

## ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES DE LA SANTÉ MATERNELLE À L'HÔPITAL RÉGIONAL DE MAMOU (GUINÉE)

### EVALUATION OF THE QUALITY OF MATERNAL HEALTH SERVICES AT THE MAMOU REGIONAL HOSPITAL (GUINEA)

<sup>1</sup> DIALLO Sory, <sup>2</sup> DIALLO Yaya, <sup>3</sup> DIALLO Boubacar, <sup>4</sup> FOFANA Hawa, <sup>5</sup> DIALLO Sory Ibrahima,  
<sup>6</sup> DRAMOU Bernadette,...

<sup>1</sup> Médecin nutritionniste, Institut de Nutrition et de Santé de l'Enfant /Donka (Guinée), sorydiallo1962@gmail.com

<sup>2</sup> Maître de conférences au Département de médecine de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, (Guinée), Service de Gynécologie Hôpital Ignace Deen, yayadiallo1962@yahoo.fr

<sup>3</sup> Pédiatre, Assistant au Département de médecine de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, (Guinée), oubacarbababarry@gmail.com

<sup>4</sup> Pédiatre, assistant au Département de médecine de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, (Guinée), Service de pédiatrie Hôpital Ignace Deen, drhawafofana@yahoo.fr

<sup>5</sup> Pédiatre, Maître-assistant au Département de médecine de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, (Guinée), diallopediatrie@yahoo.fr

<sup>6</sup> Médecin santé publique, OMS-Guinée, dramouberte@gmail.com

DIALLO Sory, DIALLO Yaya, DIALLO Boubacar, FOFANA Hawa, DIALLO Sory Ibrahima, DRAMOU Bernadette, Évaluation de la qualité des services de la santé maternelle à l'hôpital régional de Mamou (Guinée), *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 5 (10), 101-114, [En ligne] Décembre 2022, URL: <https://retssa-ci.com>

### Résumé

En Guinée, la mortalité maternelle reste élevée 550 décès pour 100 000 naissances vivantes, seulement 45 % des femmes bénéficient d'une assistance qualifiée à l'accouchement, ce qui révèle l'accès limité aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence de qualité. L'objectif de cette étude est d'évaluer la qualité des services de la santé maternelle à l'hôpital régional de Mamou. De façon spécifique, il s'agit d'identifier les forces et faiblesses et de proposer des pistes d'interventions pour améliorer la qualité des services des prestataires. Il s'agissait d'une étude transversale du type descriptif portant sur le personnel de santé exerçants à l'unité de gynécologie et obstétrique de l'hôpital de Mamou durant la période allant du 22 au 26 mars 2021. Les informations étaient collectées à partir de l'observation directe de la prise en charge des patientes et l'entretien avec le personnel de la maternité. Pour la notation d'ensemble, les notes de 5 à 1 étaient attribuées. Le pourcentage de la qualité a été calculé sur la base de la formule score obtenu

/ score attendu\*100. Après l'investigation, nous avons obtenu un score global de 80 % pour l'ensemble des critères de performance. Les scores les plus élevés ont été attribués à la prise en charge de l'accouchement difficile, à la césarienne et à l'accouchement prématuré (100 % pour chacun des critères). Cette évaluation permet de présenter un tableau détaillé de qualité des soins offerts aux parturientes à la maternité de l'hôpital régional de Mamou d'en identifier les points forts et faibles et de proposer un plan d'action pour améliorer la qualité des prestations.

**Mots-Clés :** Qualité, soins, service, santé maternelle, Mamou.

---

## Abstract

---

In Guinea, maternal mortality remains high at 550 deaths per 100000 live births, with only 45% of women receiving skilled attendance at delivery, indicating limited access to quality emergency obstetric and neonatal care. The objective of this study is to assess the quality of maternal health care services at Mmamou Regional Hospital, specifically to identify strengths and weaknesses and to propose interventions to improve the quality of providers' services. This was a descriptive cross-sectional study of health personnel working in the gynecology and obstetrics unit of the Mamou hospital during the period from March 22 to 26, 2021. The information was collected through direct observation of patient care and interviews with maternity staff. For the overall rating, scores from 5 to 1 were assigned. The percentage of quality was calculated on the basis of the formula score achieved / score expected\*100. After the investigation, we obtained an overall score of 80% for all performance criteria. The highest scores were given to the management of difficult deliveries, caesarean sections and

preterm deliveries (100%) for each of the criteria). This evaluation allows us to present a detailed picture of the quality of care offered to parturients at the maternity hospital in Mamou, to identify the strong and weak points and to propose an action plan to improve the quality of services.

**Keywords :** Quality, care, service, maternal health, Mamou

---

## INTRODUCTION

---

Au cours des deux dernières décennies, des efforts considérables ont été faits pour garantir la présence de personnel qualifié à la naissance, dans le but de réduire la morbidité et la mortalité chez les mères et les nouveau-nés. Grâce à ces efforts, le nombre de naissance dans les établissements de santé a notablement progressé, la proportion d'accouchement en présence de personnel de santé qualifié dans les pays en voie de développement étant passé de 56% en 1990 à 68% en 2012 (OMS, 2015, p.25-58). Le TMM (taux mortalité maternel) mondial en 2017 est estimé à 211 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, ce qui représente une réduction de 38 % depuis 2000. L'Afrique Subsaharienne et l'Asie du Sud représentent environ 86% des décès maternels estimés dans le monde en 2017 (OMS, 2019, p.2). Les raisons de décès peuvent être directes (causes liées à des complications obstétricales pendant la grossesse, le travail ou la périodes post-partum) ou indirectes (hémorragie du post-partum, infections, éclampsie, travail dystocique et complication suite à un avortement (UNICEF, 2009, p.20). Pour mettre fin à la mortalité et la morbidité évitables, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) envisage un monde où « chaque femme enceinte et nouveau - né reçoivent des

