

**MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

**REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI**

**UNIVERSITE DE BAMAKO
FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

Année : 2007 - 2008

N°

THEME

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA CONSULTATION
PRENATALE AU CENTRE DE SANTE
COMMUNAUTAIRE DE SABALIBOUGOU SECTEUR I
DE LA COMMUNE V
DU DISTRICT DE BAMAKO**

THESE

*Présentée et soutenue publiquement le / / 2008
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Odonto-Stomatologie*

Par

Monsieur Aly BAMADIO

Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Jury :

Président :

Professeur Salif DIAKITE

Membre :

Docteur TRAORE Soumana Oumar

CoDirecteur

Docteur Niani MOUNKORO

Directeur de Thèse :

Professeur Agrégé Mamadou TRAORE

DEDICACES

DEDICACE

Je dédie ce travail.

A ALLAH, le tout miséricordieux, le très clément pour la grâce, l'amour la santé la force et le courage qu'il m'a donné pour mener à bien ce travail.

A son messager Mohamed, paix et salut sur lui

A toutes les femmes enceintes du Mali et du monde entier, que Dieu les protège et fasse qu'elles accouchent en bonne santé avec des bébés en bonne santé également.

A toutes les mères, singulièrement celles qui ont perdu la vie en donnant la vie
A toutes les femmes qui ont perdu leur produit de conception en voulant donner la vie.

A toutes les femmes victimes des difficultés de la grossesse et de l'accouchement.

Aux orphelins dont les mères ont succombé en leur donnant la vie.

A mon père feu Adoumno Bamadio, les mots sont insuffisants pour exprimer l'abondance de mon cœur .Dieu exauce aujourd'hui un de vos vœux ; très regrettablement en votre absence. Telle est la volonté de Dieu. Nous ne te pleurons pas Bodon. Dors en paix Bodon.

A mes mères Méba Djimé, Hawa Niangaly Kadidia Dougnon, Femmes des champs, femmes des rivières, merci mamans pour ces énormes sacrifices consentis pour notre réussite.

Puisse ce travail être le début du couronnement de vos années de souffrance.

A mon oncle El hadji Dougnon :

Merci pour l'attention que vous m'avez toujours accordée

Soyez assurée de notre affection et toute notre reconnaissance.

A mon grand frère Ousmane Bamadio et son épouse **Hava Karembé** pour vos efforts consentis dans notre formation. Puisse Allah vous accorder une longue vie pleine de santé.

A mes frères et sœurs : Saidou, Oumar, Moctar, Soumaila Dramane, Ramata ; Merci pour l'attention que vous m'avez toujours accordée soyez assurés de mon affection et toutes mes reconnaissances.

REMERCEMENTS

REMERCIEMENTS

AU corps professoral de la FMPOS :

Pour l'intérêt que vous accordez aux étudiants en plus de la qualité de l'enseignement dispensé.

A mes maîtres formateurs : Dr Traoré Oumar Moussokoro, Dr Traoré Soumana Oumar, Dr Togo Pierre, Dr Sissoko Sarra.

Merci pour l'encadrement

Aux internes : Nouhoum Diakité, Zoumana Koumaré, Mankan Sissoko Kourou Dembelé, Abdoul Baber Kayentao, Nagazanga Daou, Ousmane Besao, Salimata Samaké, tous les autres .Ce travail est le votre.

Je vous en serai toujours reconnaissant.

A Dr Mounè Koné et Dr Diallo Ousmane: ce travail est le votre.

Au Dr THIERO Médecin Chef de l'ASACOSABI :

Pour l'accueil et l'encadrement.

A tout le personnel de l'ASACOSABI :

Pour l'accueil et l'encadrement

A tout le personnel de l'unité CPN :

Merci pour la collaboration.

A toutes les sage femmes du centre du centre de santé de référence de la commune V :

Pour la collaboration et la disponibilité de toutes

Salle informatique : Cheick Fanta Mady Doumbia, Balkissa Sanogo

Votre soutien logistique et vos conseils ont contribué à rendre meilleure la qualité de ce travail mais aussi facilité sa réalisation. Que Dieu vous en récompense.

A Boubacar Cissé : pour son soutien financier

A toute ma promotion :

Courage et persévérance.

A mes ami (e) s : Hamidou Niangaly, Eloi Dara, Youssouf Niangaly, Abdoulaye Niambelé, Modibo Diané, Agone Agnou, Drissa Niangaly, Boubacar Bamadio, Oumou Niangaly, fodé Kéita.

Je vous présente amicalement ; ce travail qui est le votre.

Que ceux ou celles qui n'ont pas été cité (es) dans ces lignes trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude.

**HOMMAGES
AUX MEMBRES
DU JURY**

Professeur Salif DIAKITE

Professeur de Gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie du Mali.

Professeur titulaire de Gynécologie obstétrique au centre hospitalier universitaire de Gabriel TOURE.

Cher Maître vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse.

Homme de science réputé et admiré par tous, nous avons été très impressionné par votre simplicité, votre grande disponibilité et votre amour du travail bien fait.

Nous avons été comblés par l'enseignement de qualité dont nous avons bénéficié à vos cotés. Vos qualités intellectuelles et vos connaissances larges et toujours d'actualité font de vous un modèle de maître souhaité par tous.

Cher maître veuillez accepter nos sincères remerciements.

A notre Maître et membre du jury :

Docteur TRAORE Soumana Oumar

Gynécologue Obstétricien au Centre de Santé de Référence de la Commune

V.

Vous nous faites honneur en acceptant malgré vos multiples occupations de siéger parmi ce jury

Nous avons bénéficié de votre encadrement en gyneco-obstetrique. En plus de vos qualités scientifiques nous avons eu l'occasion d'apprécier vos qualités humaines au centre mais également en dehors de celui-ci.

Cette thèse est l'occasion pour moi de vous remercier pour votre courtoisie

Trouvez ici l'expression de nos sentiments les plus respectueux, que le tout puissant vous garde longtemps auprès de nous

Amen !

A Maître et Co-directeur :

Docteur Niani MOUNKORO

***Maître Assistant en gyneco-obstétrique au Centre Hospitalier Universitaire
de l'Hôpital Gabriel Touré.***

Votre présence ici témoigne de l'intérêt que vous accordez à ce travail.

Votre maîtrise du métier, votre sens élevé du travail bienfait et votre sens de responsabilité mérite une admiration.

Nous vous remercions sincèrement.

A Notre Maître et Directeur de Thèse :

Professeur Agrégé Mamadou TRAORE

Professeur Agrégé de Gynéco-obstétrique

Secrétaire Général adjoint de la SAGO

Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle.

Médecin chef du centre de santé de référence de la commune V.

Cher Maître, en nous acceptant dans votre service et diriger ce travail, vous nous avez signifié par la même occasion votre confiance.

Nous apprécions en vous l'homme de science modeste et humble.

Votre expérience et la qualité exceptionnelle de votre enseignement font que nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Aussi nous avons été émerveillés par vos éminentes qualités humaines de courtoisie et de sympathie.

Cher Maître vous êtes et resterez un modèle à suivre .Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

ABREVIATIONS ET SIGLES

ASACOSAB : Association de Santé Communautaire de Sabalibougou

ATCD : Antécédent

BW : Bordet Wassermann

BDCF : Bruits du Cœur Foetal

CAT : Conduite à Tenir

C.C.C : Communication pour le Changement de Comportement

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CPN : Consultation Périnatale

DDR : Date des Dernières Règles

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

EDM : Energie du Mali

GEU : Grossesse EXTRA-UTÉRINE

GIE : Groupement d'Intérêt Economique

HB : Hémoglobine

HTA : Hypertension Artérielle

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

NFS : Numération et Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PPTE : Pays Pauvres Très Endettés

SA : Semaine d'Aménorrhée

SOTELMA : Société de Télécommunications du Mali

SP : Sulfadoxine Pyrimetamine

TA : Tension Artérielle

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VAT : Vaccin Antitétanique

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION	1
II- OBJECTIFS	4
III- GENERALITES	5
IV- METHODOLOGIE	12
V- RESULTATS	25
VI- COMMENTAIRES	54
VII- CONCLUSION	65
VIII- RECOMMANDATIONS	67
IX- REFERENCES	69
X- ANNEXES :	

I-

INTRODUCTION

INTRODUCTION :

La grossesse, bien que vécue par beaucoup de gens comme un évènement naturel et banal, représente en fait un risque majeur pour la femme. Ce risque semble être perçu clairement par certaines femmes. Ainsi les mères Tanzaniennes disent à leurs enfants, lorsque le moment leur semble venu pour accoucher, la boutade suivante : « Je vais à l'océan chercher un nouveau bébé mais le voyage est long et dangereux et il se peut que je ne revienne pas » [1]. Rivière (1959) déclarant : « La grossesse et l'accouchement ont, depuis l'origine des temps, fait courir à la femme un risque mortel » [2].

En Afrique la maternité est souvent capitale pour les femmes, certaines prétendent même qu'elle conditionne le statut de la femme ; une gratification sociale s'attache à la naissance.

- Dans le monde au moins 1.600 femmes environ succombent chaque jour suite à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement, soit un décès par minute ; ce qui représente 585.000 décès maternels par an [3]. Un quart des femmes souffriront toute leur vie de lésions douloureuses, dégradantes et humiliantes suites à des accouchements (fistules vesico-vaginales).

- En Afrique de l'Ouest, une étude effectuée en 1997 dans certaines capitales et villes (Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint Louis et Kaolack), a montré que plus de 80% des femmes comptaient faire la C.P.N et que celle-là était assurée à 94% par des sages-femmes. Exemple Bamako (Mali) : 86,5% par les sages-femmes ; 2,8% par les infirmières obstétriciennes et 1,6% par les médecins [4].

- En 2001 une étude faite par Konaté S [5] sur la qualité des CPN au centre de santé de référence de la commune Il a révélé que les CPN souffraient de certaines insuffisances comme l'absence de préparation à l'accouchement et à l'allaitement, la faible qualité des dimensions humaines et des gestes techniques, l'absence d'un centre d'accueil et d'orientation, le faible niveau de la qualité de la

continuité des soins et l'autonomisation de la gestante et un faible équipement de l'unité de la CPN [5].

- Pour réduire les taux élevés de mortalité maternelle et néonatale, l'Etat Malien dans la mise en œuvre de sa politique sectorielle de santé a opté entre autre :

- ❖ La promotion de la contraception.
- ❖ Le programme de périnatalité (prise en charge de la mère et de l'enfant) où l'accent a été mis sur l'organisation de la référence et de la contre référence.
- ❖ La disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels au prix le plus bas possible.
- ❖ La lutte contre la pauvreté et l'exclusion ; le développement et la participation communautaire dans la gestion du système de santé.

Dans ce cadre le premier CSCOM fut créé en 1988 à Banconi.

En février 1998 on comptait déjà 347CSCOM opérationnels au Mali et le 31 Décembre 2005 753 CSCOM opérationnels.

- ❖ La gratuité de la césarienne a vu le jour le 23 juin 2005.

Malgré ces efforts déployés, le Mali connaît une situation maternelle, néonatale et infantile préoccupante comme en témoignent les indicateurs ci après [6].

- Taux de mortalité maternelle : 582 pour 100.000 naissances vivantes selon EDSIII (2001)
- Taux de mortalité néonatale : 71,57 pour 1000,
- Taux de mortalité infantile 133,76 pour 1000,
- Taux de mortalité périnatale : 55,76 pour 1000
- Taux mortalité juvénile : 131,86 pour 1000,
- Taux de mortalité infanto-juvenile : 242,23 pour 1000.

Devant ces chiffres accablants, nous nous sommes interrogés sur les causes de la persistance d'un tel phénomène, ainsi nous estimons que la qualité des soins dispensés aussi bien pendant la grossesse que pendant son dénouement pourrait y avoir un impact important.

Au Mali, de nombreuses études ont été consacrées à la qualité de la surveillance prénatale [5] des soins procurés pendant l'accouchement, mais aucune d'entre elles a été réalisée spécifiquement au CSCOM de Sabalibougou I. La notre vient combler ce vide avec les objectifs suivants.

OBJECTIFS

II- OBJECTIFS :

1°) Objectif Général :

Evaluer la qualité de la consultation prénatale au CSCOM de Sabalibougou I.

2°) Objectifs spécifiques :

- Décrire les infrastructures et le personnel en place.
- Déterminer le niveau actuel de qualité des prestations des soins prénataux dans le CSCOM de Sabalibougou I.
- Rapporter la perception des utilisatrices sur les actes posés dans le CSCOM de Sabalibougou
- Formuler des recommandations

GENERALITES

III- GENERALITES :

3.1 Historique de la consultation prénatale :

Depuis les temps ancestraux la grossesse a toujours été et demeure pour toute femme une aspiration légitime. Bien menée, elle constitue un critère de valorisation sociale.

Généralement la grossesse est un état physiologique qui se déroule normalement.

Malheureusement dans nos pays en voie de développement, la grossesse constitue encore un problème de santé publique à cause des conditions socio-économiques défavorables. Elle peut engendrer des complications graves pour la vie de la mère et de l'enfant [3].

