

EVALUATION DU NIVEAU D'APPLICATION DES NORMES D'UNE MATERNITE DE BASE DANS LA ZONE DE SANTE DE KARISIMBI. CAS DES MATERNITES AGREES DU 05/01 AU 05/06 2019.

SILVAIN BWIRA MUHOMBO *¹

MARC BWIRA MUSANGANYA **²

Résumé

La thématique menée dans le cadre de ce travail porte sur l'évaluation du niveau d'application des normes d'une maternité de base dans la Zone de Santé de KARISIMBI. La collecte des données s'est faite à l'aide des méthodes descriptive, statistique, comparative et analytique. L'objectif visé est d'évaluer le niveau d'application des normes d'une maternité de base. Pour tenter de répondre à la question de recherche, 4 hypothèses ont été émises : le niveau d'application des normes d'une maternité de base en rapport avec les ressources humaines n'est pas satisfaisant. Il en est de même en rapport avec les infrastructures et les ressources matérielles ainsi qu'avec le choix de la prise en charge médicamenteuse. Après nos recherches, nous avons atteint les résultats suivants : 42,2% de structure n'ont recruté aucune sage-femme dans le service de la maternité ; malgré un pourcentage élevé soit 94,7% des institutions sanitaires avec bâtiment construit en matériaux durable ; ce n'est que 5,3% des structures où la maternité obéit aux normes d'espace. (22m² de surface) ; aucune structure ne possède pas la totalité des matériels nécessaires pour le service de la maternité ; 95% des structures enquêtées retiennent des parturientes de plus de 12 heures sans tenir compte des risques pouvant survenir. Mais aussi 17,5% des structures sanitaires enquêtées ont confirmé qu'elles administrent de l'ocytocine devant un utérus quatre fois cicatriciel.

Mots-clés : *Evaluation, niveau, application, normes, maternité.*

Abstract

The theme carried out within the framework of this work concerns the assessment of the level of application of the standards of a basic maternity unit in the KARISIMBI Health Zone. Data collection was done using descriptive, statistical, comparative and analytical methods. The objective is to assess the level of application of the standards of a basic maternity hospital. In attempting to answer the research question, four hypotheses were put forward: the level of application of the standards of a basic maternity unit related to human resources is not satisfactory; the level of application of basic maternity standards in relation to facilities is not satisfactory; the level of application of the standards of a basic maternity unit in relation to material resources is not satisfactory; ; the level of application of the standards of a basic maternity unit in relation to the choice of drug management is not satisfactory. After our research, we have achieved the following results: 42.2% of the health structures did not recruit

* Assistant₁ à l'Institut Supérieur d'Etudes Agronomiques de MWESO.ISEA-MWESO. Tél. +243 970323898, +243 811591944. E-mail : silvinbwira@gmail.com.

** Chef de Travaux à l'Institut Supérieur d'Etudes Agronomiques de MWESO.ISEA-MWESO. Tél. +243 976028877 ; +243 853110872. E-mail : bwiramarc@gmail.com

any midwife in the maternity ward; despite a high percentage, i.e.94.7% of health institutions with buildings constructed from sustainable materials; it is only 5.3% of the structures where the maternity unit obeys the space standards. (22m2 of surface); no structure has all the required equipment for the maternity service; 95% of our respondents retain parturients for more than 12 hours without taking into account the risks that may arise. But also 17.5% of our respondents confirmed that they administer oxytocin in front of a four-fold scarred uterus.

Keywords: *Assessment, level, application, standards, maternities.*

1. INTRODUCTION

Dans le monde, la mortalité maternelle constitue un problème majeur de santé publique. La plupart de pays se sont inscrits dans la dynamique de recherche des réponses adéquates à ces problèmes. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, à chaque minute qui passe dans le monde entier, une femme meurt pour cause de procréation. (OMS 2019).

Les femmes sont maltraitées, dans de nombreux pays lorsqu'elles accouchent dans les établissements de santé. En outre, le personnel de santé ne bénéficie pas de conseils ou de supervisions facilitantes pour dispenser des soins de maternité respectueux. C'est ainsi qu'au cours des dernières décennies, les efforts ont été déployés dans le monde pour souligner l'importance de l'éthique professionnelle sous-jacente et des aspects psycho sociaux et culturels de la prestation des soins de santé comme éléments essentiels. (JH piège, 2016).

Ainsi, pour mettre l'accent sur les soins respectueux et compétents au service de la maternité, les recherches effectuées au centre hospitalier du Cateau-Cambrésis à la maternité Francis Hottier ont prouvé que pour une maternité où les femmes peuvent bénéficier des soins de qualité doit avoir une équipe constituée de personnel qui suit : un Chef de service, coordonnateur, gynécologue-obstétricien, un pédiatre, un réanimateur, une gage-femme, un infirmier, un auxiliaire de puériculture, un aide-soignant, un secrétaire médical et un agent de service hospitalier qualifié.

