

Ministère des enseignements secondaire
supérieur et de la recherche scientifique

République du Mali



Un Peuple – Un But – Une Foi

FACULTE DE MEDECINE DE
PHARMACIE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

Année Universitaire 2007 – 2008

Thèse N° ____/

THESE

EVALUATION DE LA QUALITE DES CONSULTATIONS PRENATALES DANS LE CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI

Présentée et soutenue le 2008 devant la **Faculté de Médecine
de Pharmacie et d'Odontostomatologie.**

Par Monsieur Abdoul Karim dit Z. Samaké

Pour obtenir le grade de **Docteur en Médecine** (diplôme d'état)

JURY

PRESIDENT:

Pr Sy Aida Sow

MEMBRES :

Pr Mamadou Traoré

Dr Binta Keita

CO-DIRECTEUR DE THESE : Dr Youssouf Traoré

DIRECTEUR DE THESE : Pr Amadou Ingré Dolo

HOMAGES AUX MEMBRES DE JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY

Professeur SY AÏDA SOW

Professeur titulaire de Gynécologie Obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS).

Chef de service de Gynécologie obstétrique au Centre de Santé de Référence de la Commune II.

Présidente de l'Association Malienne de Gynécologie Obstétrique (SAGO).

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Véritable bibliothèque vivante, vous n'avez cessé de nous fasciner par la grandeur de votre simplicité, la splendeur de vos enseignements et l'ampleur de votre expérience. Nous avons très tôt appréhendé et apprécié combien noble votre dévouement pour la formation des médecins.

Nous vous prions, cher maître, d'accepter nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur AMADOU INGRE DOLO,

Professeur titulaire de Gynécologie et Obstétrique,

Chargé de cours de Gynécologie et Obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali (FMPOS),

Chef de service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalo-universitaire (CHU) de Gabriel Touré,

Secrétaire Général de la Société Africaine de Gynécologie et Obstétrique (SAGO),

Président de la Cellule Malienne du Réseau Africain de Prévention de la Mortalité Maternelle (RPMM).

Cher maître, c'est un grand privilège pour nous d'être parmi vos élèves. Votre rigueur scientifique, votre compétence, et la qualité de votre enseignement, font de vous un maître de référence.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, du travail bien fait et le respect de la vie humaine.

Merci cher maître pour vos précieux conseils qui ne cessent de nous guider.

Puisse le seigneur vous accorder la santé et longévité afin de rendre encore plus performante l'école malienne de Gynécologie Obstétrique.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur MAMADOU TRAORE

**Professeur agrégé de Gynécologie Obstétrique,
Médecin chef du Centre de Santé de Référence de la
Commune V,
Secrétaire Général Adjoint de la Société é Africaine de
Gynécologie Obstétrique (SAGO),
Membre du Réseau Malien de Lutte contre la Mortalité
Maternelle.**

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury de thèse. Vos qualités humaines et intellectuelles mais aussi et surtout votre sens élevé de la responsabilité et de la rigueur dans le travail nous ont énormément impressionné. Nous admirons en vous la disponibilité et la cordialité.

En espérant que cet humble travail saura combler vos attentes. Veuillez recevoir, cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur BINTA KEITA

Médecin Gynécologue Obstétricienne,

**Chef de Division Santé de la Reproduction à la Direction
Nationale de la Santé (DNS)**

Cher Maître, nous sommes très honorés par votre présence dans ce jury de thèse, malgré vos nombreuses tâches. Votre compétence, votre disponibilité et votre simplicité font de vous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et Co-directeur

Docteur YOUSOUF TRAORE

Gynécologue Obstétricien

Médecin au service de Gynécologie et Obstétrique au Centre Hospitalo-universitaire (CHU) de Gabriel Touré.

Chargé de la PTME au service de Gynécologie et Obstétrique au Centre Hospitalo- universitaire (CHU) de Gabriel Touré.

Cher maître, la rigueur scientifique, la simplicité, la disponibilité, l'esprit de tolérance et de la compréhension sont autant de qualité que vous incarnez, et font de vous un encadreur d'une rareté étonnante.

Passionné du travail bien fait, soucieux de notre formation et de notre réussite, vous êtes pour nous un modèle de courtoisie et surtout de courage.

Puisse Dieu vous garde en sa sainte protection et vous soutenir dans vos projets futurs.

INTRODUCTION :

La CPN est un acte médical préventif permettant de dépister et de traiter d'éventuel complication survenant au cours de la grossesse. Elle permet en outre de dicter la voix d'accouchement.

La grossesse est un événement naturel qui se déroule normalement pour la majorité des femmes enceintes. L'identification d'éventuel complication, l'amélioration du confort et le vécu de chaque femme enceinte imposent un suivi régulier de la grossesse

Chez les bambaras, quand une femme tombe enceinte on ne cesse de la souhaiter ceci : « que Dieu tire le bon du bien ». Autrement dit que l'accouchement soit normal. Parce que l'évolution d'une grossesse peut souvent tourner au drame.

Il est estimé que chaque année 4 millions nouveau-nés meurent avant d'avoir 1 mois et que 4 autres millions sont morts nés (ils meurent entre la 22^e SA et la naissance).90% de ces décès ont eut lieu dans les pays en voie de développement. [14]

L'O.M.S. recommande au moins 4 visites prénatales à intervalles réguliers tout au long de la grossesse [12].

Dans les pays développés presque toutes les femmes reçoivent des soins prénatales de qualité (99%), tant disque dans les pays en développement elle ne représente que 1% [12].

Les complications liées à la grossesse et à l'accouchement constituent dans les pays les moins avancés l'une des principales causes de décès et d'invalidité chez les femmes en age de procréer (15-44ans). Environ la moitié des quelques 120millions d'accouchement qui ont lieu chaque année s'accompagne de complication d'une forme ou d'une autre au cours de la grossesse. Entre 15 et 20 millions de femmes développent des problèmes tel que : l'anémie, l'incontinence, des lésions de l'appareil génital ou du système nerveux, des

douleurs chronique et la stérilité secondaire. Ces problèmes sont tragiques mais évitables par une bonne surveillance de la grossesse et de l'accouchement. [3]

Des soins appropriés à la mère pendant la grossesse assurent au nouveau né les meilleures chances de survie et de santé. [14]

Les complications liées à la grossesse qui menacent la survie des femmes sont également susceptibles d'être la cause de décès prénataux (fausses couches tardives, morts fœtales tardives et décès dans les premières semaines de vie) qui se produisent chaque année dans les pays moins avancés est associée à des problèmes de santé chez les gestantes ou à une mauvaise gestion du travail et de l'accouchement. [3]

En Afrique subsaharienne, le risque de décès d'une femme suite aux complications liées à la grossesse est 1/14 contre 1/4000 ou même 10 000 dans les pays développés. Il est capital de faire un suivi régulier des grossesses à risques (grossesse plus épilepsie, drépanocytose, VIH, cardiopathie, HTA, diabète,...) par un spécialiste. Environ 6% des femmes qui donnent naissance à un enfant développent une HTA liée à la grossesse. [3]

Les statistiques montre que plus la proportion d'accouchement assisté par un personnel qualifié est élevée dans un pays, plus le taux de mortalité est bas. [12]

Le droit à la santé est un droit fondamental de l'homme. Le droit à des services de qualité pour une maternité à moindre risque devrait être garantie à toutes les femmes. [12]

En 1999 l'évaluation de la qualité de la consultation prénatale effectuée par Koita[10] dans les communes V et VI du district de Bamako a montré que les services manquaient d'accueil et d'exécution de certains gestes dangereux ou inadaptés ainsi que de la très faible productivité du personnel avec un manque de formation du personnel avec un manque de formation permanent.

