

# ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 10 ■ N° 25 (2015)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)  
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

**Directeur de publication**

Mamadou Saliou Diallo

**Rédacteur en chef**

Namory Keita

**Rédacteur en chef adjoint**

Telly Sy

**Comité de parrainage**

Ministre de l'ESRS

Ministre de la Santé

Recteur Université de Conakry

Doyen FMPOS

M Kabba Bah

M Kader

P Diallo

E Alihonou

F Diadhio

MK Bohoussou

C Welfens Ekra

M M Sall (CAMES)

A Gouazé (CIDMEF)

G Osagie (Nigeria)

**Comité de rédaction**

MS Diallo

N Keita

MD Baldé

Y Hyjazi

FB Diallo,

F Traoré (Pharmacologie)

T Sy

AB Diallo

Y Diallo

M Cissé (Dermatologie)

M Doukouré (Pédopsychiatrie)

ML Kaba (Néphrologie)

OR Bah (Urologie)

NM Baldé (Endocrinologie)

A Touré (Chirurgie Générale)

LM Camara (Pneumo-phtisiologie)

**Comité de lecture**

E Alihonou (Cotonou)

K Akpadza (Lomé)

M A Baldé (Pharmacologie)

G Body (Tours)

M B Diallo (Urologie)

M D Baldé (Conakry)

N D Camara (Chirurgie)

CT Cissé (Dakar)

A B Diallo (Conakry)

F B Diallo (Conakry)

M S Diallo (Conakry)

A Dolo (Bamako)

A Fournié (Angers)

Y Hyjazi (Conakry)

N Keita (Conakry)

YR Abauleth (Abidjan)

M Koulibaly (Conakry)

J Lankoande (Ouagadougou)

Lekey (Yaoundé)

JF Meye (Libreville)

JC Moreau (Dakar)

A Diouf (Dakar)

RX Perrin (Cotonou)

F Traoré (Conakry)

**Recommandations aux auteurs**

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

**Conditions générales de publication**

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, papier blanc recto seulement et adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, clé USB ou par Email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita

Maternité Donka CHU de Conakry

BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 64 45 79 50

Email : [namoryk52@yahoo.fr](mailto:namoryk52@yahoo.fr)

2. Professeur Agrégé Telly Sy

Maternité Ignace Deen CHU de Conakry

BP : 1478 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 62 21 70 86 ; (224) 64 23 37 30

Email : [syttelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 50000 F CFA.

**Présentation des textes**

La disposition du manuscrit d'un article original est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point.

Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

- Page de titre : elle comporte :
    - Un titre concis, précis et traduit en anglais
    - Les noms et initiales des prénoms des auteurs
    - L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
    - L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées
  - Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.
  - Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :
    - Pour une revue:
1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à la Clinique Gynécologique et

Obstétricales du CHU Ignace DEEN. *Journal de la SAGO* 2002; 3(2): 7- 11

- Pour une contribution à un livre:
2. Berland M. Un état de choc en début de travail : conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2<sup>ème</sup> éd. 1992 : 218-225
    - Pour un livre:
  3. Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2<sup>ème</sup> éd. 1992 : 349.
    - Pour une thèse:
  4. Bah A . Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques et pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry 2001; 032/03 04 : 165p
- Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être réduit au strict minimum nécessaire à la compréhension du texte. Les tableaux seront numérotés en chiffres romains et les figures en chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le texte.

Après acceptation définitive de l'article, des modifications mineures portant sur le style et les illustrations pourront être apportées par le comité de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer la parution dudit article.