La mortalité maternelle dans les pays en voie de développement constitue une immense tragédie. Le risque de mourir d'une grossesse au Canada était de deux décès pour 100.000 naissances en 1985 [7].

Au Mali, les femmes en âge de procréer 15-49 ans représentent 21,28% de la population [8].

Dans ce groupe, le taux de mortalité est de 582 pour 100.000 naissances vivantes [9]. Les principales causes de la mortalité maternelle sont :

- les hémorragies ;
- les infections ;
- les dystocies ;
- les avortements
- les problèmes de santé persistants tels que l'anémie, le paludisme, l'hypertension artérielle et ses complications telle que l'éclampsie.

Ces taux élevés de la mortalité maternelle pourraient s'expliquer par :

- ❖ la faible couverture sanitaire ;
- ❖ l'insuffisance notoire des ressources allouées à la santé ;
- ❖ l'insuffisance des soins prénataux ;

- ❖ le faible niveau économique des populations ;
- ❖ le manque de personnel qualifié ou sa mauvaise répartition ;
- ❖ les références ou évacuations tardives.

En effet au Mali seulement 16% des accouchements sont assistés par le personnel médical à l'intérieur du pays et 46% à Bamako [9]. Au cours des dix dernières années plusieurs conférences internationales se sont tenues dont le seul objectif commun était la réduction de la mortalité maternelle d'ici l'an 2000. C'est ainsi qu'ont eu lieu les rencontres :

- Nairobi (Kenya) en 1987 ;
- Paris (France) en 1989 ;
- Niamey (Niger) en 1989 ;
- Caire (Egypte) en 1994 ;
- Beijing (Chine) en 1995.

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 vivantes entre 1976 et 1980 contre 300 pour 100.000 naissances vivantes en 1930 [10].

En Angleterre et au pays des Galles : 11 pour 100.000 naissances vivantes en 1976 contre 341 pour 100.000 naissances vivantes en 1930 [11].

Aux USA 12 pour 100.000 naissances vivantes en 1974 contre 300 pour 100.000 en 1930 [11].

Il existe une corrélation non expérimentale entre l'évolution des pratiques obstétricales et les progrès observés en matière de mortalité maternelle.

Nous ne savons pas aujourd'hui laquelle des deux mesures (médicale et sociale) qui a réellement changé les résultats. Le progrès est venu de leur association [12].

Parmi les facteurs qui ont permis de réduire la mortalité maternelle trois (3) sont essentiels :

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

- ❖ Interventions chirurgicales ;
- ❖ Anesthésie
- ❖ Traitements médicaux ;
- ❖ Transfusion sanguine ;
- ❖ Extraction instrumentale ;
- ❖ Planification Familiale ;
- ❖ Prise en charge des grossesses à haut risque ;
- ❖ Soins néonataux spéciaux

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

- La vulgarisation des soins prénataux ;
- L'amélioration des conditions de vie des populations.

Bien que l'évaluation de la qualité des soins ait débuté voilà près d'un siècle aux USA, elle ne s'est vraiment développée qu'à partir du travail de Donabedian en 1966, puis dans les pays Anglo-Saxons et par la suite en France au début des années 1980 en particulier sous l'impulsion de Papiernik et Coll, Lacronique Armogathe et Weeil

Cette pratique de l'évaluation de la qualité des soins a été entérinée avec la création aux USA de l'Agence Nationale pour le développement d l'Evaluation Médicale (ANDEM) et la loi sur la réforme hospitalière

3.2 Définition Opératoires:

❖ La qualité des soins :

La qualité des soins techniques consiste à appliquer des sciences et technologies médicales de manière à arriver au maximum des bénéfices pour la santé sans pour autant augmenter 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 bénéfice « (DONABEDIAN Avedis) » [13].

Selon l'OMS la qualité des soins de santé consiste à exécuter correctement (selon les normes) des interventions dont on sait qu'elles sont sans risque, d'un coût abordable pour la société en question et susceptible d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité, les invalidités et la malnutrition.

❖ L'évaluation :

C'est une procédure scientifique et systématique qui consiste à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'action est atteint avec succès un ou des objectifs préalablement fixés.

❖ Surveillance prénatale ou consultation prénatale (CPN) :

La CPN est une pratique médicale qui s'organise autour d'un ensemble de gestes techniques contribuant à trois fins essentielles.

- Vérifier le bon déroulement de la grossesse et dépister tous les facteurs de risque antérieurs ou contemporains
- Traiter ou orienter la femme dans les cas échéant vers une surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison d'un des facteurs précédents.
- Etablir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions d'accouchement et s'il faut le transfert dans un centre équipé pour faire face à d'éventuelles complications.

❖ **Les normes :**

Ils précisent les types de services offerts, les conditions minimales acceptables des performances et des qualifications requises exigées pour chaque service offert.

❖ **Les procédures :**

Elles décrivent les gestes logiques indispensables et nécessaires à l'offre des services de qualité par les prestataires.

❖ **La mortalité maternelle :**

C'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison qu'elle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite.

❖ **Taux de mortalité maternelle :**

C'est le nombre de décès maternels pour 100.000 femmes en âge de procréer.

❖ **La grossesse :**

C'est l'état qui débute avec la fusion d'un spermatozoïde avec un ovule. Elle prend fin avec l'expulsion ou l'extraction du produit de conception.

❖ **Facteurs de risque :**

Un facteur de risque pendant la grossesse est une caractéristique qui s'il est présent, indique que cette grossesse a de chances d'être compliquée.

❖ **Grossesse à risque :**

C'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risque.

❖ **La maternité sans risque :**

C'est de créer des conditions dans lesquelles une femme peut choisir d'avoir un enfant et si elle le fait, est assurée de recevoir des soins pour la prévention et le traitement des complications de la grossesse, d'avoir accès à l'assistance d'un personnel qualifié à l'accouchement, à des soins obstétricaux d'urgence en cas de besoins et à des soins après la naissance de manière à éviter les risques de

décès ou d'incapacités liés aux complications de la grossesse et de l'accouchement [14]. Cette définition coïncide avec celle de l'OMS à la conférence de l'ONU sur les femmes (1995) et d'autres institutions et conventions. Elle rappelle que toutes les femmes doivent pouvoir choisir d'avoir des enfants et que celles qui font ce choix doivent être assurées de bénéficier d'une surveillance prénatale de qualité d'une assistance qualifiée à la naissance et pendant la période du post natal et d'éviter les risques de décès ou d'incapacités liés à la grossesse.

❖ **L'aire de santé ou secteur sanitaire :**

Elle représente une zone géographique desservie par une structure sanitaire.

❖ **La carte sanitaire :**

C'est la répartition géographique actuelle de l'ensemble des structures de soins d'une circonscription sanitaire. Elle est un instrument de planification pour une utilisation optimale des ressources.

• ***Le paquet minimum d'activité (PMA) :***

Il signifie l'offre d'activités intégrées de soins de santé.

Il comporte des activités préventives, curatives et promotionnelles. Il s'agit entre autre le traitement des maladies courantes, consultation prénatale, post-natale avec accouchements et vaccinations.

❖ **L'évacuation :**

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 une patiente présentant une pathologie dont le traitement dépasse les compétences de l'équipe de consultation prénatale.

❖ **Auto Référence** : Venue d'elle-même.

Primigeste = une grossesse

Paucigeste = deux, trois, grossesses

Multigeste = quatre, cinq grossesses

Grande Multigeste = six grossesses et plus.

Carnet inexploitable = Fiche individuelle, carnet mal tenu.

Carnet exploitable = Carnet de consultation prénatale (Carnet de santé de la mère) bien tenu

METHODOLOGIE

IV- METHODOLOGIE :

4.1 Cadre d'étude :

Notre étude a eu lieu à la maternité et dans l'unité de consultation prénatale du CSCOM de Sabalibougou I. C'est un Centre situé dans l'aire de santé de la commune V du District de Bamako. Notre choix s'est porté sur ce centre du fait qu'il soit situé dans une zone périphérique en pleine croissance démographique où les problèmes de santé sont préoccupants avec d'importantes structures de santé (3CSCOM)

4.1.1 Présentation géographique de la commune V :

La commune V du District de Bamako est une commune urbaine qui couvre une superficie de 41,59km² avec une population de 240530 habitants, le taux d'accroissement annuel de la population est de 5,1%. Située sur la rive droite du fleuve Niger elle est limitée à l'Est par la commune VI, au Sud-Ouest par le quartier de Kalaban-coro (cercle de Kati).

La commune est constituée de huit quartiers qui sont :

- Badalabougou
- Quartier Mali
- Torokorobougou
- Sabalibougou
- Bacodjicoroni
- Kalaban coura
- Daoudabougou
- Garantiguibougou.

4.1.2 Présentation géographique de sabalibougou :

Sabalibougou est un quartier de la commune V du District de Bamako, il couvre une superficie de 4,6km² une population de 62877habitants soit une densité de 13668,91habitants au km².

Il est situé sur la rive droite du fleuve Niger et limité :

- à l'Est par Daoudabougou ;
- à l'Ouest par Bacodjicoroni et Kalaban coro ;
- au Nord par Torokorobougou et les 300 logements ;
- au Sud par Kalaban coura et Garantiguibougou.

Sabalibougou a trois (3) CSCOM : ASACOSABI, ASCOSABII, ASACOSABIII.

Le secteur de sabalibougou I a une population de 20959 habitants, il est bien accessible par son emplacement car contigu à la voie principale du quartier.

De part son accessibilité, le CSCOM de sabalibougou I est fréquenté par la population de Kalaban-coro (cercle de Kati), le village de Gana, de Croualé, une partie de la population de Bacodjicoroni, Kalaban coura et Garantiguibougou. Ces populations constituent la population hors aire du CSCOM de sabalibougou.

4.1.3 Historique du centre de santé communautaire de sabalibougou I :

A la faveur de la politique sectorielle de santé préconisée par le gouvernement de la république du Mali, le CSCOM de sabalibougou I fut construit en 1991 par l'appui du fond allemand pour la coopération avec un plateau minimum pour assurer les activités (consultation médicale, consultation pré et post natale consultation planning familial, accouchement, vaccination et les soins courants : injections, perfusions, pansements. Pas d'hospitalisation.

Organisation de la maternité du CSCOM de Sabalibougou I :

La maternité est composée d'une :

Unité CPN (Consultations prénatales)

Unité de PF (Planning familial) et consultation

Unité PEV et consultation enfants sains, post-natale

Salle d'accouchement.

L'unité de consultation prénatale est constituée de :

- Un hangar avec trois bancs servant d'accueil des gestantes ;
- Une pèse personne ;
- Deux salles

- Une salle pour la consultation prénatale et un bureau séparé par un paravent et ses équipements.

Il existe trois chaises, un banc métallique, une lampe baladeuse, une boîte pour les spéculums stériles de bonne qualité, un sceau contenant de l'eau de décontamination pour les spéculums souillés, un classeur(dossier).

- La deuxième pièce servant de salle de garde pour les sages femmes, à l'intérieur de laquelle existe aussi un classeur (dossier).

Dans la salle d'accouchement il y a deux (2) tables d'accouchement en bon état séparées par un paravent permettant de faire deux accouchements tout en respectant la pudeur des femmes.

Il existe une salle contiguë à la salle d'accouchement servant de salle de repos pour les accouchées et une salle d'attente.

L'unité maternité est dirigée par une sage-femme.

Le CSCOM est dirigé par un médecin qui a une compétence dans la prise en charge des urgences gynéco obstétricales.

L'unité de maternité est composée de :

- deux sages-femmes
- deux matrones
- une infirmière obstétricienne.

L'unité reçoit l'appui du centre de santé de référence de la commune V en sage-femme remplaçable chaque 4 mois.

La composition de l'équipe de garde :

La permanence est assurée par une équipe de garde composée soit d'un médecin généraliste, soit un interne venant du CSRéf CV, une sage femme remplaçable par une autre ou une matrone ou une infirmière obstétricienne toutes les 24 heures. Un caissier de nuit s'occupant de la vente des médicaments pendant la garde.

Sur le plan organisationnel l'équipe de garde dispose de :

- Deux tables d'accouchements fonctionnels ;
- Deux tables de consultations médicales fonctionnelles ;
- Un téléphone fonctionnel pour assurer le système de référence/évacuation.

La caisse de solidarité existe et est fonctionnelle pour les cas d'indigence.

Quatre agents du Centre sont conventionnaires du fond PPTE (pays pauvres et très endettés). Le reste du personnel est sur fond propre du Centre

4.1.4 Situation socioculturelle de la commune V :

Elle reste encore traditionnelle dans sa grande composante.

L'islam est la religion prédominante et le christianisme est la seconde religion pratiquée. La pauvreté et la délinquance demeurent des fléaux sociaux importants.

4.1.5 Education :

La commune abrite plusieurs établissements d'enseignements primaires, secondaires, un institut universitaire de gestion (I.U.G), deux (2) facultés d'enseignement supérieur, nombreuses écoles professionnelles .Cependant le taux de scolarisation reste faible.