En 2002, une étude faite par Konaté [9] sur la qualité de la surveillance prénatale dans le centre de santé de référence de la commune II dans le district de Bamako a souligné l'étroitesse de la salle de consultation prénatale et

l'absence de certains gestes techniques comme la préparation à l'allaitement, l'IEC au planning familial, les conseils d'hygiène. Il n'y avait pas de service social fonctionnel car certaines gestantes étaient indigentes et n'en ont pas bénéficié. De plus tous les examens complémentaires n'étaient pas demandés.

En 2005 une étude faite par Goita N. [6] sur la qualité de la surveillance prénatale a souligné l'absence de pèse personne dans le centre de santé de référence de la commune V.

Au regard des indicateurs encore élevés de la morbi-mortalité maternelle et néonatale, il faut s'interroger si les soins délivrés par les agents de santé sont de bonne qualité (plus particulièrement pour la CPN).

Pour l'instant toutes ces études ont été faites sur le district de Bamako, ce qui nous pousse à aller rechercher les réalités d'autres localités du Mali, étant donné que la couverture prénatale est de 75% à Bamako contre 15% seulement pour le reste du territoire national du Mali. [16]

La CPN étant une activité très fréquente chez les femmes enceintes et a un impact sur le taux de mortalité maternelle et ce, par son action préventive. C'est pourquoi nous avons fait le choix de ce thème portant sur l'évaluation de la qualité de la consultation prénatale dans le centre de santé de référence de Bougouni.

OBJECTIFS

2-1.Objectif général :

Evaluer la qualité des consultations prénatales dans le centre de santé de référence de Bougouni

2-2.Objectifs spécifiques :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des gestantes du CSREF de Bougouni,
- Décrire les procédures de la consultation prénatale,
- Déterminer le niveau de performance des prestataires.
- Corréler la performance des prestataires et la compliance des femmes.

GENERALITES

1. Historique de la consultation prénatale :

Depuis belle lurette la grossesse a toujours été un état physiologique de valorisation de la femme, bien qu'elle a toujours été la cible de multiples complications.

La lutte contre la mortalité materno-fœtale est l'un des objectifs essentiels de l'obstétrique moderne. Les pays développés ont réussi à réduire considérablement leur mortalité maternelle. Cette réduction est un phénomène récent. L'essentiel du progrès a été observé entre 1930 et 1960 comme en témoignent les chiffres publiés :

- ✓ En Suède : 7 pour 100.000 naissances entre 1976 et 1980 contre 300 pour 100.000 naissances vivantes en 1930. [5]
- ✓ En Angleterre et au pays de Galles : 11 pour 100.000 naissances vivantes en 1976 contre 341 naissances vivantes en 1930. [8]

Parmi les facteurs qui ont permis de réduire la mortalité maternelle trois sont essentiels :

- le développement de soins obstétricaux et néonataux d'urgences (SONU) :

- Interventions chirurgicales ;
- Anesthésie ;
- Traitements médicaux ;
- Transfusion sanguine ;
- Techniques manuelles ;
- Planification familiale ;
- Prise en charge des grossesses à hauts risques ;
- Soins néonataux spéciaux.

Par une meilleure surveillance de la durée de l'accouchement et la pratique des interventions obstétricales (forceps, ventouse, anesthésie moderne, césarienne,...)

- la vulgarisation des soins prénataux ;

- l'amélioration des conditions de vie des populations. [17]

2. Moyens techniques de la CPN :

La CPN est une pratique médicale qui s'organise autour d'un ensemble de gestes techniques simples mais rigoureux, aboutissant à trois objectifs essentiels :

- vérifier le bon déroulement de la grossesse et dépister tous les facteurs de risque antérieurs et contemporains ;
- traiter ou orienter la femme dans le cas échéant vers une surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison d'un ou des facteurs de risques décelés ;
- établir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions d'accouchement de manière à ce que toutes les dispositions pratiques soient prises pour éviter les événements dangereux en urgence. [11]

2-1.La première CPN :

Elle comporte les temps suivants :

2-1-1. L'interrogatoire des femmes enceintes :

Outre le diagnostic de la grossesse, il faut rechercher :

- le début de la grossesse (date des dernières règles) ;
- Les antécédents obstétricaux : il s'agit des antécédents de fausses couches, d'interruption volontaire de grossesse, de stérilité, des grossesses antérieures et leur déroulement (menace d'accouchement, prématurité, HTA) et de la modalité de l'accouchement (terme à l'accouchement, travail spontané ou déclenché, durée du travail, forceps, césarienne, complication de délivrance), le poids de l'enfant à la naissance et pathologie du nouveau-né ;
- Les antécédents de maladie : diabète, HTA, infection urinaire, cardiopathie, pneumopathie, néphropathie.
- Les habitudes alimentaires : tabac, alcool, drogue, ration alimentaire.
- La nature, l'intensité et les horaires du travail.

2-1-2. L'examen physique :

Il s'agit d'un examen minutieux qui précisera le poids, la mesure de la pression artérielle, la fréquence cardiaque et l'auscultation cardio-pulmonaire. Il sera complété par un examen gynécologique (palpation des seins, toucher vaginal et l'examen au spéculum).

2-1-3. Les examens complémentaires :

Selon les normes et procédures pour la surveillance prénatale en vigueur au Mali [19], les examens suivants sont obligatoires à la déclaration d'une grossesse :

- Le groupe sanguin et rhésus ;
- La recherche d'albumine et sucre dans les urines ;
- Le BW ;
- Le test d'Emmel.

Il faut une échographie de datation en cas de doute sur le terme, et lorsque le terme doit être préciser pour la conduite ultérieure à tenir.

1-3. Pour les consultations ultérieures :

1-3-1. L'interrogatoire : recherche les signes des pathologies intercurrentes ainsi que les autres plaintes de la femme.

1-3-2. L'examen physique : il sera complété par la recherche des oedèmes, le palper abdominal pour préciser la taille fœtale ainsi que la présentation du fœtus et l'auscultation des bruits du cœur du fœtus.

1-3-3. L'examen au neuvième mois : il faut évaluer les modalités de l'accouchement. Un examen général recherche les éléments cités précédemment.

3. Définitions des termes usuels :

❖ **La qualité des soins :** La qualité des soins techniques consiste à appliquer les sciences et les technologies médicales de manière à arriver au maximum des bénéfices pour la santé sans augmenter pour autant de risque. Le niveau de qualité est alors la mesure par laquelle les soins fournis permettent

d'arriver à l'équilibre le plus favorable de risque et bénéfiques « (DONABEDIAN) » [4]

- ❖ **Le soins prénatals :** les soins prénatals sont des soins dont le but est de promouvoir la santé de la femme enceinte, en vue de dépister précocement les problèmes et préparer l'accouchement. [18]
- ❖ **L'évaluation :** c'est une procédure scientifique et systématique qui consiste à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'action atteint avec succès un ou des objectifs préalablement fixés.
- ❖ **Les normes :** Ils précisent le type de service offert, les conditions minimales acceptables des performances et des qualifications requises exigées pour chaque service offert.
- ❖ **Les procédures :** Il décrivent les gestes logiques indispensables et nécessaires à l'offre des services de qualité par les prestataires.
- ❖ **Facteurs de risque :** Un facteur de risque pendant la grossesse est une caractéristique qui, lors qu'elle est présente, indique que cette grossesse à des chances d'être compliquer.
- ❖ **Evacuation :** C'est le transfert d'une urgence vers une structure spécialisée d'une patiente qui présente une complication au cours du travail d'accouchement.
- ❖ **Référence :** C'est l'orientation vers un centre spécialisé d'une pathologie dont le traitement dépasse les compétences de l'équipe de CPN.

Méthodologie

1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le CSREF de Bougouni qui est l'un des sept cercles de la région de Sikasso.