### **Le comité de rédaction**

# SOMMAIRE

## ARTICLES ORIGINAUX

- Assistance médicale à la procréation en contexte de risque viral lié au VIH à l'hôpital de la Pitié-salpêtrière, Paris**  
Kampo M, Traoré Y, Fofana DB, Tubiana R, Poirot C, Lefèbvre G, Dolo A, Marcellin AG, Naouri M...54 - 60
- Le dispositif intra-utérin (DIU) du post partum immédiat : une étude comparative entre le DIU placé au cours de la césarienne et celui posé après un accouchement par voie basse.**  
O Thiam, ML Cissé, M Thiam, JN Tendeng, M Gueye, MM Niang, AA Diouf, JC Moreau.....61 - 69
- Prise en charge et évolution de l'éclampsie en milieu obstétrical: étude rétrospective de 91 cas au CHU de Bouaké (Cote d'ivoire)**  
Doumbia Y, Kouakou KP, Djanhan LE, Menin MM, Nanguy PV, Djanhan Y.....70 - 75
- Les lésions urétérales en chirurgie gynécologique et obstétricale : bilan de 10 ans au CHU-Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou, Burkina Faso.**  
Ouattara A, Kiemtoré S, Kain DP, Zamané H, Sawadogo Y, Ouédraogo I, Ouédraogo CMR, Ouédraogo A, Yaméogo C, Kirakoya B, Thiéba/bonané B, Lankoandé J.....76 - 81
- Bilan d'une expérience pilote d'ouverture d'une unité de néonatalogie dans une maternité de niveau 2 à Dakar**  
MM Niang, M Toure, M Thiam, O Ndiaye, CT Cissé..... 82 - 85
- Evaluation de la qualité des soins obstétricaux et la satisfaction des usagers dans le district de Bamako**  
Théra T, Diallo B, Tégoué I, Kouma A, Traoré SO, Fohem GB, Doumbia M..... 86 - 91
- Soins apres avortement dans un district sanitaire urbain en milieu africain: cas du district de Bogodogo a Ouagadougou, Burkina faso**  
Ouedraogo CMR, Ouattara A, Ouedraogo A, Komboigo E, Kabore X, Diomande M, Ouattara F, Thieba/Bonane B, Lankoande J..... 92 - 97
- Fistules vesico-vaginales: aspects anatomo-cliniques et thérapeutiques au CHU de Conakry, Guinée**  
Diallo AB, Sy T, Bah MD, Diallo TMO, Barry M II, Kanté D, Bah I, Bah OR, Guirassy S, Diallo MB..... 98 - 103
- Résultats du déclenchement du travail d'accouchement à l'hôpital évangélique de Bembereke au Bénin**  
Denakpo JL, Sidi, Salifou K, Hounkpatin B, Lokossou S, Ogoudjobi M, Tognifode V, Gbegnon D, Perrin RX ..... 104 - 108

## CAS CLINIQUE

- Césarienne post mortem apres éclampsie avec enfant vivant**  
Sima M, Traoré MS, Kante I, Coulibaly A, Ongoïba I, Dicko H, Dicko B, Tekete I, Coulibaly Y, Maïga B.....109 - 110

# CONTENTS

## ORIGINAL ARTICLES

- Medically assisted procreation in HIV risk viral context at hospital Pitié-salpêtrière, Paris.***  
Kampo M, Traoré Y, Fofana DB, Tubiana R, Poirot C, Lefèbvre G, Dolo A, Marcellin AG, Naouri M....54 - 60
- The intra-uterine device (iud) of the immediate postpartum A comparative study between the caesarean iud and the iud inserted after a natural delivery.***  
O Thiam, ML Cissé, M Thiam, JN Tendeng, M Gueye, MM Niang, AA Diouf, JC Moreau.....61 - 69
- Support and management of eclampsia: retrospective study about 91 cases at the teaching hospital of Bouaké (Cote d'ivoire)***  
Doumbia Y, Kouakou KP, Djanhan LE, Menin MM, Nanguy PV, Djanhan Y.....70 - 75
- The ureteral lesions in gynecological and obstetrical surgery: cases review of 10 years at the University Teaching Hospital Yalgado of Ouagadougou, Burkina Faso***  
Ouattara A, Kiemtoré S, Kain DP, Zamané H, Sawadogo Y, Ouédraogo I, Ouédraogo CMR, Ouédraogo A, Yaméogo C, Kirakoya B, Thiéba/Bonané B, Lankoandé J.....76 - 81
- Opening balance of a pilot of a neonatal unit in a aternity level 2 in Dakar***  
MM Niang, M Toure, M Thiam, O Ndiaye, CT Cissé..... 82 - 85
- Evaluation of obstetrical cares and users satisfactions in Bamako's district***  
Théra T, Diallo B, Tégoué I, Kouma A, Traoré SO, Fohem GB, Doumbia M..... 86 - 91
- Post abortion care in an urban health district in the African environment: the case of Bogodogo district in Ouagadougou, Burkina Faso***  
Ouedraogo CMR, Ouattara A, Ouedraogo A, Komboigo E, Kabore X, Diomande M, Ouattara F, Thieba/Bonane B, Lankoande J..... 92 - 97
- Vesicovaginal fistulas: anatomical and clinical aspects and therapeutic in Conakry teaching hospital, Guinea***  
Diallo AB, Sy T, Bah MD, Diallo TMO, Barry M II, Kanté D, Bah I, Bah OR, Guirassy S, Diallo MB..... 98 - 103
- Results childbirth induction of labor at the evangelical hospital in Benin Bembereke***  
Denakpo JL, Sidi, Salifou K, Hounkpatin B, Lokossou S, Ogoudjobi M, Tognifode V, Gbegnon D, Perrin RX ..... 104 - 108