4.2 Les populations et structures étudiées :

4-2-1 L'étude des structures :

4.2.1.1. Tableau I : Répartition des locaux en fonction du nombre et leur état.

Locaux	Nombre	Etat		
		Bon	Passable	Mauvais
Salle d'accouchement	1	X		
Salle d'attente	1	X		
Salle de consultation prénatale	1	X		
Salle de consultation médicale	2	X		
Salle de pansement et d'injection	1	X		
Magasin	1		X	
Toilette	2	X		
Salle de laboratoire	1	X		
Salle de dépôt de médicament	2	X		

4.2.1.2. Tableau II : Inventaire des équipements nombre et qualité.

Équipement	Nombre	Etat		
		Bon	Passable	Mauvais
<u>Moyen de déplacement</u>	0			
<u>Mobilier non spécifique</u>				
Lits	11		X	
Berceaux	0			
Armoires	2	X		
Tables pour bureau	3	X		
Bancs	7	X		
Chaise	8	X		
<u>Mobilier technique</u>				
Table d'accouchement	2		X	
Table d'examen médical	2	X		
Table gynécologique	0			
Boîte d'instruments	1	X		
Boîte petite chirurgie	1	X		
Boîte d'accouchement	2		X	
Boîte de suture	1	X		
Gaz réchaud	1	X		
Réfrigérateur	2	X		
<u>Petit équipement</u>				
Tensiomètre	3	X		
Stéthoscope obstétrical	1	X		
Toises adultes	1	X		
Toises enfants	0			
Pèses personnes	2	X		
Spéculum	14	X		
Pèse bébé	1	X		
Mètre ruban	3		X	
Thermomètre	0			
<u>Matériel labo</u>				
Microscope électronique	1	X		
Colorant	2	X		
Gros équipement	0			
Echographe	1	X		
Autres	0			

4.2.1.3. Tableau III : Répartition du personnel en fonction du nombre et de la qualification.

Personnel	Nombre	Observation
Médecin généraliste	1	Fonds PPTE
Sage-femme	2	Fonds PPTE
Infirmière obstétricienne	1	Fonds PPTE
Technicien de laboratoire	1	Employé de comité de gestion ASACOSAB I
Matrones	2	Fonds PPTE
Gérant du dépôt de médicaments	2	Employé de comité de gestion ASACOSABI
Aides-soignants	4	2 employés du Fonds PPTE 2 employés de comité de gestion ASACOSABI
Caissier chargé des tickets de consultation	1	Employé de comité de gestion ASACOSABI
Gardien	1	Employé de comité de gestion ASACOSABI
Manceuvre	2	Employé de comité de gestion ASACOSABI
Total	17	

4.2.2 Etude des procédures et résultats :

- L'accueil, l'attitude, le respect physique et psychique des gestantes.
- Les conditions d'hygiène au cours de la CPN
- Résultats : l'opinion des gestantes

4.3 Période d'étude :

Elle s'est déroulée du 1^{er} Juin 2006 au 30 Septembre 2006 soit 4 mois

4.4 Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale. Elle s'est inspirée de ce fait du postulat d'Avedis Donabedian sur l'évaluation de la qualité des soins et des services et a porté sur :

- l'étude des structures
- l'étude des procédures
- leurs résultats.

4.5 Echantillonnage :

L'étude a porté sur 200 gestantes. Nous avons recensé 200 gestantes selon les critères ci-dessous énoncés. Il a consisté en une étude transversale de la CPN avec recueil prospectif des données sur la réalisation des gestions techniques et l'opinion des gestantes.

4.6 Critères d'inclusion :

Notre étude a porté systématiquement sur toutes les gestantes qui se sont présentées à la maternité du CSCOM de Sabalibougou I pour la consultation prénatale et qui ont voulu se prêter à notre questionnaire (CPN) pendant la période d'étude.

4.7 Critères de non inclusion :

Sont exclus de notre étude toutes gestantes ayant refusé de se soumettre à notre questionnaire, ainsi que les gestantes ayant refusé l'examen obstétrical pour raison de pudeur.

4.8 Critère de jugement :

- la politique sectorielle de santé
- les normes et procédures de soins de la CPN.

4.9 Supports des données ou instrument de collecte :

La collecte des données a été réalisée sur :

Un questionnaire « Observation de la CPN »

Un questionnaire « Opinion des gestantes »

4.10 Technique de collecte :

Elle a consisté dans un premier temps en une observation des praticiennes et praticiens du CSCOM (Sage-femme, matrone et infirmière obstétricienne Médecin) au cours de la CPN, en notant la réalisation ou non des gestes techniques d'une part et d'autre part à faire un entretien discret avec les gestantes.

4.10.1 Les variables étudiées :

Les variables étudiées sont :

4.10.2 Etude des structures :

Une description des capacités de production (locaux équipements et ressources humaines).

4.10.3 Les variables relatives à la CPN : la réalisation de la CPN exigeait des principes suivants

- Les caractéristiques de la gestante
- La qualification de la personne qui a pris en charge la gestante
- L'accueil
- La réalisation des gestes techniques d'examen clinique
- Les soins préventifs
- La présence de facteur de risque
- Les prescriptions

- Les relations humaines
- Les conseils donnés à la gestante
- Les rendez-vous
- L'opinion de la gestante sur la qualité des prestations

4.10.4 Les variables relatives à l'opinion des gestantes :

Elle vient en complément de l'étude des procédures. Les gestantes sont interrogées par rapport à leur opinion sur les prestations fournies par les agents.

4.11 L'organisation de l'enquête :

Nous avons dans un premier temps établi la fiche d'enquête sur la quelle les données ont été collectées et dans un deuxième temps cette fiche a été remplie au moment de l'observation du prestataire à la tâche. Pour le bon déroulement de l'enquête nous étions passifs et discrets, seulement le personnel était informé.

4.12 Plan d'analyse et de traitement des données :

Les données sont saisies et analysées sur le logiciel Epi info 6.04 version française.

4.13 Niveau de qualité de la structure :

Les exigences et attentes pour effectuer un service de qualité dans la structure sanitaire sont définies dans le référentiel pour l'analyse de la qualité des soins en milieu urbain. Ces références sont en rapport avec :

4.13.1 Les normes architecturales :

- ❖ Matériaux de construction : En dur ;
- ❖ Etat du local ;
- ❖ Système de protection contre la poussière (la clôture).

4.13.2 Plan d'organisation des services :

- ❖ Existence d'un service d'accueil ou d'un bureau des entrées
- ❖ Présence et qualification du personnel d'accueil, existence de pancarte pour l'orientation des gestantes dans le centre.

4.13.3 L'unité de consultation prénatale :

- ❖ L'état du local : c'est un local servant à la fois de CPN et de consultation post natale
- ❖ Equipement pour l'accueil
- ❖ Equipement pour l'examen clinique.

4,13.4- Une terrasse servant de la salle d'attente :

4.13.5- Existence et l'équipement des unités annexes de la consultation médicale :

- ❖ Salle d'injection
- ❖ Salle de pansement.

4.13.6 Existence et la fonctionnalité du laboratoire

- ❖ Equipement
- ❖ Personnel formé
- ❖ Réactifs
- ❖ Chaîne de froid

4.13.7 Le dépôt de médicaments :

- ❖ Etat du local en dur
- ❖ Equipement
- ❖ Mode d'approvisionnement : Respect du circuit d'approvisionnement du S.DA.M.E (schéma Directeur d'approvisionnement en médicaments essentiels)
- ❖ Personnel formé en gestion

4.13.8- Etat des toilettes : deux toilettes modernes

- ❖ Normes architecturales : en dur
- ❖ propriété : acceptable

4.13.9- Le système de gestion des déchets :

Existence des poubelles

Evacuation faite par les G.I.E

Présence d'incinérateur

Propreté des salles acceptable

Le nettoyage du centre se fait deux fois par jour

Le système d'approvisionnement en eau : Robinet

4.13.10-Système d'éclairage et de communication

Il existe :

Un Téléphone fixe (Malitel Wasssa)

Un Réseau public : EDEM SA

4.14 Système de classement :

Une cotation (01) a été faite pour les critères si haut identifiés

Chaque référence composée de critères a été aussi cotée de 0 à 4 ; la somme des scores réalisés appliqués à l'échelle d'évaluation pour un centre donné a permis d'évaluer le niveau de qualité de la structure. Le maximum de score que l'on peut enregistrer pour les dix références est de 40. L'échelle d'évaluation se présente comme suit :

- ❖ Niveau IV : 95 à 100% de score maximal soit un score total de 38 à 40.
- ❖ Niveau III 75 à 94% de score maximal soit un score total de 30 à 37,99
- ❖ Niveau II 50 à 74% de score maximal soit un score total de 20 à 37,99
- ❖ Niveau I < 50 % de score maximal soit un score total < à 20

Le niveau de qualité des CPN a été déterminé à partir des scores obtenus lors de la réalisation des variables discriminatoires. L'analyse a porté sur 2 types d'échelle :

Une première échelle où les CPN sont dites :

- ❖ « De bonne qualité » si toutes les variables discriminatoires sont réalisées
- ❖ « De moins bonne qualité » si une au moins des variables discriminatoires n'est pas réalisée.

Une deuxième échelle où les CPN seront classées en quatre niveaux de qualité.

Elevé (Q4) 95-100% des gestes de la dimension sont réalisés.

- ❖ Assez élevé (Q3) 75-94% des gestes de la dimension sont réalisés
- ❖ Moyen (Q2) 50-74% des gestes de la dimension sont réalisés
- ❖ Faible (Q1) moins de 50% des gestes de la dimension réalisés.

Cette échelle s'applique aux dimensions qui ont quatre variables et plus. C'est ainsi que cette deuxième échelle a permis de déterminer pour le centre le pronostic de gestantes recevant des soins d'assez bonne ou moyenne qualité (Q3, Q2) et d'avoir un classement par niveau du dit centre.

Les critères de ce classement ont été :

- ❖ Niveau IV : 75 à 100% des gestes reçoivent des soins de bonne et d'assez bonne qualité
- ❖ Niveau III 50 à 74,99% des gestantes reçoivent des soins de bonne et d'assez bonne qualité
- ❖ Niveau II 25 à 44,99% des gestantes reçoivent des soins de bonne ou d'assez bonne qualité
- ❖ Niveau I moins de 25% des gestantes reçoivent des soins de bonne ou d'assez bonne qualité.

4.15 Difficultés de l'étude :

La non coopération de certaines praticiennes et le refus de certaines gestantes ont constitués les difficultés majeures.

RESULTATS

V. RESULTATS :

5.1 Etude des structures :

L'étude des structures comporte :

- Les données physiques (locaux, équipement)
- Les données humaines

5.1.1 Données physiques :

Description des capacités de production (locaux, équipements, ressources humaines).

Le CSCOM est constitué d'un dispensaire, d'une maternité et d'un dépôt de médicaments. Les locaux sont en dur et en bon état construits par la coopération Allemande avec l'appui de l'Etat Malien. Le centre est clôturé d'un mûr à hauteur acceptable fait en dur et en bon état.

Le centre ne dispose pas de moyen de déplacement. Cependant l'ambulance du CSREF CV assure l'évacuation des malades de tous les CSCOM de la commune V. Le bureau des Entrées comprend un guichet de vente des tickets de consultations et d'actes médicaux. A l'entrée du CSCOM, on observe un hangar à côté du quel se trouve une pancarte faite en manuscrit accrochée au mûr permettant une orientation vers les différentes unités. L'unité de consultation prénatale est constituée de :

- Un hangar servant de salle d'attente avec trois bancs, une pèse personne et une toise.
- Une Salle pour la consultation prénatale où existe un bureau pour la sage-femme avec deux chaises, un banc métallique, un classeur de dossier.

Ce bureau est séparé de la table de consultation par une traverse.

Structure spécifique l'unité CPN et son équipement : la salle de CPN répond aux normes et est bien éclairée. On y trouve : une table de consultation, une lampe baladeuse, spéculums de bonne qualité, un mètre ruban, stéthoscope de Pinard , Seau pour l'eau de décontamination, poubelle pour déchets biomédicaux.

La structure est de niveau 2.

- l'éclairage et l'approvisionnement assurés par assuré par l'EDM sa.

On note deux latrines.

Le centre dispose d'un système de communication (téléphone Malitel Wassa)

- L'élimination des déchets se fait par les G.I.E.

5.1.2 Tableau IV : Répartition en fonction du Système de tarification en place dans le CSCOM année 2006.

Système de tarification	Prix Adhèrent	Prix non Adhèrent
Carnet santé mère	500	500
Carte de membre	500	-
Carnet santé enfant	500	500
Planning familial \ carte	500	500
Pansement	200	200
Petite chirurgie	1500	1500
Perfusion	250	250
Injection	250	250
Consultation médicale	300	600
Accouchement dans le CSCOM	1500	2000
Accouchement à domicile	2000	2000

Ces tarifs sont relativement abordables, il existe un système de prise en charge des personnes démunies.

5.1.3 Niveau de qualité des structures au niveau du CSCOM :

Le niveau de qualité est classé Bon (A), moins Bon (B), Passable (C) et faible (D) selon le tableau 1.

Tableau V : Niveau de qualité des structures.