1-1. Présentation générale du cercle de Bougouni :

Ancien canton de l'empire d'Almamy Samory TOURE, le cercle de Bougouni est situé dans la partie Ouest de la 3eme région administrative du Mali. il couvre une superficie de 20028km². Il est limité au nord par le cercle de Kati et Dioila (Région de Koulikoro) ;au Sud par la république de la Cote d'Ivoire; à l'ouest par le cercle de Yanfolila ; à l'est et au Sud par les cercles de Kolondièba et de Sikasso.

1-2. Données démographiques :

La population générale du cercle de Bougouni est 361482 habitants selon le recensement administratif DNSI de 1998 actualisé soit une densité de 18 habitants au km². Cette densité est légèrement supérieure à celle du niveau national qui est d'environ 10 habitants au km².

De plus en plus le cercle attire nombreux immigrants venant des 4^{ème} et 5^{ème} région du Mali et des pays voisins à cause des activités d'exploitation d'or. L'émigration a enregistré ces dernières années un retour massif d'émigrant originaire du cercle ou d'autre localités du pays à cause des évènement en cours en Cote d'Ivoire.

1-3. Données Economiques :

Les principales activités économiques de la population sont : l'agriculture et la pêche. Le cercle connaît de plus en plus des activités industrielles. Les usines d'égrenage du coton ; l'usine de traitement de noix de karité de Zantiébougou et la mine d'or de Morila ont permis de diminuer le chômage des milliers des jeunes du cercle.

La pêche est pratiquée en toute saison.

L'artisanat est peu développé.

1-4. les données socioculturelles :

Le cercle de Bougouni, ancien canton de l'empire d'Almamy samory TOURE , carrefour de plusieurs peuples et civilisations est une zone de brassage de cultures et de traditions par excellence. L'ethnie prédominant est le Bambara suivi des peulhs du wassoulou ; Sarakolés ; les sénoufos ; les minianka ; les dogons ; les bozos ; les dogons ; les bobos.

Les différentes religions sont : l'islam ; le christianisme ; et l'animisme.

Les relations sociales respectent la gérontocratie. La solidarité inter villageoise et inter ethnique existent dans la plupart des cas.

1-5. Les données administratives :

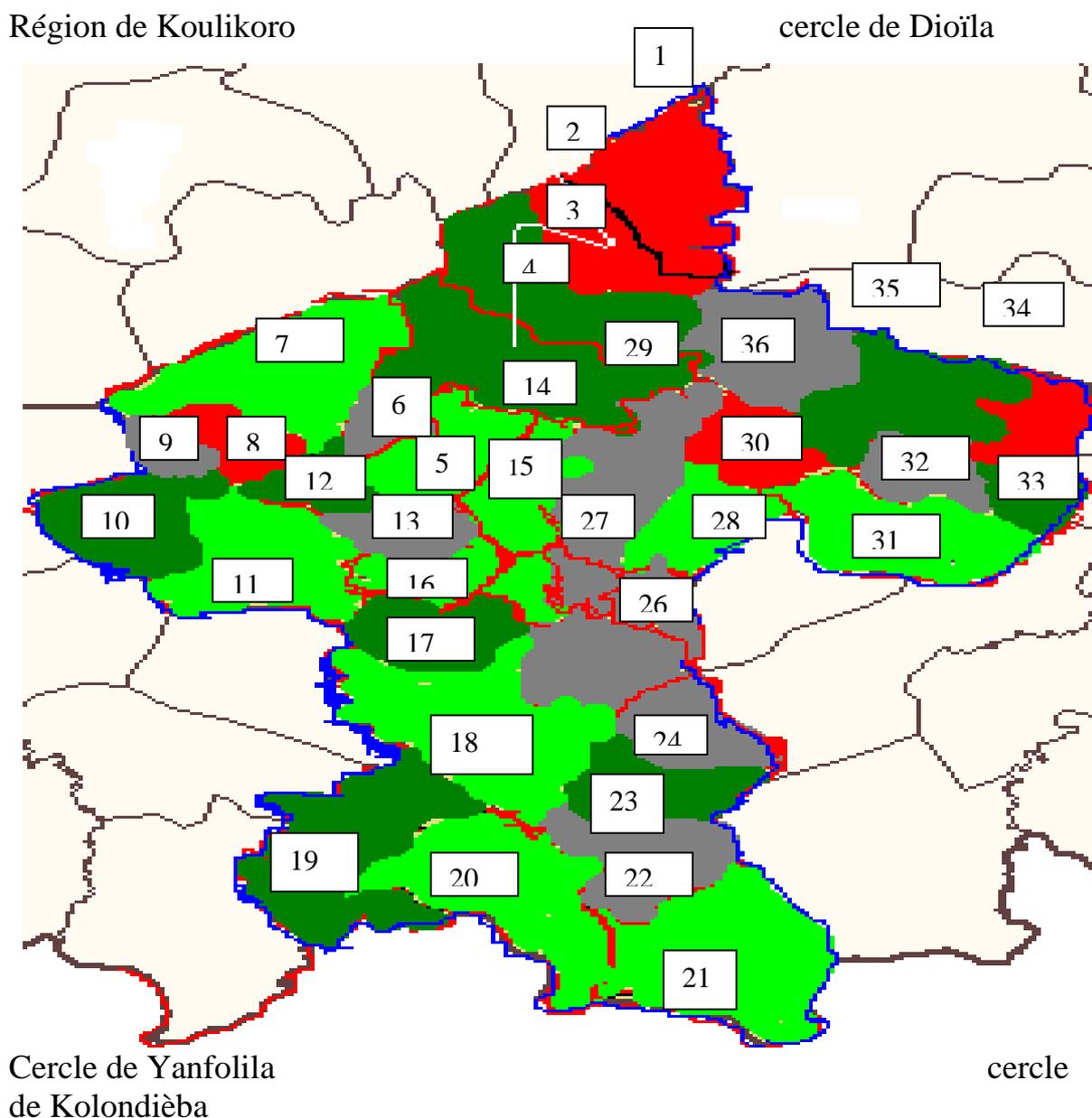
Le cercle comporte 340 villages environ répartis entre 26 communes dont une commune urbaine.

Sur le plan sanitaire le cercle de Bougouni assure la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé.

Conformément à la politique sectorielle de santé et de population la carte révisée en 2002 du district sanitaire de Bougouni a prévu 36 aires de santé contre 29 dans la carte initiale et un centre de santé de référence. Les aires de santé fonctionnelles sont au nombre de 23 où sont réalisées les activités de premier niveau appelées paquet minimum d'activités (PMA). Il s'agit de soins curatifs, préventifs et promotionnels. Au niveau du CSréf sont réalisées les activités de 2^{ème} niveau. Au niveau du CSréf sont réalisées les activités de 2^{ème} niveau.

Ainsi depuis 1999 le système de référence-évacuation avec séparation des deux niveaux est effectif dans le district de Bougouni. Le centre de santé de référence dispose de la plupart des unités et des prestations prévues pour un centre de santé de référence comme la pédiatrie, l'ORL et la dermatologie. Le personnel disponible assure la conduite des services de qualité. Cependant un besoin en technicien spécialisé se pose pour faire face aux réalités du cercle : radiologie, kinésithérapie et santé publique.