## CASE REPORT

- Césarienne post mortem apres éclampsie avec enfant vivant***  
Sima M, Traoré MS, Kante I, Coulibaly A, Ongoiaba I, Dicko H, Dicko B, Tekete I, Coulibaly Y, Maïga B.....109 - 110

# EVALUATION DE LA QUALITÉ DES SOINS OBSTÉTRICAUX ET LA SATISFACTION DES USAGERS DANS LE DISTRICT DE BAMAKO

## EVALUATION OF OBSTETRICAL CARES AND USERS SATISFACTIONS IN BAMAKO'S DISTRICT

THÉRA T<sup>1</sup>, DIALLO B<sup>2</sup>, TÉGUÉTÉ I<sup>3</sup>, KOUMA A<sup>4</sup>, TRAORÉ S O<sup>5</sup>, FOHEM G B<sup>6</sup>, DOUMBIA M<sup>7</sup>.

1-Service de gynécologie obstétrique CHU du Pont G Bamako 2-Agence nationale d'évaluation des hôpitaux (ANEH) 3-Service de gynécologie obstétrique CHU Gabriel Touré Bamako 4- Service de gynécologie obstétrique CHU Kati 5, 6- Centre de Référence de la commune IV du District de Bamako 7- Doyen de la Faculté de médecine et d'odontostomatologie à USTT Bamako

**Correspondances** : Théra Tioukani : CHU Point G; Bamako, Tel : 00223 79068353 Email : [tioukani@yahoo.fr](mailto:tioukani@yahoo.fr)

### RESUME :

**But** : Nous avons voulu montrer comment sont réalisés les soins et comment les usagers les perçoivent

**Patients et Méthodes**: c'est une étude transversale réalisée au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako de novembre 2012 à Janvier 2013. Nous avons inclus 100 parturientes et 100 gestantes. La collecte des données a été réalisée à l'aide des fiches d'observation d'agent de santé à la tâche. L'analyse a porté sur la qualité de la dimension humaine, le déroulement des soins et la satisfaction des patientes

**Résultats** : Les CPN étaient assurées à 51% par les sages-femmes et à 31% par les médecins. Les accouchements et la surveillance du *post partum* étaient réalisés par les internes dans 52% et 89% des cas respectivement. La prise en charge des nouveau-nés était assurée par les infirmières obstétriciennes dans 96% des cas. L'examen général et l'hygiène étaient de qualité moyenne. Cependant, 99% des femmes étaient satisfaites de la qualité des soins reçus.

**Conclusion** : L'étude a montré que la satisfaction des usagers était de bonne qualité ; la structure d'assez bonne ; et l'hygiène de qualité médiocre.

**Mots clés** : Soins obstétricaux d'urgences, qualité des soins, satisfaction des usagers

### SUMMARY

**Aims**: We wanted to show how realized obstetric cares are and how the users perceive them.

**Patients and Methods**: It is about a transverse study the reference health center of the municipality V of Bamako's District from November 2012 till January 2013. We included 100 parturient and 100 pregnant women. The data collection was realized by means of the index cards of the health workers concerned by the task as well as the guides of conversation on the opinion of parturient and pregnant women. The analysis concerned the quality of the human dimension, the quality of care and the satisfaction of the patients about services.