En effet, malgré le progrès accompli au niveau mondial, dans le but d'améliorer la santé maternelle, les systèmes de santé sont sous équipés et les agents de santé sont accablés en raison du salaire inadéquat, d'un manque d'infrastructure, d'un manque de personnel qualifié et de fournitures (Francis, 2015). La mortalité maternelle est l'indicateur de santé qui relève la plus grande inégalité entre les pays développés et ceux en développement respectivement 7 et 18 fois de plus. (Anonyme, 2006).

L'inclusion de la réduction de la mortalité maternelle comme 5^{ème} objectif du millénaire pour le développement (OMD), atteste de l'engagement de la communauté

internationale sur cette question. On se demande ce qui est à la base de cette mortalité maternelle.

En Afrique, on compte 250 000 décès maternels (enfants ayant moins de six ans) par an, ce qui fait d'elle la première cause de décès chez les femmes en âge de procréation. A l'Ouest du même continent, c'est une femme sur sept qui risque de mourir chaque année de suite de la grossesse ou de l'accouchement (Boubacar Mortalité infantile : 2008).

Selon le plan de développement sanitaire (PDS) 1994 – 2000 et des plans de développement sanitaire des districts (PDS) sur la même période, de la plupart des pays africains, le système sanitaire tient compte des normes de tous les niveaux (Niveau central, niveau régional et niveau opérationnel) et cela dans le but de :

- assurer la santé de la mère et de l'enfant
- assurer le bon fonctionnement de l'existant en rendant plus efficace, et plus efficientes les structures et services sanitaires existant ;
- assurer une gestion efficace de ressources humaines
- définir d'une manière explicite des dispositifs pouvant garantir la réussite de la décentralisation afin de rapprocher les ressources humaines et financières de la population.
- rendre aux acteurs de la santé leur rôle de mise en œuvre de la politique sanitaire
- avoir une meilleure coordination des partenaires et de tous les intervenants (ONG, Secteur privé, ...) dans le domaine de santé (MINISANTE, Niger 2006).

En République Démocratique du Congo, le programme national de la santé a opté pour les stratégies de renforcement du Système de Santé en 2006 pour l'atteinte de son objectif social qui est « la santé pour tous ». A part « le manuel de procédure organisationnelle », « les instructions », la Politique Nationale de la Santé en RDC tient aussi compte des « normes » qui, définissent les exigences à respecter ; pour une meilleure opérationnalisation de la Stratégies de Renforcement du Système de Santé. Ces exigences concernent les interventions intégrées de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dans le but du développement sanitaire. Le manque d'équipements, de médicaments essentiels dans les formations médicales de la RDC et le manque de qualification de la part du personnel de santé, sont des facteurs clés qui favorisent les décès maternels. C'est pourquoi le taux de mortalité infantile s'élève à 57‰ contre 92‰ pour la RDC tandis que le taux de mortalité infanto-juvénile est estimé à 102‰ contre 148‰ pour le pays (PNUD, 20019).

A noter qu'à Goma au Nord-Kivu, les multiples causes liées à la mortalité infantile sont enregistrées notamment, la pneumonie, la diarrhée, la naissance prématurée, l'infection néonatale, le manque d'oxygène à la naissance, la négligence du contrôle prénatale de certaines femmes ainsi que l'imprudence des sages-femmes selon le rapport sur la mortalité infantile dans la ville de Goma effectué par l'Hôpital Charité Maternelle en mars 2019.

En Ville de Goma, précisément dans la Zone de Santé de Karisimbi en 2017, il y a eu enregistrement de 10 décès maternels ; au cours de la même année, il y a eu aussi enregistrement de 31,8°/00 de la mortalité infanto – juvénile et 22,6°/00 de la mortalité néo – natale. La mortalité infanto – juvénile et néonatale est due à la non capacitation des prestataires en PCIME. La mortalité est un phénomène restant un défi majeur malgré les efforts consentis (BZS/Karisimbi, 2018).

A part l'application d'une consultation prénatale de qualité, l'assistance qualifiée de l'accouchement, la consultation post-natale de qualité (soins obstétricaux essentiels), soulignons aussi que l'application des normes et directives d'une maternité en moindre risque serait également un moyen auquel nous pouvons nous fouiller pour la réduction des incidents foeto – maternel, lesquels pouvant conduire à une mortalité (LOSAMBO W, 2017).

Ainsi, les structures de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) doivent offrir en permanence un service de qualité (MINISANTE, Niger 2006) ; la grande majorité des maternités (9 sur 10) doivent organiser des séances de préparation à la naissance et à la parentalité animées principalement par les sages-femmes extérieures (surtout dans de très grandes maternités) (MINISANTE, France 2016) un service de maternité doit avoir 2 latrines, 2 douches, un office pour le personnel, une cuisine avec magasin (18m²), une fosse à ordures (incinérateur) du minimum 7m² de l'abri pour les séances et accompagnants, le hangar ou paillote minimum (18m²), une clôture (MINISANTE, Burkina, 2014).