Figure 1 : Carte sanitaire révisée de 2002 du cercle de Bougouni:



1 : Méridiéla	11: Faragouaran	21 : Bamba	31: Koumantou
2: Diban	12 : Sakoro	22 : Bazana	32: Kola
3: Dogo	13 : Kokélé	23 : Ouroumpana	33: Niamala
4: Toba	14: Bougouni-Est	24: Dèfina	34: Wola
5: Sido	15 : Bougouni-Sud	25 : Djinè	35: Sanso
6: Banantoumou	16 : Bougouni-Ouest	26 : Kléssokoro	36 : Domba
7: Kéléya	17 : Kologo	27 : Todougou kolondiè	
8: Ouroun	18 : Garalo	28 : Zantiébougou	
9: Sientoula	19 : Mafèlè	29 : Mamissa	
10: Tora	20 : Manankoro	30 : Dèbelin	

Description de la maternité du CSREF :

Située au coté nord du CSréf dernière le bloc de Médecine ; reliée à la chirurgie par un passerelle admettant le passage des femmes au bloc opératoire pour intervention. L'unité de la maternité est divisée en 13 salles :

- Un bureau du médecin responsable
- Un bureau de sage femme maîtresse
- 2 (deux) salles de consultation
- 1 (une) salle de counseling
- 2 (deux) salles d'accouchement avec 2 tables
- 4 (quatre) salles d'hospitalisation avec 10 lits
- 1 (un) dépôt de vente de produits pharmaceutiques
- 1 (un) système solaire de chauffage d'eau.

L'unité de CPN est constituée de :

- Une salle d'attente (véranda) avec 3 bancs servant à l'accueil des gestantes ;
- Une pièce pour la CPN ;
- Une pièce servant de salle de counseling. Le counseling est systématique chez toutes les gestantes dès la première CPN. Il se fait dans la plus grande discrétion.

*Inventaire des mobiliers non spécifiques et techniques :

L'unité de CPN comporte : 2 armoires, 1 bureau, 2 bancs, 1 table gynécologique.

*Inventaire des petits équipements : il y a 1 tensiomètre, 1 stéthoscope biauriculaire, 2 stéthoscopes obstétricaux, 1 pèse personne, 1 toise, 3 spéculums de bonne qualité.

Le personnel de l'unité de CPN est composé de : 2 sages femmes, 3 infirmières obstétriciennes, 3 aides soignantes et les stagiaires. La CPN est assurée par l'équipe de garde.

Les locaux sont neufs, propres, et en bon état.

Les système de tarification pour les consultations prénatales : le carnet de CPN coûte 500 francs ; le carnet de vaccination coûte 100 francs ; le prix de consultation est de 500 francs par CPN.

Il y a un dépôt de médicament où on trouve les médicaments essentiels en DCI. La source d'approvisionnement est la PPM (pharmacie populaire du Mali) et d'autres marchés privés.

Les moyens de transports sont :

- Deux ambulances assurent la liaison entre le centre et les autres structures de santé.

2-Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale avec recueil prospectif des données sur la réalisation des gestes techniques au cours de la CPN et l'opinion des consultantes quant à la qualité des prestations offertes par le personnel de centre.

3-Periode d'étude :

L'étude s'est déroulée du 01 août au 30 novembre 2006 de l'année 2006 soit 4 mois.

4- Echantillonnage :

Notre étude a porté sur 200 gestantes qui se sont présentées au centre pour solliciter des soins à évaluer et qui ont accepté de se soumettre notre observation et à nos questions.

5- Variables étudiées :

5-1 Sur la structure :

Pour déterminer le niveau de la qualité des soins dans centre de santé de référence de Bougouni, nous avons étudié les exigences et attentes suivantes :

- ◆ Les normes architecturales (matériaux de construction, état du local, système de protection contre la poussière et la clôture) ;
- ◆ Le dispositif d'accueil et d'orientation (existence d'un service d'accueil, qualification du service d'accueil, existence d'une pancarte pour l'orientation dans le centre) ;

- ◆ La structure et l'équipement de l'unité connexe de consultation (état et équipement de la salle, équipement pour examen physique, dispositif d'accueil) ;
- ◆ L'équipement de la salle d'attente (pour l'accouchement, la consultation médicale, la CPN et hangar de vaccination) ;
- ◆ Les unités connexes de la CPN (salle d'injection, salle de pansement, salle stérilisation, salle de petite chirurgie) ;
- ◆ La fonctionnalité de la pharmacie (norme architecturales, équipement, qualification du personnel et mode d'approvisionnement) ;
- ◆ La fonctionnalité du laboratoire (normes architecturales, équipement et qualification du personnel) ;
- ◆ L'état des toilettes (normes architecturales, équipement et propreté) ;
- ◆ Le système d'approvisionnement en eau et le système d'ellingtoniens déchets (existence de robinet ou de puits, de chasse eau et de poubelles) ;
- ◆ Le système d'éclairage et de communication (existence de téléphone, faxe ; Internet, éclairage par un réseau public, un groupe électrogène ou des panneaux solaire).

5-2 Sur les procédures de la CPN :

Les variables étudiés étaient en rapport avec les gestes techniques suivants :

- ⇒ Identification de la consultante ;
- ⇒ Accueil et langage de communication ;
- ⇒ L'interrogatoire ;
- ⇒ L'examen physique ;
- ⇒ La demande des examens complémentaires ;
- ⇒ La prescription médicale ;
- ⇒ Le respect de l'hygiène au cours de la CPN ;
- ⇒ La continuité des soins ;
- ⇒ Les conseils à donner ;

- ⇒ La référence en cas d'incompétence ;
- ⇒ L'autonomisation des gestantes ;
- ⇒ L'enregistrement des données de la gestantes.

5-3 Sur l'opinion des gestantes :

Les paramètres étudiés sont en relation avec :

- ⇒ Le moyen utilisé pour accéder au centre de santé ;
- ⇒ Le critère de choix ayant motivé la gestante à fréquenter le centre de santé ;
- ⇒ L'organisation pratique et commodité de la CPN ;
- ⇒ Le motif de fréquentation antérieure du centre de santé par la gestante ;
- ⇒ La nature de l'accueil au cours de la CPN ;
- ⇒ La satisfaction des gestantes sur l'état des locaux abritant la CPN ;
- ⇒ La prescription des examens complémentaires et des médicaments ;
- ⇒ Les conseils données au cours de la CPN ;
- ⇒ La vaccination.

6- L'organisation de l'enquête :

Les observations pour les CPN et les fiches d'enquêtes établies permettaient des réponses rapides.

7-Plan d'analyse et de traitement des données :

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi info 6.04 version française et Microsoft Word 2003.

RESULTAT**1 : Niveau de la qualité des structures du CSREF de Bougouni****1.1 Etude des structures :****Tableau I : Niveau de la qualité des structures du Csréf de Bougouni**

Références	Niveau de la qualité				Score	Observation
	A	B	C	D		
1. Normes architecturales	+				4	Protection contre la poussière et moustique satisfaisant
2. Dispositif accueil et orientation	+				4	Dispositif et personnel assistant fonctionnels
3. Structure/équipement unité CPN	+				4	Matériel technique complet
4. Equipement de la salle d'attente	+				4	salle d'attente avec bancs et ventilation adéquate.
5. Unité connexe de consultation	+				4	Matériel complet, Salle de consultation générale, Salle de garde
6. Unité hospitalisation suites des couches		+			3	16 lits pour 4 salles propreté aération, ventilation suffisante,matelas défectueux
7. Dépôt de médicaments normes architecturales et coût des médicaments		+			3	Protection insuffisante contre la poussière Initiative de Bamako (IB) est appliquée
8. Laboratoire/fonctionnalité	+				4	Fonctionnel pour les examens complémentaires les plus courants
9. Etat des toilettes	+				4	Intimité respectée Propreté suffisante
10. Bloc opératoire	+				4	Matériel technique complet Présence de service de réanimation adéquat
11. Système d'approvisionnement en eau et d'élimination des déchets.	+				4	Existence d'incinérateur Réseau public Déchets régulièrement déversé pour traitement biomédical
12. Unité hospitalisation bloc opératoire	+				4	24 lits pour 6 salles, 2 salles uniques propres, ventilation et protection, 1 salle de réanimation avec 3 lits
13. Système d'éclairage et de communication	+				4	Réseau public, RAC, groupe électrogène, téléphone

NB : A=4 ; B=3 ; C=2 ; D=1.