**Results**: The prenatal cares were assured by the midwives 51 % vs 31 % by physicians. Mainly students realized deliveries and post partum cares in 52% and 89 % of cases respectively. The nurses in 96 % of cases assured the newborn cares. General examination and hygiene were average quality. However 99 % of women were satisfied by the quality of successful care

**Conclusion**: study showed that users satisfaction was good quality, good enough structure and low quality hygiene

**Keywords**: emergencies obstetrical cares, quality cares, users satisfaction

## INTRODUCTION:

La référence à la satisfaction des usagers est devenue une règle de conduite générale car un service public est au service du public et l'évaluation de la satisfaction des usagers permet de vérifier que la mission de l'établissement est atteinte et d'envisager une démarche d'amélioration et d'efficacité des soins [1]. Au Mali, selon l'Enquête Démographique et de Santé 2013 (EDS V) le ratio de mortalité maternelle serait de 368 décès pour 100 000 naissances vivantes ; le taux de mortalité néonatale était de 35 pour 1000 [2]. Pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales, il faut identifier et améliorer les services qui revêtent une importance critique pour la santé des femmes. La satisfaction des usagers est considérée comme un indicateur de la qualité des soins. Elle est corrélée à l'adhésion thérapeutique, à la continuité des soins et à l'amélioration de l'état de santé tel qu'il est perçu par le patient [3, 4, 5]. Nous avons voulu, à travers cet étude, montrer non seulement comment sont réalisés les soins obstétricaux mais aussi comment les usagers les perçoivent afin d'évaluer le degré de satisfaction de ceux-ci.

**Méthodologie :** Il s'agit d'une étude transversale à visée évaluative réalisée dans le service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence (CSRéf) de la commune V (CV) du District de Bamako sur une période de 3 mois ; allant de novembre 2012 à janvier 2013. Nous avons inclus 200 femmes, soit 100 parturientes et 100 gestantes. Cette étude s'est inspirée du postulat d'Avedis Donabedian [6] sur l'évaluation de la qualité des soins à travers les structures, les procédures et les résultats. Selon ce postulat, un soin est dit de qualité lorsque les structures, les procédures et les résultats des soins sont conformes à la norme.

Pour l'étude des procédures et des résultats, nous avons observé le personnel en charge des consultations prénatales (CPN), et des accouchements et la réalisation des gestes techniques appropriés. Les critères de jugement ont tenu compte des « politiques, normes et procédures des services de santé de la reproduction ». Pour les prestations nous sommes basés sur le référentiel pour l'analyse de la qualité des soins en milieu urbain élaboré par l'organisation non gouvernementale (ONG) *KénéyaCiwara* [7]. Nous avons recueilli l'opinion des gestantes et l'opinion des accouchées sur les prestations de service. Ont été incluses dans cette étude toutes les femmes enceintes ayant bénéficié de consultations prénatales ou d'accouchement par voie basse dans

le service pendant la période de l'étude et ayant accepté de participer à l'étude. Nous n'avons pas inclus dans l'étude les femmes ayant refusé de participer à l'étude, les femmes ayant accouché à domicile ou dans d'autres centre de santé ainsi que celles ayant accouché par césarienne. La collecte des données a été réalisée à l'aide des fiches d'observation d'agent de santé à la tâche ainsi que des guides d'entretien sur l'opinion des parturientes et gestantes. L'analyse a porté sur 2 types d'échelles : une première échelle où les soins sont dits de « Bonne qualité » si toutes les variables discriminatoires ont été réalisées ; « Moins bonne qualité » ou de « non qualité » si une au moins des variables discriminatoires n'est pas réalisée, ou aucune variable n'est réalisée. Une deuxième échelle où les soins ont été classés en 4 niveaux de qualité: Elevé (Q4) : 95 à 100% ; Assez élevé (Q3) : 75 à 94,99% ; Moyen (Q2) : 50 à 74,99% ; Faible (Q1) : moins de 50% des gestes de la dimension étaient réalisés. Cette échelle a été appliquée aux dimensions qui avaient 4 variables et plus. C'est ainsi que cette deuxième échelle a permis de déterminer la proportion des femmes ayant reçu des soins de niveau IV (75 à 100%) A, III (50 - 74,99% , ), II ( 25 à 49,99% ) et I ( < 25% ) en fonction du rapport des femmes qui ont reçu des soins de « bonne » et « assez bonne qualité ». Les données collectées ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS 12.0. Les tableaux, les figures et le traitement de texte ont été réalisés à l'aide de Microsoft Office Excel 2007.