Il est difficile de confirmer que les femmes bénéficient des soins compétents et respectueux pendant l'accouchement (JH PIEGO, 2016). Les soins respectueux et compétents au service de la maternité, des soins de qualité doivent avoir une équipe constituée de personnel qui suit : un Chef de service, un coordonnateur, gynécologue-obstétricien, un pédiatre, un réanimateur, une sage-femme, un infirmier, un auxiliaire de puériculture, un aide-soignant, un secrétaire médical, un agent de service hospitalier qualifié (FRANCIS, 2015). En effet, imposée à une sage-femme de rester dans un service à une faible activité ne nécessite pas sa présence et peut s'avérer pénalisant pour les services qui eux auraient besoin de plus de personnel.

2. LA DEFINITION ET L'OPERATIONNALISATION DES CONCEPTS

Outre l'introduction et la conclusion, cette étude se compose de :

- la définition des concepts,
- l'approche méthodologique,
- la présentation des résultats et
- la discussion des résultats.

2.1. Opérationnalisation des concepts

1) Normes d'une maternité de base en rapport avec les ressources humaines

- Sage – femme du niveau A1
- Infirmier du niveau A2 formés et recyclé en : SONU, PTME, PCIMEA, PCGIGA, GATPA, SENN

2) Normes d'une maternité de base en rapport avec les infrastructures

Exemple : Service d'au moins 22m² comprenant :

- Une salle de travail
- Une salle d'accouchement
- Une salle de post – partum
- Un trou à placenta
- Un incinérateur sécurisé

3) Normes d'une maternité de base en rapport avec les matériels :

- Equipement : table d'examen, table d'accouchement avec étriers, source de lumière, thermomètre murale, coin soufflant avec source de chaleur, pèse bébé, aspirateur, stérilisateur
- Matériel : sphygmomanomètre avec stéthoscope, thermomètre médical, fœtoscopie, paire démontable, ballon de ventilation, matériel de protection, champs stérile, draps, au moins 2 boîtes d'accouchement avec ses contenues, pince intermédiaire ; au moins une boîte à spéculum vaginal, le ventouse :

4) Normes d'une maternité de base en rapport avec les ressources médicamenteuses

Par exemple : Médicaments pour les soins du nouveau-né, les ARV, les anticonvulsivants, les antihypertenseurs, les utéro toniques, les anesthésiques, les solutés, les anti – paludéens, les antipyrétiques et autres médicaments (féfol,).

3. APPROCHE METHODOLOGIQUE

3.1. Type d'étude

Cette étude est dite descriptive car elle permettra d'identifier les normes d'une maternité de base dans le temps et dans l'espace (du 1^{er} janvier au 30 juin 2019 dans la Zone de santé de Karisimbi).

3.2. Population d'étude

3.2.1. Population cible

La population cible de la présente recherche est constituée par le corps soignants affecté dans l'aire de santé de la zone de Karisimbi. Etant donné que nous avons dix-neuf

centres de santé porteurs de nom des aires de santé, nous préférons enquêter un nombre réduit qui correspond à un échantillon représentatif avec les caractéristiques sociales.

3.2.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

- Critères d'inclusion

Pour répondre à notre questionnaire d'enquête et nous fournir des informations que nous cherchons dans la commune de Karisimbi, quelques critères sont fixés : Être un personnel soignant surtout de la maternité affectée au sein des centres de santé de recherche et accepter de répondre à notre questionnaire.

- Critères d'exclusion

Seront exclus de cette étude : Toute personne néophyte dans les services des maternités et absente lors de nos enquêtes. Bref, celui qui n'a pas la capacité de répondre à nos questions.

3.3. Echantillonnage d'étude

Dans l'objectif de l'estimation de la taille de l'échantillon, nous avons opté d'utiliser la formule de lynch, qui se présente comme suit :

n = la taille de l'échantillon ; c'est-à-dire le nombre total des tous les soignants qui vont répondre aux questionnaires d'enquêtes.

N = Population cible d'étude, c'est-à-dire le nombre des personnes concernées directement au problème.

Q = inverse de la prévalence ($1 - P$) c'est-à-dire l'ensemble des tous les personnels qui ne seront pas concernés par le problème d'étude.

P = Prévalence du problème à étudier ; elle est estimée à 50% soit 0,5.