+ = désigne le niveau de qualité coché

1.2. Etude analytique des structures

Score maximal (Sc.Max) = 50

Niveau de qualité :

Niveau 4 = 95-100% SC. Max. soit 49,40 à 52

Niveau 3 : 75-94% SC. Max soit 39 à 49, 39

Niveau 2 : 50-74% SC. Max soit 26 à 38,99

Niveau 1 : moins de 50% SC. Max soit moins de 26

Sur le plan structure le centre est de niveau 4 soit un score maximum de 96,15%.

2. Caractéristique sociodémographique de l'échantillon :

Tableau II : Répartition des gestantes en fonction des tranches d'âge.

Tranches d'âge (ans)	Effectif absolu N=200	Pourcentage %
16- 19ans	26	13
19-30ans	149	74,5
31-40ans	17	8,5
40-42 ans	8	4
Total	200	100

Tableau III : Répartition des gestantes en fonction de leur niveau d'alphabétisation.

Niveau	Effectif absolu	Pourcentage %
d'alphabétisation	N=200	
Non scolarisée en français	103	51,5
Etudes coraniques	16	8
Primaire	55	27,5
Secondaire	19	9,5
Supérieure	7	3,5
Total	200	100

Tableau IV : Répartition des gestantes en fonction de leur profession

Profession	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Femme au foyer	108	54
Vendeuse	58	29
Commerçante	11	5,5
Fonctionnaire	10	5
Aide ménagère	8	4
Elève-étudiante	5	2,5
Total	200	100

Tableau V : Répartition des gestantes en fonction de la gestité

Niveau d'alphabétisation	Effectif absolu	
	N = 200	Pourcentage
Multigeste	101	50,5
Paucigeste	49	24,5
Primigeste	37	18,5
Grande multigeste	13	6,5
Total	200	100

Tableau VI : Répartition des gestantes en fonction du recueil par l'agent de santé des ATCD médicaux.

Recueil des ATCD médicaux	Effectif absolu	
	N=200	Pourcentage (%)
-Infection urinaire	152	76
-HTA/Eclampsie	193	96,5

Les ATCD de diabète, d'affection cardiaque, de tuberculose, d'IST et de drépanocytose n'ont pas été explorés.

Tableau VII : Répartition des gestantes en fonction des moyens de transport utilisés pour venir au centre

Moyen de transport utilisé	Effectif absolu	Pourcentage
	N=200	(%)
-Venue a pied	100	50
-Transport en commun	45	22,5
-Véhicule personnel	8	4
-Autres moyen de transport	47	23,5
Total	200	100

Autres : vélo, charrette, motocyclette.

3. Etude des procédures :

3.1 Etude descriptive

3.1.1 Données sur les CPN :

Tableau VIII : Répartition en fonction du nombre de CPN effectué par les gestantes

Nombre de CPN	Effectif absolu	Pourcentage
Effectué	N= 20	
2-3	145	72,5
1	37	18,5
4-6	18	9
Total	200	100

Tableau IX : Répartition des gestantes en fonction des conditions d'accueil

Condition d'accueil	Effectif absolu	Pourcentage
	N=200	(%)
Salutation	200	100
Invitation de la gestante à s'asseoir	200	100
Attitude de la gestante	198	99
Gentillesse du ton	192	96
Manifestation d'intérêt pour la consultante	200	100
Le praticien fait des salutations d'usage au Départ de la gestante	199	99,5

Tableau X : Répartition des gestantes en fonction de la recherche par l'agent de santé des ATCD obstétricaux.

Interrogatoire sur les ATCD	Effectif absolu	Pourcentage
Obstétricaux	N=200	(%)
1. Nombre de grossesse	200	100
2. Nombre d'accouchement	200	100
3. Nombre de naissances vivantes	200	100
4. Césarienne	12	6
5. Nombre d'enfants décédés	200	100
6. Nombre d'avortement	200	100

Les ATCD obstétricaux tels que le nombre de morts né, l'éclampsie, la notion d'hémorragie au cours de la grossesse ou de l'accouchement et l'accouchement instrumental (forceps ou ventouse) n'ont pas été demandés.

Tableau XI : Répartition des gestantes en fonction de l'âge de la grossesse

Age de la grossesse	Effectif absolu	Pourcentage (%)
	N=200	
Premier trimestre	19	9,5
Deuxième trimestre	72	36
Troisième trimestre	109	54,5
Total	200	100

Tableau XII : Répartition des gestantes en fonction de la durée de la CPN .

Durée de la CPN	Effectif absolu	Pourcentage
En minute (mn)	N=200	(%)
Moins de 5mn	157	78,5
5-10mn	39	19,5
Plus de 10mn	4	2
Total	200	100

Tableau XIII : Répartition des gestantes en fonction des critères évoqués pour le choix

Critère de choix	Effectif absolu	Pourcentage
	N=200	(%)
-Compétence du personnel	76	38
-Connaissance d'un personnel dans le centre	52	26
-Sur conseil d'une connaissance	30	15
-Proximité du centre	21	10,5
-Personnel accueillant	11	5,5
-Bon tarif des médicaments	6	3
-Prise en charge rapide	4	2

Tableau XIV : Demande des examens para cliniques

Nature de l'examen	Effectif absolu	Pourcentage
Demandé	N=200	(%)
-Groupe rhésus	200	100
-Sérologie BW	200	100
-Sérologie toxoplasmose	200	100
-Test d'Emmel	200	100
-Albumine sucre dans les urines	200	100
-Sérologie VIH	163	81,5
-Goutte épaisse	160	80
-Echographie obstétricale	61	30,5
-ECBU	23	11,5
-Taux d'hématocrite	20	10
-Prélèvement vaginal	4	2

-

La NFS et le taux d'hémoglobine n'ont pas été demandés.

Tableau XV : Répartition selon la qualification du praticien ayant effectué la CPN

Qualification du praticien	Effectif absolu	Pourcentage
	N=200	(%)
-Sage- femme	155	77,5
-Infirmière obstétricienne	45	22,5

Aucune CPN n'a été effectuée par un médecin ou une matrone.

Tableau XV : Répartition des gestantes selon le respect de l'intimité de la consultante.

Questions explorées	Effectif absolu	Pourcentage
	N=200	(%)
1. Absence de tierce personne pendant la consultation	42	21
2. Présence d'autres membres du personnel	24	11
3. Absence d'entrées et sorties	17	8,5
4. Examen à l'abri des regards	200	100

Tableau XVI : Répartition des gestantes en fonction de la recherche par l'agent de santé des paramètres de l'examen physique.

Paramètres de l'examen clinique	Effectif absolu N=200	Pourcentage (%)
◆ Pesée	200	100
◆ Mesure de la taille	200	100
◆ Examen des conjonctifs	200	100
◆ Mesure de la TA	200	100
◆ Mesure de la HU	200	100
◆ Auscultation des BDCF	200	100
◆ Recherche d'œdème	200	100
◆ Détermination de la présentation du fœtus	193	96,5
◆ Examen au spéculum	34	17
◆ TV	200	100
◆ A l'abri des regards indiscrets	200	100

L'appréciation clinique du bassin, la prise de poids, et l'examen cardio-pulmonaire n'ont pas été faits.

Tableau XVII: Répartition des gestantes selon l'application des mesures d'hygiènes par les prestataires

Paramètres de l'hygiène de la CPN	Effectif absolu N=200	Pourcentage (%)
◆ Le matériel correctement désinfecté	200	100
◆ Le matériel correctement nettoyé	200	100
◆ Faute d'hygiène commise par le prestataire	200	100
◆ Le matériel changé à la fin de la consultation	200	100
◆ Le praticien s'est il lavé les mains avant d'examiner la gestante	82	41

Le tissu posé sur la table d'examen appartenait aux gestantes, le praticien ne se lavait pas les mains d'un examen à un autre ; au moins une faute d'asepsie avait été faite par examen.