Références	Niveau de qualité				Score observation	
	A	B	C	D		
1. Norme architecturale		+			3	Beau Joyau, pas de vitres au niveau des fenêtres.
2. Dispositif accueil orientation				+	1	Formation du personnel d'accueil
3. Structure équipement unité de CPN	+				4	Matériels techniques de bonne qualité
4. Equipement salle d'attente		+			3	Hangar avec des bancs de bonne qualité et de nombre suffisant
5. Unité annexe de consultation		+			3	Matériel complet salle de consultation salle de garde tous de bonne qualité
6. Fonctionnalité laboratoire	+				4	Fonctionnel pour les examens complémentaires les plus courants tels que : groupage rhésus, taux d'Hb, goutte épaisse sérologie Widal
7. Pharmacie		+			3	Protection contre la poussière insuffisante pas de vitre
8. Etat des toilettes		+			3	Intimité, respectée, propriété insuffisante.
9. Système d'approvisionnement en eau et élimination des déchets		+			3	Existence d'un réseau public incinérateur, déchets régulièrement déversés pour traitement biomédicaux.
10. Système d'éclairage et de communication			+		2	Réseau public, téléphone, matériel, SOTELMA, WASSA
Total					29	

Score total = 29

Le score maximal (SC Maxi) = 40

Niveau de qualité

Niveau 4 = 95% SC max - 100% SC Max soit 38 – 40

Niveau 3 = 75% SC max - 94% SC max soit 30 -37,99

Niveau 2 = 50% SC max – 74% SC max soit 20 – 29,99

Niveau 1 = moins de 50% SC max soit moins de 20

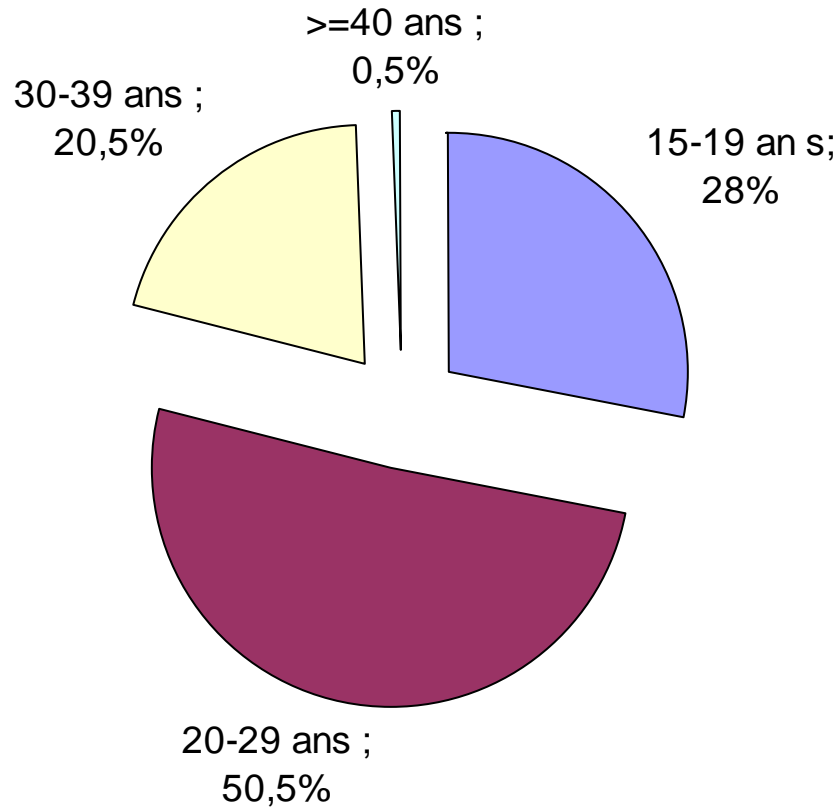
Le résultat de ce tableau nous permet de dire que le centre est de niveau 2 c'est-à-dire que les références évaluées sont partiellement satisfaisantes.

5.2- Etude des procédures :

Etude descriptive :

Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

Graphique 1 : Répartition des gestantes en fonction des tranches d'âge



Age médian= 23 ans

Age moyen = 24 ans plus ou moins 5,87

Les deux extrêmes 15-40 ans

Tableau VI : Répartition des gestantes en fonction de la profession.

Profession	Effectif	Pourcentage
Femmes sans profession	117	58,5
Vendeuses	50	25
Enseignante et secrétaire de Bureau	7	3,5
Employées d'entreprise	9	4,5
Commerçantes	4	2
Autres (étudiantes, élèves)	13	6,5
Total	200	100

NB : Etudiantes (3) ; Elèves (10)

Tableau VII : Répartition des gestantes en fonction du statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	171	85,5
Célibataire	29	14,5
Total	200	100

Tableau VIII : Répartition des gestantes en fonction du niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Non instruite	112	56
Primaire (Français)	57	28,5
Secondaire (Français)	16	8
Supérieur (Français)	6	3
Etudes coraniques	9	4,5
Total	200	100

Graphique 2 : Répartition des gestantes en fonction de la gestité.

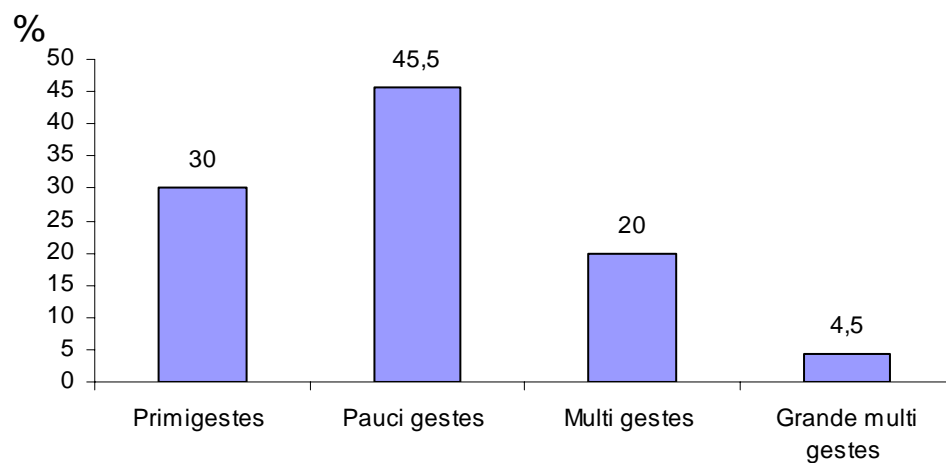
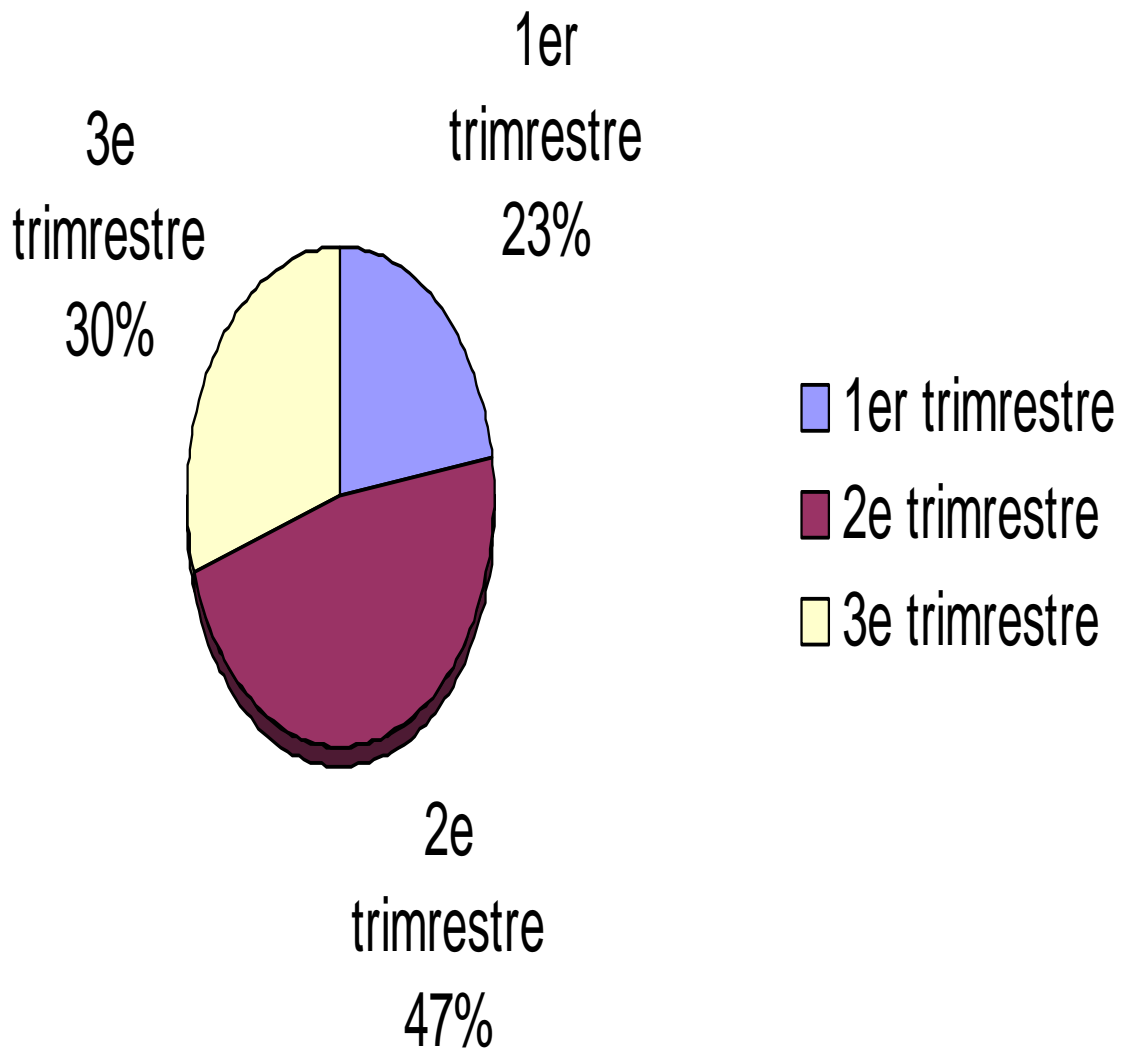


Tableau IX : Répartition des gestantes en fonction du nombre de CPN.

Nombre de CPN effectué	Effectif	Pourcentage
2-4	188	94
> 4	12	6
Total	200	100

Graphique 3 : Répartition des gestantes en fonction du terme de grossesse.



5.3 Domaine de qualité :

L'interaction gestante personnel des soins prénataux

Respect physique et psychique

Tableau X : Répartition des gestantes en fonction des circonstances d'accueil.

Circonstance d'accueil	Effectif	Pourcentage
Salutation	200	100
Invite à s'asseoir	200	100
Manifestation d'intérêt pour la gestante	150	75
Douceur du ton	192	96
Attitude de la gestante	170	85
Le praticien fait des salutations d'usage au départ de la gestante, fixe un rendez-vous	180	90

Respect de l'intimité :

Tableau XI : Répartition des gestantes selon le respect de l'intimité.

Questions explorées	Effectif	Pourcentage
Absence de tierce personne pendant la consultation	0	0
Présence de plusieurs sages-femmes	16	8
Présence d'autres agents	170	85
Présence des accompagnatrices	0	0
Présence d'autres gestantes	7	3,5
Entrées et sorties injustifiées	7	3,5
Total	200	100

Démarche clinique thérapeutique :

Graphique 4 : Répartition des gestantes en fonction de la qualification du personnel (prestataires).

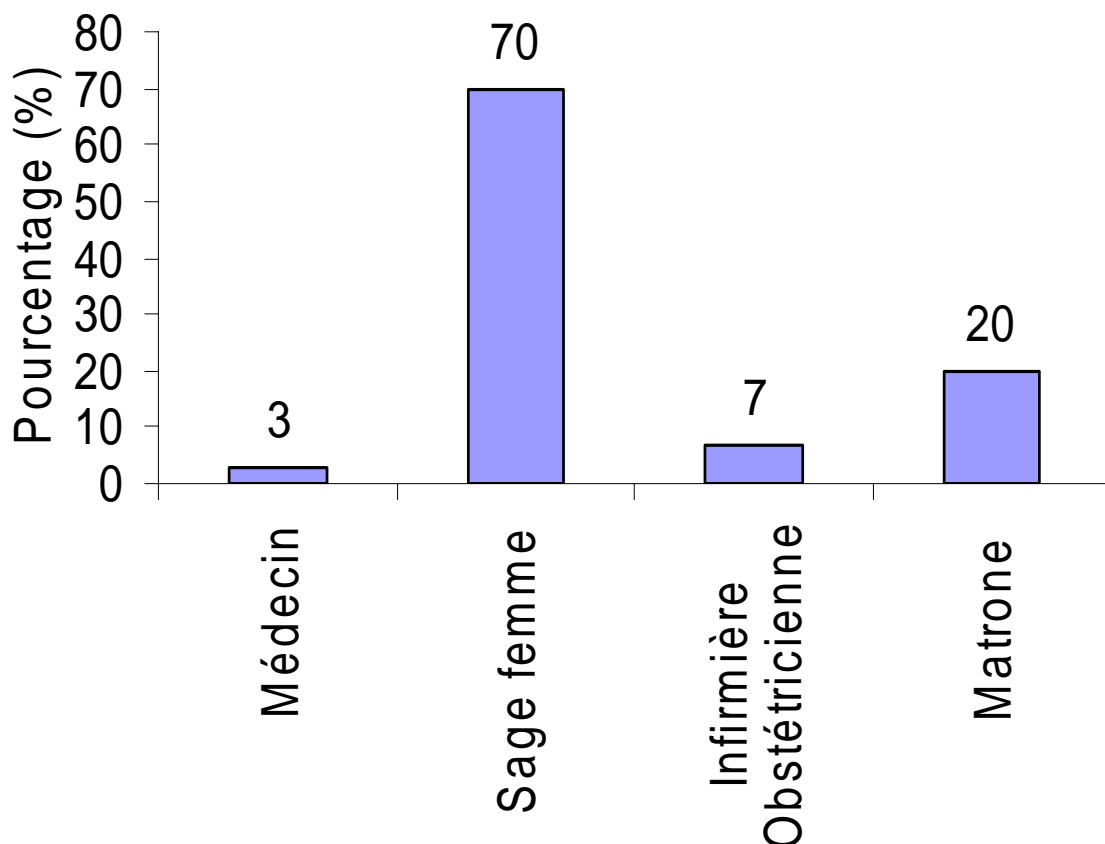


Tableau XII: Répartition des gestantes en fonction de la possession et qualité du carnet prénatal.