Z = Valeur de la variation standard à l'intervention à l'intervalle de confiance estimée à 95% d'où $Z=1,96$. $d=0,05$, $N=40$

D'où nous avons la formule suivante : $n = \frac{N.Z^2.PQ}{N.d^2 + Z^2.PQ}$ OU $n =$

$$\frac{N Z^2 + P(1-p)}{N d^2 + Z^2 . P(1-P)}$$

$$n = \frac{40. (1,96)^2 x (0,5 x 1 - 0,5)}{40. (0,05)^2 + (1,92)^2. (0,5. (1 - 0,5))}$$

$$n = \frac{(40.3,8416) x 0,5}{40.0,0025) + (3,8416 x 0,5)}$$

$$n = \frac{153,664 \times 0,5}{0,1 + 1,9208}$$

$$n = \frac{76,832}{2,0208}$$

$$n = 38$$

Il est remarquable qu'à part les C.S de référence qui affectent plus de deux personnes soignant à la maternité, nous avons eu des surplus pour d'autres institutions comme le C.S Majengo. C'est pourquoi nous avons retenu un échantillon de quarante lors de la descente sur terrain.

3.3.1 Répartition de l'échantillon

N'étant la taille de l'échantillon et qui correspond à 40, nous avons fait la récolte des données pendant 6 mois, selon la répartition suivante ; trente-quatre personnels soignants pour les dix-sept centres de santé et six personnels soignants pour les deux centres de santé de référence.

3.3.2. Procédure de sélection des unités de l'échantillon

Juste au début de nos enquêtes, les infirmiers titulaires des dix-neuf centres de santé nous présentaient les différents services et principalement le service de maternité avec le personnel qui y est affecté.

3.4. Technique de collecte des données

- *Méthodes* : Dans cette étude, nous allons procéder par la considération des données numériques ainsi que l'assemblage des données non chiffrées.

- *Techniques et outils de collecte des données*

La technique dont nous avons fait recours est celle d'interview face à face. Avec la vérification des dossiers administratifs du personnel affecté au service de la maternité. L'observation libre nous a permis d'avoir une idée concernant l'application des normes d'une maternité de base.

Dans le cas de notre recherche, cette technique va nous permettre d'accéder à certaines informations par les enquêtés qui sont les personnels soignants et surtout ceux affectés à la maternité, grâce à la communication verbale afin de recueillir les informations objectives.

- *Questionnaire d'enquête*

Elle consiste en une élaboration d'un questionnaire sur des bases variables dépendante et leurs indicateurs liés aux hypothèses et aux objectifs de notre étude.

Elle comprend des questions ouvertes et fermées, directe qui permettent de recueillir des informations susceptibles de vérifier les hypothèses formulées

- *Technique documentaire*

Elle nous a permis d'exploiter les documents, ouvrages, archives tant officiels que privés, publiés en vue de comprendre aisément le bien-fondé des données fournies.

4. PRESENTATION DES RESULTATS

Après avoir fait la descente sur terrain, voici les résultats obtenus :

Tableau n° 1 Connaissance des normes d'une maternité

Avis	Fréquence	Pourcentage
Non	6	15,0
Oui	34	85,0
Total	40	100,0

Source : Nos enquêtes sur terrain

Commentaire : Ce tableau montre que la majorité de personnel soignant soit 85% ont déjà attendu parlé des normes d'une maternité contre 15% représentant les agents n'ayant jamais attendu parlé des normes.

Tableau n° 2 : option que doit avoir suivi le corps soignant affecté à la maternité

Option suivie	Fréquence	Pourcentage
Hospitalière	3	7,5
Hospitalière ou Sage-Femme / Accoucheuse	7	17,5
Sage - femme / Accoucheuse	30	75,0
Total	40	100,0

Commentaire : Ce tableau nous montre que 75% de nos répondants savent que la personne affectée au service de la maternité doit avoir suivi l'option sage-femme/Accoucheuse.

Tableau n°3 : Condition d'affectation d'un infirmier à la maternité

Recyclé	Fréquence	Pourcentage
Non	5	12,5
Oui	35	87,5
Total	40	100,0

Commentaire : Le tableau ci-dessus nous montre que 87,5% de répondants savent que les infirmiers recyclés remplissent la condition pour être affecté à la maternité et 12,5% l'infirmier.

Tableau n°4 : Stipulation d'une structure remplissant les normes

Nombre de sages-femmes par structure	Fréquence	Pourcentage
Deux sages-femmes	2	10,5
Trois et plus Sage-Femme	2	10,5
Une sage-femme	7	36,8
Zéro sage-femme	8	42,2
Total	19	100,0

Commentaire : Le tableau n°4 montre qu'il existe encore des structures qui n'ont aucune sage-femme ; soit 42% des structures ne répondant pas aux normes par rapport au personnel soignant. Soit 8 parmi les 19 structures qui n'ont aucune sage –femme.

Tableau n°5 : Construction du bâtiment de service de la maternité

Constitution	Fréquence	Pourcentage
Matériaux durables	18	94,7
Planche	1	5,3
Total	19	100,0

Commentaire : Le tableau n°5 montre qu'il existe encore des services de maternité construits en planche soit 5,3%.

