



UNIVERSITÉ  
DE LORRAINE



## Master 2

« Santé publique et environnement »  
Spécialité :

« Intervention en promotion de la santé »

**AMELIORATION DE L'OFFRE DES SOINS  
OBSTETRICAUX D'URGENCE A L'HOPITAL  
GENERAL DE REFERENCE DE BANDUNDU EN  
REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO**

*Mémoire présenté par :*

**MAYIRA SEKELE PAULIN**

*Maître de stage*

**Dr. BAVON MAMBU BITUMBA**

*Guidant universitaire :*

**Mr. Jean François Collin**

**2012-2013**

## **TABLE DES MATIERES**

<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>3</b>
<b>ABREVIATIONS &amp; ACRONYMES</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>7</b>
<b>I. CONTEXTE</b>	<b>8</b>
<b>1.2 CADRE D'ETUDE</b>	<b>9</b>
<b>1.3 OBJECTIFS</b>	<b>10</b>
<u>OBJECTIF GENERAL</u>	10
<u>OBJECTIFS SPECIFIQUES</u>	10
<b>II. METHODES</b>	<b>11</b>
<b>III. RESULTATS</b>	<b>13</b>
<b>3.1 RECUEIL DE DONNÉES</b>	<b>13</b>
<b>3.2 EVALUATION DE L'OFFRE DES SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE</b>	<b>14</b>
3.2.1 COMPETENCE DU PERSONNEL	14
3.2.2 INFRASTRUCTURE	16
3.2.3 LES EQUIPEMENTS	16
3.2.4 DISPONIBILITE EN MEDICAMENTS ESSENTIELS	17
3.2.5 ORGANISATION DES SERVICES	17
3.2.6 L'OFFRE DES FONCTIONS ESSENTIELLES DE SOUC	18
3.2.7 LA SATISFACTION DES BENEFICIAIRES	21
<b>3.3 PRATIQUES D'AMELIORATION DES SOUC</b>	<b>24</b>
<b>IV. DISCUSSION</b>	<b>28</b>
<b>5.1 DE L'ATTEINTE DES OBJECTIFS</b>	<b>28</b>
<b>5.2 DE LA QUALITE ET LA VALIDITE DES RESULTATS</b>	<b>28</b>
<b>5.3 LIMITE DE L'ETUDE</b>	<b>28</b>
<b>5.4 PRINCIPAUX RESULTATS OBTENUS</b>	<b>29</b>
<b>V. CONCLUSION</b>	<b>31</b>
<b>INDEX DES TABLES</b>	<b>32</b>
<b>INDEX DES ILLUSTRATIONS</b>	<b>33</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>34</b>

## REMERCIEMENTS

- A la **Coopération Technique Belge (CTB) R.D. Congo**

*Toute ma reconnaissance pour avoir accepté de financer mes études de santé publique*

- A Monsieur **Jean François Collin**, Responsable des cours et guidant universitaire pour le temps consacré à la relecture de ce travail et les orientations, Je souhaite encore bénéficier de votre immense expérience et de vos conseils.
- Monsieur **Joseph VrohBENIE**, pour votre ouverture d'esprit et vos conseils.
- A Madame **Dominique Billot** et toute l'équipe pédagogique pour leur encadrement et soutien
- Au Docteur **Edouard GUEVART**, pour votre soutien constant et encadrement.
- Au Docteur **Bavon MAMBU BITUMBA**, pour votre soutien permanent et pour vos conseils tout au long de notre stage et au cours de la rédaction de ce travail.
- A toute l'équipe de l'**Hôpital Général de Bandundu**, pour le soutien et participation active au processus d'amélioration des SOU
- A tous les collègues de la promotion, pour les meilleurs moments passés ensemble dans la **Solidarité, la Tolérance et le Partage**.

## **ABREVIATIONS & ACRONYMES**

AMIU	: Aspiration Manuelle Intra Utérine
BCF	: Bruits du coeur foetal
EDS	: Enquête Démographique et de santé
GATPA	: gestion active de la troisième période de l'accouchement
H4	: Health four
HGR	: Hôpital Général de Référence
MICS:	Multiple Indicators Cluster Survey (Enquête par grappes à Indicateurs Multiples)
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PNSR	: Programme National de santé de la Reproduction
RDC	: République Démocratique du Congo
SAA	: Soins Après Avortement
SNIS	: Système National d'Information sanitaire
SONU	: Soins obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SOU	: Soins obstétricaux d'urgence
SOUB	: Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
SOUC	: Soins Obstétricaux d'Urgence Complet
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
VIH	: Virus d'Immunodefiscience Acquise
ZS	: Zone de Santé

## **RESUME**

La République Démocratique du Congo est comptée parmi les Pays à forte mortalité maternelle avec un ratio de mortalité maternelle de 549 décès pour 100.000 naissances vivantes, plusieurs initiatives d'amélioration sont mises en place mais les progrès sont lents d'où le projet d'amélioration de l'offre des soins obstétricaux d'urgence au niveau de l'hôpital Général de Bandundu.

### **Objectifs**

Evaluer l'offre des soins obstétricaux d'urgence, identifier les problèmes prioritaires et proposer des solutions d'amélioration.

### **Méthodes**

Etude en deux parties, rétrospective descriptive pour la partie évaluation de l'offre des soins obstétricaux d'urgence (qui a consisté en un état des lieux de l'offre des Soins obstétricaux d'urgence à l'Hôpital Général de Référence de Bandundu) et prospective pour ce qui est de la mise en œuvre des pratiques d'amélioration des SOUC au cours de notre étude.

La revue documentaire, les entretiens individuels des prestataires, les enquêtes par questionnaire des bénéficiaires et les observations directes pour évaluer l'offre ont précédé l'accompagnement de proximité des prestataires dans l'amélioration de l'offre des soins obstétricaux d'urgence complets.

### **Résultats**

L'offre des soins obstétricaux d'urgence est de faible qualité : faible compétence des prestataires, insuffisance des équipements, médicaments et consommables et faible qualité des prestations (utilisation du partogramme et de la GATPA, pratique des audits de décès maternels).

Au cours de notre travail, des formations des prestataires ont été organisées ainsi que leur accompagnement de proximité en vue de corriger les défaillances observées (utilisation correcte du partogramme, la pratique systématique de la GATPA, la mise en place du comité de suivi des audits de décès maternels).

### **Conclusion**

Ce travail nous a permis d'évaluer l'offre des soins obstétricaux d'urgence à l'Hôpital Général de Référence de Bandundu et de mettre en place un processus d'évaluation des pratiques professionnelles à travers les audits de décès maternels.

## **Summary**

Democratic Republic of Congo is counted among the countries with high maternal mortality with a maternal mortality ratio of 549 deaths per 100,000 live births, several improvement initiatives are implemented, but progress is slow where this study on the improving the supply of emergency obstetric cares at the General Hospital of Bandundu.

Objective: To assess the supply of emergency obstetric care, identify priority problems and propose solutions for improvement.

## **Methods**

A retrospective descriptive study for the evaluation part of the provision of emergency obstetric care which consisted of an inventory of the supply of emergency obstetric care in General Hospital of Bandundu and Prospective regarding the observation of practices improving during our internship.

Document review, individual interviews of providers, questionnaire surveys of beneficiaries and direct observations to assess the offer prior to the close support providers in improving the provision of emergency obstetric care.

## **Results**

The supply of emergency obstetric care is low quality: low competence of providers, lack of equipment and drugs, and low quality of services (bad use of the partograph and death audits low quality). During the internship, training providers were organized and the local support providers to correct the deficiencies observed (correct use of the partograph, the systematic practice of death audit implementation of the Monitoring Committee of death audits maternal).

## **Conclusion**

The training allowed us to assess the supply of emergency obstetric care in Bandundu Hospital and implement the process of evaluation of professional practices through audits of maternal deaths.