Possession d'un carnet de grossesse	Effectif	Pourcentage
Ne possède pas de carnet prénatal	2	1
Carnet inexploitable	140	70
Carnet exploitable	58	29
Total	200	100

Interrogatoire au cours de la CPN :

L'interrogatoire sur la situation personnelle de la gestante.

Tableau XIII : Répartition des gestantes en fonction du recueil des variables de l'identification.

Interrogatoire sur la situation personnelle	Effectif	Pourcentage
Nom et prénom	200	100
Age	200	100
Ethnie	0	0
Domicile	200	100
Profession de la gestante	200	100
Adresse	0	0
Profession du conjoint	0	0
Lieu de résidence (quartier village)	200	100
Etat matrimonial	200	100
Domicile et adresse du mari	0	0
Moyen de transport utilisé pour venir au centre	0	0
Echange avec la gestante pour mieux la connaître	0	0

Recherche des ATCD Obstétricaux :

Tableau XIV: Répartition des gestantes en fonction du recueil des ATCD Obstétricaux.

Recherche des ATCD Obstétricaux	Effectif	Pourcentage
Nombre de grossesse	200	100
Nombre d'accouchement	200	100
Nombre de mort-né	0	0
Nombre de naissance vivante	200	100
Demande l'état de santé des enfants	0	0
Césarienne ou laparotomie GEU	0	0
Forceps ou ventouse	0	0
Nombre d'enfant décédé	200	100
Nombre d'avortement (spontané ou provoqué)	200	100
Histoire des accouchements	0	0
Hémorragie au cours de la grossesse ou après accouchements	0	0
Crise convulsive sur grossesse	0	0
Crise convulsive en dehors de la grossesse	0	0

Recherche des ATCD médicaux :

Tableau XV: Répartition des gestantes en fonction des ATCD Médicaux.

ATDC Médicaux personnels	Effectif	Pourcentage
HTA	191	95,5%
Diabète	12	6
Drépanocytose	0	0
Affection cardiaque (Cardiopathie)	0	0
Affection respiratoire (pneumopathie)	3	1,5
Anémie	58	29

Tableau XVI : Répartition des gestantes en fonction du recueil des variables concernant le déroulement de la grossesse.

Interrogatoire sur le déroulement de la grossesse	Effectif	Pourcentage
Qualification du prestataire	0	0
Dyspnée	10	5
Vomissement	40	20
Pertes liquidiennes	5	2,5
Asthénie	20	10
Leucorrhée	2	1
Métrorragies	2	1
Fièvre	18	9
Perception des mouvements actifs du foetus	92	46
Douleurs abdominales	11	5,5
Signes d'appels urinaires	5	2,5
Vertiges	3	1,5

NB : nombre de femme ayant un age gestationnel inférieur où égal à 24 SA est 108 soit 54,17% et supérieur à 24 SA est 92 soit 45,83%.

Tableau XVII : Répartition des gestantes en fonction du recueil des variables de l'examen général et obstétrical.

Variable de l'examen physique	Effectif	Pourcentage
Poids	200	100
Taille	200	100
Tension artérielle	200	100
Pouls	0	0
Prise de la température	0	0
Oedeme	200	100
Examen des conjonctives	200	200
Varices	0	0
Examen des seins	200	100
Grand axe de l'utérus	200	100
Cicatrice opératoire	200	100
Hauteur utérine	200	100
Périmètre ombilical	0	0
Présentation	200	100
Position du dos foetal	0	0
B.D.C.F quantifiés	0	0
Examen au spéculum	40	20
Usage d'antiseptique avant les touchers vaginaux	0	0
Appréciation du bassin (3 ^e trimestre)	0	0
Pronostic de l'accouchement	0	0

Tableau XVIII : Répartition des gestantes en fonction de la réalisation des gestes liés à l'hygiène de la CPN.

Questions explorées	Effectif	Pourcentage
Existence de tissu à usage unique sur la table d'examen	0	0
Le tissu posé sur la table est fourni par le centre	0	0
Le tissu (pagne) appartenant à la gestante	200	100
Le praticien se lave les mains avec du savon avant et après chaque examen	0	0
Utilisation de doigtiers	200	100
Changement de matériel en fin de consultation	200	100
Désinfection de haut niveau	0	0
Spéculum	40	20
Faute d'hygiène	200	100

5-4 Continuité des soins :

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

Variable de continuité des soins	Effectif	Pourcentage
Evolution de la grossesse	56	28
Rendez-vous	200	100
Date de rendez-vous	200	100
Lieu d'accouchement précisé	39	18
Motif d'orientation précisé	0	0
Explique les signes d'alerte et la CAT	5	2,5

Autonomisation :

Tableau XX : Répartition des gestantes en fonction de la réalisation des variables relatives à l'autonomisation de la CPN.

Variable d'autonomisation	Effectif	Pourcentage
Date probable d'accouchement	4	2
Explique comment évolue la grossesse	56	28
Explique les signes d'alerte de la CAT	5	2,5
Demande les examens complémentaires	115	57,5
Explique les raisons de cette demande	35	17,5
Il lui dit où aller accoucher	39	18
Il lui explique le déroulement de la consultation	11	5,5

Tableau XXI : analyse discriminatoire de la qualité de l'interaction gestante-soignant.

Qualité de l'interaction gestante soignants	Effectif	Pourcentage
Respect physique et psychique	150	75
Respect de l'intimité	170	85
Respect de la confidentialité	188	95

Tableau XXII : Répartition des gestantes en fonction des moyens de transports utilisés pour venir.

Moyens de transport utilisés	Effectif	Pourcentage
Venu à pied	164	82
Transport en commun (Sotrama)	16	8
Taxi	5	2,5
Véhicule personnel	7	3,5
Moto	8	4
Total	200	100

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

Critère de choix	Effectif	Pourcentage
Proximité du domicile	83	41,5
Connaissance d'un personnel au centre	39	19,5
Compétence du personnel	45	22,5
Personnel accueillant	17	8,5
Tarif abordable des consultations	0	0
Coût abordable des de médicament	0	0
Conseil d'une connaissance	13	6,5
Suivi prénatal antérieur dans le centre	125	62,5

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

Questions explorées	Effectif	Pourcentage
Délivrance d'un ticket de consultation	196	98
Respect de l'ordre de passage	171	85,5
Très inconfortable	0	0
Assez inconfortable	27	13,5
Assez confortable	138	69
Très confortable	29	14,5
Ignore l'existence des toilettes accessibles au centre	72	39,5
Affirme l'absence de toilette dans le centre	3	1,5
Affirme l'existence de toilette sale	1	0,5
Affirme l'existence de toilette propre	117	58,5
Ayant trouvé l'attente longue	62	31

Tableau XXV : Répartition des gestantes en fonction de la fréquentation antérieure.

Fréquentation du centre	Effectif	Pourcentage
N'avait jamais fréquenté le centre	33	16,5
Est venue une fois dans le centre	37	18,5
Est venue plusieurs fois dans le centre	128	64
Motif de fréquentation		
Consultation médicale	57	28,5
CPN	125	62,5
Accouchement	47	23,5

Tableau XXVI : Demande des examens complémentaires

Nature de l'examen demandé	Effectif	Pourcentage
NFS	1	0,5
Taux d'hémoglobine	1	0,5
Taux d'hématocrite	0	0
Groupe rhésus	103	51,5
Sérologie VIH	0	0
Echographie obstétricale	30	15
Goutte épaisse	140	70
BW	50	25
Prélèvement vaginal	0	0
Toxoplasmose	40	20
Test d'Emmel	2	1
Albumine sucre dans les urines	150	75
E.C.B.U	0	0
Glycémie a jeun	0	0

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

Opinion des gestantes	Effectif	Pourcentage
Etat des locaux		
Vieux et sales	0	0
Récent et sales	3	1,5
Vieux et propres	166	83
Récent et propres	21	15,5
Satisfaction par rapport aux prestations		
Non satisfaite	0	0
Peu satisfaite	15	37,5
Satisfaite	115	57,5
Très satisfaite	70	35
Consultation antérieure		
Dans la même unité prénatale	125	62,5
Dans l'unité prénatale d'un autre service	75	37,5
Motif de changement de l'établissement		
Coût trop élevé	0	0
Mauvais accueil	0	0
Connaissance d'un personnel	7	3,5
Déménagement du personnel	9	4,5
Autres raisons (simple plaisir)	184	92

Tableau XXVIII : Répartition des gestantes en fonction du type des médicaments prescrits.

Traitement reçu	Effectif	Pourcentage
SP	185	92,5
Fer	200	100
Acide folique	200	100
VAT	200	100
Autres	15	7,5

Autres : Clotrimazole crème ou ovule, Erytromycine comprimé, hydroxyde d'aluminium

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

Groupe à risque	Effectif	Pourcentage
Absence de risque	189	94,5
Existence de facteur de risque	10	5
Référence vers un Médecin du centre	0	0
Référence dans un autre établissement	1	0,5
Total	200	100

Tableau XXX: Différents facteurs de risque rencontrés.

Facteurs de risque	Effectif	Pourcentage
ATCD de césarienne	2	1
ATCD d'avortement à répétition	2	1
Taille inférieure à 1m50	3	1,5
HTA	2	1
Autre	1	0,5
Total	10	5

5.5. Etude analytique :

La qualité de la dimension humaine de la CPN.

Appréciation du niveau de qualité dans le CSCOM de Sabalibougou I par rapport à l'interaction gestante soignant.

Tableau XXXI : distribution de fréquence au niveau de qualité de l'interaction gestante soignant.

Niveau	Q1		Q2		Q3		Q4	
	0%	0	15%	30	75%	150	10%	20
Respect physique psychique	0%	0	15%	30	75%	150	10%	20
Respect de l'intimité	0%	0	15%	30	85%	170	0%	0
Respect de la confidentialité de l'examen	0%	0	6%	12	0%	0	94%	188

Tableau XXXII : niveau de qualité du CSCOM de Sabalibougou I sur le plan de qualité du "respect physique psychique des gestantes" ; "du respect de l'intimité" et du "respect de la confidentialité de l'examen" des gestantes.

Niveau	Q3		Q4		Q3+ Q4		Niveau			
							I	II	III	IV
respect physique psychique	75%	150	10%	20	85%	170				
respect de l'intimité	85%	170	0%	0	85%	170				
respect de la confidentialité de l'examen	0%	0	95%	188	95%	188				

L'observation du tableau montre que le CSCOM de Sabalibougou I est de **niveau IV** pour le respect physique, le respect de l'intimité et le respect de la confidentielle.

La qualité de l'interaction gestante soignant est d'assez bonne qualité.

La qualification du personnel :

Tableau XXXIII : Analyse discriminatoire de la qualité de la « qualification du personnel de CSCOM au cours des visites prénatales ».

Qualification du personnel	Effectif	Pourcentage
Médecin	6	3
Sage femme	140	70
Infirmière obstétricienne	14	7
Matrone	40	20

L'observation du tableau montre les CPN ont été effectuées à 80% par du personnel qualifié.

IL s'agit : de médecin, sage femme et infirmière obstétricienne.

Les CPN effectuées dans le CSCOM de Sabalibougou I était de **niveau IV**.

Tableau XXXIV : niveau de qualité de l'examen physique des consultations prénatales au CSCOM sur le plan de la qualification du personnel.

Niveau	Q1		Q2		Q3		Q4	
	Examen physique	20%	40	7%	14	70%	140	3%

L'examen discriminatoire de la qualité montre que l'examen physique était de « moins bonne qualité » au cours de la CPN.

La distribution de fréquence du niveau de qualité de l'examen physique montre que le CSCOM de Sabalibougou I était de **niveau II**.