Tableau XVIII : Répartition des gestantes selon les conseils donnés à l'issue de l'examen.

Conseils donnés	Effectif absolu	Pourcentage
	N=200	(%)
◆ Evolution de la grossesse	152	76
◆ Rendez vous donné	200	100
◆ Date de rendez vous	200	100
◆ Explication des signes d'alerte et la Conduite à tenir	176	88

Les signes d'alerte et la conduite à tenir avaient été précisés aux gestantes dans 88% des cas.

Tableau XX : Analyse discriminatoire de la qualité de l'interaction gestante-soignant

Qualité de l'interaction	Effectif absolu	Pourcentage
Gestante-soignante	N=200	(%)
-Respect de la confidentialité	200	100
-Respect de l'intimité	192	96
-Respect physique et psychique	74	37

Tableau XXI: Répartition des gestantes en fonction de leur opinion sur l'organisation de la CPN et les commodités pratiques

Questions explorées	Effectif absolu	Pourcentage
	N=200	(%)
◆ Respect de l'ordre de passage	170	85
◆ Mode d'installation :		
-inconfortable	199	99,5
-confortable	1	0,5
◆ Affirme l'existence de toilette	200	100
◆ Ignore l'existence de toilette	0	0
◆ Affirme l'existence de toilettes propres	166	83
◆ Affirme l'existence de toilettes sales	34	17

Tableau XXII : Répartition des gestantes en fonction du motif de la fréquentation antérieure.

Motif de fréquentation antérieure	Effectif absolu	Pourcentage
Du centre	N=200	(%)
-Consultation prénatale (CPN)	141	70,5
-Consultation médicale	32	16
-Accouchement	27	13,5
Total	200	100

.Tableau XXIV : Répartition des gestantes en fonction de leur opinion sur l'état des locaux et la qualité des prestations.

Opinion des gestantes	Effectif absolu	Pourcentage
	N=200	(%)
Etat des locaux :		
◆ Vieux et sales	1	0,5
◆ Récents et sales	8	4
◆ Vieux et propres	3	1,5
◆ Récents et propres	188	94
Satisfaction par rapport aux prestations :		
◆ Satisfaite	182	91
◆ Non satisfaite	18	9
Consultation antérieure :		
◆ Dans la même unité prénatale	150	50
◆ Dans l'unité prénatale d'un autre service.	50	25
Motif de changement :		
◆ Coût trop élevé dans l'autre centre	1	0,5
◆ Déménagement	4	2
◆ Autres	195	96 ;5

Autres : proximité du domicile, compétence du personnel, connaissance d'un personnel au centre.

Tableau XXV : Répartition des gestantes en fonction des mesures préventives et thérapeutiques.

Médicament prescrits	Effectif absolu N=200	Pourcentage (%)
-Fer	200	100
-VAT	200	100
-Acide Folique	167	83,5
-Sulfadoxine pyriméthamine	122	61

Tableau XXVI : Répartition des gestantes en fonction de leur classification dans un groupe à risque.

Groupe à risque	Effectif absolu N=200	Pourcentage (%)
-Aucun	163	81,5
-Classement dans un groupe à risque	37	18,5
-Référence vers un médecin	3	1,5

Aucun : pas de risque décelé.

Aucune gestante n'a été référée vers un autre établissement.

Tableau XXVII : Répartition des gestantes selon la conclusion de l'agent de santé

Conclusion de l'agent de santé	Fréquence	Pourcentage
RAS		
Classement dans un groupe à risque	17	8,5
Groupe à risque annoncé	4	2
Proposition du lieu d'accouchement	24	12
Explication de la proposition du lieu	1	0,5

LA DPA n'a pas été communiquée a nos gestantes

3.2-Etude analytique

3.2.1-Résultats qualitatifs :

Tableau XXVIII : Répartition de la population selon la qualité de l'accueil

Qualité de l'accueil	Fréquence	Pourcentage
Passable	8	4
Très bonne	192	96
Total	200	100

L'accueil est de bonne qualité 96 % des cas.

Cette distribution montre que le centre est de niveau VI pour l'accueil.

Tableau XXIX : Répartition de la population selon la qualité de l'examen physique.

Qualité de l'examen physique	Fréquence	Pourcentage
Bonne	88	44
Très bonne	112	56
Total	200	100

L'examen physique est d'assez bonne qualité 56%. Cette distribution montre que le centre est de niveau **II** pour l'examen physique.

Tableau XXX : Répartition des gestantes selon la qualité des conseils

Qualité des conseils	Fréquence	Pourcentage
Passable	70,68	35,34
Très bonne	129,32	64,66
Total	200	100

Le conseil est de moins bonne qualité 64,66%

Cette distribution montre que le centre est de niveau **II** pour le conseil.

Tableau XXXI : Répartition des gestantes selon la qualité de l'hygiène.

Qualité de l'hygiène	Fréquence	Pourcentage
Mauvaise	94,34	47,17
Passable	105,66	52,83
Total	200	100

L'hygiène était de moins bonne qualité 52,83%

Cette distribution montre que le centre était de niveau **II** pour la qualité de l'hygiène.

Tableau XXXII: Répartition des gestantes selon la qualité du respect physique et psychique.

Qualité du respect physique et Psychique	Fréquence	Pourcentage
Passable	126	63
Bonne	74	37
Total	200	100

Le respect physique et psychique était de moins bonne qualité 37%

Cette distribution montre que le centre était de niveau **I** pour le respect physique et psychique.

Tableau XXXIII : Répartition des gestantes selon la qualité du respect de l'intimité.

Qualité du respect de l'intimité	Fréquence	Pourcentage
Passable	8	4
Très bonne	192	96
Total	200	100

Le respect de l'intimité était d'assez bonne qualité 96% des cas.

Cette distribution montre que le centre était de niveau **IV** pour le respect de l'intimité.

Tableau XXXIV : Répartition des gestantes selon la qualité du respect de la confidentialité

Qualité du respect de la Confidentialité	Fréquence	Pourcentage
Passable	4	2
Très bonne	196	98
Total	200	100

Le respect de la confidentialité était de moins bonne qualité 98% des cas

Cette distribution montre que le centre était de niveau **IV** pour le respect de la confidentialité.

Tableau XXXV: Répartition des gestantes selon la qualité de la relation humaine

Qualité de la relation humaine	Fréquence	Pourcentage
Bonne	44,68	22,34
Très bonne	155,32	77,66
Total	200	100

La relation humaine était d'assez bonne qualité 77,66% des cas

Cette distribution montre que le centre était de niveau **III** pour la relation humaine.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1 Discussion de la méthodologie :

Notre étude de type rétrospectives des données de la structure est prospective des observations et l'opinion des consultantes prénatales, s'est déroulée dans le Centre de santé de référence de Bougouni de septembre à décembre 2006 sur la qualité des consultations prénatales.

L'étude a été faite selon le modèle de DONABEDIAN A. [4].

Elle nous a permis :

- D'apprécier le niveau de qualité de la structure,
- De situer sur une échelle de qualité la réalisation des gestes techniques de la consultation prénatale.

L'enquête a porté sur 200 gestantes ayant fréquenté le service de CPN à cette période.

Dans notre approche méthodologique, nous avons procédé au choix de variables discriminatoires. Si l'une de ces variables manque, elle met en cause l'ensemble de la qualité de l'acte des soins prénatals dans la catégorie de domaine de qualité définie. Ce qui nous a permis de situer le CSREF de Bougouni par niveau de qualité et partant de cela le repérage des problèmes à différent niveau de la qualité.