**RESULTATS :** Au cours de l'étude la maternité était composée d'une salle d'accouchement sans annexes comportant 4 tables d'accouchement, d'une salle de suite de couche avec 6 places dont deux à même le sol ; un service de néonatalogie et des salles d'hospitalisation. Le service comptait 198 agents dont 7 gynécologues, 12 médecins généralistes, 54 sages femmes et 20 infirmières obstétriciennes. La plupart des variables techniques de l'interrogatoire, l'examen général, l'examen obstétrical ont été réalisées ainsi que les variables du nouveau-né (Tableau I). Les conditions adaptées aux soins obstétricaux ont été évaluées (le tableau II). L'opinion des femmes a été recueillie et 99% des femmes étaient satisfaites (Tableau III).

Variable (n=100)	Effectifs	%
dégage les mucosités des voies respiratoires	69	69%
nettoie le nouveau-né	97	97%
réchauffe le nouveau-né	5	5%
prends les paramètres	99	99%
examine tout le corps	92	92%
évalue le score d'Apgar	100	100%
administre le vaccin polio 0	100	100%
réanime le nouveau-né	17	17%
mets le nouveau-né au sein	14	14%
réfère le nouveau-né	Oui 17 Non 83	17% 83%

Variabiles	Effectifs	%
<b>A l'accueil</b>		
salutation conforme	200	100%
invité à s'asseoir /monter	198	198%
salutation d'usage au départ	200	100%
<b>Relation Humaine</b>		
bonne gentillesse du ton	135	67,5%
bonne attitude envers la patiente	84	42%
explique l'évolution de la grossesse/ du travail		
aide à monter sur la table	100	50%
aide à descendre de la table	138	69%
<b>Respect de l'intimité et de confidentialité</b>		
CPN/accouchement à l'abri des regards	200	100%
entrées et sorties non justifiées dans la salle	45	22,5%
nombre de personnes dans la salle en moyenne	7	
<b>Respect d'hygiène</b>		
utilisation de gants ou doigtier/personne	200	100%
matériel changé après chaque utilisation	200	100%
matériel est décontaminé et désinfecté	200	100%
mains lavées avant chaque soin	5	2,5%
mains lavées après chaque soin	101	50,5%
alèze sur la table	200	100%
port de tablier pour soins	20	1%
recueil du nouveau-né sur linge propre	76	76%

**Tableau III:** Répartition des femmes selon leur opinion sur les prestations de service

Variable	Effectifs	(%)
<b>Accueil</b>		
Désagréable et mal polie	2	1%
Indifférente	59	29,5%
Attentive et polie	139	69,5%
<b>L'attention prêtée</b>		
Bonne	182	91%
Moyenne	16	8%
Mauvaise	2	1%
<b>Ordre passage respecté</b>		
Oui	100	100%
Non	0	0%
<b>Installation confortable</b>		
Oui	94	47%
Non	6	6%
<b>Attente Longue</b>		
Oui	30	30%
Non	70	70%
<b>Tarification des soins</b>		
Chère	23	11,5%
Abordable	164	82%
Moins chère	13	6,5%
<b>Satisfaction des soins</b>		
Oui	198	99%
Non	02	0,1%

## DISCUSSION:

Au-delà de la diversité des outils d'évaluations et des taux de réponses, c'est la grande hétérogénéité des pratiques qui entraînent des difficultés de méthodologie et une complexité du sentiment de satisfaction des usagers et rend la mesure plus complexe. C'est ainsi que dans le rapport de Lopez A et Remy P. en France [1], 22 centres hospitaliers universitaires (CHU) ont été évalués pendant la même période en 2007 avec la méthode Saphora-Mco. Cet outil est, certes, plus complet mais non adapté à nos réalités maliennes. Ceci est confirmé par l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAAES)[3]. Selon laquelle à chaque enquête, correspond un questionnaire différent à cause des différences existant entre les caractéristiques des populations étudiées, et entre les organisations des systèmes de soins. Malgré ces difficultés l'étude a permis d'évaluer :

**Les procédures :** Les CPN étaient assurées à 51% par les sages-femmes, contre 31% pour les médecins. Les accouchements étaient réalisés par les médecins dans 5% des cas contre 52% pour les



internes. La surveillance du *post partum* était assurée par les internes dans 89% des cas contre 11% pour les infirmières obstétriciennes. Les procédures dans notre étude sont meilleures que celles de Dembélé S à Mopti [7] qui a trouvé que seuls 52 % des partogrammes étaient correctement remplis.