Tableau n°6 : Dimension du bâtiment de la maternité

Dimension	Fréquence	Pourcentage
10m ² à 15m ²	14	73,7
16m ² à 21m ²	4	21
22m ² et plus	1	5,3
Total	19	100,0

Source : Nos enquêtes sur terrain

Commentaire : Le tableau n°6 montre que 73,7% de Centre de santé ont des bâtiments de maternité mesurant 10 à 15 m² ; 21% des bâtiments mesurant 16 à 21 m² ; 5,3% des bâtiments mesurant 22m² et plus. Cela montre que seulement 5,3% soit un seul centre de santé respecte la dimension que doit avoir le bâtiment du service de la maternité.

Tableau n° 7 : Gérance du placenta

Lieu d'acheminement	Fréquence	Pourcentage
Un central	1	5,3
un trou placentaire	18	94,7
Total	19	100,0

Source : Nos enquêtes sur terrain

Commentaire : Le tableau n° 7 montre que parmi les 19 centres de santé de la zone, 94,7% ont le trou placentaire et 5,3% des structures n'en ont pas.

Tableau n° 8 : Etat de l'incinérateur

Sécurisé	Fréquence	Pourcentage
Non	18	94,7
Oui	1	5,3
Total	19	100,0

Source : Nos enquêtes sur terrain

Commentaire : le tableau n°8 montre que 94,7% des centres de santé ont les incinérateurs non sécurisés et que seulement 5,3% soit une seule institution a l'incinérateur sécurisé.

Tableau n° 09 : Connaissance des Matériels constitutifs d'un kit d'accouchement

Matériels constitutifs d'une boîte d'accouchement	Fréquence	Pourcentage
Deux paires de ciseau, une pince porte aiguille, les pinces hémostatiques, une pince autonome avec dent, une pince autonome sans dent	8	20,0
Deux paires de ciseau, une pince porte aiguille, les pinces hémostatiques, une pince autonome avec dent, une pince autonome sans dent, une pince porte tempo	21	52,5
Deux paires de ciseau, une pince porte aiguille, les pinces hémostatiques, une pince autonome sans dent	5	12,5
Deux paires de ciseau, une pince porte aiguille, les pinces hémostatiques, une pince autonome sans dent, une pince porte tempo	4	10,0
Deux paires de ciseau, une pince porte aiguille, les pinces hémostatiques, une pince porte tempo	1	2,5
Une pince porte aiguille, les pinces hémostatiques, une pince autonome avec dent, une pince autonome sans dent, une pince porte tempo	1	2,5
Total	40	100,0

Source : Nos enquêtes sur terrain

Commentaire : Le tableau n°9 montre que 52,2% optent pour la totalité des matériels énumérés pour la constitution d'une boîte d'accouchement ; 20% de personnel soignant ne tient pas compte de la pince porte-tempo parmi les constituants d'une boîte d'accouchement ; 12,5% a omis la pince anatomique sans dent et la pince porte-tempo ; 10% ont omis la pince anatomique sans dent ; 2,5% n'ont pas tenu compte des pinces anatomiques sans dent ni des pinces anatomiques avec dent et non plus de porte-tempo ; 2,5% ont omis les 2 paires de ciseau.

Tableau n° 10 : Eléments qui existent au service de la maternité

Matériels existant au service de la maternité	Fréquence	Pourcentage
Table d'accouchement, pèse bébé, stérilisateur	2	5,0
Table d'accouchement, Une source de lumière, Le pèse bébé, Le stérilisateur	3	7,5
Table d'accouchement, Une source de lumière, Le pèse bébé, Le stérilisateur, L'aspirateur	1	2,5
Table d'accouchement, Une source de lumière, Le stérilisateur, L'aspirateur	1	2,5
Table d'accouchement, une source de lumière, pèse bébé, stérilisateur	3	7,5
Table d'accouchement, une source de lumière, pèse bébé, stérilisateur, aspirateur	6	15,0
Table simple, Table d'accouchement, une source de lumière, Le pèse bébé, Le stérilisateur	2	5,0
Table simple, Table d'accouchement, Le pèse bébé, Le stérilisateur	5	12,5
Table simple, Table d'accouchement, Le pèse bébé, Le stérilisateur, L'aspirateur	5	12,5
Table simple, Table d'accouchement, Une source de lumière, Le pèse bébé, Le stérilisateur, L'aspirateur	12	30,0
Total	40	100,0

Source : Nos enquêtes sur terrain

Commentaire : le tableau n°10 montre qu'aucune structure ne possède les coins chauffants et le thermomètre mural.

Tableau n°11 portant sur la possession du Kit d'AMIU au service maternité

Réponse	Fréquence	Pourcentage
Non	14	73,7
Oui	5	26,3
Total	19	100,0

Source : Nos enquêtes sur terrain

Commentaire : Ce tableau n°11 montre que **73,7%** possèdent des Kit d'AMIU et **26,3%** n'en possèdent pas.

Tableau n°12 : Ocytociques utilisés en service de maternité

Ocytociques utilisés	Fréquence	Pourcentage
Ocytocine	33	82,5
Ocytocine et Cytotèque	7	17,5
Total	40	100,0

Source : Nos enquêtes sur terrain

Commentaire : Le tableau n°12 montre que 82,5% utilisent l'ocytocine, 17,5% utilisent à la fois l'ocytocine et Cytotèque.

Tableau n°13 : Choix de la prise en charge d'une parturiente avec un utérus à haut risque.

Prise en charge d'une parturiente avec un utérus à haut risque	Fréquence	Pourcentage
G5%+10 UI d'ocytocine, 4 gouttes par minutes, puis 8 gouttes jusqu'à 16 par minutes ; Référé (Hôpital)	7	17,5
Misoprostol 1/4 co en intra cervical	2	5,0
Référence vers la structure SOC (Hôpital)	30	75,0
Sonde de Foley	1	2,5
Total	40	100,0

Source : Nos enquêtes sur terrain

Commentaire : Le tableau n°13 montre qu'en cas de l'utérus à haut risque, les agents prennent des mesures suivantes : 75% réfèrent vers la structure SOC (Hôpital) ; 17,5% des personnes interrogées stimulent le travail par l'administration de l'ocytocine en perfusion ; et s'il y a eu échec, 5% utilisent le misoprostol ¼ de comprimés en intra cervical et 2,5% stimulent le travail avec la sonde de Foley.

Tableau n° 14 : Médicaments utilisés pour la prévention de l'anémie

Médicaments utilisés pour la prévention de l'anémie	Fréquence	Pourcentage
Autres (Transfert)	1	2,5
Féfol	37	92,5
La Vit K3	2	5,0
Total	40	100,0

Source : Nos enquêtes sur terrain

Commentaire : Le tableau n°14 portant sur le choix des médicaments pour la prévention de l'anémie chez une accouchée montre que 92,5% utilisent le fefol ; 5% utilisent la vitamine K3 au lieu du fefol et 2,5% n'utilisent pas le fefol chez les accouchées.

Tableau n°15 : Surveillance d'accouchement de plus de 12 heures à partir de l'ouverture du Cervicogramme

Travail d'accouchement de plus de 12 heures	Fréquence	Pourcentage
Non	2	5,0
Oui	38	95,0
Total	40	100,0

Source : Nos enquêtes sur terrain

Commentaire : Au vu de ce tableau, nous constatons que 95% de nos enquêtés et interviewés retiennent les parturientes au centre de santé en plus de 12 heures.

5. DISCUSSION DES RESULTATS

Sous ce point, nous confrontons les résultats des enquêtes aux études antérieures et théoriques existantes en vue de voir ce qui correspond et ce qui contredit les autres études auxquelles la recherche a fait allusion surtout cadrant avec notre thématique.

5.1. Discussion des résultats en rapport avec le personnel soignant

Selon le tableau n°1, la majorité des personnels soignant connaissent les normes contre une minorité n'ayant pas une connaissance sur les normes d'une maternité. Ainsi, nous constatons que les critères de la mise en accent sur les soins respectueux et compétents au service de la maternité ne sont pas respectés au sein de nos institutions de base par le fait que nous n'avons pas de gynécologues-obstétriciens ni d'auxiliaires de puériculture et ni de réanimateurs.

Mais aussi, des mêmes études faites par Monsieur FRANCI en 2015 portant sur les soins respectueux et compétents au service de la maternité mettent l'accent sur la présence d'une sage-femme ou d'un infirmier recyclé en service dont fait l'objet de notre étude. Ainsi nous avons obtenu que 42,2% des institutions sanitaires n'ont pas recruté des sages-femmes au sein de leurs services de la maternité.

Après les enquêtes menées au Niger en octobre 2006, portant sur les normes sanitaires, le ministre de solidarité et de la santé a démontré que 87% de femmes ayant accouché par voie basse ont précisé qu'une sage-femme avait réalisé leur accouchement (MINISANTE 2006). Chose contraire par rapport aux résultats de nos enquêtes où l'on est loin de la moitié.

5.2. Discussion de résultat en rapport avec les infrastructures de la maternité

Bedouma Alain en 2004 avait déterminé les salles constituant le service de la maternité au niveau de centre de santé. Il énumère :

- la salle d'attente d'au moins 15m²
- la salle de consultation
- une salle de travail
- une salle d'accouchement avec paillasse et deux lits gynécologiques.

En comparant ces normes par rapport aux résultats obtenus, nous constatons que les maternités du niveau de base n'ont ni la salle d'attente, ni la salle de consultation avec paillasse ; la majorité des institutions enquêtées n'ont qu'une salle de travail confondue

à la salle de post partum immédiat et tardif, ainsi que la salle d'accouchement. Or il est connu qu'avant un mois les décès sont principalement dus à des causes liées à la grossesse, l'accouchement ou à des anomalies liées à la naissance. (Duboz Pierre, 1984)

5.3. Discussion des résultats en rapport avec les matériels de la maternité

Opertha (2012) dans le livre de soins obstétricaux essentiels propose que dans toutes les maternités de base soit 100% de maternités, ont les équipements ci – après : la table ou lit d'examen, la table d'accouchement avec étriers, une source de lumière (lampe d'examen gynécologique), le thermomètre mural, l'horloge mural, les coins chauffants ou table avec source de chaleur, le pose – bébé, l'aspirateur et le stérilisateur.

Mais à partir du résultat du tableau N°10, nous avons constaté que 100% de maternités ne possèdent ni le thermomètre mural, ni horloge mural, ni coins chauffants, ni lampe d'examen gynécologique. Ce n'est qu'une seule institution qui possède la lampe d'examen gynécologique mais ne fonctionnant pas faute du courant électrique.

5.4. Discussion des résultats en rapport avec le choix de la prise en charge médicamenteuse au service de la maternité

Les normes portant sur les médicaments nécessaires du service de la maternité sont les suivantes :

- Les médicaments pour les soins du nouveau – né : un antimicrobien ophtalmique (tétracycline pommade ophtalmique à 1%, nitrate d'argent à 1% ou l'argyrol à 0,5%), la vitamine K1 ampoule de 1mg/ml
- Les ARV : la névirapine (adulte, pédiatrique). Zidovudine, lamivudine
- Les anticonvulsivants : diazépam, sulfate de magnésium, gluconate calcique.
- Les antihypertenseurs : hydralazine
- Utéro toniques : Ocytocine, Ergométrie
- Les anesthésiques : Comme la lidocaïne
- Les solutés : G5%, Nacl 0,9%, RL
- Les antis paludéens : ACT, Quinine
- Le triméthoprim + sulfaméthoxazole
- Autres médicaments comme : le paracétamol, la Vit K1, le sel ferreux + acide folique (Fefol).

En effet, par observation libre, nous avons constaté que les centres de la zone de santé de Karisimbi ne réalisent pas 100% des médicaments nécessaires du service de la maternité.

Ainsi, nous avons également constaté que seule l'ocytocine est le produit retrouvé au sein de toutes les institutions. Malgré leur état de conservation (boite insothermique avec le concentrateur du froid remplacé tardivement.

Dans un des journaux gynécologiques paru en 2012, d'ELSEVIE, l'on suggère le non déclenchement du travail d'accouchement moyennant l'ocytocine devant un utérus cicatriciel. Chose contraire au résultat obtenu selon le tableau N°13 qui montre que 25% n'ont pas un bon choix dans la prise en charge de l'accouchement, de la grossesse à haut risque ; un faible pourcentage opte pour l'administration du misoprostol en intra-cervical, soit l'administration de l'ocytocine, conduite à éviter en obstétrique. Cela justifiera que le personnel soignant affecté au service de la maternité a des difficultés dans la prise en charge de l'accouchement.

4. CONCLUSION

Face aux multiples défis des normes d'une maternité de base en RD Congo, le contrôle est souvent relégué au second plan. Dans ce travail, les auteurs présentent les résultats obtenus après avoir fait des recherches sur la thématique intitulée « Evaluation du niveau d'application des normes d'une maternité de base dans la zone de santé de Karisimbi, 'cas des maternités agréées' du 1^{er} Janvier au 30 Juin 2019 ».

Afin d'atteindre nos objectifs et vérifier nos hypothèses, nous avons fait recours aux méthodes ainsi qu'aux techniques de collecte des données suivantes :

- l'enquête par observation directe,
- l'interview dirigée ;
- l'analyse documentaire qui s'est matérialisé par une bibliographie.

Dans la perspective de vouloir opérationnaliser l'objectif principal, nous l'avons éclaté quatre objectifs spécifiques à savoir :

- apprécier le niveau d'application des normes d'une maternité de base en rapport avec les ressources humaines.
- apprécier le niveau d'application des normes d'une maternité de base en rapport avec les infrastructures sanitaires.
- évaluer le niveau d'application des normes d'une maternité de base en rapport avec les ressources matérielles.
- évaluer le niveau d'application des normes d'une maternité de base en rapport avec les produits médicamenteux.

En effet, un questionnaire (de type fermé et ouvert) nous a facilité la collecte des données numériques auprès de 40 agents affectés au service de la maternité de différents centres de santé de la zone ; spécifiquement par les centres de santé représentatifs des

aires de santé de la zone de Karisimbi. Ce qui donne les résultats suivants pour vérifier la 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} hypothèses, nous avons :

- constaté que les infirmiers non recyclés représentent 70% et les personnels affectés au service de la maternité et la sage – femme ne représentent que 10%. C'est pourquoi la première hypothèse est confirmée parce qu'il y a des structures ne disposant pas de sages-femmes.
- obtenu encore des services de maternité construits en planche et mesurant 10 à 15m² soit respectivement 5,3% et 73,7%. D'où la rétention de la 2^{ème} hypothèse.
- l'application des normes d'une maternité de base en rapport avec les matériels. 52,2% n'en possèdent pas. Ainsi notre 3^{ème} hypothèse est confirmée.
- Pour vérifier notre 4^{ème} hypothèse traitant de l'application des normes d'une maternité de base en rapport avec le choix de la prise en charge médicamenteuse, nous avons constaté que 25% de personnes affectées à la maternité ne sont pas en mesure de prendre une décision adéquate devant une parturiente avec utérus 4 fois cicatriciel, 5% utilise la Vit K3, et 2,5% ont opté pour la référence. Ainsi donc, l'on peut confirmer notre dernière hypothèse.

Donc nous recommandons ce qui suit :

1. *Aux autorités politico-administratives et sanitaires*

- faire le suivi de la gestion des maternités celles qui remplissent les normes et innover celles qui ne remplissent pas les normes. Car elles sont devenues une source de la mortalité.
- formuler une politique tenant compte de la santé de la reproduction,
- utiliser des stratégies appropriées pour promouvoir la santé de la mère et de l'enfant.
- privilégier l'affectation des sages – femmes au service de la maternité.

2. *Au personnel de santé et à la population*

- avoir la conscience professionnelle.
- soutenir le projet de construction des maternités fiables et remplissant les normes.
- orienter les parturientes dans les maternités remplissant les normes et disposant un personnel qualifié.

5. BIBLIOGRAPHIE

- BEDOUMA A, YODA (2004), Normes et standards en infrastructures et équipement du centre de santé, Burkina-Faso.
- BOUBACAR (2008), *Mortalité maternelle*, ville de Dakar. Edit.
- CC.ASS. (2014), Les maternités au Niger.

- KAHAVI M, (2018), Cours de sage-femme communautaire dispensé par en L2 SR, pour l'an -2019.
- KASHONGWE (2006), *Recueil des normes de la zone de santé*, éditions Kinshasa,
- KASHONGWE, (2006), *Recueil des normes de la zone de santé*, Kinshasa.
- DUBOZ P. (1981) Mortalité et morbidité infantile et juvénile en République Populaire du Congo
- DUBOZ P. (1984) : Mortalité et Morbidité Infantile et juvénile en république populaire du Congo.
- E.C.C/M (2019), La mortalité infantile, rapport effectué par l'hôpital Charité Maternelle de Goma
- ELSEVIER MASSON (2012), Journal de Gynécologie obstétrique et biologie de la Reproduction.
- ELSEVIER MASSON (2012), *Victoire, soins obstétricaux essentiels*, RDC.
- FRANCIS (2015), *Guide maternité*, France.
- GUILLAUME, (2001), *Etudes auprès des infrastructures de facteurs de base de la mortalité à Kinshasa*.
- KAHAVI MULUME (2019), Sage femme communautaire, cours dispensé en L2SR/ ISETM.
- KAVUNGA (2019), Rapportage à l'interview du 2 Mars, 2019 en RDC.
- Larousse www.Edition-Larousse.fr 2019Page 693. Consulté le 3 08 2019 à 14h.
- LOSAMBO WALO (2017), Master en santé et développement communautaire
- MCO (2014), Implication des normes-maternité, Niger.
- MINISANTE (2006), Normes et standards des infrastructures, équipement et personnel du système de santé, Niger.
- MINISANTE (2016), Les maternités en 2016, France 2017.
- MINISTANTE (2006) Normes et standards des infrastructures, équipements et personnel du système de santé 1^{er} draft, Oct Niger.
- OMS, (2018) Organisation Mondiale de la santé, Bulletin N°1 de la surveillance de décès maternels et riposte (SNMR).
- OPERTHA O, and all (2012), Soins obstétricaux essentiels, RDC.
- PIEGO JH, (2016), les soins de maternité respectueux, France.
- PNUD (2009) Profil, résumé, pauvreté et conditions de vie des ménages ;
- Rapport (BZS/Goma 2018) de l'Equipe Cadre de la Zone de Santé de Karisimbi.
- UNFPA, (2004), Accoucher dans les bonnes mains, mis en jour à 2004 sur la mortalité maternelle. Consulté le 20 mars 2018 à 20h.