soins de qualité centrés sur la personne pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale (OMS, 2009, p. 7-8). Les recherches ont montré qu'environ 80 % des décès maternels pourraient être évités si les femmes avaient accès à des services de santé primaires ou obstétricaux essentiels (UNICEF, 2009, p.9). En République de Guinée, la situation de la santé de la mère et du nouveau-né est restée alarmante. L'enquête par grappe à indicateurs multiples avait rapporté en 2016, un ratio de mortalité maternelle de 550 décès pour 100000 naissances vivantes et un taux d'assistance qualifiée à l'accouchement de 45 %, ce qui révèle l'accès limité aux soins obstétricaux d'urgence de qualité (MISC, 2016, p.9). Quant à l'enquête démographique et de santé, elle avait rapporté en 2018, un taux de mortalité néonatale de 32 décès pour 1000 naissances (EDS, 2018, p.183). Afin d'aider à déterminer les aspects des soins maternels qui devraient être améliorés à la maternité de Mamou, il était important d'évaluer la qualité de soins offerts à la parturiente. C'est dans ce contexte que la présente étude trouve son intérêt et se propose de répondre à la question de recherche suivante : Quel est le niveau de qualité de soins offerts aux mères à l'hôpital régional de Mamou ? Pour répondre à cette question, nous avons décidé d'évaluer la qualité de la santé maternelle à l'hôpital régional de Mamou. De façon spécifique, il s'agit d'identifier les forces et faiblesses et de proposer des pistes d'interventions pour améliorer la qualité des services des prestataires.

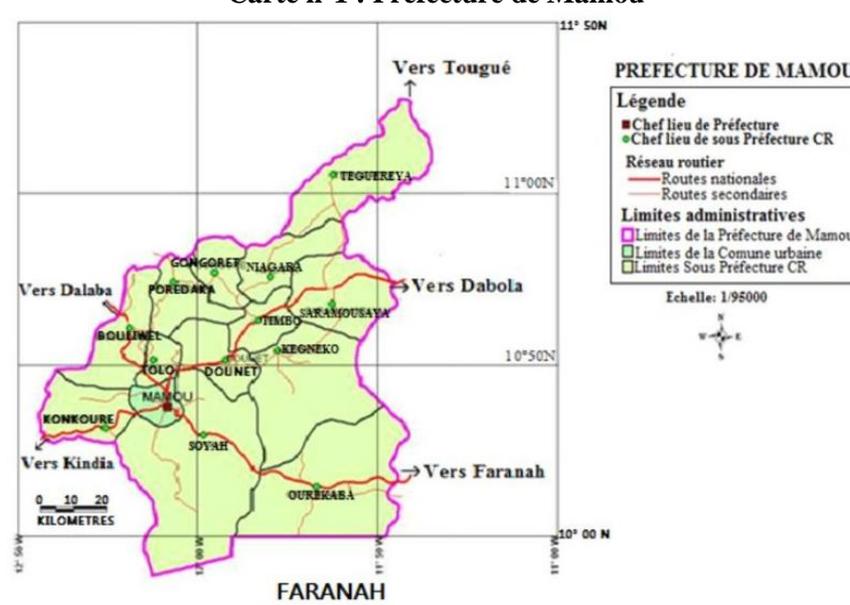
L'hôpital régional de Mamou, situé dans la préfecture de Mamou a servi de cadre pour la réalisation de cette étude. La préfecture de Mamou est une subdivision administrative de la région de Mamou. La préfecture est limitée : au sud par la République de la Sierra ; au nord par la préfecture de Tougué et celle de Dalaba ; à l'Est par les préfectures de Faranah et de Dabola ; à l'ouest par celle de Kindia (carte n°1). En 2016, la population était estimée à 340956 habitants. Le relief de la préfecture est caractérisé par les montagnes et plateaux variant entre 700 m et plus de 1000 m d'altitude, limitant fortement les possibilités de regroupement de la population en grandes agglomérations. Ainsi, la population est plutôt dispersée en petits hameaux distants les uns des autres et reliés par des pistes qui serpentent les montagnes. Ces pistes sont difficilement praticables voire pas en véhicule, même à moto. En conséquence, les populations, surtout les enfants et les femmes enceintes ont peu accès aux services de santé, même en cas d'urgence (MPCI, 2014, p.54). Le nombre de femmes en âge de procréer par sage-femme est de 14 499, le nombre d'habitant par infirmier d'Etat est de 19219. Le nombre d'habitants par médecin est de 16 985 (INS, 2017, p.3). Le quotient de mortalité néonatale est de 32 pour milles, 54 pour mille pour la mortalité infantile et 59 pour mille pour la mortalité juvénile. Le taux d'accouchement par médecin, infirmier ou sage-femme est de 30,4 % (INS /MISC ,2016, p.9). Au point de vue infrastructure sanitaire, la préfecture dispose 18 centres de santé, 28 postes de santé.