**Analyse de la qualité de la dimension humaine :** Dans notre étude, l'accueil était de bonne qualité dans l'ensemble, avec 100% des cas soit de niveau IV. Il existe une amélioration progressive de la satisfaction des usagers à l'accueil avec le temps. Ceci est retrouvé dans les études précédentes réalisées dans le même centre par Coulibaly M. [9] en 2001, Diarra M. [10] en 2005 qui ont retrouvé respectivement 77,8% et 97,8%. Ceci pourrait être lié à l'amélioration des infrastructures et l'augmentation du personnel qualifié. Cette satisfaction est comparable à celle de Boiré M [11] à l'hôpital Gabriel Touré soit 97,90%. Par ailleurs notre étude a révélé que dans 50% des cas, le personnel médical avait aidé les femmes à s'installer sur la table d'examen et dans 69% des cas les avaient aidées à y descendre. Ces chiffres sont comparables à ceux retrouvés par Coulibaly M [9] soit 60% en CV et VI du district de Bamako. Au cours de notre étude, il a été constaté que les relations humaines étaient assurées, avec 70% de bonne gentillesse du ton ; 67,5% de cas de bonne attitude envers les femmes ; l'explication de l'évolution de la grossesse ou du travail d'accouchement se faisait dans seulement 42% des cas. Soit un classement de niveau III. Les consultations prénatales (CPN) et les accouchements se faisaient à l'abri des regards indiscrets dans 100% des cas. Ce chiffre est proche de celui retrouvé par Diarra M [10] soit 92% des cas. La qualité du respect de l'intimité était de niveau IV et celui de la confidentialité de niveau III. Cependant l'étude de [Iheb Bougmiza](#) et al. [5] en Tunisie retrouvait que l'évaluation des conditions de séjour et de l'environnement physique des patientes était globalement négative. Ceci a concerné principalement la propreté des blocs sanitaires avec 11,7 % de satisfaction et 37,6 % des patientes ont accusé l'étroitesse des lits pour les accouchées avec leurs nouveau-nés.

**Analyse du déroulement des soins :** La mesure de la qualité des soins d'une hospitalisation doit certes, tenir compte du point de vue des acteurs de soins, mais aussi de celui du patient [12,13]. Toutes les variables ont été réalisées. L'interrogatoire était de niveau IV. Le carnet de CPN était examiné dans 93,5% des cas. La demande des plaintes dans 14% des cas, le mode d'accouchement antérieur était

demandé dans 67,5% des cas. Diarra M. [10] en 2005 avait trouvé dans son étude, un niveau élevé de 97 à 100% de demande des plaintes au CS réf commune V. L'examen général était de niveau II. Il était très souvent incomplet dans la majorité des cas. En effet, les paramètres comme l'auscultation cardiaque de la mère et la prise du pouls étaient pris respectivement dans 2,5% et 3% des cas; et la température à 4,5%. Dans notre étude l'examen obstétrical était de niveau IV, soit de qualité élevée. La mesure de la hauteur utérine était faite dans 98,5% des cas ; la palpation abdominale dans 82% des cas ; la surveillance des contractions était faite dans 1% des cas seulement et les bruits du cœur fœtal dans 98% des cas ; Diarra M [10] au CS réf CV avait trouvé que l'examen obstétrical était de bonne qualité tous les paramètres étaient pris à 100%. L'hygiène est la clé de tout acte médical, surtout en obstétrique pour le bien être de la mère et du nouveau-né. Notre étude a révélé que l'hygiène était de niveau II soit de qualité moyenne. Le lavage des mains avec du savon n'était pas systématique avant les soins soit seulement 2,5% des cas et 50,5% de cas de lavage de mains après les soins. Le port du tablier n'était fait que 1% des cas. Coulibaly M [9] n'avait trouvé aucun cas de lavage des mains avant l'accouchement. Par contre la boîte de section du cordon et la table d'accouchement étaient systématiquement décontaminés après les soins soit à 100 %. Dembélé S à Mopti [8] a trouvé que les mesures d'hygiène étaient imparfaites : non lavage de mains dans 18 % des cas ; utilisation de matériel non stérile dans 13 % des cas et examen sans gants ou doigtiers dans 22 % des cas. La délivrance était de niveau assez élevé. Si la pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA) et la recherche du saignement était systématique chez toutes les femmes, l'examen du placenta et de ses membranes a été pratiqué dans 89% des cas et le massage utérin externe recommandé dans 88% des cas. Cela doit être également systématique pour diminuer le risque des hémorragies du *post partum*. Au cours de l'accouchement, les solutés en perfusion lente étaient les plus réalisés avec 65% de cas, cependant l'utilisation d'ocytocique était retrouvée dans 32% de cas, ce qui constitue une véritable menace, si son indication et sa surveillance ne se font pas minutieusement. Diarra M. [10] avait trouvé 60% de cas d'utilisation d'ocytocique au CS réf commune V en 2005. Nous n'avons pas enregistré des cas de décès maternels ou néonataux. Les soins aux nouveau-nés étaient de niveau moyen. Dans notre étude l'examen morphologique systématique était fait dans 92% des cas et le score