Le personnel soignant était d'une grande disponibilité et d'une parfaite courtoisie, cependant nous avons rencontré de petite difficultés comme le mauvais remplissage du carnet (les examens complémentaires n'étaient pas marqués dans le carnet et l'âge de la grossesse était toujours exprimé en trimestre) et le système de « protégé » qui faisait que les CPN se faisaient 24h/24h si la prestataire était de garde.

Nos gestantes ont toutes été consentantes pour faire partir de l'étude.

2. Qualité des structures :

Nous avons hiérarchisé les niveaux de qualité qui sont au nombre de quatre (4). Cette hiérarchisation a été faite selon les références (voir tableau I) à laquelle un score a été attribué.

Une observation a été faite pour chaque référence. Ainsi pour les normes architecturales du Csref de Bougouni a été scoré à IV c'est-à-dire qu'il n'avait une protection satisfaisante contre la poussière et les moustiques. Pour l'unité d'hospitalisation suite des couches : il y'a 16 lits pour 4 salles bien propres et bien aérés avec une ventilation suffisante mais les matelas étaient défectueux.

Pour l'équipement de l'unité de (niveau IV) CPN, le matériel technique était complet (pèse personne, toise, tensiomètre, ruban, stéthoscope obstétricale, gant, spéculum, tableau de consultation gynécologique).

A l'analyse de notre structure le Csref a eu un score maximum de 50 sur un total de 52. Ainsi le centre a été classé niveau IV soit un score maximum de 96,15% c'est-à-dire que les références évaluées sont très satisfaisantes.

3. Caractéristiques sociodémographiques :

Les femmes aux foyers ont représenté 54% de notre échantillon étaient majoritairement analphabètes (51,5%) Goïta N. [6], Fomba S. [7] et Konaté S. [9], qui étaient respectivement 71,3%, 54,5% et 80%. Notre faible taux de femmes aux foyers serait dû au fait que dans notre milieu les filles abandonnent prématurément les études ou même sont peu scolarisées. Ce groupe social ne bénéficiant pas assez de repos, constitue un groupe à risque. Les gestantes étaient à 54,5% au troisième trimestre de leur grossesse. Ce taux s'explique par le fait que 50,5% de nos gestante étaient des multigestes qui ne sont jamais pressé de commencer les CPN. 78,5% des CPN se sont démontrés en moins de 5mn. Ce taux est supérieur à celui de Giota N. [6] qui avait trouvé 17% en moins de 5mn.

Cette brièveté de la CPN serait dû à la «pauvreté» de l'interrogatoire, car beaucoup d'éléments n'étaient pas recherchés comme : les antécédents,

médicaux (diabète, drépanocytose, affection cardiaque) antécédents obstétricaux (éclampsie, hémorragie du troisième trimestre). Ces éléments sont très importants dans le pronostic materno-fœtale.

4. Etude des procédures :

4.1. Etude descriptive :

Il ressort de notre étude que la CPN était assurée dans 77,5% par les sages femmes « niveau IV » et les infirmières obstétriciennes 22,5% « niveau III ». Aucune CPN n'a été faite par un médecin ce qui pourrait expliquer l'absence de certains gestes comme la non exploration de l'appareil cardio-pulmonaire ce constat est similaire à ceux de Fomba S. [7], de Goïta N. [6] et de Konaté S. [9] et de la utilisation du spéculum 4,5%, ce taux était inférieur à ceux de Goïta N. [6] 20% et de Konaté S. [9] 34,5%.

Toutes nos gestantes (100%) ont été pesées et mesurées mais la prise de poids entre deux consultations successives n'a pas été prise en compte par les praticiennes. Ceci doit être comblé quand on sait qu'en moyenne une gestante ne doit pas prendre plus de 2000 grammes par mois. Toute prise de poids de plus de 2000 grammes par mois doit faire penser à un œdème « inapparent ».

L'appréciation clinique du bassin par pelvimétrie interne (au toucher vaginal) ; pendant notre étude 54,5% des gestantes a été vue au troisième trimestre de la grossesse. Elles devaient logiquement bénéficier de l'appréciation du bassin au terme de l'examen obstétrical. 11% de nos gestantes ont bénéficiées cet examen contrairement au résultat de Goïta N. [6] où ce paramètre n'a pas été exploré. L'examen prénatal du dernier mois de la grossesse est un examen capital, car permet d'établir le pronostic de l'accouchement. Or nous savons que le bassin est un élément précieux du pronostic de l'accouchement. Cet examen est surtout négligé à cause de l'inexpérience de nos praticiennes dans l'examen d'un bassin.

Par rapport aux examens complémentaires ; très important la détection des pathologies liées à la grossesse ; la totalité (100%) de nos gestantes ont bénéficié des examens complémentaires (groupe sanguin rhésus, BW, Toxo, TE, albumine sucre), ce taux est similaire à celui de Goita N. [6] 99% mais supérieur à ceux de Konaté [9] et de Koita [10] qui étaient respectivement 41,5% et 38,5%.

L'échographie, bien que moyen précieux de diagnostic et de surveillance de la grossesse, n'a été demandée que dans 1/3 (30,5%) des cas, ce taux est proche de celui de Goita N. [6] 29%. Cet examen est indispensable plus d'un titre pour un bon suivi de la grossesse. Toutes les gestantes doivent bénéficier au moins de trois échographies :

- Au premier trimestre pour confirmer d'abord la grossesse, vérifier la vitalité embryonnaire, préciser l'âge gestationnel, le nombre d'embryon, préciser la nature de l'œuf (grossesse molaire) et de son siège (grossesse extra-utérine) [1].
- Au deuxième trimestre, elle permet un examen minutieux de tous les organes fœtaux (étude morphologique).
- Au troisième trimestre elle doit être demandée entre 30-35 SA, elle apprécie la biométrie fœtal (ce qui permet de l'assurer son état eutrophique par rapport au terme), apprécier l'insertion placentaire, la présentation et la quantité du liquide amniotique [1].

Ce faible taux pourrait être dû à la méconnaissance de l'importance de cet examen par les praticiennes et aux conditions financières du couple. La majorité de nos gestantes étant ménagère et de conjoints cultivateurs.

Par rapport à l'opinion de des gestantes :

- 99% des gestantes avaient affirmé que les locaux étaient récents et propres. 17% des gestantes ont affirmé que les toilettes étaient sales contre 83% des gestantes qui affirmaient connaître l'existence de toilettes propres.

- dans notre étude 99,5% ont affirmé qu'elles confortablement installées, 85% des gestantes affirmaient que l'ordre de passage était respecté. De même 91% des gestantes étaient satisfaites par rapport à la politesse affichée par le personnel, au respect de la confidentialité et au respect de l'intimité. Tous nos gestantes nous ont confirmé qu'une prochaine consultation leur a été proposée avec une date précise. 76% des gestantes ont reçu d'information sur leur grossesse. Cependant, nous constatons une discordance de l'opinion des usagers et l'observation réelle. Jusqu' au 3^e trimestre de grossesse les consultations étaient espacées de deux mois, on assistait souvent à un retard du début de la consultation (retard accusé par les praticiennes), parfois une perturbation de l'ordre de passage, qui était source de dispute entre gestantes, due à une priorité accordée à leur « fameuse protégée » et aux « parents personnels ».

CONCLUSION

L'étude faite au centre de santé de référence de Bougouni du 01 Août au 30 Novembre 2006 a permis une analyse des structures, une observation des CPN et l'opinion des gestantes concernant la qualité des soins reçus.

7-1.Evaluation des structures :

Cette étude confirme l'hypothèse qui évoque que c'est « la structure qui offre des conditions médicales suffisantes pour assurer des soins de qualité sur le plan de la dimension humaine et technique ».

A cet effet, l'analyse du niveau de qualité de la structure montre que le centre de santé de référence de Bougouni est de niveau IV ou les références sont satisfaisantes.