COMMENTAIRES

VI- COMMENTAIRES :

Notre étude prospective a porté sur l'évaluation de la qualité des CPN dans le CSCOM de Sabalibougou I. Elle s'est déroulée du 1^{er} juin 2006 au 30 septembre 2006.

L'étude a été faite selon le modèle d'Avedis Donabedian : Evaluation des structures, des procédures et des résultats. 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
- De recueillir l'opinion des gestantes sur la qualité 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 aux choix de variables discriminatoires. Si l'une de ces variables venait à manquer, elle remet 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 CSCOM de sabalibougou I par niveau de qualité et partant de cela le repérage des problèmes à différents niveaux de qualité.

Notre évaluation doit être suivie d'action pour réduire ces problèmes afin d'obtenir une qualité de prestation.

6.1 Monographie des structures de soins prénatals :

a- Interaction gestante personnel de soins prénatals :

Nous nous sommes référés aux domaines tels que le respect physique et psychique, le respect de l'intimité et de la confidentialité de la gestante pour explorer la qualité de l'interaction gestante prestataire. Ce volet est d'une importance capitale compte tenu des objectifs visés par les soins de santé maternelle : sécurité, satisfaction économie.

❖ **Respect physique et psychique :**

La qualité du respect de la dignité humaine était assez bonne (**niveau IV**). La dimension humaine est une phase capitale de la consultation et fait partie intégrante de la surveillance prénatale. Le personnel était accueillant. Kamissoko M. [15] et Traoré MK. [16] ont trouvé cette qualité faible (**niveau II**).

❖ **Respect de l'intimité :**

Les examens se faisaient toujours en l'absence des regards indiscrets derrière un paravent. L'opinion des gestantes était favorable quant au respect de l'intimité.

❖ **Respect de la confidentialité**

Le respect de la confidentialité a été assuré dans 95% des cas. Les quelques entrées et sorties injustifiées étaient dues à la présence des stagiaires du centre. Au total il y avait une bonne interaction gestante personnel soignant. Kamissoko M. [15] a noté 60% et Goïta N. [17] en 2003 au CSREFCV a trouvé 99,5%.

b- Démarche clinique et thérapeutique :

- Qualification du personnel :

Dans notre étude 70% des CPN ont été réalisées par une Sage-femme « niveau IV », 07% par une Infirmière obstétricienne et 20% par une matrone ce qui affecte la qualité de cette activité. Dans les normes selon l'OMS la première CPN doit être faite par un médecin et cela pour confirmer la grossesse et prendre en charge les grossesses à risque [18].

- Interrogatoire au cours de la CPN :

L'interrogatoire au cours de la CPN est capital, permet d'identifier la patiente, de préciser son cadre de vie et de rechercher des facteurs de risques liés aux antécédents personnels et familiaux par exemple.

❖ **Sur la situation personnelle de la gestante :**

De nombreux paramètres, tels que : l'identité, l'âge, la profession de la gestante, l'état matrimonial, la résidence de la gestante ont été précisés dans 100% par contre l'ethnie la profession du mari, la résidence du mari, la distance parcourue

pour arriver au centre (non kilométrée), le moyen de transport utilisé pour se rendre au centre n'étaient pas recherchés. Berthé A. [19] relève seulement deux paramètres (âge et la profession de la gestante) qui ont été recherchés.

En revanche, l'exploration de la situation socio-économique de la gestante permet de connaître son statut social (indigentes, revenus satisfaisants). Cela nous permettait de mieux identifier les cas sociaux. La distance parcourue et les moyens de transport utilisés permettaient d'orienter le prestataire sur d'éventuels risques pouvant menacer l'évolution normale de la grossesse. Il ressort donc que ce volet n'a pas été exploré par les prestataires.

❖ **Les antécédents obstétricaux :**

Dans notre étude l'interrogatoire a été insuffisamment exploré.

Le personnel n'interrogeait que sur la gestité, la parité, le nombre d'enfants vivants et décédés et le nombre d'avortement. Par contre elles ne se renseignaient pas sur la notion de convulsion pendant la grossesse, sur l'histoire des accouchements antérieurs (notion d'extraction instrumentale, notion de césarienne, notion de convulsion après accouchement), l'état de santé des enfants vivants et surtout l'histoire du dernier accouchement et son issue.

La connaissance de ces antécédents est primordiale dans la prise en charge de ces gestantes car dicte la conduite à tenir pour une issue heureuse de la grossesse.

❖ **Les antécédents médicaux**

Dans notre étude les antécédents médicaux étaient également rarement recherchés, seulement l'HTA était recherchée dans 95,5%.

Certains facteurs de risque très importants tels : les cardiopathies, les affections respiratoires (insuffisance respiratoire), diabète nécessitant une surveillance multidisciplinaire n'étaient pas recherchés. Une mauvaise surveillance de ces maladies expose à des risques potentiels de complications néfastes pour la mère et le fœtus.

❖ **La date probable de l'accouchement :**

La DDR a été recherchée chez toutes les gestantes mais seulement 0,5% des gestantes connaissaient leur DDR. Konaté.S [5] a révélé le même taux. Cependant, Berthé A. [19] et Goïta N. [17] ont trouvé 11% chacun. Connaître la DDR est un atout pour un meilleur suivi : Dépistage des cas de retards de croissances intra-utérines ; D'éviter les erreurs du terme ; Dépister les cas de dépassement de terme ; De préciser la date probable d'accouchement. Les prestataires ne marquaient pas l'âge de la grossesse dans le carnet de CPN des gestantes. Cette faible proportion des gestantes de notre série connaissant leur DDR et leur date probable d'accouchement est due au fait que 56% de l'échantillon n'étaient pas instruites.

❖ **Le déroulement de la grossesse :**

La notion de CPN antérieure et le nombre étaient demandés mais la qualification du prestataire ne l'était pas.

Egalement la notion de vomissements, fatigue, douleurs pelviennes, métrorragie, troubles urinaires a été moins explorée tout au long de notre enquête. En revanche, la notion de présence d'œdème a été recherchée dans 100% des cas et celle des mouvements actifs du fœtus (MAF) dans 70% des cas.

Hygiène de vie pendant la grossesse : dans notre échantillon aucune gestante n'a été interrogée sur son mode de vie : alimentaire, activité sportive, transport. Goïta N. [17] a noté que 31,5% des gestantes ont bénéficié une sensibilisation sur l'hygiène de la grossesse.

Les mesures préventives de supplémentation en fer acide folique (antianémique), l'administration du vaccin antitétanique (VAT) et antipaludique (SP) étaient respectivement 100%, 100% et 92,5%.

Les praticiens doivent conseiller aux femmes enceintes une vie calme, régulière avec une alimentation équilibrée, éviter toute fatigue excessive.

c- Analyse discriminatoire de l'examen physique :

L'examen physique est une étape très importante de la CPN. Il exige l'accomplissement d'un certain nombre de gestes corrects et qui doivent être exécutés par un personnel qualifié. C'est le moment de détecter certaines anomalies qui n'ont pas été explorées aux cours de l'interrogatoire.

Les paramètres comme la quantification de la température, l'auscultation cardio-pulmonaire, la recherche de la boiterie n'ont pas été explorés. Konaté S [5] et Goïta N. [17] ont rapporté les mêmes constats.

- La mesure de la taille :

Dans notre étude 100% des gestantes ont bénéficié la mensuration de la taille ce qui est une œuvre salutaire.

- La mesure de la tension artérielle :

La mesure de la tension artérielle était systématique chez toutes les gestantes.

- La mesure du poids :

Dans notre série 100% des gestantes ont bénéficié la mesure du poids, mais en revanche, la prise de poids entre deux consultations prénatales successives (à un mois d'intervalle) n'a pas été prise en compte par les prestataires. Ceci est une faille à combler quant on sait qu'en moyenne une gestantes ne doit prendre plus de 2000 grammes par mois .Toute prise de poids de plus 2000 grammes par mois doit faire penser à un œdème « inapparent » .En somme on s'intéressera surtout à la prise de poids entre deux examens plutôt qu'à une pesée isolée [20].

- Les muqueuses (conjonctives) :

Les conjonctives ont été examinées chez toutes les gestantes soit 100% des cas. Berthé A. [19] rapporte 41%,

- Examen des seins :

Les seins ont été examinés systématiquement.

- Estimation de la taille utérine ou mesure de la hauteur utérine :

Cette mesure de la hauteur utérine est proportionnelle à l'âge de la grossesse.

Dans notre étude 100% des gestantes ont bénéficié de cette mensuration, même constat fait par Boiré M [21].

- Examen au spéculum :

20% des gestantes seulement de notre série ont bénéficié de l'examen au spéculum. Cet examen est réalisé surtout en cas d'infection génitale suspectée. Berthé A. [19] a rapporté 37% des gestantes et Konaté S. [5] 34, 5% des gestantes. Ce faible taux d'utilisation du spéculum dans notre série est dû au nombre insuffisant de spéculums stériles disponibles.

- Appréciation clinique du bassin par pelvimétrie interne (au toucher vaginal) :

Pendant notre étude 30% des gestantes (60 gestantes) ont été vues en CPN au troisième trimestre de la grossesse et aucune n'a bénéficié l'examen du bassin.

L'examen prénatal du dernier mois de la grossesse est un examen capital, car il permet d'établir le pronostic de l'accouchement par l'appréciation du bassin. Nous disons que l'objectif principal de la CPN au 3ème trimestre n'est pas atteint dans la mesure où le bassin n'est pas exploré.

L'absence de cet examen est due à la méconnaissance de certaines praticiennes de l'importance de cet élément dans le pronostic de l'accouchement.

d- Décision et diagnostic :

Les examens complémentaires : Au Mali selon les normes et procédures [32] les examens complémentaires doivent être demandés à la première consultation prénatale et sont indispensables pour détecter certaines pathologies associées à la grossesse. Dans le CSCOM de Sabalibougou I ces examens ont été demandés à des fréquences variées : BW (25%), le taux d'Hb (0,5%), le groupage rhésus (51,5%), test d'Emmel (1%) et l'albumine et sucre dans les urines (75%). Berthé A. [19] a rapporté que ces examens ont été demandés chez les gestantes 100% et Fomba S [7] a noté 96,6%.

Les examens tels que la rubéole et la toxoplasmose qui devraient être demandés dès la première consultation prénatale à cause des malformations qu'elles provoquent n'étaient pas systématiques.

Echographie : bien que moyen précieux de diagnostic et de surveillance de la grossesse elle n'a été demandée que dans 15% des cas. Cet examen est indispensable à plus d'un titre pour un bon suivi de la grossesse. Toute femme enceinte devrait bénéficier d'au moins trois échographies :

- Au premier trimestre : Confirmer d'abord la grossesse, vérifier la vitalité embryonnaire, de préciser l'âge gestationnel, de préciser le nombre d'embryon, préciser la nature de l'œuf (grossesse molaire) et sa localisation (grossesse intra ou extra-utérine) [22]
- Au deuxième trimestre : Etude morphologique à la recherche de malformations
- Au troisième trimestre : Elle permet d'apprécier la biométrie fœtale : croissance fœtale, (ce qui permet de s'assurer de son état eutrophique par rapport au terme). Apprécier l'insertion placentaire, la présentation et la quantité du liquide amniotique [22].

Des efforts sont à faire pour la rationalisation de la demande des examens complémentaires.

e- Mesures préventives pendant la grossesse :

L'anémie : Environ la moitié des femmes des pays en voie de développement souffrent d'une anémie. En Afrique sub-Saharienne, la moitié des anémies est due à une carence en fer et environ 10% à une carence en folates [23]. Dans notre série 100% des gestantes ont bénéficié d'une supplémentation en fer et en Acide folique. Sitouck Wongen S [24] a rapporté les mêmes résultats 100% et Konaté S. [5] a rapporté 22%.

Au cours de la grossesse et de l'allaitement, les besoins en fer et en acide folique chez la femme sont augmentés pour les besoins de croissance et de développement du fœtus et ou de l'enfant.

Ces efforts sont à encourager à cause de la fréquence des malformations du tube neural par carence en acide folique.

La chimio-prophylaxie anti palustre et le VAT : Dans notre série 92,5% des gestantes qui ont consulté entre 16 et 36 SA ont bénéficié une chimio-prophylaxie à la SP. Konaté S. [5] et Fomba S. [7] ont rapportés respectivement 85% et 50,3%.

La dose recommandée est de 3 comprimés de SP soit 300mg en une prise unique à deux reprises au cours de la grossesse :

Première prise après 16SA

Deuxième prise après 36SA.

La vaccination Antitétanique :

Le tétanos de la mère est responsable d'au moins 5% des décès maternels par ans [25]. Le tétanos néonatal est responsable de 14% de décès des enfants âgés de moins d'un mois [25].

L'efficacité de la prévention du tétanos néonatal par la vaccination antitétanique n'est plus à démontrer. Chez une mère vaccinée elle protège le nouveau-né d'une part contre le tétanos ombilicale [26] et d'autre part contre le tétanos néonatal par les anticorps transmis passivement de la mère à l'enfant [27].

Dans notre série 100% des gestantes ont bénéficié de la vaccination anti tétanique (VAT).

Nous avons enregistré 05% des gestantes ayant classées dans un groupe à risque (ATCD d'avortement à répétition, utérus cicatriciel, femmes de taille inférieur à 1m50). Konaté S [5] a rapporté 22, 5%.