---

## 1. MATERIELS ET METHODES

### 1.1. Cadre de l'étude

Carte n°1 : Préfecture de Mamou



Source : Direction régionale de la santé, 2021 Réalisation : Barry Mamadou Foula, 2018

## 1.2 Méthodes de l'étude

Il s'agissait d'une étude transversale du type descriptif portant sur le personnel de santé exerçant à l'unité de gynécologie et de l'obstétrique de l'hôpital régional de Mamou durant la période allant du 22 au 26 mars 2021. Ont été inclus dans cette étude, le professionnel de santé composé de 2 médecins, 2 sage-femmes, 2 infirmières en service le jour de l'enquête. Les agents de santé remplissant les critères d'inclusion mais absents au moment de l'enquête ont été exclus. Les informations étaient collectées à partir de l'observation directe de la prise en charge des patientes, de l'examen des dossiers cliniques et l'entretien avec le personnel de la maternité, en parallèle avec l'observation des locaux. Le questionnaire a été administré par 2 médecins ayant des connaissances avérées en santé maternelle. Il comprenait : les informations concernant la disposition des installations, les infrastructures, les effectifs, les statistiques

hospitalières (2020), le système d'information sanitaire, les dossiers médicaux, les médicaments essentiels et les produits sanguins, le laboratoire et les directives, les connaissances pratiques et théoriques des prestataires sur les soins maternels. Avant le démarrage de l'enquête, la mission d'évaluation avait programmé une réunion avec le personnel de santé pour expliquer les objectifs et le processus d'évaluation. Ensuite, elle a effectué une visite rapide de l'hôpital pour avoir une idée de la disposition des installations, du nombre de patients et des différents domaines qu'il fallait passer en revue. Elle s'est efforcée de le faire sans trop interrompre les activités du service. Les entretiens avec les agents de santé étaient réalisés par 2 équipes. Le chef d'équipe gérait la planification et l'organisation générale du recueil des informations. A la fin de l'évaluation, les différents groupes récapitulaient leurs notes afin de préparer la réunion d'équipe. Lors de cette réunion, il s'agissait de regrouper et de partager les principales conclusions et de

s'accorder sur les questions importantes et les faits saillants en vue du compte rendu à faire au personnel. Il était question de résumer les principales priorités qui avaient le plus d'impact sur le plan d'action récapitulatif et de s'entendre sur la personne qui devrait se charger de la communication des résultats. Un compte rendu était présenté à la fin de l'évaluation. Le directeur de l'hôpital et son adjoint étaient invités à venir à la séance de compte rendu. Pour la collecte des données, nous avons utilisé l'outil élaboré par l'OMS « standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé » (OMS, 2015, p.25-58). Pour la notation d'ensemble, les notes de 5 à 1 étaient attribuées : i) 5 pour une bonne pratique respectant les standards de soins; ii) 4 montrant peu de besoin d'amélioration pour être conforme aux standards de soins; iii) 3 signifiant un certain besoin d'amélioration pour atteindre les standards de soins; iv) 2 indiquant un besoin considérable d'amélioration pour atteindre les standards; v) et 1 montrant que les services ne sont pas fournis, que la prise en charge est totalement inadéquate ou que les pratiques présentent un risque mortel. Pour estimer le score final, une moyenne a été calculée pour chaque critère. Pour la note finale nous avons additionné les notes (moyennes) intermédiaires puis divisé par le nombre de critères. Les moyennes comportant des décimales étaient arrondies par excès ou par défaut Le pourcentage de la qualité a été calculé sur la base de la formule score obtenu / score attendu\*100 (Christel J, 2014, p.14). Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Excel.

## 2. RÉSULTATS DE L'ETUDE

Au cours de cette étude, nous avons obtenu un score global de 80% pour l'ensemble des critères de performance. Seulement, trois

critères de performance (la réalisation de la césarienne, la prise en charge de la mauvaise progression du travail et la prise en charge de l'accouchement prématuré) avaient obtenu 100 % indiquant la bonne pratique respectant les standards de soins de l'OMS.

### 2.1 Etat des lieux des services de santé maternelle à l'hôpital régional de Mamou

#### 2.1.1 Description du service de gynécologie-obstétrique et son personnel

Le service de gynécologie et de l'obstétrique disposait d'une salle d'accouchement équipée d'une douche et de toilettes en état de marche, propres et accessibles, réservées aux femmes parturientes ; d'un espace réservé à la réanimation des nouveau-nés équipé d'une rampe chauffante ; d'un bloc opératoire équipé situé auprès de salle d'accouchement et facilement accessible. Le personnel médical du service était constitué de 2 médecins généralistes faisant fonction de Gynécologue et 1 gynécologue-obstétricien, 4 sage-femmes et 4 infirmières anesthésistes. Durant la journée, le service fonctionnait avec 6 lits par médecin, 5 lits par sage-femme tandis que la nuit, le service fonctionnait avec 1 médecin et 2 sage-femmes pour 20 lits. Les lieux réservés au lavage des mains étaient bien organisés et équipés. L'eau et du savon ou un désinfectant à base d'alcool pour les mains étaient disponibles aux points des soins (photo n°1).

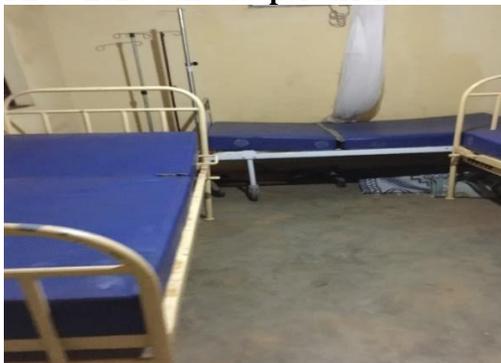
#### Photo n°1 : Dispositif de lavage des mains



Cliché : Sory Diallo, 2021

Le service est doté de 20 lits d'hospitalisation répartis dans 3 salles (Photo n°2). Une des salles était réservée à la prise en charge des femmes qui présentaient des complications

### Photo no2 : Salle des parturientes



Cliché : Sory Diallo, 2021

### 2.1.2 Statistiques hospitalières des activités de la maternité (année 2020)

En 2020, le nombre d'accouchement enregistré à la maternité était de 3604 dont 3322 naissances vivantes soit 92,18%. Le nombre de nouveau-né à faible poids de naissance (< 2500 grammes) était de 105. La proportion de bébé né dans l'établissement et ayant bénéficié des 4 composantes de soins essentiels pour nouveau-nés étaient de 99 %. Le taux d'asphyxie à la naissance était 3,58 % soit (129/3599). Le nombre de décès néonatal était de 282 soit 7,82%. La proportion de femmes souffrant de prééclampsie et d'éclampsie traités avec une injection de sulfate de magnésium était de 100%. Le nombre de femme ayant reçu de l'ocytocine immédiatement après la naissance du bébé était de 3494 soit 96,95%. Les principaux diagnostics d'admission des femmes hospitalisées par ordre de décroissance de fréquence des pathologies étaient : dystocie (15%), anémie (5,16%), HTA (0,78%) et éclampsie (0,53%). Les informations sur les autres pathologies n'étaient pas disponibles. Le nombre de décès maternels et revus à la maternité était de 11

cas. La durée moyenne de séjour pour un accouchement par voie basse était de 6 heures. Par contre, la durée moyenne de séjour en cas de césarienne était de 5 jours.

### 2.1.3 Équipements, médicaments et fournitures

Le service de la maternité de l'hôpital régional de Mamou, disposait certains matériels et des fournitures de base essentiels pour les soins courants et la détection des complications (médicaments essentiels, thermomètres, stéthoscopes fœtaux, TDR pour le paludisme et les tests de VIH et syphilis, matériel de clampage du cordon, table de consultation, tables d'accouchement en bon état et des incubateurs). Les matériels tels que : cathéters IV, source d'oxygène avec alimentation centrale et de débitmètres pour oxygène, serviettes pour sécher les nouveau-né, table de réanimation avec une source de chaleur, pompe à perfusion /dosimètre, laryngoscope et l'aspirateur à l'usage multiple n'étaient pas disponibles à la maternité (photo n°3).

### Photo n°3 : Pharmacie de l'hôpital de Mamou



Cliché : Sory Diallo, 2021

L'hôpital dispose un laboratoire équipé pour la réalisation des examens de routine (biochimie, parasitologie, hématologie et microbiologie). L'équipe du laboratoire est

composée d'un chef laborantin et quatre (4) techniciens de laboratoire (Photo.n°4). Certains examens tels que la bilirubinémie, le dosage des CD4 et analyse des gaz du sang n'étaient pas réalisés par manque de réactifs et du matériel. Le temps mis pour l'analyse des échantillons est fonction de la nature de l'examen.

#### Photo no4 : laboratoire d'analyse biomédicale

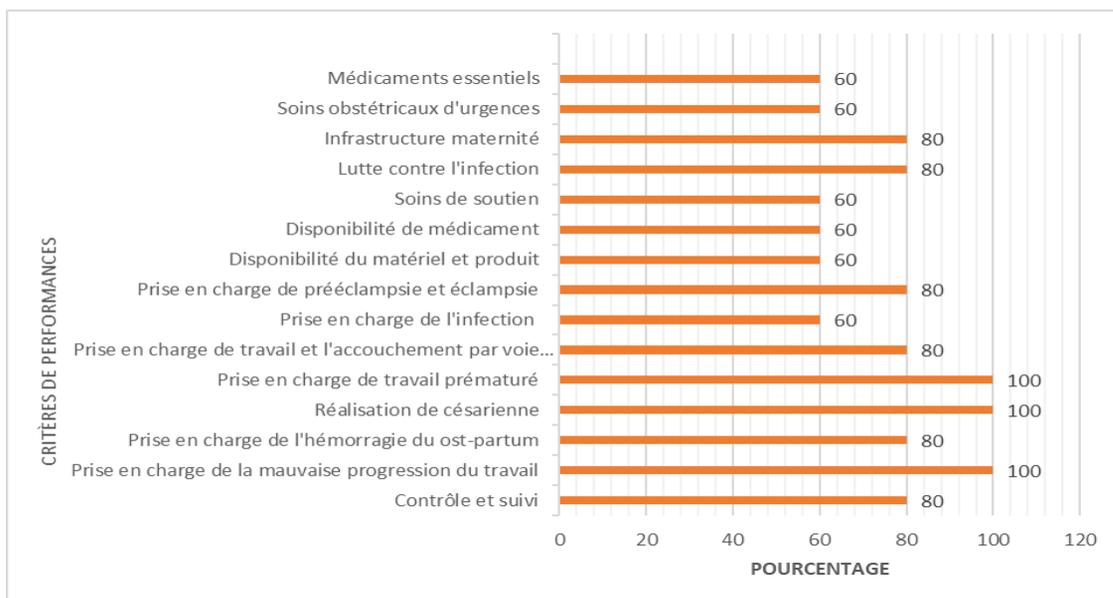


Cliché : Sory Diallo, 2021

## 2.2 Connaissances théoriques et pratiques sur les soins maternels

Les scores les plus élevés avaient été attribués à la prise en charge de la mauvaise progression du travail (100%), à l'accouchement prématuré (100%) et à la césarienne (100%). Les mauvais scores ont été donnés aux critères suivants : matériels et produits (60%), médicaments essentiels (60%), soins obstétricaux d'urgences (60%) et soins de soutien (60%). Ces faibles scores enregistrés dans le service sont dus d'une part par une mauvaise estimation des besoins en fonction de la population cible (insuffisance à la maîtrise des commandes) et à la mauvaise gestion des stocks et d'autre part par le manque de service des urgences obstétricales (figure.1).

### Graphique n°1 : connaissances théoriques et pratiques sur les soins maternels



Source : Enquête de terrain, 2021

**Tableau n°1 : Plan d'action de la maternité et méthodes**

Critères de Performance	Score		Effet sur la mortalité et morbidité		Faisabilité		Mesure nécessaire		Priorité		Calendrier et personne responsable
	Améliorer Nettement	A améliorer	Faible	Elevé	Faible	Elevé		Haute	Faible		
Matériels, Produits et médicaments Essentiels		60 %		X		X	Doter le service de la maternité en médicaments essentiels, Produits et matériels de base	X		1 <sup>er</sup> avril au 31/06/2021 Directeur national des établissements hospitaliers et l'hygiène sanitaire (DNEHHS)	
Soins obstétricaux d'urgences		60 %		X		X	Créer une unité de soins obstétricaux d'urgences	X		1 <sup>er</sup> mai au 31/10 /2021 DNHHS/ Directeur général de l'hôpital	
		60 %									
Prises-en charge de l'infection		60 %		X		X	Améliorer les compétences du personnel dans la prise des infections notamment le VIH	X		1 <sup>er</sup> au 15/04/2021 Chef de service de la maternité/ Directeur général de l'hôpital	
Soins de soutien				X		X	Améliorer les compétences du personnel en matière de soins de soutien	X		1 <sup>er</sup> au 15/04/2021 Chef de service de la maternité/ Directeur général de l'hôpital	

Source : Données de l'enquête, 2021

### 3. DISCUSSION

L'évaluation de l'état de santé des femmes au moment de leur admission et leur suivi régulier pendant le travail et l'accouchement sont indispensables pour garantir des soins essentiels qui soient adaptés à l'état de santé de la femme ; pour prévenir de la survenue des complications ; et identifier les risques ou

les complications qui requièrent une intervention urgente pour assurer des meilleurs résultats du travail d'accouchement, et une issue plus favorable de la grossesse pour la mère et le nouveau-né (OMS, 2015,p.25). Cette étude voudrait contribuer à améliorer les connaissances sur les soins maternels à l'hôpital régional de Mamou en mesurant le niveau performance de la qualité des soins offerts aux parturientes tout en identifiant les points forts et faibles.

Ce travail n'avait pas pensé à évaluer le niveau de satisfaction des bénéficiaires pendant leur séjour à la maternité. Or, la satisfaction du client est une composante de l'évaluation de la qualité des soins. La mesure de la satisfaction des patients s'inscrit dans un contexte global de montée de la place de l'utilisateur dans l'organisation du système de santé et la place croissante des démarches qualité (Aristide R Y, 2017, p. 267). Nous pensons également qu'il pouvait y avoir de biais d'information d'autant plus qu'il s'agit d'une étude descriptive qui comporte le volet qualitatif. Les réponses données par le personnel soignant peuvent être individuelles et différentes de celles des autres membres du personnel. Pour analyser nos résultats, nous avons divisé la liste des mesures de qualité en deux parties distinctes : la première porte sur l'état des lieux des services de santé maternelle et la deuxième sur les connaissances pratiques et théoriques des soins maternels.

### **3.1. État des lieux des services de santé maternelle à l'hôpital régional de Mamou**

Comme on le dit ici, le service de gynécologie et de l'obstétrique disposait une salle d'accouchement équipée de deux tables d'accouchements, d'une douche et de toilettes en état de marche, propres et accessibles, réservées aux femmes parturientes ; d'un espace réservé à la réanimation des nouveau-nés équipé d'une rampe chauffante ; d'un bloc opératoire équipé situé auprès de salle d'accouchement et facilement accessible. Nos observations sont en partie contraires à celles de (Rashidi Assani S, 2016, p.51) qui a observé au cours de son étude que dans 87,5% de cas, la salle d'accouchement servait en même temps de salle d'observation et trois quarts de maternités visitées ne disposaient pas de table d'accouchement. Comme le montre ce manuscrit, l'eau courante était disponible

pour répondre au besoin (hygiène personnelle, actes médicaux, nettoyage et boisson). L'électricité était aussi constamment disponible dans les salles, grâce à des panneaux solaires, à un générateur ou le raccordement à EDG (service national d'électricité de Guinée). Dans une étude réalisée en RDC (UNFPA, 2012, p.35), seules près de tiers des structures enquêtées (64%) accédaient à l'eau courante et 80% étaient alimentés en électricité. Parmi elles 73 % étaient connectées au réseau public principalement en milieu urbain. Le groupe électrogène constituait la deuxième source d'énergie électrique (16 %). Au cours de l'évaluation nous avons également observé l'existence d'un dispositif de tri, de collecte, d'élimination des déchets et de lavage des mains (photo no1). Ceci est un atout car le traitement et l'élimination des déchets liés aux soins peuvent entraîner indirectement des risques pour la santé en raison du rejet d'agents pathogènes et de polluants toxiques dans l'environnement (OMS, 2018, p.4-5). En 2015, il est ressorti d'une évaluation conjointe de l'OMS et de l'UNICEF qu'à peine plus de la moitié (58 %) des établissements sur lesquels a porté l'enquête, dans 24 pays, disposaient de systèmes adaptés pour éliminer les déchets liés aux soins de santé en toute sécurité (WHO/UNICE, 2015, p.8). Comme on le dit ici, La rupture de certains médicaments essentiels (Vitamine K1, ceftriaxone 1g, sulfate de magnésium, dexaméthasone, chlorhexidine solution etc.) était récurrente et l'approvisionnement en médicaments spécialisés n'était pas régulier, les parents doivent les acheter dans les pharmacies de ville. En Guinée, l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques et en consommables médicaux et leur distribution sur le plan national se font à travers la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG), outil

privilegié de mise en œuvre de la politique en matière d'approvisionnement des formations sanitaires publiques, parapubliques et communautaires. Malheureusement des ruptures fréquentes des médicaments essentiels de la santé reproductive (SR), dont les produits d'urgence et des réactifs et intrants de laboratoire sont parfois observées (MSHP, 2016, p.18). Selon l'OMS, le médicament essentiel ce sont des médicaments qui répondent aux besoins de santé prioritaire d'une population. Ils sont sélectionnés en fonction de la prévalence, des maladies, de l'innocuité, de l'efficacité et comparaison des rapports coût-efficacité. Ils devraient être disponible en permanence dans le cadre de systèmes de santé opérationnels, en quantité suffisante, sous la forme galénique qui convient, avec une qualité assurée et à un prix abordable au niveau individuel (OMS, 2013, p.1). Concernant les analyses biomédicales, le service de la maternité s'offre des prestations du laboratoire de l'hôpital régional, équipé pour réaliser les examens de routine (biochimie, parasitologie, hématologie et microbiologie). Certains examens tels que la bilirubinémie, le dosage des CD4 et analyse des gaz du sang n'étaient pas réalisés par manque de réactifs et du matériel. Le temps mis pour l'analyse des échantillons est fonction de la nature de l'examen.

### **3.2 Connaissances pratiques et théoriques des soins maternels**

Concernant la qualité technique des soins, tous critères confondus de performance, nous avons obtenu un score global de 80%, ce qui montre peu de besoin d'amélioration pour être conforme aux standards de soins de l'OMS. La prise en charge de dystocie, la réalisation de la césarienne et la prise en charge du travail prématuré sont des critères qui avaient obtenu le score le plus élevé (100%). Cet article montre que le travail difficile était

correctement diagnostiqué, la progression non satisfaisante du fœtus était correctement définie, le partogramme était utilisé pour orienter la prise en charge. En cas d'arrêt secondaire de la dilatation du col et de descente de la présentation avec des bonnes contractions, la disproportion fœto-pelvienne était diagnostiqué par le gynécologue et la césarienne était effectuée (100%). Lorsqu'elle est médicalement justifiée, la césarienne peut prévenir efficacement la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales (OMS, 2015, p.1). Le travail difficile est aussi l'une des principales causes à la fois de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale. Une dystocie mécanique non diagnostiquée peut conduire à une rupture utérine ou à une fistule obstétricale (FO) chez la mère (OMS, 2015, p.1). En effet, la fistule obstétricale est une pathologie invalidante non seulement à cause de la douleur chronique qui empêche la femme d'exercer une activité nécessitant beaucoup d'effort physique, mais aussi à cause des mauvaises odeurs permanentes que la femme dégage et qui restreignent fortement sa fréquentation (Bangser M, 2006, p. 535-536) FO entraîne également des risques plus élevés de mortinaissances, d'asphyxie néonatale, de syndrome d'aspiration méconiale, entre autres (Say L et al. ; 2014 ; p 323-333). Comme on le dit ici, l'accouchement prématuré était aussi suffisamment pris en charge (figure.1). Les femmes parturientes bénéficient des interventions appropriées à la fois pour elles-mêmes et pour leurs nouveau-nés. Selon l'OMS, la prévention du travail avant terme et la prise en charge appropriée d'un travail prématuré imminent sont impératives pour réduire les risques associés pour le nouveau-né, prévenir les complications évitables et améliorer l'issue du travail et la survie des nouveau-nés prématurés (OMS, 2015, p.25-

58). La prise en charge des femmes présentant une hypertension artérielle avait obtenu un score de 80 % car elles recevaient immédiatement et de manière adaptée du sulfate de magnésium par voies intramusculaire ou intraveineuse (figure.1). L'hypertension artérielle chez la femme enceinte est une cause majeure de mortalité, de mortinaissance et de mortalité néonatale. La prévention, le diagnostic précoce et rapide, et un traitement approprié peuvent réduire considérablement la mortalité et morbidité associées à ces affections (OMS, 2015, p.25-58). Concernant la prévention et la prise en charge des infections pendant la grossesse, les antibiotiques adéquats étaient prescrits en cas de rupture prématurée des membranes (RPM) > à 6 heures et chez les femmes en travail avec une fièvre > 38 degrés. Les infections bactériennes autour de l'accouchement représentent environ un dixième de la charge mondiale des décès maternels (OMS, 2015, p.25-58). Si la majorité de ces décès touchent des pays à faibles revenus, les infections liées aux accouchements constituent aussi une importante cause directe de mortalité dans les pays à revenus élevés. Outre la morbidité sévère et le décès, les femmes touchées par les infections périnatales ont également tendance à souffrir d'incapacité à long terme, telles que douleurs pelviennes chroniques et la stérilité secondaire. Par ailleurs, on estime à un million le nombre de décès néonataux annuels associés aux infections maternelles avant et pendant l'accouchement (OMS, 2015, p.25-58). Comme démontré ici, les directives et protocoles écrits pour le dépistage, les conseils et la prise en charge des femmes enceintes séropositives au VIH étaient disponibles, mais peu appliqués (60 %). Le même constat avait été fait par (Rasolofomanana J R et al., 2011, p.16) qui ont attribué le score (14 %) à la prise charge

et à la prévention des infections au VIH. En Guinée, avec une couverture de plus 57% des femmes enceintes en consultation pré natale (CPN), moins de 10% bénéficieraient de la PTME ; donc, 40 % des femmes enceintes passent plusieurs fois au système de santé sans que ce dernier ne puisse leur proposer un conseil, un test VIH ni éventuellement une prophylaxie ((PNDS, 2015, p.34). Or, assurer la prévention primaire de l'infection à VIH chez les futurs parents et éviter aux femmes infectées par le VIH les grossesses non désirées constituent des stratégies à long terme qui sont fondamentales pour la prévention de la transmission du VIH à l'enfant (OMS, 2015, p.1). Toutefois, nombreuses sont les femmes qui ont une grossesse alors qu'elles sont infectées par le VIH, et d'autres peuvent contracter l'infection alors qu'elles sont déjà enceintes. Par contre, des directives et un protocole écrit pour le diagnostic et la prise en charge du paludisme pendant la grossesse étaient disponibles, connus et utilisés en routine par le personnel. Le diagnostic parasitologie ou le TDR étaient effectués pour confirmer le diagnostic clinique avant que le traitement ne soit administré à la femme enceinte. En 2012, le taux de couverture des femmes enceintes sous sulfadoxine perymétamine (SP) et sous moustiquaire imprégnée à Mamou était de (63,53 % et 54,38 % respectivement) (BSD /INS, 2012, p.5). Dans les régions à risque du paludisme, l'OMS recommande la fourniture et l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) et la prise en charge efficace des cas en fournissant un diagnostic de qualité rapide et un traitement efficace des infections palustres. Dans les zones de transmission modérée à élevée de *Plasmodium falciparum*, l'OMS recommande aussi l'administration du TPI-SP lors de la grossesse dont la qualité est prouvée (OMS, 2004, p.2). Dans son étude, Chico et al., avait

constaté que les femmes qui recevaient deux doses ou plus de TPI-SP étaient protégées non seulement des effets indésirables liés au paludisme, mais aussi de certaines infections sexuellement transmissibles/infection du tractus génital (Chico RM, 2017 ; p1043-1051). Comme démontré ici, la prise en charge des femmes présentant des cas d'hémorragies après l'accouchement avait obtenu un score de 80%. Nos observations sont contraires à celles de (Rashidi Assani S, 2016, p.51) en RDC qui a constaté que 80% de prestataires impliqués dans les activités de santé maternelle et néonatale n'avaient pas de connaissance minimum d'actes à réaliser sur la prise en charge de l'hémorragie du post-partum. Notre score est également supérieur à celui de (Rasolofomanana J R et al., 2011, p.30) qui ont trouvé un score de 56% concernant la prise en charge de l'hémorragie du post-partum et seulement 39% connaissaient les actions et tests à faire en cas d'atonie de l'utérus. Comme on le dit ici, un protocole écrit était disponible, connu et utilisé régulièrement par le personnel pour les hémorragies résistantes au traitement médical. La plupart des décès imputable à l'HPP surviennent pendant les premières 24 heures après l'accouchement. La majorité d'entre eux pourraient être évités par l'administration prophylactiques d'utéro-toniques au cours de la délivrance et une prise en charge appropriée en temps opportun. L'amélioration des soins aux femmes pendant l'accouchement en vue de prévenir et traiter l'HPP est une étape essentielle vers la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement (OMS, 2014, p.9).

---

## CONCLUSION

---

La présente étude a été menée pour évaluer le niveau de qualité des soins offerts aux parturientes durant la période allant du 22 au

26 mars 2021. La note globale obtenue était de 80 %, ce qui montre peu de besoin d'amélioration pour atteindre les standards de soins de l'OMS. Trois critères de performance (la réalisation de la césarienne, la prise en charge de la mauvaise progression du travail et la prise en charge de l'accouchement prématuré) avaient obtenu un score de 100 % indiquant la bonne pratique respectant les standards de soins de l'OMS. Les mauvais scores ont été donnés aux critères suivants : matériels et produits, médicaments essentiels, soins obstétricaux d'urgences et soins de soutien. Ce travail n'avait pas pensé à évaluer le niveau de satisfaction des bénéficiaires pendant leur séjour à la maternité. Or, la satisfaction du client est une composante de l'évaluation de la qualité des soins. Sur ce, nous encourageons d'autres chercheurs à mener des études d'observation de geste et de satisfaction dans ce domaine en vue d'apporter des connaissances nouvelles qui permettront d'améliorer la qualité des soins maternelles. Néanmoins cette évaluation, a permis d'identifier les points forts et faibles et de proposer un plan d'action pour améliorer la qualité des soins offerts aux parturientes. Parmi les domaines prioritaires d'amélioration, figure la formation du personnel, l'approvisionnement en médicaments essentiels, suivi et contrôle des patientes, la prise en charge de l'infection et les soins obstétricaux d'urgences. En effets, cette amélioration ne peut être envisagée actuellement sans le renforcement des capacités d'approvisionnement en médicaments essentiels, équipements, infrastructures et ressources humaines et financières par le ministère de la santé et ses partenaires techniques et financiers.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BANGSER Maggie, 2006, « Obstetrique fistula and stigma ». *The Lancet Global Health*. ; 367 (9509) : 535-536.

BUREAU STRATEGIE DE DEVELOPPEMENT (BSD), 2012, *Annuaire statistique sanitaire/Mamou*. INS, Guinée, p.5.

CHICO RM, CHAPONDA EB, ARICI C, CHANDRA Mohan D, 2017, « sulfadoxine pyriméthamine exhibits dose-repose propection against adverse Birth outcomes related to malaria and sexually trasmitted and reproductive tract infections ». *Clinical infectious Disease*. 64 (8) :1043-1051.Doi : 10.1093/cid/cix026.

FOND DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (UNICEF, 2009), *Situation des enfants dans le monde : la santé maternelle et néonatale*, p.2-20.

FOND DES NATION UNIES POUR LA POPULATION, 2012, *évaluation des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans trois provinces de la République Démocratique de Congo*. Rapport final, p.35.

INSTITUT NATIONAL DE DE LA STATISTIQUE (GUINEE), 2018, *Enquête démographique et de santé (EDS V)*. Rockville, Maryland, USA, p.183.

INSTITUTE OF STATISTICS (GUINEE), 2016, *Multiple Indicators for Cluster Survey (MISC)*. Final Report, Conakry, p.9.

JANSEN Christel, BALDE Ahmadou, CODJIA Laurence, 2012, *Analyse de situation des ressources humaines en santé maternelle et néonatale en Guinée de 2014 à*

2023 : planification stratégique. MSHP, OMS (Guinée), p.14.

LALE Say, DORIS Chou, ALISON Gemmil, ÔZGE Tuncalp, BETH Moller Ann, DANIELS Jane, et al., 2014, « Global causes of maternal death: A who systematic analysis». *Lancet Global Health* ; 2 : e323–e333.

MINISTERE DU PLAN ET DE LA COOPERATION INTERNATIONALE (MPCI) (GUINEE), 2014, *Troisième recensement général de la population et de l'habitation*. RGPH3, p.54.

MINISTERE DE LA SANTE (GUINEE), 2015, *Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2015-2024*, p.34.

MINISTERE DE LA SANTE (GUINEE), 2016, *plan stratégique national de la santé maternelle, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et des jeunes (SRMANIA) 2016-2020*, p.18. NATIONAL

NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (GUINEE), 2017, *Perspective démographique de la Guinée*, p.3.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2015, « standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé ». OMS, Genève, [En ligne] <http://apps.who.int/iris>, pp.25-58

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS), 2019, *Evolution de la mortalité maternelle (2000-2017)*. OMS, Genève, p.2.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2009, « Rapport d'évaluation de recours à l'hôpital en Europe ». Bureau

régional de l'OMS pour l'Europe, p. 7-8.  
Copenhague, Danemark.

ORGANISATION MONDIALE DE LA  
SANTE, 2018, déchets liés aux soins de  
santé, p.4-5.

ORGANISATION MONDIALE DE LA  
SANTE (OMS), 2013, médicaments  
essentiels, p.1.

ORGANISATION MONDIALE DE LA  
SANTE OMS, 2015, déclaration de  
l'organisation mondiale de la santé sur les  
taux de césarienne, p.1. OMS ;  
WHO.RHR/15.02.

ORGANISATION MONDIALE DE LA  
SANTE (OMS), 2015, Recommandation de  
l'organisation mondiale de santé pour la  
prévention et le traitement des infections  
maternelles périnatales, p.1

ORGANISATION MONDIALE DE LA  
SANTE, 2004, Cadre stratégique pour  
l'antipaludique pendant la grossesse dans la  
région Africaine, p.2.

ORGANISATION MONDIALE DE LA  
SANTE (OMS), 2014, Recommandation de  
l'organisation mondiale de santé pour la  
prévention et le traitement de l'hémorragie du  
post-partum, p.9.

RASHIDI ASSANI Samuel, 2016, Analyse  
de la qualité des soins offerts au couple mère-  
enfant et nouveau-né dans la zone santé de  
Gombé Matadi. Ecole de Santé Publique de  
Kinshasa, p.51.

RASOLOFOMANANA Justin Ranjalahy et  
RAKOTOVAO Jean Pierre, 2011 « Qualité  
des soins dans la prévention et la prise en  
charge des complications courantes chez la  
mère et le nouveau-né dans les formations

sanitaires de Madagascar ». Jhpiego,  
Baltimore, Maryland 21231-3492, Etats-  
Unis.p.30.

WHO/UNICEF,2015, Water sanitation  
andhygiene in health car facilities : status in  
low-and middle-com Organisation, contries.  
Words Health Organization, Geneva, p.8.

YAMEOGO Aristide Relwendé, MILLOGO  
Georges Rosario Christian, BAMOUN  
Arlette Flore Palm Joel I, DAKABOURE  
Germain, KOLOGO Mandi, Koudougou  
Jonas, Koudnoaga SAMADOULOGOU  
André, et ZABSONREPatrice,2017 «  
Évaluation de la satisfaction des patients dans  
le service de cardiologie du CHU Yalgado  
Ouedraogo ». Pan Afr Med J. 2017 ; 28 :267.  
DOI : 10.11604/pamj.201728.267.13288.