d'Apgar a été évalué chez tous les nouveau-nés. A noter que 17% des nouveau-nés avaient été réanimés au bloc opératoire, par manque de matériel de réanimation en salle d'accouchement, le vaccin polio 0 a été administré à tous les nouveau-nés. La tension artérielle, pouls et la température n'étaient pris que dans 10% des cas, le saignement était systématiquement contrôlé chez toutes les parturientes, de même qu'une prescription médicamenteuse était donnée chez toutes les parturientes à la sortie, l'appréciation du globe utérin de sécurité était recherchée dans 94% des cas. Cependant seulement 30% de parturientes bénéficiaient de conseils relatifs au post partum, parmi lesquelles 27% affirmaient avoir bien compris les conseils. Seulement 6% de parturientes affirmaient avoir eu un rendez-vous pour une consultation post natale. Ce qui compromet fortement la bonne qualité des soins obstétricaux. Ceci est confirmé par l'étude de ANAES [3] qui retrouvait que les pourcentages scores les plus bas étaient notés pour la disponibilité des médecins et les instructions données aux patientes à la sortie de l'hôpital soit respectivement 54,6 % et 54,5 %.

**L'analyse de la satisfaction des patientes :** Elle est corrélée à l'adhésion thérapeutique, à la continuité des soins et à l'amélioration de l'état de santé tel qu'il est perçu par le patient [3, 4,5]. La satisfaction des femmes sur la qualité des prestations a révélé que 69,5% des femmes ont trouvé que leur accueil était poli et attentif, et que 29,5% ont trouvé que le personnel avait un accueil indifférent. 91% des femmes ont trouvé que l'attention prêté était bonne. Au cours des CPN 30% de femmes trouvaient que l'attente était longue, et 94% d'elles trouvaient que l'installation était confortable en salle d'attente, et que l'ordre était respecté. Cependant 82% des femmes venues solliciter des soins obstétricaux au cours de notre étude trouvaient que les tarifs des soins étaient abordables, et 11,5% trouvaient que les offres étaient chères. De manière générale 99% des femmes ont avouées avoir été satisfaites de la qualité des soins, et disaient pouvoir recommander le centre à des amies pour une bonne prise en charge des soins obstétricaux. Cependant les études de Iheb Bougmiza et Yeh S et all [5,14] ont montré que les patientes analphabètes ont exprimé une meilleure satisfaction (score = 56,6 %). Dans leurs études le pourcentage de score décroît à mesure que le niveau d'instruction s'améliore ( $p < 0,001$ ). Ceci est confirmé par Ngeyen P L et all [15] qui affirment que le fait de répondre aux questions de satisfaction est lié à la classe d'âge, au sexe, au

département de résidence et au type de discipline du service. Par ailleurs certains auteurs pensent que le non-respect de l'anonymat exposerait au biais de désirabilité sociale qui pourrait surestimer la satisfaction. Ainsi, le patient exprimerait moins facilement son insatisfaction [15,16]. Les conditions suscitées expliqueraient les variations des rapports de satisfaction en fonctions des pays. Il est de 51% Tunisie [17]; 71 % au Suède [18]; 98,7 % en Suisse [19] et 99% dans notre étude.

**CONCLUSION :** L'étude a montré dans son ensemble que la qualité des structures au CSrefCV est de niveau III et la satisfaction des usagers de niveau IV. L'étude montre également que la qualité : de l'accueil, de l'interrogatoire, du respect de l'intimité, du respect physique et psychique, de l'examen obstétrical et des gestes techniques de la délivrance est de niveau IV. Cependant la qualité de l'hygiène, de l'examen général et de la surveillance du post partum immédiat sont à améliorer.

#### REFERENCES :

1. **Lopez A, Remy P.** Rapport N°RM2007-045P. Inspection générale du travail France
2. **EDS V Mali.** Enquête Démographique et de Santé. Mali 2013
3. **ANAES.** La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé Revue de la littérature médicale. 1996:45
4. **Gasquet I.** Satisfaction des patients et performance hospitalière. Presse Med. 1999 Oct 2;28(29):1610-3
5. **Iheb Bougmiza, Meriem EL Ghardallou, Chekib Zedini et all .** Evaluation de la satisfaction des patientes hospitalisées au service de gynécologie obstétrique de Sousse, Tunisie. Pan Afr Med J. 2011; 8: 44
6. **Donabedian A.** The definition of quality and approaches to its assessment, health administration. In: Donabedian A, editor. Explorations in Assessment and Monitoring. Michigan; 1980.
7. **Koita N, Coulibaly A K.** « Keneya Ciwara ». USAID district level health program / keneya ciwara final performance report September 2008
8. **Dembélé S, M. Koita M N.** Etude sur la qualité des soins dans les structures de soins de la commune de Mopti Mali Juillet 2007. Projet d'Approche Solidaire en Santé Génésique Europe
9. **Coulibaly M.** Qualité de l'accouchement dans les Centres de santé communautaires des Communes V et VI du District de Bamako. Thèse médecine Bamako ; 2001 :75-6Aid / 120804/C/G/Multi
- 10.

- Diarra M.** Qualité des soins à la maternité du Centre de santé de référence de la Commune V du District de Bamako. Thèse médecine Bamako ; 2004-05 : 08-M-154
- 11. Boiré M.** Evaluation de la qualité des soins dans certains services médicaux, médico-techniques et pharmaceutique de l'hôpital Gabriel Touré. 00-M Thèse de médecine. Bamako, 2000:69-79.
- 12. Bovier P, Haller D, Lefebvre D.** Mesurer la qualité des soins en médecine de premier recours: difficultés et solutions: Médecine ambulatoire. Med Hyg. 2004;62:1833–6.
- 13. Pourin C, Barberger-gateau P, Michel P, Salamon R.** La mesure de la satisfaction des patients hospitalisés, première partie : Aspects conceptuels et revue des travaux. Journal d'Economie Médicale. 1999;17:101–15
- 14. Yeh S, Lo Y, Wan T.** Ambulatory care visits and quality of care: does the volume-control policy matter? Health Policy. 2005 Nov;74(3):335–42.
- 15. Nguyen PL, Thi S, Briançon JM.** Qui répond aux questionnaires de satisfaction des soins ? Journal d'économiedéical 2003 vol21,N3 : 151-166
- 16. McKinley R, Manku-Scott T, Hastings A, French D, Baker R.** Reliability and validity of a new measure of patient satisfaction with out of hours primary medical care in the United Kingdom: development of a patient questionnaire. BMJ. 1997; 314:193–8.
- 17. Mtiraoui A, Alouini B.** Evaluation de la satisfaction des patients hospitalisés à l'hôpital de Kairouan. Tunis Med. 2002;80:113–21
- 18. Hanberger L, Ludvigsson J, Nordfeldt S.** Quality of care from the patient's perspective in pediatric diabetes care. Diabetes Res ClinPract. 2006;72:197–205
- 19. Gasquet I, Villeminot S, Estaquio C, Durieux P, Ravaud P, Falissard B.** Construction of a questionnaire measuring outpatients' opinion of