❖ **L'âge :**

La tranche d'âge 20-29 était la plus représentée avec 50,5%.

La plus jeune patiente avait 15 ans et la plus âgée avait 40 ans.

Konaté P [28] a trouvé 1,33% pour le jeune âge (15 ans) et 2% pour l'âge avancé (40 ans ou plus).

❖ **Risques liés au nombre de CPN :**

Une grande proportion de notre échantillon était entre un et trois consultations prénatales soit 84%. Keita Y. [29] trouvait (75%).10%des gestantes étaient à leur première CPN.

❖ **La gestité :**

Les primigestes représentaient 30% de notre échantillon ; 12,5% pour Goïta N [17]. Quant aux multigestes : Elles représentaient 20% de notre échantillon et 46,5% pour Koïta M. [30].

❖ **La profession :**

La grande proportion de notre échantillon était représentée par des femmes sans profession avec 58,5% des cas. Fomba S. [7] et Bocoum H. [31] rapportent respectivement 84,5% et 68%. Ce groupe social devrait être classé parmi les femmes à risque vu l'impact des travaux ménagers intenses sur l'évolution de la grossesse.

❖ **L hygiène de la consultation :**

Les prestataires ne se lavaient pas les mains avant l'examen. L'Alèze sur la table d'examen n'était pas fourni par le centre, les gestantes utilisaient leur pagne comme Alèze. Le spéculum utilisé était pris avec des doigtiers non stériles. Le même constat a été apporté par Sitouck Wonguem S. [24] en 2006 au CSREFCV.

❖ **Risques liés à la période de la grossesse :**

30%des gestantes sont venues en CPN au troisième trimestre de la grossesse et 47,5% étaient au deuxième trimestre. Goita N [17] rapporte 15% au troisième trimestre et 60% au deuxième trimestre.Des séances de causeries doivent être organisées afin de leur expliquer l'importance de la CPN dès le début de la grossesse.

f- Continuité des soins : Dans notre série seulement 28% ont reçu des informations sur l'évolution de leur grossesse. Le rendez-vous a été donné à 100% des gestantes et de façon précise.

6.2- Etude des résultats :

Il s'agit de recueillir l'opinion des gestantes dans la plus grande discrétion à leur sortie dans la salle CPN.

- ❖ **Modalités de transport et critères de choix du centre :** dans notre série, 82% des gestantes étaient venues à pieds au centre de santé.

Dans notre étude 41,5% avait leur domicile à proximité du centre de santé. Il s'agit d'un constat très important car les CSCOM sont créés dans le but entre autre d'accroître l'accessibilité géographique.

Dans 64% des cas les gestantes avaient déjà fréquenté le centre plusieurs fois, la CPN a été le motif de fréquentation antérieure le plus souvent évoqué avec 62,4% et 31% ont trouvé l'attente longue. Les gestantes affirment l'existence de toilette propre dans 58,5% ce qui est conforme à notre constat.

- ❖ **Opinion des gestantes sur la dimension humaine :**

Dans notre étude 69% des gestantes ont affirmé qu'elles étaient assez confortablement installées et que l'ordre de passage a été respecté dans 85,5% des cas.

De même 57,5% ont trouvé qu'elles ont été satisfaites par rapport à la politesse affichée par le personnel, au respect de la confidentialité et au respect de l'intimité. 83% trouvaient que les locaux étaient vieux mais propres. Les gestantes nous ont confirmé qu'une prochaine CPN leur a été proposée avec une date précise dans 100%. Cependant 28% des gestantes seulement ont eu des informations sur l'évolution de leur grossesse.

CONCLUSION

VII- CONCLUSION :

Notre étude sur la qualité de la CPN s'est déroulée du 1^{er} juin au 30 septembre 2006 dans le CSCOM de Sabalibougou I (ASACOSAB I).

a). Evaluation des structures :

- ❖ Le centre de santé de Sabalibougou I (ASACOSAB I) est bien construit.
- ❖ Absence du personnel qualifié chargé de l'accueil
- ❖ Existence de moyen de communication (SOTELMA Matériel WASSA) qui n'est pas toujours fonctionnel par manque de carte de recharge

Manque de protection contre la poussière (absence de vitres) au niveau de la pharmacie et au niveau du laboratoire

- ❖ Absence d'ambulance, cependant l'ambulance du CSREFCV assure l'évacuation des malades de tous les CSCOMS de la commune V.

b). Evaluation des procédures :

Le respect de la dignité humaine était respecté. L'intimité et la confidentialité étaient préservées. L'étude a montré que la CPN au CSCOM de Sabalibougou I est assurée jusqu'à 20% par les matrones ce qui pouvait porter préjudice à la qualité des soins prénatals. Ainsi l'interrogatoire dans son ensemble n'était pas à la hauteur, il a été sous exploité laissant échapper certains facteurs de risques. Aussi des éléments comme : la prise de la température, l'examen du bassin ont été ignorés lors de la CPN. Le bilan prénatal qui devrait être systématique chez toutes les gestantes à la première CPN ne l'a été que dans 51,1%(Groupage Rhésus), 0,1%(Taux d'hémoglobine) ,75%(Albumine sucre dans les urines) ,1%(Test d'Emmel) ,20%(Toxoplasmose). Toutes les gestantes de notre série ont bénéficié des soins préventifs. Il s'agit de la prévention de l'anémie, du tétanos et de l'antipaludique.

Au terme de cette étude l'analyse discriminatoire des différentes variables de la CPN révèle des soins de **niveau II** où 25 à 44,99% des gestantes reçoivent des soins de bonne et d'assez bonne qualité.

A la suite de ces remarques nous nous proposons de faire certaines recommandations afin d'améliorer les prestations du centre pour l'intérêt supérieur des patientes.

RECOMMENDATIONS

VIII - RECOMMANDATIONS :

Au terme de cette étude nous avons proposé les recommandations suivantes et qui s'adressent :

1. AUX PRESTATAIRES DU CENTRE DE SANTE :

- Respecter les normes et procédures nationales en matière de CPN
- Renforcer l'interaction patient soignant par la CCC au cours de la CPN.
- Etendre davantage l'interrogatoire et les examens complémentaires en vue de détecter les grossesses à risque.
- Encourager le Planning familial par le renforcement des campagnes de C.C.C (Communication pour le changement de comportement)
- Référer les grossesses à risques afin de réduire au maximum les évacuations
- Promouvoir l'utilisation des gants stériles et l'usage d'antiseptique avant et après tout acte médical afin de réduire les infections
- Impliquer la population dans la gestion des politiques de santé communautaire
- Faire la désinfection de haut niveau

2. AUX AUTORITES ET AU COMITE DE GESTION :

- Construire des centres de santé respectant les normes architecturales
- Assurer une formation continue du personnel socio sanitaire
- Limiter la CPN aux seuls personnels qualifiés
- Faire instaurer le carnet de grossesse plus pratique que la fiche personnelle actuelle qui n'est pas adaptée à Bamako où les gestantes vont d'un agent à un autre, d'un centre à un autre.
- Renforcer le système de prise en charge des personnes démunies.
- Agrandir les locaux
- Equiper le CSCOM de matériels de bonnes qualités.
- Recruter du personnel de qualité en nombre suffisant

- Renforcer la supervision trimestrielle dans l'unité CPN.
- Renforcer la sensibilisation des jeunes et des adolescentes sur la contraception et multiplier les services à leur disposition dans ce domaine.
- Promouvoir les meilleures conditions de vie, grâce à un développement socio économique général.

3. AUX GESTANTES :

- Faire la CPN dès le début de la grossesse et un suivi régulier
- Appliquer les conseils stricts donnés par les prestataires de santé.

4. A LA COMMUNAUTE :

- Impliquer la communauté dans la gestion des politiques de santé
- Adhérer aux programmes de santé communautaire.

REFERENCES

IX- REFFERENCES :

1. **Bouvier colle MH.** La Mortalité Maternelle : un aperçu sur la situation mondiale.L'enfant en milieu tropical.1995 ; 06 :P187-8.
2. **Rivière M.** Mortalité Maternelle au cours de l'état gravido-pueperale, avortment xcepté. Introduction generale.Rv.Gynecol.Obstet.1959 ; 11 :P141-3.
3. **OMS (chronique).**Mortalité maternelle soustraire les femmes de l'engrenage fatal Genève .1986 ; 405 :193-202.
4. **Mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest.** Résultat d'une enquête a Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, OMS bureau Afrique Division santé de la famille.1997 ; P40-05.
5. **Konaté S.** qualité des surveillances prénatales dans le centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako. Thèse médecine Bamako. 2002 ; M 33 : P56.
6. **DNSI-CPS/MSSPA.** Enquête démographique et santé III Mali Janvier à Mai 2001 ; 450.
7. **Fomba S .**Qualité de la consultation prénatale et de l'accouchement au centre de santé. Miprona de Magnabougou en commune VI du District de Bamako. Thèse médecine. 2002-2003; M 64 :P40.
8. **Cellule de planification et de statistique .**plan de formation et de perfectionnement du personnel socio sanitaire Bamako (Koulikoro) 1995-2000.
9. **Division santé famlliale.**Programme de santé familiale .Plan quinquennal 1988-1992 Mali Décembre 1987.
10. **Fenersteine MT.** Furning the Tide Safe Mother lood A distraction manual London MC Millan 1993.
11. **Hogberg and wll S.** Secular trend in maternal mortality in Sweden from 1750 to 1980 Bull OMS 1986; 647-984.
12. **Parpiernick E, Cabrol D, Pons-c.**Obstétrique(Médecine-Sciences). Flammarion, chapitre78:P985-1004 ET chapitre 92:P1191-1204.

13. **DONABEDIAN Avedis** . Exploration incasement and monitoring, the definition of quality and approaches to. It's assessment health administration presse an Arbor, Michigan .1980 ; P121.
14. **Drabo A.** Les ruptures utérines a l'hôpital Sominé DOLO de Mopti facteur influençant à propos de 25 cas .Thèse médecine Mopti. 2000 ; M 07 :P121.
- 15 **Kamissoko M.** qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Kalaban-Coro Zone péri- urbaine de Bamako. Thèse médecine Bamako. 2004 ; M87 : P59.
- 16 **Traoré MK.** Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Banconi à propos de 200 cas. Thèse médecine. 2001 ; M49 : P121.
17. **Goita N.** qualité de la CPN dans le centre de santé de référence de la commune V. Thèse médecine Bamako. 2005 ; M 60 :P20-04.
18. **OMS.** Série de rapport technique 780 (1989) ; Amélioration des prestations des agents de santé communautaires dans les soins de santé primaires, rapport d'un groupe d'étude de l'OMS 1989 ; Genève.
19. **Berthe A.** Qualité de la surveillance prénatale dans le CSCOM de Korofina Salèmbougou, dans la commune I du District de Bamako. Thèse médecine Bamako. 2004 ; M 20 :P20-4.
20. **DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE/ MISSION FRANCAISE DE COOPERATION ET D'ACTION CULTURELLE AU MALI**
Ecole Secondaire de la Santé
Projet : « Maternité à risque »
Formation continue des sages femmes
1994/1995, 1995/1996, 1996/1997.
21. **Boiré M.** Evaluation de la qualité des soins dans certains services médicaux ; médico-techniques et pharmaceutiques de l'HGT. Thèse médecine.2000 ; M6 :P79.

22. **Merger R.** Précis D'obstétrique.1995 ; 7242 : 6^{ème} édition Masson Paris.597, P84-92.
23. **De Maeyer EM,Adiel; Tegman M.** The prevalence of anaemia in the world.World health statiique.1985; 38:302-16.
24. **Sitouck Wonguem S.** Qualité de la surveillance prénatale au CSREFCV du District de Bamako. Thèse Médecine, Bamako.2006 ; 300 :P62.
25. **U.N.I.C.E.F. /O.M.S. /F.N.U.A.P.** Elimination du tétanos maternel et néonatal d'ici à 2005, stratégie permettant d'éliminer le tétanos et d'éviter sa réapparition. Novembre 2000.
26. **Rougemont A ; Brunet J et Jailey.** Planifier, Gérer, Evaluer, Santé en pays tropicaux. Doin. Editeur Paris.1999 ; P751.
27. **Hart M.A et Coll.** Considération pratique .intégration des soins de santé maternelle et infantile dans les SSP.
28. **Konaté P.** Evaluation de la qualité des consultations prénatales au Centre de Santé de Référence de Koutiala. Thèse Médecine.Bamako.2007 ; 88 :P60.
29. **Keita Y.** Etude de la césarienne à la maternité du centre de santé de référence de la commune IV du District de Bamako .Thèse médecine, Bamako.2006 ; M287 :P52.
30. **Koita M.** qualité des surveillances prénatales dans les formations sanitaires publiques et communautaires des communes V et VI du district de Bamako. Thèse médecine Bamako. 2001 ; M 41 : P129.
31. **LA CONSTITUTION.** La loi fondamentale du 25 Février 1992
Titre 1 Article 2.
32. **Bocoum H.** Evaluation de la qualité de la consultation prénatale au CSCOM de l'ASACOBAKON de Badialan III en commune III du District de Bamako. Thèse Médecine Bamako.2007 ; 258 :P67.