7-2.Evaluation des procédures :

L'étude à également révélé que la CPN au niveau du centre de santé de référence de Bougouni est assurée à 22,5% par des infirmières obstétriciennes ce qui pourrait porter préjudice à la qualité. Ainsi des éléments tel que l'examen du bassin et la prise de poids pendant la grossesse ont été ignorés pendant la CPN. L'analyse discriminatoire des différentes variables de la CPN révèle des soins de niveau I pour le respect physique et psychique, niveau IV pour le respect de l'intimité et de la confidentialité.

L'interrogatoire dans son ensemble a été moins riche, il a été sous exploré laissant échapper certains facteurs de risques.

Les gestes de l'examen physique étaient exécutés par des stagiaires et des aides soignantes qui accompagnaient le personnel de la CPN. C'est pourquoi l'examen physique de notre échantillon était de moins bonne qualité.

Le bilan prénatal : cet bilan était fortement demandé seulement pour les groupes rhésus, BW, test d'Emmel, sérologie toxoplasmose, sérologie VIH, albumine sucre dans les urines.

Il n'y avait pas de collaboration étroite entre les sage-femme et les médecins (généralistes) pour la prise en charge des gestantes ayant certains facteurs de risques tel que : HTA, ATCD de mort-nés, utérus cicatriciels).

L'opinion des gestantes sur les prestations reçues dans une très faible proportion des cas, une attitude vexatoire du personnel, cependant certains se plaignaient du « système de protéger » et de « parent personnel ».

Au terme de cette étude, nous avons remarqué que sur le plan structurel le CSREF de Bougouni est de niveau IV ; mais beaucoup de lacunes ont été observés sur le plan des procédures comme l'intervalle des consultations qui était le plus fréquemment de deux mois au lieu d'un mois.

A la suite de ces remarques, nous nous proposons de faire certaines recommandations non seulement aux autorités, mais surtout aux prestataires et aux bénéficiaires, afin que le CSREF de Bougouni puisse répondre aux normes et procédures en vigueur.

RECOMMANDATIONS :

Les recommandations suivantes s'adressent :

1. aux personnels de la santé

- Assurer une collaboration étroite entre les sages-femmes, les infirmières obstétriciennes et les médecins (généralistes) en associant ce dernier à la prise de décision,
- Mettre l'accent ; lors des séances de la CCC portant sur le planning familial ; sur les facteurs de risques et les avantages de se rendre dans un service de santé dès le premier trimestre de la grossesse,
- Renforcer la formation continue du personnel,
- respecter les normes et procédures en CPN,
- Améliorer la qualité de l'interrogatoire, l'examen clinique et para clinique au cours des CPN,
- Assurer une bonne autonomisation des gestantes en évitant le système de « protégé » et de « parent personnel »,

2. Aux autorités sanitaires et politiques :

- Retour au carnet de CPN ancien modèle qui devra être revu et amélioré, car le model disponible est pauvre en renseignement (fiche de rendez-vous),
- Recruter un nombre suffisant de personnel qualifié,
- Assurer la gratuité de la CPN,
- Améliorer les conditions de prise en charge des gestantes dans les CSCOM,
- Améliorer l'état des structures à la hauteur des normes de référence,
- Assurer la disponibilité du plateau technique.

3. A la population :

- Faire les CPN dès le début de la grossesse dans le cadre de l'amélioration de leur état de santé,
- Fréquenter les services de santé pour les CPN,
- Faire le bilan délivré par le personnel de CPN au cours de leur grossesse,
- Respecter les conseils donnés par le personnel de santé.

REFERENCES

1. Angoulvent P. :

La grossesse collection encyclopédique. Presse universitaire de France, 1990.

2. Cleone R. :

Soins prénatals de santé maternelle. Etude d'efficacité. Programme de santé maternelle et maternité sans risque. Division de la santé de la famille OMS (10h OMS/MSM/92-4).

3. Christopher Murray et Alan Lopez:

éds, health dimension of sex and reproduction, vol 3, 219-39 .

4. Donabedian A. :

Exploration in quality assessment and monitoring. The definition of the quality and approaches to it's assessment health administration press and arbour, Michigan 1980.

5. Fenersteine MT. :

Furning the Tide Safe Mother lood . A districtation manual London MC Milan 1993.

6. Goita N. : qualité de la surveillance prénatale dans le centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse de médecine 2006.

7. Fomba S :

Qualité de la consultation prénatale et de l'accouchement au centre de santé de Miproma de Mangnambougou en commune VI du District de Bamako. Thèse de médecine 2002.M.33 P56 .

8. Hogberg ; and wall. S. :

Secular trend in maternal mortality in Sweden from 1750 to 1980. Bull OMS 1986 P 647-984.

9. Konaté S. :

Qualité de la surveillance prénatale dans le centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. Thèse de médecine 2002.M 33 P56 .

10. Koita M. :

Qualité des CPN dans les formations sanitaires publiques et communautaires V et VI du District de Bamako. Thèse de médecine 2001 M 41 ; 129 pages.

11. Nasah BT., Leke A.S., Doh. S., kamdou Moyo J., Fomulu J. et Ndjikam O. M. :

The risk approach for reducing maternal mortality.

The Yaoundé international journal of genecology and obstetrics 36, pp. 195-201.

12. O.M.S.

Rapport sur la santé dans le monde : donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Edition de 2005-261 P.

13. O.M.S., Genève.

Statistiques sanitaires mondiales. De l'évaluation de la mortalité maternelle. 1987 ,40, N°3, pp.214-225.

14. SAVING NEWBORN LIVES

Consulté en ligne à: [www.save the children.org/rapport](http://www.save-the-children.org/rapport) 2000, le 20Aout 2006 ;

15. Tsui et al., eds.,

Reproductive health in developing countries. 122-39 P.

16. POP SAHEL. CERPOD INSAH CILSS

Fécondité de l'adolescente. Drame d'une maternité précoce. N°3 Août 1990, 2è édition, Bamako, P 66

17. PARPIERNIK E. : Réduire la mortalité maternelle dans les pays en voix de développement pour un programme d'action. Obstétrique-Paris ; Flammarion, médecine-sciences 1995, 7535-37P.

18 .Politique et norme des services de santé de la reproduction. Décembre 2005, P23.

19. Direction de la santé de la reproduction/Division santé familiale :

Normes et procédures pour la surveillance prénatale.

Vol.2, mars 1990, p.20

Fiche signalétique

Nom : Samaké

Prénom : Abdoul Karim dit Z.

Titre : Evaluation de la qualité des consultations prénatales dans le centre de santé de référence de Bougouni.

Année universitaire : 2006-2007

Pays d'origine : République du Mali

Secteur d'intérêt : Gynécologie et obstétrique

Résumé de la thèse : Le droit à des services de qualité pour une maternité à moindre risque devrait être garanti à toutes les femmes.

Cette étude a pour but d'évaluer le niveau actuelle de la qualité des CPN au centre de santé des référence de Bougouni, déterminer les structures en place notamment les infrastructures et le personnel, préciser les procédures et en déterminer les résultats.

C'est ainsi que le centre de santé de référence de Bougouni a été classé au niveau IV c'est-à-dire que les références évaluées étaient satisfaisantes soit au niveau de 95-100% SCORE de 49,40 à 52 sur le plan structurel avec un système de tarification jugé abordable selon les gestantes, toutes les CPN étaient réalisées par un personnel qualifié. Beaucoup de lacunes sur le plan des procédures (niveau II). L'analyse au niveau de la dimension humaine révèle le CSRéf de Bougouni de niveau III ;

Malgré les efforts réalisés par les responsables et le personnel du CSRéf de Bougouni la qualité des procédures et de la dimension humaine des CPN reste encore à améliorer. Ainsi nous avons formulé des recommandations dont leur mise en œuvre contribuera à atteindre cet objectif.

Mots clés : consultation prénatale, qualité des soins, facteur de risque, centre de santé.