## **INTRODUCTION**

La santé maternelle en République Démocratique du Congo est préoccupante, caractérisée par une forte mortalité maternelle à 549 pour 100.000 naissances vivantes [1], malgré les multiples engagements pris par le pays tant au niveau international que national. Les progrès vers l'atteinte de l'OMD 5 « améliorer la santé maternelle » au niveau du pays sont lents car le ratio de mortalité maternelle est passé de 767 à 540 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes en vingt deux ans avec un pourcentage de réduction de 42 % entre 1990 et 2010 soit une réduction de 2,7 % par an en moyenne.[2]

Au regard de cette lenteur, plusieurs initiatives sont mises en place : l'élaboration de la feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, la gratuité des césariennes dans certaines zones de santé, l'initiative Health four (H4) qui regroupe quatre agences des Nations unies (OMS, Banque Mondiale, Unicef et UNFPA) pour mettre en commun les ressources afin d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle en République Démocratique du Congo. C'est dans ce cadre que s'inscrit le projet d'amélioration des Soins Obstétricaux d'Urgences Complets à l'Hôpital Général de Référence de Bandundu.

La province du Bandundu avec une population de près de 8 millions d'habitants a été retenue dans le cadre de cette initiative du fait d'un taux de mortalité maternelle élevée à 500 pour 100.000 naissances en 2011.[3], en milieu hospitalier sans compter les décès dans la communauté généralement non rapportés. L'Hôpital Général de référence de Bandundu a été retenu comme centre pilote de l'amélioration des soins obstétricaux d'urgence.

Pour contribuer à la mise en place du processus, il fallait d'identifier les problèmes prioritaires et de mener les activités d'amélioration de la qualité des soins au sein de cette institution hospitalière qui dessert environ 160.000 habitants ; les leçons des progrès enregistrés devant servir au passage à l'échelle provinciale à travers les 52 zones de santé qui sont dans une situation comparable, voire pire.

## **I. CONTEXTE**

### **1.1 Présentation du contexte national**

#### 1.1.1 Aperçu général

La République Démocratique du Congo (RDC) est située au cœur de l'Afrique et figure parmi les géants du continent avec une superficie de 2.345.000 Km<sup>2</sup>. Elle partage 9.165 kilomètres de frontière avec neuf pays voisins, C'est le troisième pays le plus peuplé d'Afrique subsaharienne avec une population estimée à 64.420.000 d'habitants pour une densité de 24 habitants/Km<sup>2</sup>, inégalement répartie sur les onze provinces du territoire. Selon l'enquête MICS 2010, 69,6% de la population vit en milieu rural contre 30.4% en milieu urbain.[4]

#### 1.1.2 Diagnostic sectoriel

##### *1.1.2.1 Cadre organisationnel*

Le Ministère de la santé publique est structuré à trois niveaux: le niveau central, le niveau intermédiaire ou provincial et le niveau opérationnel (Zone de santé et hôpitaux).

Le niveau central définit les politiques, les stratégies, les normes et les directives. Il assure un appui conseil, le contrôle de conformité et le suivi de la mise en œuvre en provinces.

Le niveau intermédiaire compte 11 inspections provinciales de la santé, assure un rôle d'encadrement technique, le suivi et la traduction des directives, stratégies et politiques sous forme d'instructions opérationnelles et de fiches techniques pour faciliter leur mise en œuvre au niveau des zones de santé

Le niveau opérationnel est chargé de la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires sous la supervision et l'encadrement du niveau intermédiaire. C'est le niveau de contact de la population avec le système de santé.

La mission du Centre de Santé est d'offrir à sa population de responsabilité les soins de santé qui relèvent du Paquet Minimum d'Activités (PMA), tandis que celle de l'HGR du niveau primaire est d'offrir les soins qui relèvent du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) et d'apporter un appui au développement d'un PMA de qualité dans les Centres de Santé.

Les soins obstétricaux d'urgence sont répartis de la même manière, tenant compte du niveau du centre de santé (soins obstétricaux d'urgence de base : SOUB) et du niveau hôpital où s'offrent les soins obstétricaux d'urgence complets : SOUC) ;

A l'échelle Nationale, on se réfère aux normes de l'OMS qui recommande une structure de SOUC et au moins 4 structures SOUB pour une population de 500.000 habitants.[5]

Une structure SOUB comprend les six gestes qu'un infirmier ou sage-femme doit savoir pratiquer devant une complication de la grossesse. Ces gestes sont l'administration d'antibiotiques, d'ocytociques et d'anticonvulsivants par voie parentérale ; l'extraction manuelle du placenta et l'évacuation des produits de la conception (révision utérine, curetage) ; l'accouchement par voie vaginale assisté par ventouse ou forceps.

Une structure SOUC ajoute au paquet d'activités SOUB deux interventions : la transfusion sanguine et la césarienne.

#### *1.1.2.2 Situation de la santé maternelle à l'hôpital de Bandundu*

La létalité obstétricale intra hospitalière à Bandundu représente 2% des complications obstétricales contrastant avec la forte utilisation des services des Consultations Périnatales à 89% et la proportion d'accouchement assisté à 82%.[6] Cette létalité dénote des difficultés dans l'offre des soins obstétricaux d'urgence en milieu hospitalier. C'est pour pallier cette insuffisance qualitative de l'offre qu'a été mis en place le projet d'amélioration de l'offre des soins obstétricaux d'urgence en vue contribuer à la réduction de la mortalité maternelle.

## **1.2 Cadre d'étude**

L'hôpital Général de Bandundu est la seule structure offrant des Soins Obstétricaux d'Urgence Complets parmi les 34 structures des soins que compte la zone de santé de Bandundu desservant 160.000 habitants. Cet Hôpital a une capacité de 300 lits et son service de gynéco-obstétrique reçoit en moyenne 100 femmes en âge de procréer par mois.

En terme de ressources humaines, le service est dirigé par deux médecins généralistes et compte 2 infirmières de niveau A1 (Gradué soit 3 ans post secondaire), 8 Infirmières polyvalentes de niveau A2 (Niveau secondaire) et 16 infirmières A3 (niveau primaire);

Les équipements sont, suffisants pour faire face aux urgences obstétricales. Plusieurs maternités de base y réfèrent des cas en cas d'urgence.

### **1.3 Objectifs**

#### Objectif général

Contribuer à l'amélioration de l'offre des soins obstétricaux d'urgence à l'Hôpital général de référence de Bandundu

#### Objectifs spécifiques

1. Evaluer la qualité de l'offre des soins obstétricaux d'urgence au sein de l'Hôpital Général de Référence de Bandundu ;
2. Identifier les problèmes prioritaires ;
3. Proposer des solutions d'amélioration l'offre des Soins Obstétricaux d'Urgence à l'HGR Bandundu ;
4. Mettre en œuvre des actions concrètes visant l'amélioration de l'offre des Soins Obstétricaux d'Urgence ;

## **II. METHODES**

C'est une étude descriptive comportant une partie rétrospective pour l'évaluation des SOUC et prospective pour ce qui est des pratiques d'amélioration des SOUC au cours de notre étude. Plusieurs techniques ont été mises en œuvre :

- La revue documentaire : nous avons prévu de sélectionner de manière exhaustive les dossiers des malades (Partogrammes) ainsi que les rapports des audits de décès : une fiche de dépouillement a été élaborée à cet effet pour recueillir les informations sur l'offre des SOUC au niveau de l'hôpital ;
- Nous avons prévu de réaliser 30 entretiens individuels auprès de tous prestataires à l'aide d'un guide d'entretien pour évaluer leur niveau de connaissance des SOUC ainsi que leurs pratiques actuelles ;
- Des Observations directes pour vérifier la concordance entre les déclarations des prestataires et leur pratique réelle à l'aide d'une grille d'observation ;
- Une enquête par questionnaire auprès des bénéficiaires sélectionnées parmi celles ayant utilisé les services dans les deux semaines précédant l'enquête pour apprécier leur degré de satisfaction quant à la qualité des soins offerts ;
- Dans une approche participative, nous avons prévu d'organiser une réunion d'identification des problèmes prioritaires avec tous les prestataires à l'aide de la matrice de priorisation élaborée à cet effet ; nous avons également mis en place un accompagnement de proximité des prestataires dans l'amélioration de l'offre des soins obstétricaux d'urgence à travers formations et supervisions. Nous avons également prévu des réunions mensuelles d'évaluation des progrès enregistrés dans l'offre des SOUC.

### **Période de l'étude**

Elle couvre la période allant du 15 octobre 2011 au 31 Décembre 2012.

## **Analyse des données**

Les données collectées ont été analysées de manière participative sur base des normes de l'OMS et du Programme National de santé reproductive en matière de SOUC, ce qui nous a permis d'identifier les problèmes prioritaires et d'initier le processus d'amélioration des SOUC au cours de notre étude.

### **Le traitement des données**

**Etape 1** : Nous avons procédé à la description de l'échantillon de notre étude par le calcul de différentes fréquences des variables et par outils.

**Etape 2** : Les données ont été saisies au moyen du logiciel Excel 2007.

### **III. RESULTATS**

#### **3.1 Recueil de données**

La revue documentaire nous a permis de sélectionner deux cents dossiers de femmes ayant bénéficié de SOUC dont 170 accouchées et 30 ayant bénéficié de soins post avortements (SAA) sélectionnés de manière exhaustive.

Nous avons réalisé 30 entretiens auprès de 2médecins, 24 infirmières/accoucheuses, 2 techniciens de laboratoire et 2infirmiers assistants en chirurgie.

L'enquête par questionnaire a ciblé les bénéficiaires ayant recouru aux services SOUC à l'HGR Bandundu càd celles ayant accouchées ou bénéficiées des soins après avortements, 100 femmes ont été interviewées.

Nous avons réalisé dix réunions d'évaluation du processus d'amélioration de SOUC

A l'aide d'une grille d'observation, nous avons visité le bloc de gynéco-obstétrique, la salle d'opération et le laboratoire; un inventaire des matériels a été fait dans tous les services concernés.

Dans la première partie de l'étude, nous avons procédé à l'évaluation de l'offre et la qualité des soins obstétricaux d'urgence en nous référant au recueil des normes et ensemble avec l'équipe de l'hôpital, nous avons procédé à l'analyse et à l'identification des problèmes prioritaires. Cfr Annexe 5 ;

Pour la deuxième partie de l'étude, nous avons sélectionné quelques interventions clés à haut impact sur la mortalité maternelle partant de la matrice des problèmes prioritaires identifiés: l'utilisation correcte du partogramme, la gestion active de la troisième période de l'accouchement et les audits des décès maternels.

## **3.2 Evaluation de l'offre des soins obstétricaux d'urgence**

### **3.2.1 Compétence du personnel**

Les prestataires du service étaient en majorité des infirmières A3 et n'avaient suivi aucune formation en soins obstétricaux d'urgence.

Les entretiens individuels auprès de ces derniers ont révélés:

- Bonne connaissance théorique des notions de l'accouchement, prise en charge des urgences (hémorragie du post-partum, gestion des complications de l'avortement) mais certaines lacunes enregistrées dans la Gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA).
- L'observation directe et l'analyse ont montré une mauvaise utilisation du partogramme par les prestataires (suivi irrégulier des signes vitaux, des bruits du cœur fœtal, la dilatation du col, contractions utérines).

**Tableau N° I:** Evaluation de connaissances des prestataires du service de gynéco-obstétrique en fonction des formations en cours d'emploi suivies en 2011

N°	Catégorie professionnelle	Nombre	Formation en SOUC	Formation en Sécurité transfusionnelle	Formation en Audit de décès maternels	Formation en GATPA
1	Médecins	2	1	1	2	2
2	Infirmier A 1	2	0	1	0	0
3	Infirmière A2	8	2	2	0	1
4	Infirmière A3	16	2	1	0	3
5	Techniciens de laboratoire	2	-	2	-	-
6	Assistant en chirurgie	2	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>		<b>32</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>6</b>

### 3.2.2 Infrastructure

Le service de gynéco-obstétrique dispose de locaux répondant aux normes: salle d'attente, salle d'accouchement, post partum immédiat et tardif; la Banque de sang et le bloc opératoire sont des unités séparées du service desservant tous les services de l'hôpital. La salle d'opération avec deux pièces répond à toutes les urgences de l'hôpital, ce qui peut entraîner certains retards de prise en charge des urgences obstétricales.

### 3.2.3 Les équipements

**Tableau N°II** : Equipement au niveau de l'HGR Bandundu en Février 2012

<b>N°</b>	<b>Equipements</b>	<b>Nombre</b>
1	Boîtes d'accouchement	6
2	bonbonne d'oxygène	0
3	table d'accouchement	2
4	Ballon d'ambu	2
5	boîte d'épisiotomie	1
6	Boîte à instruments pour curetage	1
7	Kit de suture	1
8	Boîte de césarienne	2

*Les informations recueillies montrent une insuffisance en matériels et traduisent des difficultés de prise en charge des urgences si la capacité est dépassée en termes de nombre des parturientes. De plus certaines urgences ne peuvent pas être prises en charge correctement en l'absence d'oxygène.*

### 3.2.4 Disponibilité en médicaments essentiels

**Tableau III** : Disponibilité des médicaments à la maternité de l'HGR pour la période allant du 15 septembre 2011 au 15 Février 2012

N°	Médicaments/ Consommables	Stock Disponible	Rupture de stock dans les 6 mois (en nombre des jours)
01	Oxytocin	1000 ampoules	0
02	Ergométrine	2000 Ampoules	0
03	Amoxicilline	5000 capsules	0
04	Ciprofloxacine injectable	200	0
05	Ampicilline flacon	500	0
06	Quinine ampoule	300	0
07	Kit de groupage sanguin	100	30 jours
08	Kit de test VIH	100	20 jours
09	Sulfate de Magnésium	0	90 jours
10	Gants stériles	200	0

*Les médicaments étaient disponibles au cours de la période de l'étude hormis le sulfate de magnésium pour la prise en charge de l'éclampsie et les tests de groupage sanguin et de dépistage VIH.*

### 3.2.5 Organisation des services

Les SOUC étaient disponibles 24 Heures sur 24 tous les jours de la semaine avec trois services (matin, après-midi et la nuit) et permanence des médecins de garde : tous ne travaillant pas exclusivement pour le service de gynéco-obstétrique mais répondant aux appels des accoucheuses.

Certaines faiblesses notées :

- Insuffisance dans l'archivage d'informations sur les décès maternels et des dossiers des femmes pour la gestion de l'information sanitaire.
- Système de référence peu fonctionnel, et contre-référence presque inexistante. Pas d'ambulance pour assurer les évacuations d'urgence malgré l'éloignement de l'hôpital de certains centres de santé et les

longues distances à franchir à pieds ou vélos.

### 3.2.6 L'offre des fonctions essentielles de SOUC

#### A. Les Antibiotiques en Intra Veineuse

Les antibiotiques sont utilisés dans 23,8 % des cas ayant nécessité l'antibiothérapie à l'Hôpital général de référence ; elle est à prédominance aspécifique à défaut d'antibiogramme.

#### B. La sécurité transfusionnelle

La couverture est faible à 28,5% en sang sécurisé (qualifié). Les besoins en unité de sang sont couverts à près de 30 % au niveau de l'hôpital, les difficultés portant sur les réactifs pour les tests sanguins et le recrutement des donneurs bénévoles de sang. L'hôpital étant pratiquement l'unique structure assurant la transfusion sanguine, enregistre beaucoup des demandes en sang.

#### C. L'utilisation du Partogramme

**Tableau IV** : Analyse des Partogrammes pour la période du 15 septembre au 15 décembre 2011

N°	Paramètres	Bon	Mauvais	Observation
01	Remplissage correct	56	114	Données manquantes : âge, poids, tension artérielle, Bruits du cœur foetal, dilatation du col
02	Inscription sur les lignes d'attention et action	48	122	Pas d'indication ou mauvaise indication
03	Suivi des bruits du cœur foetal (2 fois au moins)	102	68	suivi une seule fois
04	Suivi de la dilatation du col (3 fois au moins)	70	100	2 fois le plus souvent

*L'utilisation du partogramme restait faible pour la plupart des prestataires et sans respect des normes : ce qui montre la mauvaise surveillance des parturientes et la difficulté à déceler les problèmes susceptibles d'occasionner les décès maternels au cours du travail d'accouchement et*

*en post-partum ;*

*D. La césarienne :*

L'hôpital restait à ce jour la seule structure à proposer la césarienne dans la zone de santé de Bandundu et le taux de césarienne était faible à 2% selon le rapport SNIS 2011.

*E. Extraction des résidus placentaires :*

Cette intervention était assurée sans difficulté par tous les prestataires de la maternité (accoucheuses) quelles que soient leurs qualifications.

### F. Utilisation de l'ocytocine pour la GATPA

**Tableau N°V** : Evaluation de l'utilisation de la GATPA en Janvier 2012

N°	Actes	Réalisé	Non réalisé	Total
1	Administration de l'ocytocine	40	130	170
2	Traction contrôlée du cordon	45	125	170
3	Massage utérin	50	120	170

Parmi les 170 dossiers (Partogrammes sélectionnés), seuls 40 femmes ont bénéficié de trois actes de la GATPA ; cette faible utilisation de la GATPA pourrait expliquer le taux élevé des hémorragies du post- partum.

### G. la réalisation des audits de décès maternel

L'HGR Bandundu a enregistré en 2011 seize décès maternels correspondant à une létalité hospitalière de 2% de l'ensemble des complications obstétricales.

De ces décès enregistrés, 08 ont fait l'objet d'un audit. L'analyse des fiches d'audit a relevé les faiblesses suivantes :

- Données manquantes sur le statut gynécologique de la femme décédée (parité, gestité, gravidité et Avortements) : (2 fiches), pas d'information sur l'admission au centre de santé (3 fiches) ou le temps séparant l'arrivée au centre et la prise en charge à l'hôpital(3 fiches);
- Pour 05 audits réalisés parmi les 08, l'autopsie verbale ou l'enquête au niveau de la communauté n'a pas été réalisée pour identifier les obstacles à l'utilisation des services à partir du niveau communautaire ;
- Les audits réalisés ont conduit à 4 décisions d'amélioration, soit la moitié mais celles-ci n'ont pas été appliquées.
- Les raisons invoquées de la non application de décisions étaient le manque des ressources financières alors que certaines décisions pourraient s'exécuter sans coût.
- L'interview des acteurs a relevé une mauvaise perception de cet outil d'amélioration de la qualité :pour beaucoup, l'audit était l'affaire du comité directeur et avait pour visée de punir l'équipe ayant contribué au décès et non de tirer les leçons pour améliorer la prise en charge.

### 3.2.7 La satisfaction des bénéficiaires

#### A. Catégorisation des bénéficiaires

**Tableau VI** : Répartition des bénéficiaires en fonction de leurs âges et provenance

Age	Milieu rural	Milieu Urbain	Total
< 18 ans	12	7	19
18 à 35 ans	35	20	55
> 35 ans	14	12	26
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

La majorité des bénéficiaires provenaient du milieu rural et avaient l'âge compris entre 18 ans et 35 ans.

#### B. Les raisons de l'utilisation des services

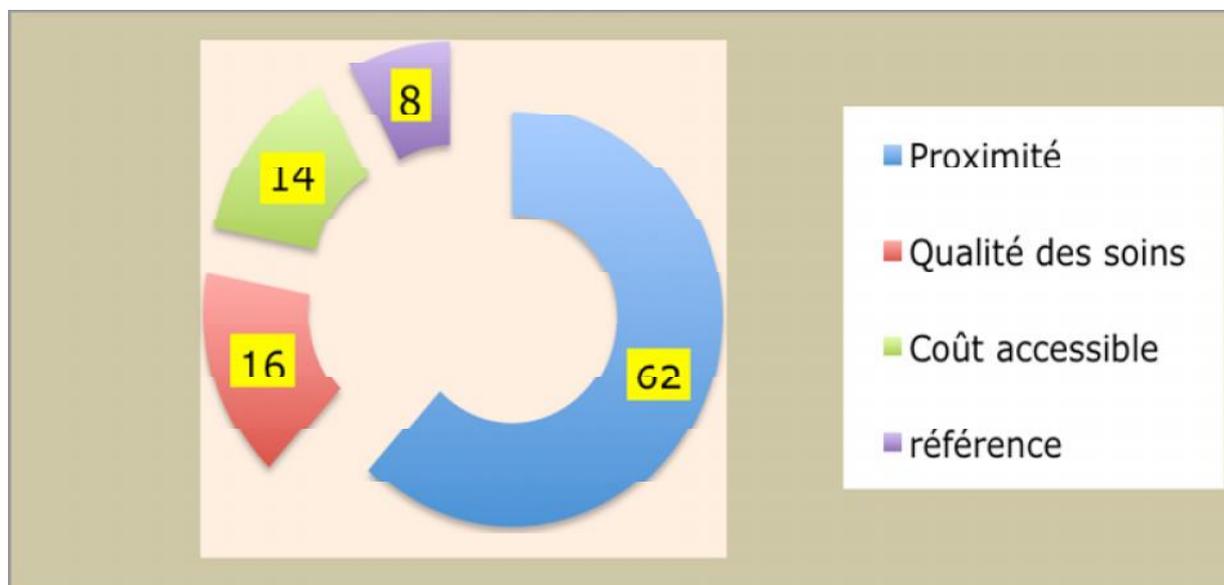


Fig.1 : Les raisons de l'utilisation des services à l'HGR par les bénéficiaires en Janvier 2012. La majorité des femmes interviewées ont utilisé les services du fait de la proximité et très peu en rapport avec les coûts ou la qualité des soins;

### C. Appréciation du coût des soins

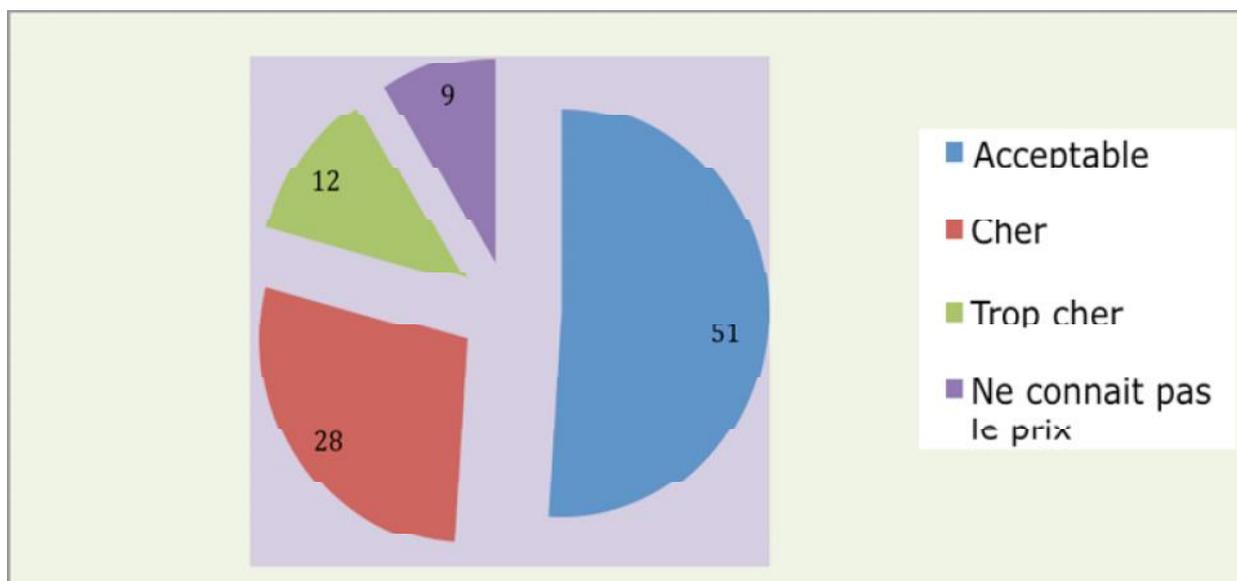


Fig.2 : Appréciation du coût des soins par les bénéficiaires en Février 2012 à l'HGR Bandundu

### C.L'évaluation de la satisfaction des bénéficiaires

**Tableau VII** : Appréciation de la qualité des services par les bénéficiaires en 2011

Paramètres	Bon	Satisfaisant	Mauvais	Total
Accueil	45	38	17	100
Compétence des prestataires	32	48	20	100
Qualité des soins	26	21	43	100

La qualité des soins a été le maillon faible de la chaîne des prestations pour la plupart des bénéficiaires qui ont évoqué les problèmes d'hygiène (insalubrité des locaux et latrines), insuffisance des lits d'hospitalisation ainsi que le temps d'attente qui a été jugé long entre l'admission et la prise en charge.

De cette analyse de situation, nous avons identifié les problèmes ci-après :

- Insuffisance en personnel formé en soins obstétricaux d'urgence
- manque de salle d'opération adaptée aux besoins du service de gynéco-obstétrique
- Insuffisance en équipement de base
- Non disponibilité du sulfate de magnésium et rupture fréquente en réactifs pour les tests de groupage sanguins et la sérologie VIH
- la non disponibilité des services 24 heures sur 24
- l'insuffisance dans l'offre de l'antibiothérapie spécifique
- faible couverture en sang qualifié (testés aux quatre marqueurs)
- faible et mauvaise utilisation du partogramme dans la surveillance du travail d'accouchement
- faible taux de césarienne à 2 %
- Faible utilisation de la GATPA à 23,5 %
- Faible proportion et qualité des audits de décès maternels réalisés au niveau de l'hôpital
- Faible qualité des soins offerts selon l'appréciation des bénéficiaires

### **3.3 Pratiques d'amélioration des SOUC**

Des problèmes prioritaires, seuls ceux ayant trait à l'organisation des services ont été retenus pour actions d'amélioration des SOUC à l'HGR Bandundu comme l'indique le tableau (matrice de priorisation en annexe 5) car la vision du projet était de promouvoir les actions à haut impact et à moindre coût sur la réduction de la mortalité maternelle.

Ainsi, nous avons organisé la formation continue du personnel, l'accent a été mis sur l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux d'urgence et la réalisation des audits de décès.

La première formation avait pour thème : les soins obstétricaux d'urgence de niveau 2 (Hôpitaux), l'objectif de la formation étant de renforcer les capacités techniques et managériales des 30 prestataires de terrain sur les soins obstétricaux d'urgence, l'utilisation correcte du partogramme et la pratique des audits de décès maternel,

Dans une approche d'accompagnement, la formation assise a duré 7 jours suivis de 5 jours de mise en pratique au niveau de l'hôpital. Les techniques d'apprentissage « en faisant » ont été développées durant la formation : ainsi un regard critique sur l'utilisation antérieure des partogrammes a été posé et les actions correctrices ont été menées par les participants (apprenants d'abord) et les facilitateurs.

La deuxième formation sur la conduite des audits de décès maternels a ciblé les responsables de l'institution: le médecin chef de zone sanitaire, le médecin directeur de l'hôpital, le coordonnateur de nursing, les médecins affectés à la maternité ainsi que les infirmières accoucheuses. L'objectif était d'initier les prestataires dans l'analyse de leur environnement de travail, l'identification des faiblesses de la réponse du système de santé ou de la communauté et les directives d'amélioration.

Cette formation a duré 5 jours et 10 prestataires y ont appris à documenter le processus de prise en charge des patientes en tirant les leçons des meilleures pratiques et relevant les failles à tous les niveaux du processus de prise en charge.

Le volet « suivi et évaluation » a été fait des supervisions des prestataires de terrain et des réunions mensuelles d'évaluation des activités: Revue mensuelle des cas de décès maternels et analyse des partogrammes pour identifier les problèmes majeurs.

Ainsi les progrès enregistrés ont été analysés au fur et à mesure, ce qui nous a conduit à dresser des tableaux comparatifs de l'utilisation des Partogrammes avant et après le stage, la qualité des rapports des audits de décès avant et après la formation ; la mise en place d'une cellule de revue des décès maternels au niveau de l'hôpital.

## A. Suivi de l'utilisation du partogramme

**Tableau N° VIII:** Evaluation de l'utilisation des Partogrammes à l'admission à la maternité de l'HGR Bandunduavant et après l'intervention

N°	Paramètres de suivi	Avant Stage	Après Stage
01	Remplissage correct N= 100	46	88
02	Inscription sur les lignes d'attention et action N=100	48	86
03	Prélèvement des BCF (au moins 3 fois) N= 100	52	93
04	Suivi de la dilatation (3 fois au moins) N=100	38	95

*On note une nette amélioration de l'utilisation du partogramme car avant l'intervention, seul l'enregistrement des BCF était bon pour la moitié des Partogrammes et après, une évolution positive pour tous les paramètres de suivi.*

## B. Suivi des audits de décès maternel

Au cours de notre travail, nous avons mis en place une cellule de suivi des audits de décès, composée du médecin chef de zone de santé, du médecin directeur de l'hôpital, du coordonnateur de nursing, du médecin chef de staff médical ainsi que des responsables du service de gynéco-obstétrique (médecin et accoucheuse).

Le processus mis en place nous a permis de réaliser 10 audits de décès sur le 11 décès enregistrés ; Le schéma classique a été suivi (voir fiche d'audit de décès en annexe) : toutes les étapes de l'audit ont été suivies dans la mesure où les prestataires ont bénéficié d'une formation.

- les fiches d'audits réalisés étaient complètes par rapport aux données à fournir ;
- Tous les décès ont fait l'objet d'une autopsie verbale qui a révélé la distance à parcourir pour atteindre l'hôpital comme obstacle à l'utilisation des services pour trois cas ; quatre cas, le retard de prise en charge au niveau de l'hôpital; deux cas de référence tardive ; une famille n'a pas répondu au questionnaire malgré l'insistance de l'équipe.
- Concernant les moyens de transport utilisés, toutes les familles ont déclaré avoir utilisé les moyens propres, C'est - à -dire « le vélo » ou pieds.
- Evaluation du temps de prise en charge :

**Tableau X:** Répartition des décès en fonction des délais de prise en charge

	<b>Délai</b>	<b>Nombre des cas</b>
Consultation initiale	< 1 H	1
	1 H - 12 H	3
	> 12 H	6
Temps entre centre périphérique et centre de référence	< 1 H	2
	2 H	3
	> 6 H	5
Temps de prise en charge	< 30 min	2
	30 min - 1 H	2
	> 1 H	6

- Le temps écoulé entre la référence est long du fait de manque des moyens de transport pour les évacuations d'urgence ;
- Le temps écoulé entre la réception à l'Hôpital et le traitement a varié

entre 30 min pour deux cas, 1 heure pour 2 cas (achat des médicaments à la pharmacie) et 3 heures pour 6 cas justifié par la recherche des Kits de césarienne et l'identification des donneurs de sang.

Les causes de décès identifiées étaient les hémorragies du post partum pour 6 cas, infection pour 2 cas (septicémie), 1 cas d'avortement clandestin compliqué de perforation intestinale et 1 cas arrivé mort ( sur rupture utérine)

L'innovation a été l'approche participative adoptée par l'équipe ayant mené les audits (communauté et HGR facilitant ainsi l'autopsie verbale pour les 10 cas audités et le degré d'analyse des problèmes, au lieu de rester aux causes médicales classiques, l'analyse a permis d'identifier les facteurs ayant contribué aux décès notamment la distance, le temps d'attente à l'HGR pour la prise en charge des urgences ;

Tous les audits ont été suivis de décisions ayant conduit à certaines actions concrètes :

- La mise en place des kits d'urgences gratuits grâce au plaidoyer fait auprès du Fonds des Nations Unies pour la Populations (UNFPA).
- Les collectes mobiles de sang pour pallier à la carence observée dans la Banque de sang
- Les sensibilisations au niveau communautaire dans les églises et auprès des leaders communautaires sur le don de sang et l'évacuation des urgences.
- Plaidoyer pour l'obtention d'une ambulance pour les urgences obstétricales, processus en cours qui n'a pu trouver solution au cours de notre stage mais la zone de santé a bénéficié d'un véhicule dans le cadre de l'appui de la coopération technique belge et contribue à la résolution du problème des évacuations des malades.

## **IV. DISCUSSION**

Les discussions s'articuleront autour des points suivants :

- L'atteinte des objectifs
- La qualité et la validité des résultats
- Les limites de l'étude
- Les principaux résultats

### **5.1 De l'atteinte des objectifs**

Ce travail a permis d'identifier les problèmes prioritaires de l'offre des soins obstétricaux d'urgence à l'hôpital général de Bandundu, de proposer les actions correctrices et de mettre en œuvre des actions d'améliorations de l'offre des SOUC à l'HGR Bandundu.

### **5.2 De la qualité et la validité des résultats**

La méthode d'échantillonnage non probabiliste a permis de sélectionner les personnes les plus à même de fournir une information fiable et de qualité car directement concernées par notre étude.

La revue documentaire nous a permis de collecter les informations sur l'offre des soins dans les dossiers des patients tout en notant certaines lacunes dans l'archivage, ce qui n'a pas permis d'avoir un échantillon plus grand pour la période.

Les techniques et outils de collecte ont été en adéquation avec les objectifs de l'étude.

Ces éléments permettent de dire que les résultats obtenus répondent aux critères de qualité et de fiabilité requis pour être validés. Il faut toutefois rester conscient du fait que le processus d'amélioration mis en place, est encore à ses débuts, pas encore véritablement connu et fonctionnel, ce qui constitue une difficulté dans la comparabilité des résultats d'avant et après, nous ne pourrions qu'envisager une ébauche d'analyse comparative.

### **5.3 Limite de l'étude**

Notre étude a connu quelques difficultés dans la collecte des données du fait des lacunes observées dans la conservation, tenue des registres : certaines données manquantes du genre motif de la césarienne, type des complications obstétricales mais aussi en rapport avec l'identification des bénéficiaires pour les interview du fait des changements d'adresse, distance entre villages ; ce qui nous a amené à un nombre réduit des personnes interrogées. L'enquête au niveau communautaire n'a pas été réalisée pour raison de temps et les contraintes budgétaires.

## 5.4 Principaux résultats obtenus

Notre étude nous a permis de constater que la qualité des SOUC offerts à l'HGR Bandundu était faible au vu des normes du programme national de santé reproductive comme l'indiquent l'évaluation mais aussi l'appréciation des bénéficiaires. Nos résultats sont similaires à ceux de l'étude menée par J. BENIE dans le district autonome d'Abidjan sur la qualité de l'offre des Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) dans 69 établissements sanitaires qui a montré une létalité à 1,7 décès survenus sur 100 complications traitées malgré la bonne couverture géographique des activités.[7]

L'accessibilité géographique n'a pas été identifiée comme un problème car l'HGR Bandundu répond aux normes de l'OMS qui recommandent un centre SOUC et quatre SOUB pour une population de 500.000 habitants .[5]

L'accessibilité financière non plus n'a été identifiée comme obstacle à l'utilisation des services mais ceci pourrait s'expliquer par le fait que les personnes interrogées avaient été sélectionnées parmi celles qui avaient utilisé les services et non la population générale constituant ainsi un biais de sélection dans la mesure où les enquêtes EDS 2007.[8] et MICS 2010.[9] l'avaient identifiée comme obstacle majeur à l'utilisation des services; le même constat a été fait dans une étude menée dans cinq pays dont le Ghana, Bénin, Tanzanie, le Bangladesh et le Népal. [10]

Les interventions mises en place ont contribué à l'amélioration de la prise en charge des parturientes notamment à travers l'utilisation correcte du partogramme. Nous avons constaté une nette amélioration de l'utilisation du partogramme bien que l'étude menée par SONI.L n'arrive pas à établir les liens entre l'utilisation systématique du partogramme et l'amélioration de la prise en charge des morbidités et complications obstétricales.[11]

Nous pensons que cette pratique dans un environnement où les hôpitaux ne sont pas équipés est d'un apport appréciable dans la surveillance des parturientes et partant, l'amélioration de la qualité des soins comme l'indiquent les normes du programme national de santé de la reproduction.[12]

L'accompagnement de proximité menée par les formations en cours d'emploi nous a aidé à améliorer la prise en charge des cas et les revues de décès maternels ont été l'occasion d'initier les prestataires à l'autocritique. Les expériences similaires ont été observées au Rwanda qui pour obtenir des avancées significatives dans l'atteinte de l'OMD 5 [13], a mis un accent sur l'organisation des services : formation des professionnels de santé, suivi régulier par la hiérarchie, organisation de la communauté en faveur de la santé maternelle ; système de référence fonctionnel avec une couverture sanitaire de 90 % et disponibilité d'ambulances et accès aux communications téléphoniques.

La réalisation des audits de décès se trouve être une démarche d'amélioration de la qualité des services offerts [14]; cette démarche pratiquée par formalisme dans les années antérieures a été améliorée et nous a permis d'instituer une cellule de suivi des recommandations/décisions issues des audits de décès maternels. Cette approche a réveillé l'attention des prestataires sur les gestes pouvant sauver la femme.

Le processus mis en place ressemble à celui du projet GESTA au Sénégal et Mali au sein des institutions hospitalières avec les mêmes étapes : la formation du personnel, les réunions régulières d'évaluations et le comité pluridisciplinaire mis en place bien que dans le comité que nous avons mis en place l'équipe n'était pas pluridisciplinaire mais comprenait les leaders communautaires.[15]

Quant aux résultats des audits réalisés, nous avons noté la faible qualité des soins, le retard de prise en charge, insuffisance des équipements et recours tardifs aux soins. Ces résultats sont similaires à ceux trouvés par Saisonou Jacques et al. Dans une étude menée dans quatre maternités de référence du Bénin.[16], le même constat est fait par HORO et Al .[17]

## **V. Conclusion**

La mortalité maternelle demeure un problème de santé publique en République Démocratique du Congo et particulièrement dans la Zone de santé de Bandundu ; ceci nécessite des efforts de la part des prestataires pour mettre en application la surveillance du partogramme, la GAPTA, la pratique des audits de décès maternels.

Le renforcement des capacités techniques des prestataires est un élément majeur dans la résolution du problème mais ce dernier ne pourrait couvrir l'ensemble des besoins car la mortalité maternelle est un problème multifactoriel : ignorance des signes de dangers par la population, insuffisance d'équipements et moyens d'évacuation pour les urgences (ambulance), indisponibilité des médicaments essentiels.

Le présent travail ne contribue qu'à répondre à une partie du problème mais il a néanmoins permis d'identifier les principaux problèmes à travers l'enquête descriptive initiale; la formation du personnel nous a permis d'améliorer la qualité des soins bien que la mortalité maternelle semble encore stationnaire.

Les jalons du processus d'amélioration de l'offre des soins obstétricaux d'urgence à l'Hôpital Général de Référence de Bandundu ont ainsi été posés à travers l'amélioration de la tenue des Partogrammes et partant, la surveillance des femmes enceintes et aussi l'évaluation des pratiques professionnelles par les audits de décès maternels.

## **Index des tables**

Tableau N° I	: Evaluation de connaissances des prestataires du service de gynéco-obstétrique en fonction des formations en cours d'emploi suivies en 2011
Tableau N°II	: Equipement au niveau de l'HGR Bandundu en Février 2012
Tableau N°III	: Disponibilité des médicaments à la maternité de l'HGR pour la période allant du 15 septembre 2011 au 15 Février 2012
Tableau N° IV	: Analyse des Partogrammes pour la période du 15 septembre au 15 décembre 2011
Tableau N°V	: Evaluation de l'utilisation de la GATPA
Tableau N°NVI	: Répartition des bénéficiaires en fonction de leurs âges et provenance
Tableau N° VII	: Appréciation de la qualité des services par les bénéficiaires en 2011
Tableau N° VIII	: Evaluation de l'utilisation des Partogrammes à l'admission à la maternité de l'HGR Bandundu avant et après le stage
Tableau N° IX	: Répartition des décès en fonction des délais de prise en charge

## **Index des illustrations**

**Fig.1** : Les raisons de l'utilisation des services à l'HGR par les bénéficiaires en Janvier 2012.

**Fig.2** : Appréciation du coût des soins par les bénéficiaires en Janvier 2012.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] :Institut National des Statistique, **Rapport de l'Enquête Démographique et sanitaire** , R.D. Congo 2007, Kinshasa pages 200-205
- [ 2]:WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank,**Trends in maternal mortality 1990–2010**, OMS 2012 P. 20- 30,
- [3] : Division Provinciale de la santé de Bandundu, **Rapport annuel SNIS 2011** de l'HGR Bandundu P2- P5 (Inédit)
- [4] :Institut National des Statistique,**Enquête par grappes à Indicateurs Multiples ( MICS 2010 )** , Kinshasa pages 52-54
- [5] : ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE 2011, **bibliothèque de l'OMS**,Surveillance des soins obstétricaux d'urgence : manuel d'utilisation., P16 ; P 46
- [6] Division Provinciale de la santé de Bandundu, **Rapport annuel SNIS 2011** de l'HGR Bandundu P2- P5 (Inédit)
- [7] BENIE J., Tiembré I.,Andoh H.,Kpebo D.,Traoré Y., Tagliante-saracino J. et al, **Qualité de l'offre des soins obstétricaux d'urgence dans le district autonome d'Abidjan**, Côte d'Ivoire santé publique 2008, Volume 20, N°5 Pp 425
- [8] Margaret Chan, \*Anthony Lake WHO, Geneva, Switzerland (MC); and UNICEF, New York, NY 10017, USA (TL) **Accelerating the global response to reduce maternal mortality**, www.thelancet.com Vol 379 June 2, 2012
- [8] Institut National des Statistique, Rapport de l'Enquête Démographique et de santé, R.D. Congo 2007, Kinshasa pages 83
- [9] Institut National des Statistique,**Enquête par grappes à Indicateurs Multiples** (MICS 2010), Kinshasa pages 72
- [10]Jo Borghi, Tim Ensor, Aparnaa Somanathan, Craig Lissner, Anne Mills, on behalf of The Lancet Maternal Survival Series steering group\*, **Mobilising Financial resources for maternal Health**, P 1457-146
- [11] Soni BL. Effets de l'utilisation du partogramme sur les résultats en cas de travail spontané à terme: Commentaire de la BSG (dernière mise à jour: 1er juin 2009). Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS; Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- [12] : Ministère de la santé publique, Programme national de santé de la reproduction, recueil des normes et directives,2007 ; P118-120
- [13] : Golooba-Mutebi, F. (2011) 'Maternal health delivery in Rwanda and Uganda: **exploring sources of success and failure**', paper presented at the Rethinking Development in an Age of Scarcity and Uncertainty conference, DSA/ EADI, York, 19-22 September.

[14] : **INAS, Facultés de médecine Rabat, Marrakech , DP, DHSA,**  
« Atelier national de consensus sur les audits de décès maternel du Maroc »  
[http://www.sante.gov.ma/panarabe/presentation/maroc\\_audit.pdf](http://www.sante.gov.ma/panarabe/presentation/maroc_audit.pdf)

[15] : **SAIZONOU Jacques<sup>1</sup>, OUENDO Edgard-Marius<sup>2</sup>, DUJARDIN Bruno<sup>3</sup> ;**  
**Maternal Deaths Audit in Four Benin Referral Hospitals: Quality of**  
**Emergency Care Causes and Contributing Factors ;** African Journal of  
Reproductive Health Vol. 10 No. 3 December 2006, P35-36.

[16] Horo A.\*, Touré-Ecra F.\*, F. MOHAMED\*, Adjoussou S.\*, Koné M.\*,  
**DYSFONCTIONNEMENT ET MORTALITE MATERNELLE** Analyse de 35 cas à  
la maternité du CHU de Yopougon (Abidjan, Côte d'Ivoire), Médecine  
d'Afrique Noire 2008-55 (7-8) ,pages 450 - 451

## **Annexe 1 : Questionnaire à l'intention des prestataires des SOU**

NOM :

POST – NOM :

AGE :

PROFESSION :

PROVENANCE

1. Pouvons-nous commencer l'entretien ?
2. Quelle est votre qualification, fonction dans cet établissement ?
3. Combien d'accouchements avez-vous fait le mois dernier ?
4. Depuis combien de temps est-ce que vous avez reçu votre qualification professionnelle?
5. Quels sont les antécédents maternels graves qui nécessitent une surveillance particulière ?
6. Comment savez-vous que la période de travail d'une parturiente a commencé ?
7. Quels sont les paramètres de surveillance pour suivre la progression du travail ?
8. Où inscrivez-vous ces observations ?
9. Quelles sont les mesures prises pendant gestion active de la troisième phase du travail (GATPA)?
10. Lors du dernier accouchement que vous avez effectué, quels soins immédiats avez-vous administrés à la femme et au nouveau-né ?
11. Quand une femme arrive en saignant profusément ou qu'elle se met à saigner profusément après avoir accouché, à quels signes êtes-vous attentif ?
12. Quand une femme se met à saigner profusément après l'accouchement (hémorragie du post-partum), que faites-vous ?

## **Annexe 2 : Questionnaire à l'intention des bénéficiaires des SOU**

NOM :

POST – NOM :

AGE :

PROFESSION :

PROVENANCE :

1. Comment avez vous juger l'accueil à la maternité de l'hôpital ?
2. Avez- vous reçu des soins aussitôt arrivé au centre de santé ?
3. combien coûtent les soins ?
4. Quel jugement faites-vous de ce coût ? Cher, Pas Cher, Acceptable...
5. pourquoi préférez-vous l'HGR Bandundu ?
6. comment appréciez vous la qualité des soins offerts ?
7. Quelles suggestions formulez-vous pour améliorer l'utilisation ?

### Annexe 3 : Grille d'observation

<b>N°</b>	<b>Equipements</b>	<b>nombre</b>	<b>Bon</b>	<b>Mauvais</b>	<b>Hors usage</b>
1	Table d'accouchement				
2	Table d'opération				
3	Kits d'accouchement				
4	Appareil d'oxygène				
5	Kits césarienne				
7	Boîte de curetage				
8	Poches de sang				
<b>Médicaments et consommables traceurs</b>					
1	Oxytocin				
2	Antibiotiques				
3	Sulfate de magnésium				
4	Gants chirurgicaux				
5	Fils de suture				
6	Compresse stériles				
7	Marqueurs pour la transfusion				
8	Test VIH				

## Annexe 4 : Canevas d'audit de décès maternel

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO  
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE  
PROVINCE DU BANDUNDU



PROGRAMME NATIONAL DE SANTE  
DE LA REPRODUCTION



**Coordination Provinciale**

### AUDIT DE DECES MATERNEL

Inspection Provinciale de la santé de : .....

District sanitaire de : .....

Formation sanitaire (CS/MA/HGR) de : .....

AUDIT MEDICAL N° ..... DATE : .....Lieu.....

N° DOSSIER MEDICAL : .....

Date d'entrée : .....Heure d'admission / hospitalisation : .....

Début du travail : Date et Heure : .....

Date et Heure de décès : .....Décès constaté par : .....

#### **I. IDENTIFICATION DE LA PATIENTE**

Nom : ..... Prénoms : .....

Age : ..... Profession : .....

Nom et Prénom du conjoint/Marie/Tuteur : .....

Profession du conjoint/Marie/Tuteur : .....

Résidence : ..... Adresse : .....

Niveau d'instruction :      Alphabétisé

                                 Niveau secondaire

                                 Aucun niveau d'instruction

Situation matrimoniale :      Mariée

                                 Célibataire

                                 Divorcée

                                 Veuve

## **II. DOSSIER ADMISSION / HOSPITALISATION**

-Mode d'admission dans la formation sanitaire (CS/MA/HGR) :Direct :  
Référence :

-Si référence, nom de la formation sanitaire qui a délivré :.....

-Motif de la référence : .....

-Date et Heure de la référence : .....

-Moyen d'évacuation : - Ambulance

- Transport privé (moyen personnel, transport en commun, charrette)

-Heure d'arrivée à la FS :.....

-Distance d'avec la formation sanitaire ayant référé la patiente :.....

-**Antécédents obstétricaux** : Gestation : .....Parité : ..... Enf.Vivant : .....

-**Antécédent Médico – chirurgicaux**

-**Antécédent familiaux** : .....

## **III .SUIVI DE LA GROSSESSE :**

Grossesse suivie : Oui  Non  Nombre de CPN :.....

Chimio prophylaxie :- contre le paludisme : Oui Non

- contre l'anémie : Oui Non

Vaccin antitétanique : -VAT 2 et Plus : Oui Non

Dépistage : - Anémie - HTA - OMI-Ictère

-Hémorragie -infection urinaire - Autre complication de la grossesse :

## **IV. COMPLICATION DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DU POSTPARTUM**

**Formation sanitaire ayant référé** :.....

Nature de la complication :.....

Date Heure de détection de la complication :.....

Heure de prise de décision pour : – premiers soins :.....

- évaluation vers une FS :.....

Heure d'exécution de la décision : - de transfère vers la FS approprié :-.....

-d'administration des premiers soins : .....

**Formation sanitaire de référence** : .....

Nature de la complication : .....

Date et Heure du diagnostique clinique : .....

Heure de prise de décision pour premiers soins : .....

Heure d'exécution (administration des soins appropriés) : .....

**V – interview des parents de la Femme** (autopsie verbale) :

- histoire :
- itinéraire (thérapeutique de la patiente) : .....
- prise de décision de recours aux soins dans la communauté : .....
- mode de transport : .....
- suggestions d'amélioration : .....

**VI. ANALYSE DES INFORMATIONS**

Retard	Causes probables
Retard de prise de décision au niveau de l'évacuation sanitaire (communauté)	- -
Retard au transport vers la formation sanitaire appropriée	- transport - finances
Retard à la prise en charge de la complication de la grossesse, de l'accouchement ou du post partum	-Personnel (compétence) -matériel :        - médicament :        - autre :

Causes probables du décès maternel : .....

Causes évitable ou facteur contributif du décès maternel : .....

Pouvait –on éviter ce décès si certains mesures avaient été prises ? .....

Si Oui  
lequel ? .....

Si Non, pourquoi ? : .....

**Conclusion de l'analyse**

Principale cause évitable du décès maternel : .....

SUGGESTIONS POUR REDUIRE D'AVANTAGE LES RISQUE DE DECES  
MATERNEL DANS LA FORMATION  
SANITAIRE :.....

Problème prioritaire à résoudre : recommandation d'intervention eu compris les responsables :

Fait à ....., le...../...../200

Signature

### Annexe 5 : Priorisation des problèmes d'offre des SOUC à l'HGR Bandundu

N°	Problèmes						Score total
		Données factuelles fréquence-gravité	Perception par population fréquence-gravité-envie	Perception par professionnels fréquence-gravité- envie	Faisabilité de l'intervention	Disponibilité des intrants (ressources)	
01	- insuffisance en personnel formé en soins obstétricaux d'urgence	2	1	2	2	1	8
02	- manque de salle d'opération adaptée aux besoins du service de gynéco-obstétrique	3	1	1	0	0	5
03	- l'insuffisance en équipement de base (la non disponibilité du sulfate de magnésium et rupture fréquente en tests de groupage sanguins et VIH)	2	1	2	1	0	6
04	- La non disponibilité des services 24 heures sur 24	3	2	2	1	1	9

05	- faible couverture en sang qualifié (testés aux quatre marqueurs)	3	1	2	1	0	7
06	- faible et mauvaise utilisation du partogramme dans la surveillance du travail d'accouchement	3	1	3	2	2	13
07	- faible taux de césarienne à 2 %	2	1	2	2	2	9
08	- Faible utilisation de la GATPA à 23,5 %	3	1	2	3	3	12
09	- Faible qualité des audits de décès maternels	3	1	3	2	2	11
10	- Faible qualité des soins offerts selon l'appréciation des bénéficiaires	2	3	2	2	2	13

**Cotation de 0 à 3 :**

- 0 pas grâve
- 1 assez grâve
- 2 grâve
- 3 très grâve

Annexe 6 : Elements d'appréciation des SOUC

N°	Critères	Eléments d'appréciation
01	Utilisation du partogramme	<ul style="list-style-type: none"> <li>- le remplissage correct : Partogrammes où toutes les informations sont inscrites</li> <li>- inscription des informations en rapport avec la ligne d'action et attention</li> <li>- le prélèvement des BCF : les normes prévoient de prélever les BCF après chaque heure si pas des complications et nous avons retenu un minimum de 3 prélèvements pour les femmes admises à dilatation de 4 cm.</li> <li>- Suivi de la dilatation (au moins 3 fois) : la norme prévoit de prélever toutes les deux heures.</li> </ul>
02	Disponibilité des SOU	Une structure SOUC et quatre structures SOUB pour une population de 500.000 habitants
03	Satisfaction des SOU	Les besoins sont estimés à 15 % des complications théoriques Taux de césarienne de 5 à 10 %
04	Qualité des SOUC	Taux de létalité obstétricale inférieur à 1%
05	Fonctions essentielles des SOU	<ul style="list-style-type: none"> <li>- usage des ocytociques : l'oxytocin est recommandé pour la GATPA ( pratique systématique)</li> <li>- anticonvulsivants : le sulfate de magnésium comme molécule de base</li> <li>- transfusion sanguine : sang testé aux quatre marqueurs ( tests VIH, hépatite B,C, RPR)</li> <li>- Antibiotique : de préférence sur base d'antibiogramme</li> <li>- Usage des ventouses /forceps de manière selective dans le contexte du VIH</li> </ul>