ANNEXES

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : BAMADIO

Prénom : ALY

Titre de la thèse : Evaluation de la Qualité de la consultation prénatale au centre de santé communautaire de Sabalibougou I dans la commune V du district de Bamako

Année Universitaire : 2007-2008.

Pays d'origine : République du Mali

Lieu de dépôt : Faculté de Médecine de pharmacie et d'odontostomatologie du Mali

Secteur d'intérêt : Gynécologie obstétrique

Résumé de thèse : En matière de naissance, toute femme a le droit fondamental de bénéficier des soins prénataux adéquats. « Donner la vie en vie sans séquelles graves » est le slogan de tout gynécologue obstétricien.

Cette étude a pour but d'évaluer le niveau actuel de la qualité des CPN au CSCOM de Sabalibougou dans la commune V du district de Bamako, déterminer les infrastructures et le personnel, préciser les procédures et en déterminer les résultats.

C'est ainsi que le CSCOM de Sabalibougou a été classé au **niveau II**, c'est à dire que les références évaluées étaient peu satisfaisantes soit un niveau de 50-74% SC Max de 20 à 37,99 sur le plan structurel avec un système de tarification jugé abordable selon l'opinion des gestantes. Mais de lacunes sur le plan des procédures (**niveau II**). L'analyse du niveau de la dimension humaine révèle que le CSCOM de Sabalibougou I est de **niveau IV** ou 75-100% des gestantes reçoivent des soins de bonne et d'assez bonne qualité.

L'analyse de la compétence du personnel a été qualifiée de satisfaisante.

L'analyse de la qualité de l'accueil du personnel a été qualifiée de satisfaisante par toutes les gestantes.

L'analyse de l'opinion des gestantes sur l'accueil, l'attitude, et le respect psychique et physique des gestantes montre qu'elles ont été satisfaites des prestations reçues dans la majorité des cas **niveau IV**.

Les mots clés : Evaluation, Qualité, Consultation Périnatale.

Observation de la CPN CSCOM de Sabalibougou I

Fiche d'enquête N°...../...../...../

Age :..... Ans

Q1 Date /..... /.....

Q2 Qualité de l'agent

1 Médecin /___/ 2 Sage femme/___/ 3 Interne/___/ 4 Matrone/___/

5 Infirmière obstétricienne/___/ 6 Autres

Q3 Qualité de l'accueil

1 Salutation conforme aux normes sociales Oui/___/ Non/___/

2 Expliquer ce qui va se passer Oui/___/ Non/___/

Q4 Qualité de l'examen

Interrogatoire

1- Antécédents obstétricaux : Oui/___/ Non/___/

2- Antécédents chirurgicaux : Oui/___/ Non/___/

3- Antécédents médicaux : HTA/___/, Diabète/___/

Cardiopathie/___/ RAA/___/

4- Date des dernières règles : Oui/___/ Non/___/

5- Signes fonctionnels : Oui/___/ Non/___/

6- Nombre de consultation : 1/___/ 2/___/ 3/___/ 4/___/ Autres/___/

7- Demande l'âge de la grossesse : Oui/___/ Non/___/

Inspection :

1- Appréciation de l'état général

1-1 Bon /___/ Passable/___/ Altéré /___/

2 Etat des conjonctives : Pâles/___/ Peu colorées/___/, Colorées/___/

3 Peau et phaners œdèmes Oui/___/ Non/___/

Recherche de l'œdème, appréciation des conjonctives, varices, vergetures

Oui/___/ Non/___/

Examen général

- | | | |
|-------------------------------------|----------|---------|
| 1. Prise du poids : | Oui /__/ | Non/__/ |
| 2. Prise de la tension artérielle : | Oui /__/ | Non/__/ |
| 3. Mesure de la taille : | Oui /__/ | Non/__/ |
| 4. Prise de la température | Oui /__/ | Non/__/ |

Examen obstétrical

- | | | |
|--|----------|---------|
| 1. Examen des seins : | Oui /__/ | Non/__/ |
| 2. Mesure de la hauteur utérine : | Oui /__/ | Non/__/ |
| 3. Palpation de l'abdomen | | |
| 4. Auscultation des bruits du cœur fœtal : | Oui /__/ | Non/__/ |
| 5. Examen au spéculum : | Oui /__/ | Non/__/ |

Examens complémentaires demandés :

- | | | |
|--------------------------------------|----------|---------|
| 1. Groupage rhésus : | Oui /__/ | Non/__/ |
| 2. Taux d'hémoglobine : | Oui /__/ | Non/__/ |
| 3. Sérologie syphilitique | Oui /__/ | Non/__/ |
| 4. Test d'Emmel : | Oui /__/ | Non/__/ |
| 5. Toxoplasmose : | Oui /__/ | Non/__/ |
| 6. Glycémie : | Oui /__/ | Non/__/ |
| 7. Test urinaire d'Albumine, sucre : | Oui /__/ | Non/__/ |
| 8. Echographie obstétricale : | Oui /__/ | Non/__/ |
| 9. NFS | Oui /__/ | Non/__/ |

Q5 Qualité de l'hygiène

- | | | |
|---|----------|---------|
| 1. Lavage des mains : | Oui /__/ | Non/__/ |
| 2. Utilisation des gants et doigtiers stériles: | Oui /__/ | Non/__/ |
| 3. Utilisation des doigtiers stériles seulement : | Oui /__/ | |
| | Non/__/ | |
| 4. Existence d'eau de décontamination : | Oui /__/ | Non/__/ |

Q6 Qualité de la prévention antitétanique

1^{ère} dose dès la première CPN : Oui /__/ Non/__/

2^{ème} dose un mois d'intervalle : Oui /__/ Non/__/

Rappel : Oui /__/ Non/__/

Q7 Intervalle des CPN : 1 Mois /__/, 2 Mois /__/, 3 Mois/__/

Autres à préciser /__/

Q8 Documentation utilisé

Fiche de CPN

Carnet de CPN

OPINION DES GESTANTES

Fiche d'enquête N°/...../

1 Caractéristique de la gestante

1.1 : Age

1.2 : PROFESSION (1- 6).....

1 = Ménagère, 2 = Vendeuse, 3 = Fonctionnaire, 4.= Employée, 5 = Commerçante,
6=Autres.

1.3. Niveau d'instruction (1-5).....

1 = Alphabète, 2 = Primaire, 3 = Secondaire, 4 = Supérieur, 5 = Coranique.

1.4. Etat matrimonial (1-5).....

1. Mariée, 2. Célibataire, 3. Veuve, 4. Divorcée.

1.5. Résidence habituelle (1-5).....

1. Commune, 2. Village, 3. Bamako, 4. Autre ville de l'intérieur, 5. Ne sait pas

1.6. Numéro de la grossesse.....

1.7. A t- elle été identifiée comme appartenant à un groupe à risque ?...

1.8. Si oui, sur quels facteurs ? (1-5).....

1. ATCD césarienne, 2. ATCD mort né, 3. Taille, 4. HTA, 5. Autres

1.9. Nombre de CPN réalisées.....

2. Examen du carnet de grossesse

2.1. Possession d'un carnet de grossesse (0-2

0 = Pas de carnet, 1 = Carnet mais inutilisable, 2 = Carnet utilisable

2.2. Terme de la grossesse

2.3. Date des dernières règles

2.4. Date du terme prévu de la grossesse.....

3. Modalité de transport

3.1. Etes vous venue (1 -5).....

1 = à pieds, 2 = en véhicule collectif (sortama), 3 = en taxi, 4 = en véhicule
personnel, 5 si autre lequel

4. Critère de choix du centre :

Pourquoi avez-vous choisi ce CSCOM (1-9)

1 = Parce que cet établissement est proche de mon domicile

2 = Parce que je connais qu'un dans cet établissement

3 = Parce que l'attente n'est pas trop longue

4 = Parce que le personnel est compétent

5 = Parce que le personnel est accueillant

6 = Parce que les tarifs sont peu élevés

7 = Parce qu'ici on peut acheter des médicaments à bon tarifs

8 = Parce qu'une connaissance me l'a conseillé

9 = Autres raisons

4.1. Etes-vous déjà venue dans ce centre sanitaire (0-1)

0 = Non, 1 = Oui

4.2. Pour quelles raisons (0-4)

0 = Je ne sais pas, 1 = Consultation médicale, 2 = Consultation prénatale,

3 = accouchement, 4 = Autres.

4.3. Avez-vous reçu un ticket avec numéro (0-1)

0 = Oui, 1 = Non

4.4. L'ordre de passage a-t-il été respecté (1-2)

1 = Oui, 2 = Non

4.5. Comment était l'attente (0-1)

0 = Trop longue 1 = Acceptable.

4.6. Y avait t-il des toilettes accessibles dans le service (1-4)

1 = Je ne sais pas, 2 = Non, 3 = Oui mais sales, 4 = Oui propres.

4.7. Avez-vous trouvé l'attente longue (1-2)

1 = Oui 2 = Non

4.8. La personne qui a reçu a-t-elle été (1-3)

1 = Désagréable et malpolie, 2 = Indifférente, 3 = Attentive et polie.

- 4.9. Pensez-vous que la personne qui vous a reçu a prêté suffisamment attention à vous

- 4.10. Avez-vous trouvé que la consultation était suffisamment confidentielle ? (Secret
 médical)...../...../
- 4.11. Votre intimité a-t-elle été respectée (1-4)
 1 = Oui, 2 = Non il y 'avait beaucoup de personnes dans la salle,
 3 = Non il y'avait sans cesse des entrées et des sorties, 4 = Non 1 + 2
- 4.12. Avez-vous parlé dans une longue que vous parlez bien avec l'agent de la
 consultation (1-3)
 1 = Non, 2 = Oui, 3 = Oui mais avec difficulté
- 4.13. Avez-vous pu tout dire ? (1-3)
 1 = Oui, 2 = Non, 3 = Oui mais avec difficulté
- 4.14. Comment avez-vous trouvé les locaux (1-3)
 1 = Vieux et sales, 2 = Récents mais sales, 3 = Vieux mais propres,
 4 = Récents et propres
- 4.15. Avez-vous été satisfaite (1-5)
 1 = Pas satisfaite, 2 = Peu satisfaite, 3 = Satisfaite, 4 = Très satisfaite,
 5 = Ne sais pas pourquoi
- 4.16. S'il s'agit pas de la première consultation ou avez-vous consulté au paravent (1-2)
 1 = Dans le ice prénatal d'un autre établissement
 2 = Dans le même service prénatal
- 4.17. Pourquoi avez-vous changé de service prénatal ? (1-5)
 1 = J'ai payé très cher dans le service précédent
 2 = J'ai été mal accueilli dans le service précédent
 3 = Je connais une sage-femme ou une autre personne qui peut m'aider dans cet
 établissement
 4 = J'ai déménagé
 5 = Autres préciser

- 4.18. Depuis combien de mois êtes-vous enceinte :.....
- 4.19. Vous a t on expliqué prescrit des examens de laboratoire
Si oui préciser
- 4.20. Si oui vous a t on expliqué pourquoi.....
- 4.21. Vous avez l'intention d'effectuer ces examens au laboratoire (1-3)
1 = Non, 2 = Oui certains, 3 = Oui tous
- 4.22. Pourquoi non
- 4.23. Vous a-t-on prescrit des médicaments (1-4)
1 = Chloroquine, 2 = Fer, 3 = Acide folique, 4 = Autres préciser.....
- 4.24. Comment devez-vous procurer ces médicaments (1-4)
1 = On me les a déjà donnés
2 = On doit me les donner
3 = Je dois les acheter
4 = Je ne sais pas
Si vous devez les acheter savez-vous où.....
- 4.25. Vous a-t-on dit de revenir pour une prochaine CPN (1-5)
1 = On ne m'a rien dit
2 = Oui, on m'a dit de revenir pour une autre CPN sans préciser quand
3 = On m'a dit de venir accoucher dans l'établissement
4= On m'a dit d'aller accoucher dans un service spécialisé
Si 4 lequel.....
- 4.26. Vous a-t-on on dit que votre grossesse présentait un risque (1-4)
1 =On ne m'a rie dit de particulier
2 = On m'a dit que ma grossesse se déroule normalement
3 = On m'a dit que je risquais d'avoir les complications immédiates ou lointaines
comme lors des accouchements précédents.
4 = Très satisfaite

4.27. Vous a-t-on demandé de vous présenter la prochaine fois dans une consultation spécialisée (1-4)

1 = Non

2 = Oui mais je n'ai pas bien compris pourquoi et je préfère revenir ici

3 = Oui on m'a bien expliqué pour quelle raison mais je n'ai pas les moyens d'y aller

4 = Oui et je m'y rendrai parce que c'est important

Si 4 lequel préciser l'importance

4.28. Vous a-t-on donné des conseils pour l'accouchement (1-5)

1 = Non on m'a rien dit de particulier

2 = On m'a dit de venir accoucher à la maternité et d'y venir dès le début du travail

3 = On m'a dit de ne pas accoucher à domicile

4 = On m'a dit d'aller accoucher dans un service spécialisé.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure