés 3 fois /jour pendant 10 jours ;
    - ✓ métronidazole 250mg 2 comprimés 3 fois /jour pendant 3 jours ;
    - ✓ gentamycine injectable 80mg 2fois /jour pendant 6 jours ;
    - ✓ quinine 300mg 2fois / jour pendant 3 jours ;
  - Si évolution non favorable référer.

FAIRE LE SUIVI

- donnez un rendez-vous de suivi ;
- NFS ;
- Bactériologie du prélèvement vaginal ;
- Echographie pelvienne.

PRISE EN CHARGE DE L'INFECTION PUERPERALE

ACCUEILLIR L'ACCOUCHEE

MENER L'INTERROGATOIRE

- Demander le motif de consultation
  - fièvre surtout le soir ;
  - lochies abondantes, louches ou franchement purulentes, nauséabondes ;
- Rechercher les signes d'accompagnement : céphalées, asthénie;
- Rechercher les facteurs favorisants
  - infection urinaire pendant la grossesse ;
  - Anémie ;
  - rupture prématurée des membranes ;
  - travail prolongé ;
  - fièvre pendant l'accouchement ;
  - délivrance artificielle et/ou révision utérine.

EXAMEN PHYSIQUE

- Faire l'examen général : température, pouls, tension artérielle ;
- Faire l'examen gynécologique
  - Porter des gants stériles ;
  - Poser le spéculum : provenance et aspect du pus, apprécier l'état du col et du vagin ;
  - Faire le toucher vaginal
  - apprécier le col (sensibilité et volume) ;

- apprécier la consistance et la mobilité de l'utérus (gros, mou);
- apprécier la sensibilité des culs de sac ;
- apprécier l'aspect du pus (couleur, fluidité) et odeur ;

EXAMEN COMPLEMENTAIRE

- groupage sanguin ;
- rhésus ;
- numération formule sanguine ;
- examen cytobactériologique des urines ;
- prélèvement des lochies pour examen bactériologique.

INSTAURER LE TRAITEMENT

En cas d'endométrite non compliquée

- ampicilline ou amoxicilline 500 mg 2 comprimés 3 fois par jour ;
- métronidazole 250 mg 2 comprimés 2 fois par jour ;
- ergométrine ou autre ocytocique 5 u 2 fois par jour ;
- corriger une anémie éventuelle ;
- paracétamol à la demande ;
- soins locaux
  - toilette vulvaire et vaginale deux fois par jour avec de l'eau tiède additionnée d'antiseptique ;
  - ovules antibiotiques matin et soir ;
- surveillance de l'état général, de l'involution utérine, de la diminution des lochies et leur éclaircissement ;
- évaluer l'évolution au bout de 48-72 heures
  - évolution favorable : continuer le traitement ;

- évolution défavorable, penser à une complication.

En cas d'abcès pelvien pratiquer un drainage chirurgical

En cas de péritonite

- faire une réanimation hydro-électrolytique ;
- transfuser ;
- pratiquer une laparotomie exploratrice.

En cas de choc infectieux ou de septicémie

- prendre un abord veineux au cathéter G18 avec du Ringer;
- oxygéner largement;
- transfusion ;
- antibiothérapie à forte dose et à large spectre par voie parentérale : aminosides, métronidazole, céphalosporines ;
- antipyrétiques ;
- corriger les troubles métaboliques et électrolytiques;
- établir une feuille de surveillance de la diurèse, de la température, du pouls, de la tension artérielle et de la respiration 4 fois par jour ;
- évaluer l'efficacité du traitement tous les jours
  - si évolution favorable continuer le traitement ;
  - si évolution défavorable rechercher les causes et traiter.

DONNER UN RENDEZ-VOUS POUR LE SUIVI

PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT DYSTOCIQUE

ACCUEILLIR LA CLIENTE

FAIRE L'INTERROGATOIRE

- motif de consultation ;
- âge de la grossesse ;
- heure de début des contractions utérines ;
- pertes de liquide ;
- antécédents obstétricaux ;

FAIRE L'EXAMEN PHYSIQUE

- prendre température, pouls, tension artérielle, poids et taille ;
- apprécier la coloration des muqueuses ;
- faire le palper obstétrical pour:
  - apprécier les contractions utérines (durée, fréquence par 10 minutes) ;
  - mesurer la hauteur utérine ;
  - repérer les pôles fœtaux ;
  - chronométrer les bruits du cœur fœtal ;
- faire le toucher vaginal pour :
  - identifier la présentation ;
  - évaluer l'état du col ;
  - apprécier l'état du segment inférieur ;
  - vérifier l'intégrité ou non de la poche des eaux ;
- examiner le bassin ;
- évaluer le périnée ;
- conclure.

FAIRE LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- groupage sanguin ;

- rhésus ;
- numération formule sanguine ;
- si nécessaire échographie obstétricale.

INSTAURER LE TRAITEMENT

Phase de latence

En cas de dystocie dynamique avec hauteur utérine, présentation, bassin et périnée normaux et absence de souffrance fœtale

- stimuler le travail par une perfusion de syntocinon;
- surveiller l'évolution du travail (effacement dilatation du col) et absence de souffrance fœtale toutes les heures pendant 2 heures ;
    - favorable vers la phase active, continuer la perfusion ;
    - défavorable (pas d'évolution vers la phase active ou apparition d'une souffrance fœtale aigue), faire une césarienne ;

En cas de disproportion foeto-pelvienne ou de souffrance fœtale faire une césarienne.

Phase active

En cas de dystocie dynamique ou si la courbe de dilatation est entre ligne d'alerte et ligne d'action et si la présentation est engagée

- rompre la poche des eaux si elle n'est pas rompue ;
- vider la vessie ;
- stimuler le travail ;
- administrer des antibiotiques ;
- apprécier le résultat de la stimulation du travail au bout de 2 heures
    - si travail évolue normalement (dilatation ≥ 1 cm /heure, descente et rotation satisfaisante et absence de souffrance fœtale) continuer la perfusion et pratiquer l'accouchement à dilatation complète ;
    - arrêt immédiat de la perfusion et faire une césarienne si travail évolue mal, souffrance fœtale, souffrance maternelle (syndrome de pré rupture utérine) ;

En cas de disproportion foeto pelvienne, de bassin rétréci, de présentation dystocique, d'obstacle prævia ou de présentation non engagée faire une césarienne.

Phase pelvienne

- Prendre un abord veineux au Ringer-lactate ou au sérum salé ;
- Commencer une antibiothérapie si poche des eaux rompue depuis plus de 5 heures ;
- Si présentation engagée sur le périnée ou à la partie basse de l'excavation faire pousser la cliente pendant les contractions utérines, faire une épisiotomie et une délivrance dirigée ou extraire le fœtus à l'aide d'une ventouse obstétricale ou d'un forceps;
- Si présentation engagée à la partie moyenne de l'excavation extraire le fœtus par forceps ;

- Si présentation non engagée ou engagée à la partie haute de l'excavation, bassin rétréci, périnée cicatriciel (cure de fistule vésico-vaginale) ou existence d'une souffrance fœtale : faire une césarienne.

FAIRE LE SUIVI

Annexe 2 : EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES OBSTETRICALES A L'HOPITAL DE ZONE COME AU BENIN

Grille d'observation de la prise en charge

Identification de la cliente : n° dossier.....code.....

INFORMATIONS GENERALES

Mode d'admission : direct /___/ référence/___/ hospitalisée/___/

Moyen de transport : à pied/ vélo /___/ moto/___/ taxi/___/ voiture personnelle/___/ ambulance/___/

Provenance : CS public /___/ cabinet privé /___/ Date d'admission :.....Heure d'admission :.....

RELATION INTERPERSONNELLE

L'agent salue la cliente externe/ oui /___/ non /___/

L'agent installe la cliente externe/ oui /___/ non /___/

L'agent écoute attentivement la cliente/accompagnant(e) oui /___/ non /___/

L'agent utilise la communication positive non verbale (penche le corps vers la cliente, sourit ou présente un visage d'empathie) oui /___/ non /___/

L'agent utilise un vocabulaire compréhensible par la cliente/accompagnant oui /__/ Non/__/

L'agent explique les gestes oui/___/ non/___/

L'agent informe des résultats de l'examen oui/___/ non/___/

L'agent rassure la cliente/accompagnant oui/___/ non/___/

COMPETENCE TECHNIQUE

Personnel de 1er contact : aide/___/ infirmier/___/ sage femme/___/ gynécologue obstétricien /___/ chirurgien /___/ autres /___/ (préciser).....

Personnel de 2e contact : aide/___/ infirmier/___/ sage femme/___/ gynécologue obstétricien chirurgien /___/ Autres /___/ (préciser).....

L'agent a-t-il examiné la cliente :

Interrogatoire :

Antécédents obstétricaux : gestité.....parité.....nombre fausses couches.....Nombre d'enfants vivants.....nombre enfants décédé.....

Antécédents chirurgicaux.....

Antécédents médicaux.....

Etat général .....

.température .....tension artérielle..... pouls..... poids..... taille..... examen muqueuses oui/___/ non/___/ états des muqueuses .....

Examen obstétrical oui/___/ non/___/

Quel est le diagnostic : avortement hémorragiques/___/ hémorragies du 2èm trimestre/___/ hémorragie durant le travail /___/ hémorragie de la délivrance/___/ infection puerpérale /___/, pré éclampsie/___/, éclampsie/___/, dystocies dynamiques /___/ dystocies mécaniques /___/ Anémie /___/ rupture utérine /___/ autres /___/:(préciser).....

L'agent a évalué l'alerte oui/___/ non/___/

Conformité de l'évaluation aux normes : oui /___/ non /___/

L'agent a t-il pris une décision de gestes d'urgence oui /__/ non /__/

Heure de la prise de décision .....

Quel type de geste d'urgence : abord veineux simple/___/ remplissage vasculaire /___/

Prélèvement de sang pour le laboratoire /___/

Les gestes d'urgence sont conformes aux normes oui /___/ non /___/

L'agent a-t-il pris une décision de soins spécifique oui /___/ non /___/

Heure de la prise de décision.....Quel type de décision : révision utérine/___/ réparation de déchirure/___/ Transfusion sanguine/___/ césarienne/___/ laparotomie /___/ autre chirurgie/___/ préciser.....

Les soins spécifiques sont conformes aux normes oui/___/ non/___/

ACCESSIBILITE ORGANISATIONNELLE

Le personnel qualifié est-il accessible : oui/___/ non/___/

Le geste d'urgence a été exécutée: oui/___/ non/___/ pourquoi.....

Heure d'exécution du geste d'urgence .....

Délais d'exécution du geste d'urgence .....

Retard dans l'exécution du geste d'urgence oui /___/ pourquoi .....
.....non /___/

Le soin spécifique a été exécutée: oui/___/ non/___/ pourquoi.....

Heure d'exécution du soin spécifique .....

Délais d'exécution du soin spécifique .....

Retard dans l'exécution du soin spécifique oui /___/ pourquoi .....
.....non /___/

Le matériel est-il accessible : oui/___/ non/___/

Le réactif de laboratoire est-il accessible : oui/___/ non/___/

Les médicaments sont-ils accessible : oui/___/ non/___/ lesquels.....

.....

Les produits sanguins (si transfusion) sont-ils accessible: oui/___/ non/___/

y-a-t-elle une surveillance durant les soixante douze (72) 1ères heures (fiche de surveillance établies) : oui/___/ non/___/

Fréquence de la surveillance :.....

SECURITE DES SOINS

L'agent est-il en blouse : oui/___/ non/___/

L'agent a-t-il porté le calot en salle d'accouchement oui /___/ non /___/

La salle d'examen est-elle propre : oui/___/ non/___/

L'agent lave t-il les mains à l'eau et au savon selon les normes avant l'examen : oui/_/ non /_/

L'agent lave t-il les mains à l'eau et au savon après l'examen : oui/___/ non/___/

L'agent utilise t-il une serviette individuelle propre pour le séchage des mains:
Oui /___/non/___/

L'agent utilise t –il des gants en latex non stérile pour l'examen de la cliente :
oui /___/ non /___/

L'agent utilise t –il des gants en latex stérile pour les gestes invasifs :
oui /__/ non /__/

L'agent utilise t-il du matériel stérilisé : oui/___/ non/___/

L'agent décontamine t-il les déchets liquides oui/___/ non/___/

L'agent décontamine t-il le placenta avant élimination oui/___/ non/___/

Le matériel est-il trempé dans la solution de décontamination à la fin des soins :

Oui/___/ non/___/

Des boites de sécurité sont elles utilisées selon les normes oui /___/ non

EFFICACITE DES SOINS

La prise en charge est elle conforme aux normes oui /___/ non /___/

Quelle est l'issue de la prise en charge : Favorable/___/ Complications/___/

préciser.....

Référence au niveau supérieur/___/ pourquoi..... Décès /___/

Annexe 3 : EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES OBSTETRICALES A L'HOPITAL DE ZONE COME AU BENIN

Questionnaire administré à la cliente externe/accompagnante

Identification de la cliente : n° dossier.....code.....

INFORMATION GENERALE

Age /___/___/ années Profession.....

Niveau d'instruction : non scolarisée /___/ primaire /___/ secondaire/___/ Tertiaire /___/ alphabétisée /___/

Statut marital : célibataire /___/ mariée /___/ divorcée /___/ veuve /___/

Religion : chrétienne /___/ musulmane /___/ traditionnelle /___/ aucune /___/

Ethnie : ..... Commune de provenance.....

ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE

Quelle est la distance qui sépare votre domicile/ CS ayant référé de l'hôpital ? /__/__/ km

>5km /___/ <5km /___/

Quelles difficultés avez-vous rencontré (présence de cours d'eau)

.....

Quel moyen de transport avez-vous utilisé ? Pied /___/ vélo /__/ Moto/___/ taxi/___/ Voiture personnelle/___/ ambulance/___/

ACCESSIBILITE FINANCIERE

Que pensez-vous du coût des actes (manœuvre, interventions) ? Abordable /___/

Non abordable /___/

Combien vous avez dépensé.....

Que pensez-vous du coût des médicaments ? Abordable /___/ non abordable/___/

Combien vous avez dépensé.....

Que pensez-vous du coût des bilans ? Abordable /___/ non abordable/___/

Combien vous avez dépensé.....

Que pensez-vous du coût du transport ? Abordable/ ___/ non abordable/___/

Combien vous avez dépensé :.....

Coût total de la PEC au bout de 48h.....FCFA

ACCESSIBILITE CULTURELLE

Le système de prise en charge respecte t-il vos valeurs culturelles ?

Examen par un homme oui /___/ non /___/

Transfusion sanguine oui /___/ non /___/

Autres (préciser).....

SATISFACTION CLIENTE/ACCOMPAGNANT

Que pensez-vous de l'accueil ? Bonne /___/ mauvaise/___/ pourquoi.....

.....

Que pensez-vous de la disponibilité des soins administrés ? Bonne /___/ Mauvaise/___/ pourquoi .....

Que pensez-vous du confort durant l'hospitalisation ? Bon /___/ mauvais /___/

Pourquoi.....

Les conditions d'examen respectent elles l'intimité ? Oui /___/ non/___/

Pourquoi .....

Annexe 4 : EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES OBSTETRICALES A L'HOPITAL DE ZONE DE COME AU BENIN

Questionnaire administré au personnel

Fiche N°..... Date de l'enquête :.....

Formation de base :..... Poste occupé :.....

Nombre d'années au poste /___/ années /___/ mois Nombre d'années dans la fonction /___/ années /___/ mois Age /___/___/ ans Sexe : Féminin /___/ Masculin /___/

Avez-vous reçu une formation continue en SOU : oui /___/ non /___/

Si oui depuis combien de temps:/___/___/ années /___/___/ mois

ORGANISATION DU SERVICE

Existe-t-il un calendrier de garde et de permanence du personnel oui /___/ non /___/

Une équipe de garde est-elle disponible 24heures sur 24 oui /___/ non /___/

Quelle est la composition de l'équipe de garde.....

Nombre d'équipes /___/ Horaire de l'équipe de garde .....

Quelle est la composition de l'équipe de permanence.....

.....

Horaire de l'équipe de permanence : .....

Selon vous y- a-t-il une surcharge de travail : oui /___/ non /___/

Justifier votre réponse : .....

.....

Est-ce que des staffs sont réalisés sur les cas reçus : oui /___/ non /___/

Si oui quelle est la périodicité :.....

Quels sont les protocoles de prise en charge des SOU disponibles dans le service :

.....

.....

Ces protocoles sont-ils accessibles oui /___/ non /___/

Ces protocoles sont-elles utilisés oui /___/ non /___/

Les agents du service sont-elles supervisées par le niveau départemental ? Oui /_/ non /_/

Combien de fois cette année /___/___/

RELATION INTERPERSONNELLE

Existe-t-il des situations conflictuelles ? Oui /___/ Non /___/

Comment est assurée la gestion des conflits ?.....

Quel est le niveau de satisfaction par rapport aux conditions de travail ?

Satisfait/___/ peu satisfait/___/ pas satisfait/___/

Justifiez votre réponse (qualité du matériel, disponibilité des médicaments, du sang, réactifs, relation avec la hiérarchie) .....

IMPRIMERIE MODERNE DU BURKINA (IMB)
03 BP 7178 OUAGA 03 - Tél. : 70 25 85 40

03 BP : 7118 Ouagadougou 03
Tél : (+226) 50 30 25 58 / 59
Fax : (+226) 50 30 25 60
E-mail : directeur@issp.bf
Site web : http://www.issp.bf