
REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

Université de Bamako

Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Année universitaire : 2005 -2006

N° :.....

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA
CONSULTATION GYNECOLOGIQUE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA
COMMUNE IV DU DISTRICT DE BAMAKO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 14 août 2006 à 12 heures devant la
Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali

Par **Monsieur Karimou DIARRA**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président : **Professeur Mamadou TRAORE**
Membre : **Docteur Oumar GUINDO**
Codirecteur de thèse : **Docteur Diadié MAIGA**
Directeur de thèse : **Professeur Abdoulaye Ag RHALY**

**DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS**

Je rends hommage à Allah dont la gloire soit proclamée,
de nous avoir permis de réaliser ce travail.
Puisse Allah Le Tout Puissant nous éclairer de Sa
lumière.

Paix, Bénédiction et salut sur Le Prophète Mouhamad
Porteur du dernier message universel et éternel comme
guidance

AMEN !!!

DEDICACES

A mon père Ousmane Samakono DIARRA (in memorium)

Tu as été l'artisan de ce chemin parcouru.

Ton courage, ta passion pour les études et ta rigueur dans l'éducation des enfants ont beaucoup contribué à ma formation.

Tes peines, tes sacrifices n'ont pas de mesure à mes yeux.

Père, voici arrivé un des grands jours que tu as tant souhaités pour moi. J'ai tellement aimé te voir dans cette assistance...mais Dieu en a décidé autrement.

Tu as toujours formulé le vœu de me voir dans le monde des sommités. Puisse ce travail m'ouvrir les portes qui y mènent.

Qu'Allah Le Tout Clément t'accueille dans Sa Miséricorde. Amin.

A ma mère Alimata DIARRA dite Nânâ

Mère, je me rappelle;

Je me rappelle tes peines, tes privations, tes sacrifices.

J'ai toujours été complexé devant ton courage, ta modestie et ton altruisme.

Mère, je ne parviens pas à trouver les mots appropriés pour exprimer à sa juste valeur ce que je ressens pour toi.

Nânâ,...je suis fier de t'avoir comme mère.

Mère, je demeure ton fils affectionné et obligeant.

La meilleure récompense est auprès d'Allah.

A mes tantes Fatoumata GOUNDOUROU dite Tiétié et Saran BAMBA

Puisse Allah vous récompenser pour tout ce que vous avez fait pour moi.

En signe d'affection.

A mes Frères et sœurs

Ibrahima n°1, Mahamadou, Boubacar, Cheick Tidiane, Aliou, Moussa, Ibrahima n°2, Kadiatou, Djénéba, Assitan, Fatoumata, Mariama

Ce travail est aussi le résultat de vos efforts conjugués.

Puisse Allah consolider nos liens.

Sentiment fraternel.

A ma Sœur DIARRA Sokona (in memorium)

Tu fais partie de mes sources de motivation pour faire une carrière de médecin.

Que la tombe te soit un lieu de tranquillité et le Paradis ta demeure pour la vie éternelle. Amin.

A ma cousine DIARRA Aminata dite Datio

Pour l'amour de la famille africaine.

Trouve ici l'expression de toute ma gratitude

A mon grand-père Souleymane DIARRA
Mon épanouissement a toujours été ton souci.
Que ce modeste travail soit pour toi un début de soulagement.

A mes belles sœurs
Sayon SIDIBE, Mariam DIARRA, Assétou SANGARE, Fatoumata NIENG, Djeneba SOGOBA, Aïssata SOW
Trouvez en ce modeste travail le signe de la patience, de la persévérance et de l'unité.

A mes neveux et nièces
Trouvez en ce document une source d'émulation afin de relever ce noble défi « Faire mieux que l'oncle »
Tel est le vœu de votre oncle plein d'estime à votre égard.

A Madame KEITA Oumou DIAWARA (ma première institutrice)
Cet « édifice » te doit respect et gratitude pour la qualité de son soubassement dont tu es la bâtisseuse.

A mes compagnons de vendredi
Tidiani Ibrahima Déka DIABATE, Cheick Tidiane SYLLA, Sidy DIALLO, Ousmane DIARRA, DIABY Ibrahima, Kalil CISSE, Mamadou Moussa CISSE, Attaher Aroualo MAIGA, Cheick El Kébir Ould Bou COULIBALY, Hamadoun SANGHO, Oumar Z DIARRA, Fodé N'DIAYE, Mohamed DIARRA, Zoumana COULIBALY, Aboubacar TRAORE
Ce cadre m'a été très fructueux et ce travail a bénéficié de l'apport de chacun de vous.
Puisse Allah nous unir dans Son Paradis Firdaouss. Amin.

A mes compagnons de l'ASACOTOM
Amadou Abathina TOURE, Dr Boubacar FOFANA, Cheick El Kébir Ould Bou COULIBALY, Tidiani Ibrahima Déka DIABATE.
Souvenir des durs moments et rappel d'une des promesses divines « À côté de la difficulté il y a certes la facilité »

A Cheick Oumar TRAORE et famille
Je ne saurai vous oublier ce jour combien préparé avec votre immense contribution !
La meilleure récompense est auprès d'Allah.

Au Dr Alioun Badra COULIBALY
Ton soutien, ton encadrement et surtout tes conseils sincères ont été d'un apport inestimable à la réalisation de ce travail.
Trouve ici l'expression de ma gratitude.

A mon aîné Dr Seybou DIARRA
Pour ton soutien et ta grande confiance.
Qu'Allah t'assiste dans ce bas monde et dans l'Au delà.

A mon épouse Mariam DICKO dite Touti
Tu as déjà compris que vivre avec un « médecin » demande plus de sagesse et de patience. Ton apport a été immense dans la réalisation de ce travail.
Je demeure ma dulcinée, ton époux dévoué, reconnaissant, respectueux et affectionné.
Puisse Allah nous unir jusque dans Son Paradis Firdaouss. Amin.

A ma belle-famille
Je suis encore à la recherche de mots pour qualifier votre modestie, votre générosité, votre humanisme et votre confiance en autrui.
La meilleure récompense est auprès d'Allah.

A mon acolyte Docteur DIARRA Rokiatou DICKO
Nous avons supporté ensemble plusieurs épreuves et notre complicité constructive vient de nous permettre de relever « ce défi »
Déterminés et optimistes, nous relèverons les défis à venir Incha Allah.

A Maméry KANE
Ta modestie, ta serviabilité et ta disponibilité font de toi un homme apprécié dès le premier contact.
Tu es parmi les grands acteurs de ce travail.
Trouve ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Aux Docteurs Moussa Almamy COULIBALY et Daouda TOLO
Ce travail a été l'une de vos préoccupations bien avant son commencement. Vous n'avez ménagé aucun effort pour me motiver et me soutenir.
Qu'Allah vous en récompense. Amin.

A la LIEEMA (Ligue Islamique des Elèves et Etudiants du Mali)
Tu as été pour moi une école, une famille. A travers toi j'ai eu des amis, des frères et sœurs et j'ai côtoyé des sommités.
Puisse Allah te donner les moyens nécessaires pour ta pérennité et l'accompagnement de tes présents et futurs militants. Amin.

A tous ceux qui oeuvrent pour la paix et la justice sociale à travers le monde.

REMERCIEMENTS

A mes compagnons de la FMPOS

Brahima dit Almamy CISSE, Dr Issa DIALLO, Dr Moussa CAMARA, Dr Abdoul Aziz SOW, Dr Cheick SOW, Dr Lamine DIAKITE, Dr Gaoussou SOGOBA, Sidi SANGARE, Sory Ibrahima TRAORE

Pour les bons moments passés ensemble.

A mes voisins des chambres : RDC10, RDC12, E.2.10, E.2.11 Particulièrement Dr Hamane I TOURE, Dr Seydou Simbo DIAKITE, Dr Bilali DICKO, Dr Ousmane Soma DIARRA, Dr Amadou TRAORE, Dr Joseph TRAORE, Dr Moussa K FOFANA, Dr Salif SISSOKO, Dr Ibrahim DEMBELE, Dr IBRA Mahamadou

Merci pour le bon voisinage et le soutien.

A Zoumana TRAORE et Boubacar YARA

Vous avez activement participé à la réalisation de ce travail.

Soyez rassurés de ma profonde gratitude.

A toutes mes équipes de garde en particulier celles :

- de la Médecine Interne C de l'Hôpital National du Point G,
- de la maternité Rénée CISSE de Hamdallaye,
- du centre de santé de référence de la commune 4,
- de la PMI/Maternité de Djicoroni Para.

Soyez rassurées de ma profonde gratitude pour l'expérience acquise à vos côtés.

A mes compagnons de voyages sur la Mecque

Dr Issa SEMEGA (Grand Frère), Dr Modibo KANTE (M'Bourankè), Dr BARRY Niagalé SIDIBE (Hadjia Niagalé), Dr KEITA Kadia TRAORE (Ma Fille), Madame SOGOBA Fatoumata CISSOKO (La Sage)

Recevez mes sincères remerciements pour la qualité de la collaboration.

A mes compagnons du quartier

Yaya COULIBALY, Lanseynou DIABATE, Papa Cheick TRAORE, Amadou TRAORE, Cheickna COULIBALY, les frères DOUMBIA, Mahmoud DRAME, Mody KEITA, Boubacar OUEDRAOGO, Seydou TOUNKARA

Pour les bons moments passés ensemble.

Au personnel de l'agence Al MADINA

Grand merci pour votre confiance, votre hospitalité et votre franche collaboration.

La meilleure récompense est auprès de Dieu.

Au personnel de la pharmacie "officine M'Pewo"

Reconnaissance pour l'hospitalité, la formation et le soutien.

Aux membres des BEN4, BEN5 et CA6 de la LIEEMA
Merci pour votre soutien, votre engagement et votre disponibilité
La meilleure récompense est auprès d'Allah.

A mon Imam Ousmane TRAORE pour les conseils le soutien et surtout les bénédictions.

Aux familles :

- Feu Alou DIARRA à Missira
 - Feu Ibrahim TRAORE à Hamdallaye
 - Mamadou KANTE à Banconi
 - Toumani SIDIBE à Lafiabougou
 - Mamadou COULIBALY à Lafiabougou
 - Youssouf TRAORE à Lafiabougou
 - Sory Ibrahim TRAORE à Lafiabougou
 - Seydou DIARRA à Dio
 - Feu Chaka KANTE à Niamakoro
- pour l'hospitalité et l'accompagnement.

Aux familles de mes amis et amies
Trouvez ici toute ma reconnaissance pour l'attention particulière que vous m'avez accordée.

A tout le personnel et aux étudiants en année de thèse du CSRef CIV
Merci pour cet accompagnement.

A tous mes maîtres d'école
Merci pour la qualité de la formation que vous m'avez dispensée.

Aux dirigeants, militants et sympathisants des associations islamiques du Mali
Merci pour la collaboration.

Aux anonymes
Tous ceux qui, à travers un parent, un ami ou une relation quelconque, ont contribué à ma formation ou à l'aboutissement de ce travail.
Merci pour votre précieux apport.

Mention spéciale à :

Docteur Moussa SANOGO

Docteur en Pharmacie de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali;

Spécialisé en gestion hospitalière au CESAG de Dakar ;

Enseignant de Gestion à la FMPOS.

Cher maître, nous vous prions de bien croire à l'assurance de notre profonde gratitude pour votre assistance sans répit à la réalisation de ce travail.

**HOMMAGE
AUX MEMBRES
DU JURY**

A notre Maître et Président du jury, Professeur Mamadou TRAORE

Professeur agrégé de gynécologie et d'obstétrique ;

Enseignant de gynécologie et d'obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de l'Université de Bamako ;

Médecin chef du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako ;

Membre du réseau national de lutte contre la mortalité maternelle ;

Secrétaire général adjoint de la SAGO (Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique)

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré votre agenda si chargé.

Vous nous fascinez par la grandeur de votre humanisme, la splendeur de votre enseignement et l'étendue de votre expérience.

Dévoué pour une formation de qualité dans cette faculté, vous forcez l'admiration des étudiants.

Soyez rassuré cher Maître, de notre profonde gratitude.

A notre Maître et juge, Docteur Oumar GUINDO

Docteur en Médecine Générale de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali;

Certificat de Vaccinologie et de Management de l'Université Paris Dauphine 9 et de l'Université de Cocody en République de la Cote d'Ivoire ;

Médecin chef adjoint du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako.

Cher Maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury et de participer à l'amélioration de la qualité de ce travail.

Votre simplicité, votre humanisme, votre esprit d'ouverture et votre courtoisie nous ont fortement marqué tout au long de notre séjour de plusieurs années au centre de santé de référence de la commune IV.

Soyez rassuré cher Maître de notre respect et de notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et Codirecteur de thèse, Docteur Diadié MAIGA

**Docteur en Pharmacie de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali;
Diplômé de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles ;
Diplômé d'Epidémiologie à L'ISPED (Institut de Santé Publique d'Epidémiologie et de Développement) de l'Université Bordeaux 2 ;
Diplômé de Recherche Clinique à L'ISPED (Institut de Santé Publique d'Epidémiologie et de Développement) de l'Université Bordeaux 2
Chef de section réglementation de l'exercice de la profession pharmaceutique à la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM)**

Cher Maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de codiriger cette thèse malgré vos multiples occupations.

Vos qualités d'homme de science ne souffrent d'aucun doute.

Nous avons bénéficié auprès de vous des enseignements de très bonne qualité.

Votre humanisme, votre pragmatisme, votre souci constant pour le travail bien fait et surtout votre sens élevé de la responsabilité nous ont impressionné.

A l'expression de notre estime, permettez-nous cher Maître de joindre l'assurance de notre sincère dévouement.

A notre Maître et Directeur de thèse, Professeur Abdoulaye Ag RHALY

Professeur titulaire de Médecine Interne ;

Ancien Directeur Général de l'INRSP (Institut National de Recherche en Santé Publique) ;

Ancien Secrétaire Général de l'OCCGE (Organisation de coordination et de coopération pour la lutte contre les grandes endémies) ;

Secrétaire Permanent du Comité national d'éthique pour la santé et les sciences de la vie ;

Chevalier de l'ordre international des palmes académiques du CAMES (Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur)

Cher Maître, c'est un sacré privilège pour nous de vous avoir comme Directeur de cette thèse.

Cher Maître, nous avons été profondément touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté la direction de ce travail malgré vos multiples occupations.

Compétence, obligeance, humilité et pragmatisme sont bien de qualités qui, en vous forcent notre admiration.

Nous vous prions cher Maître, d'accepter l'expression de nos sentiments déférents et fidèlement dévoués.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

Sigles et abréviations	15
Définitions opérationnelles:	16
1. Introduction :	20
2. Objectifs :	23
Objectif général :	23
Objectifs spécifiques	23
3. Généralités	25
3.1. Rappel sur les étapes de la consultation en gynécologie.....	25
3.1.1. Mener l'interrogatoire :	25
3.1.2. Préliminaires à l'examen physique :	26
3.1.3. Examen physique	26
3.1.4. Synthèse et information.....	27
3.2. Qualité : historique, principes essentiels de mise en œuvre de la démarche qualité.....	28
3.2.1. Historique de la qualité	28
3.2.2. Principes essentiels des démarches qualité	30
4. Méthodologie :	35
4.1. Cadre d'étude:	35
4.1.1. Aperçu de commune IV :	35
4.1.2. Situation géographique du centre de santé de référence de la commune IV :	36
4.2. Type d'étude :	38
4.2.1. Critères d'inclusion :	38
4.2.2. Critères de non-inclusion :	39
4.3. Recueil des données :	39
4.3.1. Variables mesurées :	39
4.3.2. Population d'étude :	39
4.3.3. Ethique :	40
4.3.4. Mode d'échantillonnage :	40
4.3.5. Tailles des échantillons :	40
4.3.6. Outils de la collecte des données :	40
4.3.7. Technique d'échantillonnage :	40
4.3.8. Période d'étude :	41
4.4. Traitement et analyse des données :	41
5. Résultats :	43
5.1. Description des échantillons :	43
5.1.1. Caractéristiques socio démographiques des patientes :	43
5.1.2. Critères de choix et accessibilité du CSRef CIV :	44
5.1.3. Attente : ses motifs, sa durée et ses conditions :	45
5.1.4. Cadre de la consultation :	46
5.1.5. Les toilettes	49
5.1.6. Caractéristiques socio professionnelles des prestataires :	49
5.1.7. Conditions de travail des prestataires :	50
5.1.8. Motivation du personnel :	51
5.2. Observation de la consultation gynécologique.....	51

5.2.1. Interrogatoire au cours de la consultation :.....	52
5.2.2. Préliminaires à l'examen physique :.....	53
5.2.3. Examen physique :	54
5.2.4. Le compte rendu de la consultation aux patientes :.....	55
5.3. Description de l'organisation et des matériels de travail :	55
5.3.1. Accueil et orientation des patients :.....	55
5.3.2. Environnement et matériels de travail des deux unités cibles :	56
5.3.3. L'hospitalisation en gynécologie obstétrique :.....	57
5.3.4. Système de financement et de prise en charge des urgences :.....	58
6. Commentaires et discussion :	60
6.1. Locaux et matériels :	60
6.2. Organisation interne :.....	60
6.3. La confidentialité et le respect de l'intimité :.....	61
6.4. Qualification du personnel :	61
6.5. Durée de la consultation :.....	62
6.6. Démarche clinique :	62
6.6.1. Interrogatoire au cours de la consultation :.....	62
6.6.2. Examen physique :	63
6.6.3. Compte rendu de la consultation :.....	64
6.7. La satisfaction des patientes :.....	64
6.8. La motivation des prestataires :.....	65
6.9. Statut du CSRef et des prestataires :	66
7. Conclusion :	68
8. Recommandations :	71
8.1. Aux autorités de la direction nationale de la santé :.....	71
8.2. Aux autorités de la FMPOS :	71
8.3. Aux responsables du CSRef CIV :.....	71
8.4. Aux prestataires du service de gynécologie du CSRef CIV :	71
9. Références :	74
10. Annexes :	80

Sigles et abréviations

CNGOF : Collège National de Gynécologie et d'Obstétrique Français

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSRef CIV : Centre de Santé de Référence de la commune IV

DAT : Département Anti Tuberculeux

EDS : Enquête Démographique et de Santé

EPH : Etablissement Publique Hospitalier

FFI : Faisant Fonction d'Interne

FIGO : Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique

FMPOS : Faculté de médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

GIE : Groupement d'Intérêt Economique

IEC : Information Education et Communication

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-rhino-laryngologie

PDDSS : Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social

PRODESS : Programme de Développement Sanitaire et Social

PSS : Politique Sectorielle de Santé

SAGO : Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique

SOMAGO : Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique

Définitions opérationnelles:

Amélioration de la qualité : partie du management de la qualité axée sur l'accroissement de la capacité à satisfaire aux exigences pour la qualité. Elle s'intéresse notamment à :

- **l'efficacité**, c'est-à-dire le niveau d'obtention des résultats par rapport aux objectifs initiaux planifiés ;

- **l'efficience**, c'est-à-dire le rapport entre le résultat obtenu et les ressources consommées (notion de rendement) [1]

Assurance de la qualité : l'assurance de la qualité recouvre l'ensemble des dispositions prises pour donner confiance en ce que les exigences pour la qualité seront satisfaites.

L'organisme peut ainsi assurer qu'il a mis en place un système qui détecte, mesure, corrige les dysfonctionnements potentiels et met en place les actions préventives appropriées [1]

Audit clinique : Méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer les pratiques de soins à des références admises en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats des soins, avec l'objectifs de les améliorer [1]

Client : organisme ou personne qui reçoit un produit.

Le produit est un terme générique désignant tout ce qui peut être issu d'un processus. Le client peut être un consommateur, un utilisateur final, un détaillant, un bénéficiaire, un acheteur, un client interne ou externe.

On notera que cette définition du client ne comporte pas intrinsèquement la notion de rétribution en échange du produit reçu [1]

Consultation : Examen d'un malade effectué par un médecin dans son cabinet et suivi d'avis et de prescriptions relatives au traitement [22]

Démarche qualité : ce n'est pas un terme normalisé et il faut lui conférer un sens très ouvert. Une démarche qualité est une « façon d'agir » en qualité [1]

Evaluation : C'est une procédure scientifique et systématique qui consiste à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'actions atteint avec succès un ou des objectifs préalablement fixés [5]

Gynécologie : est une spécialité médicochirurgicale qui comprend le diagnostic, la prévention, le traitement des affections des organes génitaux féminins, y compris les seins, l'endocrinologie gynécologique et la médecine de la reproduction, et le contrôle des naissances [12]

Obstétrique : C'est la spécialité médicochirurgicale qui s'occupe de la surveillance des grossesses, de la préparation et du suivi des accouchements, y compris les interventions requises [12]

Procédure : la procédure est la manière spécifiée d'accomplir une activité ou un processus [1]

Processus : le processus est défini comme un ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie [1]

Qualité : aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences [1]

La qualité des soins :

Selon Blumenthal D. « La qualité des soins est le niveau auquel parviennent les organisations de santé en terme d'augmentation de la probabilité des résultats souhaités pour les individus et les populations et de compatibilité avec l'état des connaissances actuelles » [1, 8]

Selon Donabédian A. « La qualité des soins techniques consiste à appliquer des sciences et technologies médicales de manière à arriver au maximum de bénéfices pour la santé sans augmenter pour autant les risques. Le niveau de qualité est alors la mesure par la quelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable de risques et bénéfices » [15]

Selon l'OMS « Délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » [5]

Santé de la reproduction :

Au Mali, le concept de santé de la reproduction comprend un ensemble de mesures préventives, curatives et promotionnelles visant à améliorer la prise en charge des groupes que constituent les femmes, les enfants, les jeunes adultes afin de réduire la mortalité et la morbidité maternelles, infantiles, juvéniles et promouvoir ainsi le bien être de tous les individus [27-28]

INTRODUCTION

Introduction :

La qualité des soins constitue un enjeu primordial pour le système de santé et pour la médecine contemporaine. Les exigences sont multiples: assurer la sécurité des soins, associer les patients plus étroitement à leur prise en charge, asseoir les pratiques médicales sur des données scientifiques reconnues, maîtriser les coûts de la santé.

Les médecins et autres professionnels de la santé s'organisent et appliquent des démarches visant à assurer la qualité des soins: formation continue, accréditation, audit médical, ou évaluation des résultats cliniques.

C'est ainsi que dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique de nombreuses organisations nationales et internationales oeuvrent pour la promotion de la santé de la population en général et de la femme en particulier. Comme exemple nous avons :

- Le Collège National de Gynécologie et d'Obstétrique Français [13]
- la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique[16]
- la Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique[32]
- la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique [33]

Le Mali pour sa part a adopté des politiques et programmes comme la politique sectorielle de santé et les programmes de développement socio sanitaires afin d'assurer une accessibilité géographique et financière pour l'ensemble de la population à des services socio sanitaires de qualité [24, 29, 30]

Un accent particulier a été mis sur les couches les plus vulnérables qui sont les femmes et les enfants à travers la santé de la reproduction [27-28] dont les composantes sont :

- les soins prénatals, périnatals, postnatals y compris la promotion de l'allaitement au sein ;
- la survie de l'enfant ;
- les soins du post abortum y compris le counseling en Planification Familiale ;
- la régulation de la fécondité ;
- la prévention et le traitement des infections des organes de reproduction dont les MST-VIH/SIDA ;
- la prévention et le traitement de l'infertilité ;
- l'information et le counseling sur la sexualité, la parenté responsable et la santé de la reproduction ;

- les activités liées à l'approche "Genre et Santé" dont la lutte contre les pratiques néfastes à la santé des femmes, en particulier l'excision ;

- le traitement des affections de l'appareil génital

- la prise en charge des besoins des jeunes adultes ;

- la responsabilisation des hommes et l'implication des femmes aux prises de décision en santé de la reproduction. [27-28]

La consultation gynécologique qui a fait l'objet de très peu d'études, et compte tenu de sa place prépondérante dans la prise en charge de plusieurs composantes de la santé de la reproduction en général et des préoccupations de la femme en particulier, a attiré notre attention.

Au centre de santé de référence de la commune IV, la consultation gynécologique est effectuée par plusieurs prestataires avec souvent des approches différentes.

Chacun de ces prestataires exerce t-il selon les règles de l'art ?

A fin d'avoir une réponse à cette interrogation, nous nous sommes proposés de mener une étude intitulée «Evaluation de la qualité de la consultation gynécologique au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako » avec comme objectifs :

OBJECTIFS

Objectifs :

Objectif général :

- Evaluer la qualité de la consultation gynécologique au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako.

Objectifs spécifiques

- Décrire l'exécution des gestes techniques de la consultation gynécologique au CSRef CIV ;
- Apprécier la satisfaction des patientes sollicitant la consultation gynécologique au CSRef CIV ;
- Proposer des solutions en vue d'une amélioration de la qualité de la prise en charge des patientes sollicitant la consultation gynécologique au CSRef CIV.

GENERALITES

3. Généralités

3.1. Rappel sur les étapes de la consultation en gynécologie

[9-10, 18-19, 21-23]

3.1.1. Mener l'interrogatoire :

Recueillir des informations sur :

3.1.1.1. L'identification de la femme :

Nom, prénom, âge, profession, adresse...

3.1.1.2. Le motif de la consultation :

Les troubles du cycle et hémorragies génitales, douleurs pelviennes, leucorrhées, troubles psychosexuels, troubles urinaires et rectaux, symptômes d'appel mammaires et troubles de la fécondité.

3.1.1.3. Les antécédents personnels

*Antécédents gynécologiques

- âge de la puberté ;
- modalités du cycle menstruel sans contraception ;
- modalités contraceptives ;
- pathologie gynécologique médicale et chirurgicale ;
- antécédents mammaires ;
- péri ménopause et ménopause.

*Antécédents obstétricaux :

La gestité, la parité, la date de naissance du ou des enfants, leur sexe, leur poids de naissance, le terme de la grossesse, les modalités de déroulement de la grossesse et de l'accouchement, les suites de couches avec ou sans complication infectieuse ou thromboembolique, l'existence ou non d'un allaitement, ses modalités et ses éventuelles complications, espace inter gènesique, âge du dernier enfant, l'existence éventuelle et le nombre des avortements spontanés et des interruptions volontaires ou médicales de grossesse, un antécédent de grossesse extra-utérine, de môle hydatiforme. Si le recueil

préalable des éléments biographiques le suggère ou dans le cadre d'une consultation pour infécondité, on fait préciser si toutes les grossesses sont du même partenaire ou de partenaires différents.

***Antécédents médicaux**

On interroge sur le système cardiovasculaire (les modalités de traitement et leurs résultats), de même que les antécédents des autres grands appareils ou systèmes (pleuro pulmonaire, neurologique, endocrinien, ostéo articulaire, oto-rhino-laryngologique, ophtalmologique, dermatologique, digestif, urinaire)

***Antécédents chirurgicaux non gynécologiques**

On recherche toute intervention mais surtout abdominale, avec ses éventuelles complications (phlébite)

3.1.1.4. Les antécédents familiaux

En particulier : âge de puberté ou de ménopause des sœurs ou de la mère (en cas d'aménorrhée), les antécédents de cancer du sein, d'hypertension ou autre maladie cardio-vasculaire, de diabète (en cas de contraception

3.1.2. Préliminaires à l'examen physique :

- expliquer le déroulement de l'examen physique à la patiente ;
- demander à la patiente la vacuité vésicale (éventuellement rectale) ;
- demander à la patiente de se déshabiller ;
- couvrir la table gynécologique d'un tissu propre ;
- installer la patiente sur une table gynécologique.

3.1.3. Examen physique

3.1.3.1. Examen général

- observer l'état général de la patiente ;
- peser la patiente ;
- mesurer la taille de la patiente ;
- examiner la peau de la patiente (à la recherche de cicatrices et dermatoses);

- examiner les yeux (à la recherche d'anémie, d'ictère, d'exophtalmie) ;
- observer le faciès (à la recherche d'œdème) ;
- examiner la bouche (à la recherche de carie, de gingivite, de mycose)
- palper la glande thyroïde (à la recherche de goitre) ;
- ausculter le cœur ;
- prendre la tension artérielle ;
- examiner les poumons.

3.1.3.2. Examen des seins et des aires ganglionnaires

Les seins sont examinés à la recherche de sécrétions ou de nodules. Les aires ganglionnaires seront également explorées à la recherche d'adénopathies.

3.1.3.3. Examen gynécologique

- examen de l'abdomen ;
- examen de la vulve et du périnée ;
- examen au spéculum ;
- toucher vaginal ;
- toucher anorectal (non systématique)

3.1.4. Synthèse et information

Quand l'interrogatoire et l'examen clinique sont terminés, la consultation est loin d'être achevée.

Le médecin invite la patiente à se rhabiller et à reprendre place en face de lui dans le bureau. C'est le moment de la synthèse.

Elle doit porter à la fois sur l'état de la patiente en énonçant le diagnostic évoqué, sur l'évolution prévisible avec ou sans traitement, sur les investigations et les soins préconisés, de même que sur les risques inhérents à ces investigations et à ces soins.

C'est à partir de ce dialogue avec la femme et des constatations médicales de l'examen que l'on pourra, avec la participation active de la patiente :

- diriger logiquement les investigations complémentaires ;
- prescrire un traitement rationnel qui sera bien suivi car compris.

3.2. Qualité : historique, principes essentiels de mise en œuvre de la démarche qualité

3.2.1. Historique de la qualité

La qualité est devenue une discipline d'étude et d'action avec la révolution industrielle à la fin du XIXe siècle. Son objectif premier a été la conformité des produits livrés avant de s'orienter, plus tardivement, vers la satisfaction des clients. Avec le temps, les techniques et les approches utilisées pour atteindre cet objectif se sont transformées et enrichies [1]

Le contrôle de la conformité des produits aux spécifications préétablies, première approche de la qualité, s'est d'abord effectué en fin de chaîne et a porté sur la totalité de la production ; les produits non conformes étaient simplement mis au rebut sans que cela influe sur les modes de fabrication. Progressivement, avec le développement de techniques d'analyse statistique, le contrôle des paramètres prédéfinis, fondé sur des règles d'échantillonnage, s'est déplacé du produit fini vers les étapes de la production. Cela a permis d'anticiper les défaillances en détectant précocement les anomalies, en les analysant, puis en intervenant sur les procédés de fabrication afin d'éviter que les défauts ne se reproduisent. La recherche de la qualité est ainsi passée progressivement d'une méthode a posteriori à une méthode d'anticipation [1]

Par la suite deux stratégies distinctes ont été mises en œuvre dans les années 1950 aux États-Unis et au Japon dans des contextes historiques et culturels très différents.

Les États-Unis ont cherché à étendre au secteur civil leurs normes de qualité de fabrication des matériels militaires de la Seconde Guerre mondiale. Il leur fallait pour cela recruter et former un corps de contrôleurs numériquement important et avec une qualification élevée et homogène. Ils ont alors décidé de faire porter le contrôle sur le mode d'organisation (procédures, circuits, documents, manuel qualité, système d'obtention de la qualité) des entreprises plutôt que directement sur les pièces fabriquées. Ils ont ainsi créé l'Assurance de la Qualité dont la définition est, selon l'International Standardisation Organisation (ISO), « la partie du management de la qualité visant à donner confiance en ce que les exigences pour la qualité seront satisfaites ». Grâce à cette approche une entreprise peut espérer une reconnaissance externe du système de management de la qualité qu'elle a mis en place, gage de confiance pour ses clients [1]

Dans le même temps le Japon s'est trouvé confronté à la nécessité de reconstruire une industrie et une économie détruites par la guerre et de lutter contre la mauvaise image de marque de ses produits. Les chefs d'entreprises et les décideurs ont bénéficié des enseignements d'experts américains qu'ils ont intégrés et appliqués à leur manière. L'accent a été mis sur des actions de formation largement diffusées, y compris par les médias, auprès de l'ensemble des acteurs de la production à tous les niveaux hiérarchiques. Au sein des entreprises, en plein accord avec les décideurs, des groupes transversaux et pluriprofessionnels, appelés cercles de qualité, ont été constitués en grand nombre pour analyser et traiter les problèmes rencontrés.

Cette approche s'est peu à peu structurée et institutionnalisée sous le terme d'amélioration continue de la qualité. Ce concept correspond à une démarche qualité progressive incluant un management participatif. La dynamique d'amélioration qui repose sur la mobilisation des acteurs diffuse alors progressivement dans le quotidien de l'ensemble de l'entreprise.

Historiquement les démarches qualité ont débuté, comme nous l'avons vu précédemment, dans les entreprises industrielles. Elles ont ensuite accompagné la transformation de l'économie en diffusant vers le secteur des services. Plus récemment ces démarches ont commencé à gagner les organisations non marchandes (enseignement, santé, secteur social, etc.) sous l'influence du constat de variations inexplicables des pratiques et des résultats. La pression des usagers, plus avertis et donc plus exigeants, a également joué en ce sens.

Ce bref historique rappelle que les démarches qualité concernent à la fois des aspects techniques et des aspects humains. Les aspects techniques s'intéressent à la réalisation d'un produit ou d'un service qui répond aux attentes d'une clientèle donnée en terme de qualité, de coût et de délai [1]

Ceci nécessite de maîtriser les différentes étapes de la production pour éliminer la non qualité génératrice de coûts inutiles et d'être attentif aux attentes des clients, voire si possible, les anticiper par l'innovation afin d'en conquérir de nouveaux.

Les aspects humains concernent la motivation et l'implication des personnes qui travaillent dans l'entreprise concernée. Les méthodes utilisées cherchent à développer une réelle implication et permettent de répondre au besoin de reconnaissance des professionnels en prenant en compte leurs idées, leur créativité, leur sens des responsabilités. La motivation des professionnels est essentielle pour progresser dans la qualité des produits ou des services.

Ces deux aspects ont en commun un enjeu économique fort dans la mesure où la motivation des hommes comme la maîtrise des aspects techniques engendrent une plus grande efficacité, permettent la réduction des coûts et l'augmentation des parts de marché par la fidélisation de la clientèle et la conquête de nouveaux clients. C'est pour cette raison que les entreprises investissent en ce domaine. La démarche qualité ne relève pas de l'utopie. Elle est un moyen d'efficacité économique, celle-ci supposant entre autres une grande motivation des hommes [1]

3.2.2. Principes essentiels des démarches qualité

3.2.2.1. L'attention aux clients

La compréhension et la satisfaction des attentes et besoins des clients représentent aujourd'hui une orientation fondamentale de la démarche qualité. Elles conditionnent le développement et la pérennité des entreprises. L'écoute et l'attention aux clients doivent être présentes à toutes les étapes de la vie des produits et services, de leur conception à leur utilisation par les clients, et à tous les niveaux d'une entreprise. Cette préoccupation décisive oriente non seulement l'activité quotidienne des professionnels mais également les choix stratégiques essentiels, notamment le développement de nouveaux services.

L'écoute client est une composante indispensable de tout système qualité. Elle fournit des informations qui pourront être utilisées pour identifier les processus clés, orienter les objectifs, corriger les dysfonctionnements, améliorer les produits ou services existants, concevoir de nouveaux produits ou services.

L'écoute des clients fait appel à différentes méthodes parfois sophistiquées et repose également sur une attitude d'écoute sans a priori et une réactivité à partir des informations recueillies à toutes les étapes (développement, marketing, contacts avec les clients). Les changements susceptibles d'augmenter la satisfaction des clients et de mieux répondre à leurs attentes peuvent porter sur la transformation des produits ou services, et/ou sur un comportement des professionnels au contact des clients [1, 3]

3.2.2.2. L'importance du leadership

Le leadership et son développement progressif sont indispensables à la mise en œuvre d'une démarche qualité.

Le leadership s'exerce en grande partie lors du travail en groupe et transparait dans la conduite de réunions efficaces, c'est-à-dire au cours desquelles les participants coordonnent leurs apports relatifs à un but précis grâce à la régulation du responsable.

L'ensemble des principes évoqués met en exergue le rôle fondamental du leadership des managers pour mener à bien la démarche qualité. Ce modèle, s'il est adopté par les dirigeants, est transmis (exemplarité des modes de management mis en oeuvre) à l'encadrement supérieur, puis à l'encadrement intermédiaire et ainsi de suite, en fonction du niveau de responsabilités de chacun. Un plus grand degré d'initiative, donc de responsabilités, est donné à tous les niveaux. Le leadership permet la prise de décisions adaptées au plus proche de l'entité, en ce qui concerne l'organisation et le fonctionnement interne des secteurs d'activité. Enfin, l'ensemble des auteurs s'accorde pour considérer que les savoir-faire caractéristiques du leadership ne sont pas innés et peuvent être appris ou renforcés par des formations et des accompagnements appropriés.

3.2.2.3. Une démarche participative

Plusieurs éléments conduisent à mettre en place une démarche de nature participative :

- l'obtention de la qualité suppose une mobilisation de l'ensemble du personnel autour des objectifs qualité. Cette mobilisation ne peut être obtenue que par une appropriation des objectifs via une participation réelle. C'est une condition préalable à la conduite du changement ;
- l'amélioration des processus suppose une réflexion de ceux qui mettent en oeuvre ces processus au quotidien ; une démarche participative permet d'identifier et de mettre en oeuvre les actions d'amélioration pertinentes.

Il est important de signaler que la démarche participative ne signifie pas le laisser-faire ou l'absence de maîtrise. Dans la démarche qualité, les axes stratégiques sont fixés à un niveau institutionnel et l'atteinte des objectifs opérationnels fait l'objet d'un suivi.

La démarche participative signifie que les objectifs sont définis avec les acteurs, qu'ils sont expliqués et compris pour permettre leur appropriation. Les modalités de déclinaison des objectifs font largement appel à la responsabilité et à l'autonomie des acteurs [1]

3.2.2.4. Une approche méthodique

L'amélioration ou la reconfiguration des processus, la résolution des problèmes, le traitement des dysfonctionnements ne sont pas obtenus spontanément sous l'effet de la seule bonne volonté des

personnes concernées par ces phénomènes. Les changements reposent sur l'utilisation appropriée, en groupe, de méthodes et d'outils de la qualité. Ceux-ci permettront de définir clairement l'objectif de la démarche, d'analyser la situation existante, de définir les actions susceptibles d'agir sur les causes des dysfonctionnements, de les mettre en oeuvre sous forme de plans d'actions, d'évaluer leurs effets et de les réajuster s'il y a lieu. Le choix des méthodes et des outils, qui peuvent être combinés entre eux, dépendra des objectifs poursuivis [1, 4]

3.2.2.5. L'approche processus, la transversalité et le pluri professionnelisme

Pendant de nombreuses années, la recherche de la qualité s'est basée uniquement sur une amélioration constante de la compétence technique des professionnels. La formation initiale et la formation continue ont pour objectif de rendre toujours plus compétents les professionnels de chaque métier. Ce mécanisme a permis et permet encore de grands progrès en terme de qualité mais trouve sa limite dans la complexité des organisations. En effet, la spécialisation s'est accrue et le nombre de professionnels, tous bien formés et compétents, nécessaires dans un processus de fabrication de produits et/ou de rendu d'un service a fortement augmenté. De ce fait, se pose avec de plus en plus d'acuité le problème des relations entre les professionnels spécialisés, donc de l'organisation des interfaces. L'approche par processus répond à cette problématique. Elle permet de comprendre la contribution de chaque secteur à la réalisation du produit ou à la prestation de service et d'étudier l'organisation des interfaces entre les différents professionnels et les différents secteurs qui y ont contribué. Elle améliore ainsi la performance des processus transversaux en décloisonnant l'organisation verticale traditionnelle. La qualité produite et la satisfaction du client dépendent maintenant de cet aspect organisationnel au-delà de la qualité technique de chaque étape du processus concerné. Dès lors, il faut faire porter les efforts sur l'organisation de la relation entre les professionnels.

La transversalité consiste d'une part à sans cesse étudier les dysfonctionnements en regroupant les professionnels concernés afin que chacun connaisse non seulement sa prestation propre, mais aussi celles des autres et d'autre part quand cela est possible à organiser la production directement de manière transversale en réunissant les différents acteurs autour du processus. Les contraintes des uns et des autres sont ainsi identifiées, connues de tous, partagées et prises en compte. C'est par cette démarche transversale qui conduit au décloisonnement que l'essentiel des gains actuels en terme de qualité est acquis en augmentant l'efficacité collective [1].

3.2.2.6. L'amélioration continue, la résolution de problèmes et le traitement des dysfonctionnements

L'obtention de la qualité repose sur une aptitude de l'organisation à améliorer constamment ses produits et ses services. L'amélioration de la qualité s'obtient toujours par une amélioration des processus réalisée étape par étape. Elle peut être recherchée quel que soit l'état initial. La démarche est itérative et vise des améliorations successives : on parle d'amélioration continue. Le repérage des problèmes et des dysfonctionnements, leur analyse et leur traitement, sont un moyen essentiel d'améliorer la qualité avec un retour sur investissement important et rapide. La mise en place d'une démarche qualité doit conduire à une attitude systématique d'analyse et de correction des problèmes et dysfonctionnements. L'amélioration continue peut être appliquée selon des modalités diverses. On peut ainsi mettre en oeuvre des changements pas à pas, nombreux et répétés et également des modifications plus importantes menées sur un rythme accéléré comme dans le cas des méthodes par percées ou de la reconfiguration des processus [1]

3.2.2.7. La mesure

La mesure est un impératif de la qualité. La mesure permet d'apprécier la satisfaction des clients, la conformité des produits et services à des références et le bon déroulement des processus. Cela consiste en une objectivation du niveau de qualité existant et des progrès réalisés grâce aux actions d'amélioration. Elle permet également un suivi en continu de certaines caractéristiques afin d'agir dès qu'une dérive apparaît. Cette culture de la mesure permet de dépasser les opinions et de prendre les décisions à partir d'éléments factuels.

Mesurer permet aussi de valoriser le travail accompli, de donner confiance aux professionnels et aux clients sur le maintien d'une qualité de production et d'apporter la preuve des progrès réalisés [1, 2, 3]

METHODOLOGIE

4. Méthodologie :

4.1. Cadre d'étude:

Notre étude s'est déroulée au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako

4.1.1. Aperçu de commune IV :

4.1.1.1. Création de la commune IV:

La commune IV fut créée par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 août 1978 et est placée sous la tutelle du gouverneur du district de Bamako. Elle est constituée de huit quartiers.

Ces quartiers sont dirigés par des chefs de quartier regroupés en un collectif avec en sa tête un président [26]

4.1.1.2. Superficie et population :

La commune IV couvre une superficie de 37,68 km² soit 3768 hectares correspondant à 2,65% de la superficie du District de Bamako, pour une population de 232 233 habitants [14]

Située sur la rive gauche du fleuve Niger, elle est limitée à l'Est et au Nord par la commune III ; à l'Ouest par le cercle de Kati ; au Sud par le fleuve Niger [26]

4.1.1.3. Structures socio sanitaires de la commune IV :

La commune IV comprend :

- le centre national d'appui à la lutte contre la maladie (CNAM) ;
- un centre de santé de référence ;
- un centre de santé de quartier (Hamdallaye)
- sept cabinets de consultation privés ;
- deux cabinets d'ophtalmologie privés ;
- six cabinets de soins infirmiers privés ;
- un hôpital mère-enfants « le Luxembourg » ;
- quatre polycliniques privées ;
- huit CSCOM ;
- vingt deux officines pharmaceutiques ;
- un service social ;

- une brigade d'hygiène [26]

4.1.2. Situation géographique du centre de santé de référence de la commune IV :

Il est situé en plein cœur de la commune IV, à Lafiabougou. Ce centre, d'abord PMI (protection maternelle et infantile) a été transformé en centre de santé de référence en 2002.

4.1.2.1. Le plateau technique du CSRef CIV :

Il comporte :

- la médecine générale ;
- la chirurgie ;
- l'ophtalmologie ;
- la gynécologie obstétrique ;
- la stomatologie ;
- l'oto rhino laryngologie ;
- la pédiatrie ;
- l'anesthésie réanimation ;
- le département anti tuberculeux ;
- un laboratoire d'analyses médicales ;
- une pharmacie.

4.1.2.2. Les locaux :

Le CSRef CIV est une structure étatique composée de 11 bâtiments en dur.

La répartition est faite comme suit :

- un bâtiment pour le bureau des entrées et celui du comptable.
- le bâtiment administratif qui renferme outre certains bureaux, les deux unités « le gynécologue » et la «consultation gynécologique »
- deux bâtiments pour l'hospitalisation dont l'un pour la gynécologie obstétrique avec une salle pour les opérés de l'ophtalmologie et l'autre pour la chirurgie générale, la médecine interne et la pédiatrie.

- un bâtiment contenant la maternité et les blocs opératoires.
- un bâtiment pour le DAT
- un bâtiment pour le bloc FFI, l'ORL, la salle des injections, l'un des bureaux des anesthésistes et le magasin.
- un bâtiment renfermant : la salle de pansements des opérés, la salle des manœuvres, la salle des chauffeurs.
- la cantine
- un autre qui abrite les unités suivantes : la pédiatrie, l'odontologie, l'ophtalmologie, la médecine interne, la pharmacie, la chirurgie générale, la vaccination, la prénatale, la post natale et le planning familial, le laboratoire, la salle de pansements des autres plaies (blessures, abcès...)
- la morgue

Les toilettes se composent de quatre blocs publics:

- un bloc pour le personnel contenant 4 toilettes ;
- un bloc pour les femmes avec 4 toilettes ;
- un bloc pour les hommes comptant 3 toilettes ;
- un bloc anonyme de 3 toilettes.

En dehors de celles-ci, plusieurs salles de consultation et d'hospitalisation sont dotées de toilette interne.

4.1.2.3. Transport et communication :

Le CSRef CIV dispose d'une ambulance qui sert de liaison pour les références entre les CSCOM et le CSRef CIV d'une part et pour les évacuations du CSRef CIV vers les établissements publics hospitaliers d'autre part.

Comme moyen de communication, le CSRef CIV est doté de deux téléphones dont l'un sert uniquement à recevoir les appels

4.1.2.4. Approvisionnement en eau et électricité du centre :

- L'éclairage est assuré par le réseau public (EDM : Energie du Mali). En cas de délestage le relais est pris par un groupe électrogène. La mise en marche de ce groupe est assurée par les manœuvres de garde qui ont souvent du mal à retrouver la clé de la cage ou à faire démarrer le moteur. Il n'est pas rare non plus qu'ils déclarent le manque de carburant.

- L'approvisionnement en eau est aussi fait par l'EDM. Le centre ne dispose ni d'autres sources d'approvisionnement en eau (comme le puits) ni de système de stockage d'eau (tel que le château)

4.1.2.5. Le service de gynécologie obstétrique du CSRef CIV :

Le service de gynécologie obstétrique du CSRef CIV est composé de trois unités :

- l'unité « le gynécologue » : est l'unité de consultation ainsi que le bureau du médecin chef de la commune IV (non concernée par notre étude);
- l'unité « consultation gynécologique » pilotée par un médecin (unité 1 de notre étude) ;
- le bloc des Faisant Fonction d'internes : est fréquenté par les médecins bénévoles, les étudiants en année de thèse et les autres stagiaires (unité 2 de notre étude) .

Cette dernière unité est le lieu d'exercice de presque toutes les spécialités médicales pendant la garde et de la gynécologie obstétrique de façon permanente. Aussi elle contribue largement en terme de ressources humaines, au fonctionnement du bloc opératoire.

4.2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude d'observation prospective de type transversal comportant :

- une étude des structures,
- une étude des processus et des résultats.

L'étude des structures est basée sur :

- + Une description des ressources (locaux, équipements, ressources humaines),
- + Une présentation du système de financement (coût des prestations)

L'étude des processus renferme :

- + Un recueil prospectif des données concernant l'exécution des gestes techniques, l'opinion des patientes et des prestataires des unités retenues.
- + Les résultats.

4.2.1. Critères d'inclusion :

- toute patiente fréquentant l'une des 2 unités cibles de notre étude (« consultation gynécologique » et « le bloc des FFI ») pendant la période de la collecte des données et acceptant un entretien;
- tout agent de santé travaillant depuis au moins 2 mois dans l'une des 2 unités cibles de notre étude et acceptant de remplir le questionnaire ;

- l'observation des consultations gynécologiques effectuées chez les nouvelles patientes de cette spécialité dans les 2 unités cibles, pendant la période de collecte des données.

4.2.2. Critères de non-inclusion :

- N'étaient pas inclus dans cet entretien :

+ toute patiente sollicitant un autre service du CSRefCIV;

+ tous les patients de sexe masculin.

- Tout agent de santé travaillant en dehors des 2 unités cibles de notre étude pendant la période de la collecte des données;

- Autres consultations faites dans les 2 unités choisies pendant la période de collecte des données ;

- Les consultations même gynécologiques effectuées hors des 2 unités de notre étude.

- Les consultations gynécologiques chez des anciennes patientes des deux unités cibles.

4.3. Recueil des données :

4.3.1. Variables mesurées :

- l'accès au CSRef CIV

- l'accueil ;

- la relation patiente/ prestataire,

- les besoins et la satisfaction des patientes,

- la motivation des prestataires,

- l'exécution des gestes techniques,

- l'état des locaux,

- l'état des matériels et équipements.

4.3.2. Population d'étude :

- les patientes et prestataires du service de gynécologie ;

- les matériels et les locaux du service de gynécologie.

4.3.3. Ethique :

Les éléments suivants ont été pris en compte :

- L'autorisation du médecin chef du CSRef CIV ;
- Le consentement éclairé du personnel et des malades enquêtés ;
- L'anonymat (fiches d'enquête anonymes) ;
- La retro information des résultats.

4.3.4. Mode d'échantillonnage :

Nous avons procédé à un échantillonnage non exhaustif.

4.3.5. Tailles des échantillons :

Elles étaient constituées de 118 patientes, 30 prestataires et 70 consultations gynécologiques.

4.3.6. Outils de la collecte des données :

Pour la collecte des données, nous avons élaboré :

- un questionnaire pour l'entretien avec les patientes ;
- un questionnaire individuel pour les prestataires ;
- une grille d'observation de la consultation gynécologique, des locaux et des équipements ;
- une grille d'observation de la qualité de l'accueil et de l'orientation des patients.

4.3.7. Technique d'échantillonnage :

Pour la collecte des données, nous avons procédé à :

- un examen des documents existants au CSRef CIV ;
- un entretien avec les patientes à leur sortie de la salle de consultation ;
- l'administration de questionnaires individuels aux prestataires des 2 unités de notre étude ;
- l'observation de la consultation gynécologique dans les 2 unités choisies ;
- l'observation des locaux et équipements des 2 unités de notre étude
- l'observation des salles d'hospitalisation et des toilettes fréquentées par les patientes du service de gynécologie obstétrique

- l'observation de l'accueil /orientation ainsi que des conditions d'attente des patientes

4.3.8. Période d'étude :

Elle s'est étendue de septembre 2004 à juillet 2006.

4.4. Traitement et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées à l'ordinateur sur le logiciel EPI info version 6.04

RESULTATS

5. Résultats :

5.1. Description des échantillons :

5.1.1. Caractéristiques socio démographiques des patientes :

Tableau 1 : Répartition des patientes selon leur niveau d'instruction, leur profession et leur résidence.

		%
		(n=118)
Niveau d'instruction		
	Analphabète	32,2
	Primaire	41,5
	Secondaire	18,7
	Supérieur	7,6
Profession		
	Fonctionnaire	3,3
	Commerçante	15,3
	Sans profession	66,1
	Etudiante	6,8
	Autres*	8,5
Résidence		
	Lafiabougou	39,8
	Hamdallaye	17,8
	Djicoroni	17,8
	Sébénicoro	13,6
	Taliko	4,2
	Hors de la commune IV	6,8

- Pour le niveau d'instruction, 73,7% n'ont pas dépassé le niveau primaire

- Concernant la profession ; les sans professions sont les plus nombreuses avec 66,1%

*Autres : Il s'agit des élèves, coiffeuses, couturières, secrétaires contractuelles, vendeuses.

- Pour la résidence ; 39,8% des patientes viennent du quartier hôte du CSRef CIV et 6,8% des patientes sont venues des quartiers situés hors de la commune IV.

5.1.2. Critères de choix et accessibilité du CSRef CIV :

Tableau 2 : Répartition des patientes en fonction du critère évoqué pour le choix du CSRef CIV et de leur opinion sur l'accessibilité

		%
		(n=118)
Critère de choix du CSRef CIV		
	Référence	19,5
	Proximité	41,5
	Une connaissance	38,1
	Les médias	0,9
Accessibilité géographique au CSRef CIV		
	Facile	76,3
	Assez difficile	22,9
	Difficile	0,8
Accès à l'unité sollicitée		
	Facile	74,6
	Difficile	25,4

- La proximité fut le critère de choix dominant dans la fréquentation du CSRef CIV avec 41,5%.

- 76.3% des patientes trouvent l'accès géographique du CSRef CIV facile ;

- 74,6% des patientes ont affirmé avoir facilement retrouvé l'unité sollicitée.

Tableau 3 : Répartition des patientes selon le motif évoqué pour l'accès à l'unité sollicitée

		n	%
Facile accès à l'unité sollicitée		88	
	Ancienne utilisatrice		48,9
	Patiente orientée		22,7
	Patiente instruite		17,0
	Patiente accompagnée		11,4
Difficile accès à l'unité sollicitée		30	
	Patiente non orientée		46,6
	Patiente illettrée		26,7
	Unité mal située		26,7

- Parmi celles qui ont facilement retrouvé l'unité, 48,9% affirment qu'elles sont des anciennes utilisatrices du CSRef CIV.

- Quant à celles qui ont trouvé l'accès à l'unité difficile, 46,6% ont attribué ce fait au manque d'orientation

5.1.3. Attente : ses motifs, sa durée et ses conditions :

Tableau 4 : Répartition des patientes en fonction de leur opinion sur l'attente devant l'unité

		%
		(n = 118)
Attente	N'a pas attendu	36,5
	A attendu	63,5
Total		100,0

36,5% des patientes signalent n'avoir pas attendu alors que 63,5% affirment avoir attendu.

Tableau 5 : Répartition des patientes selon leur opinion sur le motif de l'attente devant l'unité

		n	%
Attente raccourcie		43	
	Ponctualité du prestataire		9,3
	Respect de l'ordre d'arrivée		25,6
	Ponctualité de la patiente		48,8
	Introduite par une connaissance		16,3
Attente prolongée		75	
	Retard du prestataire		14,7
	Instabilité du prestataire		1,3
	Retard de la patiente		78,7
	Non-respect de l'ordre d'arrivée		5,3

- Les raisons d'une attente abrégée sont dans l'ordre décroissant la ponctualité de la patiente (48,8%), le respect de l'ordre d'arrivée (25,6%), l'intervention d'une connaissance parmi les prestataires (16,3%) et la ponctualité du prestataire (9,3%)

- 78,7% des patientes expliquent leur attente prolongée par leur propre retard

Tableau 6 : Répartition des patientes selon leur opinion sur les conditions et la durée de l'attente

	n	%
Conditions d'attente devant l'unité	85	
Bien assise		65,9
Mal assise		31,8
debout par manque de place		2,3
Durée de l'attente	81	
< 30 minutes		44,4
30-59 minutes		40,8
>1 heure		14,8

- 65,9% des patientes trouvent qu'elles étaient bien assises pendant l'attente devant l'unité ; 31,8% de patientes mal assises et 2,3% affirment qu'elles n'ont pas eu de place pour s'asseoir.

- 85,2% ont affirmé avoir fait au maximum une heure à l'attente.

5.1.4. Cadre de la consultation :

Tableau 7 : Répartition des patientes en fonction de leur opinion sur la salle de consultation

	(n=118)	%
Salle de consultation		
Confortable	21,1	
Peu confortable	59,3	
Pas confortable	19,5	
Total	100,0	

Les variables retenues à ce niveau étaient : la salle (son exigüité, son aération, son éclairage, sa propreté), l'état du siège pour l'interrogatoire et l'état de la table de consultation.

Selon 59,3% des patientes la salle de consultation est peu confortable.

Tableau 8 : Répartition des patientes selon leur opinion sur leur expression au cours de l'interrogatoire

		%
		(n=118)
Expression de la patiente		
	Non perturbée	32,2
	perturbée	67,8
Total		100,0

32,2% des patientes affirment qu'elles ont eu l'occasion de s'exprimer pleinement devant le prestataire.

Par contre 67,8% trouvent que les conditions n'étaient pas favorables pour une pleine expression soit parce qu'il y' avait trop de monde dans la salle soit parce que le prestataire ne l'a pas donné le temps

Tableau 9 : Répartition des patientes selon leur opinion sur le respect de l'intimité au cours de la consultation

		%
		(n=118)
Intimité		
	Respectée	55,1
	Non respectée	44,9
Total		100,0

- 55.1% des patientes pensent que l'intimité est respectée au cours de la consultation ;

- 44,9% des patientes ont signalé le non-respect de l'intimité.

Tableau 10 : Répartition des patientes selon la raison du non-respect de l'intimité.

		%
		(n=53)
Non-respect de l'intimité		
	Trop de monde dans la salle	35,8
	Entrées et sorties non justifiées	34,0
	Possibilité d'être vue à partir de l'extérieur	22,6
	Consultations simultanées	7,6
Total		100,0

- La pléthore dans la salle ressort à la hauteur de 35,8%.
- 34,0% des patientes trouvent que d'autres agents de santé faisaient des entrées et sorties non justifiées au moment de leur consultation.
- Pour 22,6% des patientes, un passant dans la cour pouvait les voir au cours de l'examen physique.
- 7,6% justifient le non-respect de l'intimité par des consultations simultanées pouvant concerner deux patients de sexe différent

Tableau 11 : Répartition des patientes selon l'obtention d'un compte rendu à la fin de l'examen physique

		%
		(n=118)
Compte rendu	Reçu	7,6
	non reçu	92,4
Total		100,0

7,6% des patientes ont affirmé que le prestataire leur a fait un compte rendu de la consultation ; 92,4% des patientes ont affirmé le contraire.

Tableau 12 : Répartition des patientes selon leur opinion sur l'attitude du prestataire

		%
		(n=118)
Attitude du prestataire	Gentillesse	82,2
	Indifférence	17,8
Total		100,0

- La gentillesse du prestataire est l'opinion de 82,2% des patientes.
- 17,8% des patientes trouvent le prestataire indifférent.

5.1.5. Les toilettes

Tableau 13 : Répartition des patientes selon leur opinion sur les toilettes

		%
		(n=55)
Toilettes	accessibles et propres	9,1
	accessibles mais sales	90,9
Total		100,0

90,9% trouvent que le CSRef CIV dispose de toilettes accessibles mais sales.

Tableau 15 : Répartition des patientes selon leur satisfaction de leur prise en charge au CSRef CIV

		%
		(n=118)
Niveau de satisfaction	Très satisfaite	8,5
	Satisfaite	65,2
	Peu satisfaite	19,5
	Pas satisfaite	6,8
Total		100

65.2% des patientes sont déclarées satisfaites de leur demande de prestation dans le service de gynécologie du CSRefCIV.

Par contre, il y a 6,8% de patientes insatisfaites

5.1.6. Caractéristiques socio professionnelles des prestataires :

Tableau 16 : Répartition des prestataires selon la qualification et le sexe

		%
		(n=30)
Qualification et statut	Médecin fonctionnaire	3,3
	Médecin bénévole	23,4
	Etudiants en année de thèse	66,7
	Sage femme	3,3
	Infirmier bénévole	3,3
Sexe	Masculin	80,0
	Féminin	20,0

- Les étudiants en année de thèse occupent 66,7% suivis des médecins bénévoles 23,4%
- les hommes représentent 80,0%

5.1.7. Conditions de travail des prestataires :

Tableau 17 : Répartition des prestataires selon leur opinion sur les difficultés rencontrées avec les patients

		%
		(n=30)
Des difficultés sont rencontrées avec les patientes	Oui	66,7
	Non	33,3
Total		100,0

66,7% des prestataires trouvent qu'il y'a souvent des difficultés avec les patients.

Les difficultés signalées sont essentiellement les suivantes : problèmes de langue de communication, l'impatience des patients, la notion de premiers soins, la notion d'urgence, le refus des patients de commencer par les CSCOM, la confusion autour de la gratuité de la césarienne, le refus des patients d'être référés vers les EPH.

Tableau 18 : Répartition des prestataires selon leur opinion sur leurs conditions de travail

		%
		(n=30)
Salle de consultation*	Confortable	3,3
	Peu confortable	13,3
	Pas confortable	83,4
Matériel de travail**	Peu adéquats	10,0
	Pas adéquats	90,0

*Les critères retenus à ce niveau étaient : la salle (son exigüité, son aération, son éclairage, sa propreté), l'état du siège pour l'interrogatoire et l'état de la table de consultation.

** a concerné l'existence et la fonctionnalité des matériels

83,4% des prestataires trouvent que leur salle de consultation n'est pas confortable et 90,0% d'entre eux affirment que les matériels qu'ils utilisent ne sont pas adéquats

5.1.8. Motivation du personnel :

Tableau 19 : Répartition des prestataires selon leur opinion sur leur motivation

		%
		(n=30)
Prestataire motivé	Oui	6,7
	Non	93,3
Total		100,0

28/30 prestataires soit 93,3% trouvent que le personnel n'est pas motivé dans sa pratique quotidienne.

Les raisons évoquées sont essentiellement les suivantes : le manque de formation, la violence à l'encontre du personnel soignant, le manque de matériel de travail adéquat, le manque de statut particulier, l'absence de prime d'encouragement, l'insalubrité des locaux, le manque de rigueur dans la gestion du personnel.

5.2. Observation de la consultation gynécologique

Tableau 20 : Identification des prestataires au cours de la consultation

		%
		(n=70)
Qualification et statut	Médecin fonctionnaire	17,1
	Médecin bénévole	20,0
	Etudiants en année de thèse	42,9
	Sage femme fonctionnaire	8,6
	Infirmier bénévole	5,7
	Autres*	5,7
Total		100,0

*Dans autres, nous avons 2 consultations effectuées par un étudiant stagiaire (externe) et 2 consultations par une personne qui n'a ni statut ni qualification précise

42,9% des consultations ont été effectuées par les étudiants en année de thèse et 20,0% par des médecins bénévoles.

Tableau 21 : Répartition des consultations selon leur durée et l'effectif autour de la patiente

	%
	(n=70)
Durée de la consultation	
≥ 30 minutes	1,4
10 -19 minutes	54,3
< 10 minutes	44,3
Effectif autour de la patiente	
≤ 3 personnes	57,1
4 -5 personnes	35,7
≥ 6 personnes	7,2

- 98,6% des consultations ont été effectuées en moins de 20 minutes et seulement une consultation s'est tenue à au moins 30 minutes.

- 42,9% des consultations se sont déroulées en présence d'au moins 4 personnes.

5.2.1. Interrogatoire au cours de la consultation :

5.2.1.1. Motif de la consultation :

Tableau 22 : Répartition des consultations selon les questions relatives au motif de consultation et à l'identification de la patiente

	%
	(n=70)
Motif de consultation	
demandé	100,0
non demandé	0,0
Questions d'identification	
Age	100,0
Mode de vie	21,4
Profession	98,6

- Pour l'ensemble des 70 consultations, le motif a été demandé par le prestataire. - Le mode de vie de la patiente a été demandé au cours de 21,4% des consultations.

5.2.1.2. Antécédents gynécologiques :

Tableau 23 : Répartition des consultations selon la demande des antécédents à la patiente

	%
	(n=70)
Antécédents gynécologiques de la patiente	
l'âge de la puberté	14,3
les modalités du cycle menstruel sans contraception	90,0
La contraception suivie	62,9
Les pathologies gynécologiques	87,1
Les antécédents mammaires	7,1
Autres antécédents de la patiente	
Obstétricaux	98,6
Chirurgicaux	55,7
Médicaux	44,3
Familiaux	2,9

- Les questions relatives au cycle menstruel ont été abordées à 90,0%

- Des questions relatives aux antécédents mammaires sont ressorties très peu (7,1%)

- Les antécédents familiaux ont été demandés au cours de seulement 2,9% des consultations.

5.2.2. Préliminaires à l'examen physique :

Tableau 24 : Répartition des consultations selon l'exécution des préliminaires à l'examen physique

	%
	(n=70)
Préliminaires à l'examen physique	
Expliquer le déroulement de l'examen physique à la patiente	0,0
S'assurer de la vacuité vésicale et rectale de la patiente	0,0
Faire déshabiller la patiente	67,1
Renouveler le tissu de la table gynécologique	14,3
Faire coucher la patiente sur la table gynécologique	95,7
Se laver les mains	15,7
Porter des gants ou des doigtiers	100,0

L'explication du déroulement de l'examen physique à la patiente, a été occultée de façon exhaustive ;

95,7% des consultations se sont déroulées sur une table gynécologique et les 4,3% sur une table de consultation générale

5.2.3. Examen physique :

5.2.3.1. Examen gynécologique :

Tableau 25 : Répartition des consultations selon l'exécution de l'examen gynécologique

Etapes de l'examen gynécologique	% (n=70)
Examen de l'abdomen	95,7
Examen des organes génitaux	
Examen de la région vulvo périnéale	15,7
Utilisation du spéculum	42,9
le toucher vaginal	100,0
Examen des seins	15,7
Examen des aires ganglionnaires	1,4

- La région vulvo périnéale a été examinée au cours de 15,7% des consultations
- L'examen sous spéculum a été réalisé au cours de 42,9% des consultations et cela, exclusivement dans l'unité 1 de notre étude;
- Pour l'ensemble des 70 consultations, le toucher vaginal a été réalisé ;
- Les seins ont été examinés lors de 15,7% des consultations ;
- Les aires ganglionnaires sont explorées au cours de seulement une consultation.

5.2.3.2. Examen général :

Tableau 26 : Répartition des consultations selon l'exécution de l'examen général

	% (n=70)
Examen général	
Prise de la tension artérielle	2,9
Prise de poids	14,3
Prise de la taille	1,4
Regard des conjonctives	70,0
Auscultation du cœur	4,3
Examen des poumons	2,9
Palpation de la glande thyroïde	15,7

- Excepté le regard des conjonctives (70,0%), aucun des autres temps de l'examen général n'a été observé au-delà de 16,0%

5.2.4. Le compte rendu de la consultation aux patientes :

Tableau 27 : Répartition des consultations selon le compte rendu fait à la patiente

	%	
	(n=70)	
Compte rendu	Fait	7,1
	Non fait	92,9
Total		100,0

- Au cours de 92,9% des consultations aucun compte rendu n'a été fait à la patiente sur la consultation qui vient de prendre fin.

- Seulement au cours de 7,1% des consultations, la patiente a bénéficié d'un compte rendu de la part du prestataire avant la délivrance d'un bulletin d'examen complémentaire ou d'une ordonnance médicale.

5.3. Description de l'organisation et des matériels de travail :

5.3.1. Accueil et orientation des patients :

Il existe une petite porte à côté du guichet pour les entrées et sorties des piétons.

Deux grandes portes à sens unique dont l'une réservée à l'entrée des engins et l'autre à leur sortie.

A chacune de ces 3 portes existe un portier habillé en civil sans aucun moyen dissuasif. Ce dispositif est fonctionnel seulement les jours ouvrables et cela de 08 h 00 (début des activités) à 12 h 30 (pause) alors que les horaires de visites aux malades sont :

- les jours ouvrables : de 06 h 00 à 7 h 30 ; de 12 h 30 à 14 h 00 et de 18 h 00 à 20 h 00

- les jours non ouvrables : de 08 h 00 à 18 h 00.

Une autre grande porte, située à côté de la morgue, est fréquentée exclusivement par les corbillards.

Il n'existe pas de service d'accueil/orientation des patients dans la cour; certes il existe le plan de masse à l'entrée du centre ainsi que des plaques d'identification des bureaux et unités.

5.3.2. Environnement et matériels de travail des deux unités cibles :

Devant l'unité « consultation gynécologique », il y'a suffisamment de sièges pour les patientes (place disponible pour toutes les patientes inscrites). Les patientes rentrent à la suite d'un appel selon une liste établie par ordre d'arrivée.

Il s'agit d'une salle bien éclairée, climatisée avec une toilette interne pour les prestataires. Cette salle est dotée de : une table ordinaire pour l'interrogatoire, cinq chaises, un porte manteau, une armoire pour les archives et documents, deux poubelles d'usage pratique.

Tableau 28 : Etat des matériels essentiels pour la consultation gynécologique dans l'unité « consultation gynécologique »

Nombre et états	Nombre total	Nombre selon l'état		
		Bon	Passable	Mauvais
Matériels				
Spéculum	23	23	0	0
Sceau de décontamination	2	2	0	0
Table de consultation gynécologique	1	1	0	0
Pèse-personne	1	1	0	0
Paravent en bois	1	1	0	0
Tensiomètre	1	1	0	0
Stéthoscope biauriculaire	1	1	0	0
Lampe baladeuse	1	1	0	0

- Les matériels essentiels sont disponibles en bon état.

- Le nombre de spéculums disponibles couvre le besoin journalier de cette unité (15 consultations en moyenne)

Devant l'unité « bloc FFI » le nombre de sièges ne couvre pas les besoins pendant l'affluence.

Cette unité est faite d'une chambre et d'une antichambre communiquant chacune avec l'extérieur à travers une porte et une fenêtre.

Chacune est dotée d'une ampoule et d'un ventilateur fixé au toit.

L'antichambre est la salle de garde, la salle de réception des stagiaires et le lieu de l'interrogatoire des patients. A cet effet, elle contient : une armoire, deux lits, deux tabourets, deux portes manteau, une table ordinaire pour l'interrogatoire, une poubelle sans fermeture.

La chambre est le lieu des examens physiques. Elle a un lavabo, deux poubelles ouvertes.

Tableau 29 : Etat des matériels essentiels pour la consultation gynécologique dans l'unité FFI

Nombre et états	Nombre total	Nombre selon l'état		
		Bon	Passable	Mauvais
Matériels				
Spéculum	0	0	0	0
Sceau de décontamination	0	0	0	0
Table de consultation gynécologique	1	0	1	0
Table de consultation générale	1	1	0	0
Pèse-personne	1	1	0	0
Paravent en bois	1	1	0	0
Tensiomètre	0	0	0	0
Stéthoscope biauriculaire	0	0	0	0
Toise mobile	1	0	0	1
Lampe baladeuse	1	0	0	1

- Il apparaît l'absence notoire de certains matériels dont le spéculum, le tensiomètre, le stéthoscope.

- La lampe baladeuse qui existe ne fonctionne pas.

- Le paravent de cette salle sert de séparation entre les deux tables de consultation permettant ainsi des consultations simultanées.

5.3.3. L'hospitalisation en gynécologie obstétrique :

Elle se fait dans 6 salles réparties comme suit :

- 2 salles dotées chacune de : 2 lits en bon état, 1 climatiseur, 1 ventilateur, une toilette interne. Elles sont bien éclairées et très propres.

- 4 salles communes de propreté passable avec chacune 4 lits en bon état, 1 à 2 ventilateurs.

5.3.4. Système de financement et de prise en charge des urgences :

Tableau 30 : Tarification des prestations en gynécologie

Prestation	Tarif en FCFA
Consultation gynécologique	1 000 /semaine
Hospitalisation salle commune	750/jour
Hospitalisation salle à 2 lits avec toilette	2 000/jour
Hospitalisation salle à 1 lit avec toilette	3 000/jour
Plastie tubaire	25 000
Hydrotubation en 4 séances	5 000
Contraception chirurgicale volontaire	5 000
Grossesse extra utérine	25 000
Myomectomie	35 000
Hystérectomie	35 000
Prolapsus utérin	30 000
Kyste de l’ovaire	20 000
Rupture du Douglas	5 000
Injection IV non prescrite au CSRef CIV	600
Injection IV prescrite au CSRef CIV	500
Injection IM /SC prescrite au CSRef CIV	300
Injection IM/SC non prescrite au CSRef CIV	400
Perfusion prescrite au CSRef CIV	500
Perfusion non prescrite au CSRef CIV	1 000

- Les référés bénéficient de 50% de réduction sur les frais de consultation.

- Les soins des hospitalisés sont gratuits.

- Le pansement des opérés du service est gratuit jusqu’à la guérison.

Les urgences sont prises en charge de façon immédiate par l’équipe de garde (constituée de médecins bénévoles et les étudiants en année de thèse) assistée ou non par les spécialistes du centre.

S’il y a lieu d’intervenir chirurgicalement, le kit est pris à la pharmacie du centre moyennant l’engagement d’un accompagnateur de la patiente. Cet engagement est essentiellement basé sur la solvabilité des frais (kit, acte chirurgical, hospitalisation) avant la fin de l’hospitalisation de la patiente.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6. Commentaires et discussion :

Nous avons fait une étude d'observation prospective de type transversal sur la qualité de la consultation gynécologique au CSRef CIV de septembre 2004 à juillet 2006.

Nous ambitionnions de mener une étude qualitative sur la dite consultation. Pour cela, au niveau de l'échantillonnage, nous avons fait référence à l'une des instructions de l'ANDEM qui stipule que « la taille de l'échantillon considérée comme suffisante pour les séries homogènes est habituellement de 30 à 50 pratiques par unité de soins. La période de mesure de la qualité de la pratique doit permettre d'atteindre l'échantillon prévisionnel sans toutefois excéder une durée de 6 à 8 semaines [6]

Notre travail s'est limité, au niveau de l'évaluation des pratiques professionnelles, à la phase de synthèse. Autrement dit les prescriptions n'ont pas été prises en compte. Cela sous-entend qu'une étude qualitative sur les prescriptions sera d'une grande utilité. Aussi la population générale de la commune IV et les autres services et unités du CSRef CIV n'étaient pas inclus.

6.1. Locaux et matériels :

Il ressort de l'analyse des opinions et observations que les locaux ont un niveau de propreté passable et les toilettes un niveau faible. Aussi, la salle de prestation des internes est également leur salle de rencontre et de garde, ce qui ne garantit pas une confidentialité et un respect de l'intimité des patientes.

Quant aux matériels, on note l'absence notoire de certains qui sont incontournables pour une consultation gynécologique de qualité comme le spéculum, la lampe baladeuse, le tensiomètre et le stéthoscope.

6.2. Organisation interne :

Le manque de service d'accueil/orientation des patients, la brièveté du dispositif à l'entrée du CSRef CIV ainsi que l'absence de moyens dissuasifs des portiers peuvent expliquer à notre avis les insuffisances ci après signalées :

- difficultés pour les patients de retrouver l'unité sollicitée,
- la violence à l'encontre du personnel soignant,
- manque de repos pour les patients hospitalisés,
- le stationnement anarchique des engins dans la cour.

Parmi les raisons de l'attente abrégée devant l'unité, la ponctualité de la patiente (48,8%), le respect de l'ordre d'arrivée (25,6%) et la ponctualité du prestataire (9,3%) sont sources de satisfaction pour les patientes à l'unanimité et donc signe de bonne qualité des prestations.

Mais si le fait d'être introduit par une connaissance (16,3%) satisfait son bénéficiaire, il peut au contraire vexer les autres patientes et les pousser à ne plus revenir.

En ce qui concerne l'attente prolongée, 50,0% des patientes justifient leur attente par leur propre retard ce qui est patient dépendant et naturellement accepté. Mais les autres facteurs qui sont : le retard et l'instabilité du prestataire ainsi que la consultation non faite selon l'ordre d'arrivée peuvent être source de frustration des patientes.

85,2% des patientes n'ont pas fait plus d'une heure à l'attente selon leur estimation. Ce qui paraît raisonnable car plus le temps d'attente est long moins les patientes ont envie de revenir solliciter l'unité ou le centre en question.

6.3. La confidentialité et le respect de l'intimité :

67,8% des patientes affirment qu'elles n'ont pas pu bien exposer leur problème dû à un défaut de cadre propice ;

44,9% trouvent que leur intimité n'a pas été respectée.

Les observations abondent dans le même sens à travers les points suivants :

+ 42,9% des consultations se sont déroulées en présence d'au moins 4 personnes,

+ des consultations simultanées pouvant concerner 2 patients de sexe différent.

6.4. Qualification du personnel :

Dans les deux unités cibles de notre étude, à l'analyse des questionnaires soumis aux prestataires, il ressort que la consultation gynécologique est faite par : les étudiants en année de thèse (66,7%), les médecins bénévoles (23,4%), médecin fonctionnaire (3,3%), sage femme fonctionnaire (3,3%), infirmier bénévole (3,3%)

L'observation des consultations confirme le même ordre décroissant avec des pourcentages différents, mais aussi signale l'intervention d'étudiants avant l'année de thèse et d'une personne qui n'a ni qualification ni statut précis.

D'une part, il découle de cette analyse que la consultation gynécologique est faite majoritairement par les internes et les médecins bénévoles qui ont besoin d'une assistance multidimensionnelle. D'autre part, la facilité avec laquelle on devient prestataire de cette discipline ayant trait à l'intimité de la femme.

6.5. Durée de la consultation :

98,6% des consultations se sont déroulées en moins de 20 minutes. Ce temps est en deçà du temps minimum proposé par LANSAC et all [19] qui trouvent qu'il faut au moins 30 minutes pour pouvoir tenir une bonne consultation gynécologique. G Boutet [9] confirme cet avis en disant « la consultation gynécologique, surtout pour une patiente que l'on voit pour la première fois, est une affaire longue »

6.6. Démarche clinique :

6.6.1. Interrogatoire au cours de la consultation :

6.6.1.1. Sur le motif de la consultation :

Le motif de la consultation fut demandé à chacune des 70 consultations. Cela va de soi car le minimum qu'on peut demander à un hôte est bien l'objet de sa présence. Donc cette demande ne reflète pas pour nous la qualité de la consultation.

6.6.1.2. Sur la situation personnelle de la patiente :

L'âge et la profession ont été demandés respectivement à 100,0% et 98,6%. Par contre, le mode de vie de la patiente qui renseigne sur certains facteurs de risque voire la très probable origine de la plainte, a été peu demandé.

6.6.1.3. Sur les antécédents :

Au niveau des antécédents gynécologiques, exceptés l'âge de la puberté et les antécédents mammaires, les autres paramètres étaient demandés à plus de 44,0%.

Les autres antécédents personnels (obstétricaux, médicaux, chirurgicaux) ont également été demandés à plus de 44,0%.

Quant aux antécédents familiaux, ils ont été recherchés au cours de seulement 2,9% des consultations.

D'une manière générale, ces antécédents informent sur des facteurs de risque, les contre indications et interactions médicamenteuses. Mais de façon particulière les points qui sont peu ressortis pèsent lourds en oncologie. Donc ne pas être exhaustif sur les antécédents peut faire occulter la piste des cancers combien redoutables!

6.6.2. Examen physique :

6.6.2.1. Les préliminaires à l'examen physique :

D'une façon générale, les préliminaires sont peu ou pas réalisés.

L'étape qui consiste à expliquer la procédure de l'examen physique à la patiente afin d'avoir son adhésion à ce temps précieux de la consultation n'a été réalisée par aucun des prestataires.

4,3% des consultations gynécologiques observées se sont déroulées sur une table de consultation générale. Ce qui n'est pas conforme à notre référentiel [9, 18, 19, 34] qui trouve que cette consultation doit exclusivement se dérouler sur une table de consultation gynécologique même s'il s'agit d'un médecin généraliste qui l'exécute.

Les prestataires utilisaient des gants et doigtiers à usage unique, ce qui est réconfortant. Mais d'autres mesures d'hygiène, notamment le lavage des mains du prestataire et l'usage ou le renouvellement de tissu sur la table de consultation faisaient défaut. Tantôt un seul tissu était utilisé pour au moins la journée, tantôt il s'agissait de la table nue parfois sale à moins que la patiente ait étalé son foulard ou un pagne. Cette situation peut bien être la source d'une infection nosocomiale quand on se rappelle que la femme est très exposée de par son anatomie.

6.6.2.2. Examen gynécologique :

Si l'usage du spéculum est systématique aussi bien dans la littérature [9, 18, 19, 34] que dans l'unité 1 de notre étude, cet instrument n'a pas été utilisé pendant la période de notre étude dans l'unité 2 qui n'en possède même pas.

L'examen des seins fut réalisé à moins de 19,0% alors qu'il s'agit d'une étape systématique [9, 18, 19, 34] et non instrumentale. Mieux, GIRAUD et al [18] arrivent jusqu'à proposer l'initiation de la patiente à l'auto examen des seins à la fin de chaque règle soit au moins une fois par mois. A notre avis, cette insistance peut trouver sa raison dans la fréquence et la précocité des tumeurs de cet organe [9, 18, 19, 34]

Ces observations nous montrent que la partie la plus spécialisée de la consultation souffre de beaucoup d'insuffisances.

6.6.2.3. Examen général :

L'examen général souffre également de beaucoup d'insuffisances. Même si la patiente sollicite une consultation spécialisée, cela n'est pas une raison pour que le prestataire perde de vue l'importance d'un examen général. En prenant l'habitude d'abrégé ou de sauter cette étape de la consultation, le prestataire peut facilement passer à côté du diagnostic car au prime abord rien ne prouve que la plainte apparemment d'ordre gynécologique n'ait pas son origine dans un autre organe ou appareil.

6.6.3. Compte rendu de la consultation :

7,6% des patientes ont affirmé avoir reçu de la part du prestataire, un compte rendu de la consultation

Les observations rapportent qu'au cours de 5/70 consultations soit 7,1% que le prestataire a donné des explications à la patiente notamment sur l'examen qu'il vient de faire, les hypothèses diagnostiques, les éventuelles investigations et leurs incidences.

Il s'agit pourtant d'une étape capitale de la consultation, d'un indicateur important de l'interaction prestataire/patient et d'un temps propice pour faire adhérer la patiente aux prises de décision concernant sa propre santé.

G Boutet [9] commente le compte rendu en ces termes : « Le temps de la synthèse et de l'information peut être considéré comme un renversement de la situation de l'interrogatoire. Ici, c'est le médecin qui parle et la patiente qui écoute... L'information est la base du consentement ou du refus éclairé de la patiente »

LANSAC et al [19] se prononcent en disant « C'est à partir de ce dialogue avec la femme ou le couple et des constatations médicales de l'examen que l'on pourra, avec la participation active de la patiente :

- + diriger logiquement les investigations complémentaires,
- + prescrire un traitement rationnel qui sera bien suivi car compris »

6.7. La satisfaction des patientes :

6,8% des patientes se sont déclarées insatisfaites d'avoir sollicité le service de gynécologique du CSRef CIV. Comme raisons, une insuffisance de toute la chaîne : de l'accueil à la sortie en passant par la consultation en général et du respect de l'intimité en particulier.

Ce taux est loin d'être négligeable quand on se rappelle la place toute particulière de la patiente (cliente) dans la démarche qualité [1] dont voici quelques propos «La compréhension et la satisfaction des attentes et besoins des clients représentent aujourd'hui une orientation fondamentale de la démarche qualité. Elles conditionnent le développement et la pérennité des entreprises...

L'écoute client est une composante indispensable de tout système qualité. Elle fournit des informations qui pourront être utilisées pour identifier les processus clés, orienter les objectifs, corriger les dysfonctionnements, améliorer les produits ou services existants, concevoir de nouveaux produits ou services »

6.8. La motivation des prestataires :

93,3% des prestataires se sont déclarés non motivés dans leur pratique quotidienne. Ce taux est alarmant quand on sait que la démarche qualité [1] accorde une place de choix à cette motivation en ces termes « La motivation des professionnels est essentielle pour progresser dans la qualité des produits ou des services »

Les prestataires attribuent ce problème de motivation aux points ci après : le manque de formation, la violence à l'encontre du personnel soignant, le manque de matériel de travail adéquat, le manque de statut particulier, l'absence de prime d'encouragement, l'insalubrité des locaux, le manque de rigueur dans la gestion du personnel.

- Le manque de formation a été incessamment évoqué par les prestataires. L'ANAES [1] est de cet avis quand on se réfère à ce qui suit « La mise en oeuvre d'une démarche qualité suppose un apport d'information et de formation adapté aux besoins de chacun des acteurs de l'établissement »

- Il a été de la violence à l'encontre du personnel soignant. L'OMS [25] confirme que la qualité des soins est affectée par la violence à l'encontre du personnel soignant.

- Nous sommes de l'avis des prestataires sur l'impact des matériels sur la motivation du personnel et même sur la qualité des prestations.

6.9. Statut du CSRef et des prestataires :

Les CSRef n'ont pas d'autonomie de gestion et ne sont pas des structures universitaires ; par conséquent ne peuvent pas régulariser la situation des étudiants.

Il n'y a pas de centre hospitalo-universitaire donc il n'y a pas d'internes.

La situation des internes est sans base juridique.

Dans les hôpitaux l'objectif premier des internes est leur encadrement (formation)

Chaque année le nombre d'étudiants en fin de cycle est très important.

Les possibilités d'accueil et d'encadrement par les personnes agréées (professeurs titulaires, professeurs agrégés, maître de conférence, maîtres assistants) sont très limitées d'où un besoin réel pour le surplus d'étudiants en année de thèse d'aller pour la pratique, dans des structures telles que les CSRef

Dans ces nouvelles structures d'accueil, les médecins, pharmaciens et biologistes veulent bien les encadrer bénévolement par un accord tacite de ces médecins et les étudiants.

Dans l'accord tacite entre médecin chef et étudiants :

- Pour les étudiants : ils sont à la quête d'expérience, de stages pratiques et de conseils des praticiens qui ne sont pas universitaires. Il s'agit de stages non validés et non notés (sauf au niveau des CSRef des communes I et V du district de Bamako où il y a des praticiens universitaires)
- Pour le médecin chef : En manque de personnel est intéressé par les étudiants en année de thèse ayant une certaine expérience pour pallier l'insuffisance de médecins. Le médecin chef accepte qu'ils fassent des prestations payantes augmentant ainsi les recettes globales du centre.

Modalités pratiques de cet accord :

- Nombre limite d'étudiants à recevoir par structure d'accueil ;
- Les étudiants doivent accepter la discipline, les bonnes pratiques, la relation avec le personnel et les malades. Ils sont astreints aux gardes à la place des médecins ; doivent assurer des prestations de qualité sous le contrôle des médecins du centre. Ils sont enregistrés et doivent être réguliers avec un minimum de motivations (préparation de la thèse, formation pratique, rémunération symbolique)

Quant aux médecins bénévoles ; il s'agit d'anciens étudiants en fin de cycle qui ont bénéficié de la formation pratique et de la préparation de leur thèse au CSRef. Ils continuent à fréquenter ledit centre en attendant une situation meilleure.

Le système tel qu'il se présente actuellement peut amener des déviations comme :

- Risque de mauvaises conditions de pratique ;
- Risque de mauvaises habitudes pour la pratique ;
- Risque sur le plan juridique en cas d'accident thérapeutique ou disciplinaire ;
- Risque de non-satisfaction des usagers ;
- Mécontentement des étudiants par rapport à leur hébergement et à leur rémunération d'où un risque de recouvrement illicite d'argent ou de pratiques interdites comme les avortements clandestins.

7. Conclusion :

Notre étude s'est tenue de septembre 2004 à juillet 2006 sur la qualité de la consultation gynécologique au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako.

Cette étude a porté sur une description des structures et matériels, une observation transversale de la consultation gynécologique et sur l'opinion des patientes et prestataires de la dite consultation.

Au total :

- 70 consultations gynécologiques ont été observées ;
- 118 patientes ont accepté l'entretien ;
- 30 prestataires ont répondu à notre questionnaire.

Les remarques suivantes en sont découlées :

* Pour ce qui est des structures :

Le CSRef CIV habite dans des locaux construits pour cette fin. Le bâtiment est en ciment et en bon état, la cour est large avec un parking. Il n'existe pas de service d'accueil/orientation des patients.

L'approvisionnement en eau et électricité est assuré par le réseau public. Le CSRef CIV dispose d'une ambulance et de deux lignes téléphoniques dont l'une pour uniquement la réception des appels.

- **L'unité 1 « consultation gynécologique »** est une salle bien éclairée, climatisée avec une toilette interne pour les prestataires. Cette salle est dotée de : une lampe baladeuse, un stéthoscope biauriculaire, un tensiomètre, une pèse-personne, une table de consultation gynécologique et 23 spéculums.

- **L'unité 2 « Bloc des FFI »** est faite de chambre et antichambre bien éclairées, avec un ventilateur chacune.

Il apparaît l'absence notoire de certains matériels dont le spéculum, le tensiomètre et le stéthoscope.

La lampe baladeuse qui existe ne fonctionne pas.

*Pour ce qui est des procédures :

La consultation gynécologique était faite majoritairement par les internes et les médecins bénévoles.

Les normes et procédures n'étaient pas respectées :

- La confidentialité et l'intimité n'étaient pas bien respectées
- L'interrogatoire était moins riche et la préparation de la patiente à l'examen physique inexistante.
- L'examen physique n'était pas approfondi surtout en ce qui concerne l'examen général.
- Les patientes étaient très rarement édifiées à la fin de la consultation.

***Pour la motivation des prestataires :**

Les prestataires comptent majoritairement sur une amélioration à plusieurs niveaux pour leur pleine motivation

*** Pour les solutions :**

Nous proposons aux prestataires de redoubler d'efforts dans le sens :

- de l'approfondissement de chaque étape de la consultation gynécologique,
- du renforcement de l'hygiène au cours de la consultation,
- de l'amélioration du cadre de consultation pour plus de confidentialité et de respect de l'intimité des patientes.

Quant aux responsables du CSRef CIV, nous leur exhortons à consentir des efforts pour :

- la sécurité et la formation du personnel soignant,
- la dotation des unités en matériels adéquats,
- la réglementation des consultations surtout gynécologiques et le respect des bonnes pratiques cliniques.

RECOMMANDATIONS

8. Recommandations :

Au terme de cette étude nous formulons les recommandations ci après :

8.1. Aux autorités de la direction nationale de la santé :

- Elaborer des documents de référence sur les bonnes pratiques cliniques ;
- Parler explicitement de la consultation gynécologique dans les documents de la santé de la reproduction ;
- Abonner la bibliothèque de la FMPOS aux documents de la santé de la reproduction.

8.2. Aux autorités de la FMPOS :

- Renforcer l'encadrement des étudiants et stagiaires par la restructuration et l'implication des différents niveaux de la pyramide sanitaire ;

8.3. Aux responsables du CSRef CIV :

- Créer un service d'accueil/orientation des patients ;
- Faire respecter les bonnes pratiques cliniques ;
- Réglementer l'accès au CSRef CIV de façon permanente ;
- Sécuriser le CSRef CIV et son personnel soignant en faisant recours aux GIE de sécurité voire aux forces de l'ordre ;
- Réglementer les consultations gynécologiques par l'établissement et la vulgarisation d'une liste de prestataires agréés ;
- Améliorer la qualité des consultations gynécologiques en dotant les unités concernées de matériels adéquats ;
- Dissocier la salle de consultation des FFI de leur salle de garde ;
- Renforcer la compétence du personnel en instaurant des programmes de formation continue ;
- Intensifier l'hygiène des locaux surtout des toilettes ;
- Instaurer un système d'auto évaluation de la qualité des prestations ;

8.4. Aux prestataires du service de gynécologie du CSRef CIV :

- Approfondir l'interrogatoire, l'examen physique, et le compte rendu aux patientes au cours des consultations gynécologiques ;

- Renforcer l'hygiène au cours des consultations surtout gynécologiques ;
- Améliorer le cadre de la consultation pour plus de confidentialité et de respect de l'intimité des patientes.

REFERENCES

9. Références :

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.

Démarche qualité des établissements de santé : principes de mise en œuvre. Paris: ANAES; 2002.

2. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.

L'audit clinique. Bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles. Paris: ANAES; 1999.

3. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.

Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. Paris: ANAES; 2000.

4. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.

Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé. Principes méthodologiques. Paris: ANAES; 1996.

5. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

Glossaire des principaux termes utilisés dans le domaine de la qualité. <http://bioch.ap-hop-paris.fr/accreditation/glossaire.htm>

6. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale.

L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. L'audit clinique. Paris: ANDEM; 1994.

7. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale.

La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé. Revue de la littérature médicale. Paris: ANDEM; 1996, 45 p.

8. Blumenthal D.

Total quality management and physicians' clinical decisions. JAMA 1993.

9. Boutet G.

Consultation en gynécologie. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Gynécologie, 43-A-10, 1999, 18 p.

10. Buckman R.

La communication : compétences de base. S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades. Guide du professionnel de santé. Paris : Inter éditions, 1994 ; p 35-58.

11. Centre de santé de référence de la commune IV

Rapport d'activités 2005.

12. Collège National des Gynécologues et obstétriciens français

Définition de la gynécologie et d'obstétrique. Paris : communiqué de presse du 08 avril 2000.

http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/MDIR_01.HTM (accéder le 07/06/2006)

13. Collège National des Gynécologues et obstétriciens français

Statuts mis à jour par l'assemblée générale extraordinaire du 1er décembre 2000.

WWW.cngof.asso.fr/D_PAGES/ACCUFRST.HTM (accéder le 15/06/2006)

14. Direction Nationale de la Statistique et de l'informatique

Recensement avril 1998.

15. Donabedian A.

Exploration in assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to it's assessment health administration Press An Arbor; Michgan 1980.

16. Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique

Statuts. <http://www.figo.org/default.asp?id=172> (accéder le 15/06/2006)

17. Gasquet I, Lairy G, Ravaud P.

Étude de la satisfaction des patients. In: Matillon Y, Durieux P, éd. L'évaluation médicale. Du concept à la pratique. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 2000. p. 115-20.

18. Giraud J.-R, Bremond A, Rotten D.

Abrégés de gynécologie. Paris: Masson; 1997. p. 23-35.

19. Lansac J, Lecomte P, Marret H.

Gynécologie pour le praticien. Paris : Masson ; 2002. p. 2-14

20. Leclat H, Vilcot C.

Qualité en santé. 150 questions. Paris: AFNOR; 1999.

21. Llorca G. Les outils du clinicien.

Communication médicale. Paris : Édition Marketing, 1994. p. 43-58.

22. Manuila A, Manuila L, Lewalle P, Nicoulin M

Dictionnaire médical. Paris : Masson, 2001. p. 23-35.

23. OMS

Le Dossier mère-enfant. Guide pour une maternité sans risque.

<http://www.who.int/reproductive-health/publications/French MSM 94 11/chapter10.fr.html> (accéder le 20/06/2006)

24. OMS

Soins de santé primaires. Bureau régional Afrique. Série de rapports techniques AFRO N°3. p. 6.

25. OMS

La violence à l'encontre du personnel soignant menace les services de santé ; 2002.

<http://www.who.int/reproductive-health/publications/French MSM 94 11/chapter10.fr.html> (accéder le 07/06/2006)

26. Plan de développement socio sanitaire 2004-2008 de la commune IV

Equipe socio sanitaire de la commune IV

27. Politiques et normes des services de santé de la reproduction et de la planification familiale.

Ministère de la santé de la solidarité et des personnes âgées, Bamako décembre 1995 ; 80 p.

28. Politique et normes des services de santé de la reproduction.

Ministère de la santé, Bamako, 2000 ; 100 p.

29. PRODESS II, composante santé

Ministère de la santé, 2004 ; 128 p.

30. Rapport PRODESS I

Ministère de la Santé de la solidarité et des personnes âgées, 1998 ; 31 p.

31. Samaké F.

Contribution à l'approche épidémiologique des consultations gynéco obstétricales dans le district de Bamako. Thèse médecine, Bamako 1990, 66 p.

32. Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique.

Congrès (7 :2003 : Bamako).Cancers gynécologiques et mammaires. L'Essor N°14877 du 14 janvier 2003.

33. Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique.

Congrès (2 :2003 : Bamako).Cancers gynécologiques et mammaires. L'Essor N°14877 du 14 janvier 2003.

34. Soutoul JH, Bertrand J, Body G.

La consultation en gynécologie, sémiologie gynécologique. Paris : Éditions Marketing, 1994. p. 35-89.

35. Terra JL, Erbault M, Maguerez G.

Amélioration de la qualité en établissements de santé et évaluation du changement induit. In: Matillon Y, Durieux P, éd. L'évaluation médicale. Du concept à la pratique. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 2000. p. 103-14.

36. UNICEF, Coopération Française.

Qualité et accès aux soins en milieu urbain ; 2004 ; 127 p.

Fiche signalétique

Nom : DIARRA

Prénom : Karimou

Titre de la thèse : Evaluation de la qualité de la consultation gynécologique au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako

Année universitaire : 2005-2006

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : République du Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto- Stomatologie

Secteur d'intérêt : Gynécologie, Santé Publique

Résumé de la thèse : Afin d'évaluer la qualité de la consultation gynécologique au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako, nous avons mené de septembre 2004 à juillet 2006 une étude d'observation descriptive de type transversal. Cette étude a porté sur :

- Les gestes techniques de la consultation gynécologique ;
- L'avis des patientes et des prestataires du service de gynécologie ;
- Les locaux et matériels.

Les résultats obtenus montrent que :

- Les usagers veulent un changement à plusieurs niveaux ;
- La consultation gynécologique souffre de beaucoup d'insuffisances ;
- Les matériels et locaux ont besoin d'être accommodés ;
- L'attente du personnel soignant pour sa motivation est grande ;
- L'organisation interne du CSRef CIV nécessite une amélioration.

Mots clés : Qualité des soins, consultation gynécologique, centre de santé de référence.

ANNEXES

10. Annexes :

QUESTIONNAIRE D'ENTRETIEN DESTINE AUX PATIENTES(clientes)

Numéro du questionnaire :

I) Identification de la patiente

1) Profession /_ /

1 = Fonctionnaire 2 = commerçante 3 = ménagère 4 = Autre.....

2) Niveau d'instruction /_ /

1 = Analphabète 2 = primaire 3 = secondaire 4 = supérieur

5 = Autre.....

3) Résidence /_ /

1 = Lafiabougou 2 = Hamdallaye 3 = Djicoroni 4 = Sébénicoro

5 = Taliko 6 =Autre.....

4) Unité sollicitée /_ /

1 = Unité consultation gynécologique 2 = Salle des F F Internes

II)CSRefCIV : connaissance et accueil

5) Comment avez vous connu le CSRefCIV ? /_ /

1= Agent de santé 2 = Proximité 3 = Parent 4 = Médias

5 = Autre :.....

6) Comment trouvez-vous l'accès géographique du CSRefCIV ? /_ /

1= Facile 2 = Assez difficile 3 =Très difficile

7) Avez vous eu des difficultés pour retrouver l'unité sollicitée ? /_ /

1= Oui 2 = Non

Si oui lesquelles ? /_ /

1 = je n'ai pas été orientée à l'entrée

2 = je ne sais pas lire

3 = l'unité est mal placée dans le centre

4 = Autre.....

Si non pourquoi ? /_ /

1 = ce n'est pas ma première fois

2 = j'ai été orientée à l'entrée

3 = je sais lire

4 = Autre.....

8) Avez vous attendu à votre arrivée devant l'unité sollicitée ? /_ /

1= Oui

2 = Non

Si oui pourquoi ? /_ /

1 = le prestataire a commencé en retard

2 = le prestataire a été instable dans son unité

3 = je suis venue en retard

4 = l'entrée n'était pas faite selon l'ordre d'arrivée

5 = Autre.....

Si non pourquoi ? /_ /

1 = le prestataire a été ponctuel

2 = l'ordre d'arrivée a été respecté

3 = je n'ai trouvé personne à l'attente

4 = une connaissance m'a fait rentrer

5 = Autre.....

9) Pouvez vous donner le temps approximatif ? /_ /

1 = Je ne sais pas 2 = <30 minutes 3 = 30 minutes-1heures 4 = > 1 heure

10) Si vous avez attendu comment étiez vous pendant cette attente ? /_ /

1 = je n'ai pas eu le temps de m'asseoir 2 = Bien assise 3 = Mal assise 4 = Arrêtée par manque de place

III) Cadre de la consultation

11) Est-ce que vous avez pu tout dire à la personne qui vous a consulté ? /_ /

1 = Oui 2 = Non

a) Si oui pourquoi ?

1 = j'étais seule avec le prestataire

2 = le prestataire m'a donné le temps

3 = je suis habituée à la consultation

b) Si non pourquoi ?

1 = le prestataire ne m'a pas donné le temps

2 = il y'avait trop d'agents de santé autour de moi

3 = il y'avait une tierce personne dans la salle

12) Comment avez vous trouvé la personne qui vous a consultée ? /_ /

1 = aimable

2 = indifférente

3 = désagréable

13) Votre intimité a-t-elle été respectée au cours de cette consultation ? /_ /

1 = Oui 2 = Non

Si non pourquoi ? /_ /

1 = il y'avait sans cesse des entrées et sorties

2 = il y'avait beaucoup de monde dans la salle

3 = les piétons peuvent voir l'intérieur de la salle de consultation

4 = Autre.....

14) Le prestataire vous a-t-il fait un compte rendu de ses observations avant de vous faire une prescription ? /_ /

1 = Oui

2 = Non

IV) Locaux

15) Comment avez- vous trouvé la salle de consultation ? /_ /

1 = Confortable 2 = Peu confortable 3 = Pas confortable

16) Y'a t'il des toilettes dans accessibles le CSRefCIV ? /_ /

1= je ne sais pas 2 = Oui

Si oui, Sont elles propres ? /_ /

1 = Oui 2 = Non 3 = je ne les ai pas utilisé

V) Impressions/ Suggestions

19) Etes vous satisfaites d'avoir sollicité une prestation du CSRefCIV ? /_ /

1 = Très satisfaite 2 = Satisfaite 3 = Peu satisfaite 4 = Pas satisfaite

Pourquoi ?.....

20) Que suggérez-vous au CSRefCIV pour une plus grande satisfaction de ses patients (clients) ?

.....
.....
.....
.....

QUESTIONNAIRE DESTINE AU PERSONNEL DU CSREF CIV

Numéro du questionnaire :

I) Identification du prestataire :

1) Qualification /_ /

1 = Médecin 2 = Etudiant en année de thèse 3 = Sage femme 4 = Infirmier

5 = Autre.....

2) Sexe /_ /

1 = Masculin 2 = féminin

3) Statut /_ /

1 = fonctionnaire 2 = contractuel 3 = bénévole 4 = stagiaire

5 = Autre.....

4) Unité de prestation /_ /

1 = Unité consultation gynécologique 2 = Salle des F F Internes

II) CSRefCIV : fréquentation et accueil

5) Pensez-vous que le CSRefCIV est bien fréquenté par la population ? /_ /

1 = Oui

2 = Non

Si oui pourquoi ?/_ /

1 = le CSRefCIV est bien connu par la population

2 = son accès est facile

3 =Autre.....

Si non pourquoi ?/_ /

1 = la population ne connaît pas toutes les prestations du CSRefCIV

2 = l'accès du CSRefCIV est difficile

3 =Autre.....

6) Pensez-vous que les patients retrouvent facilement l'unité qu'ils sollicitent ? /_ /

1 = Oui

2 = Non

Pourquoi ?

.....

7) Quelle appréciation faites-vous des conditions d'attente de vos clients ? /_ /

1 = Très satisfaisantes 2 = Satisfaisantes 3 = Peu satisfaisantes

4 = Pas satisfaisantes

8) Rencontrez-vous des difficultés avec vos patients ? /_ /

1 = Oui

2 = Non

Si oui donnez- en 3 par ordre de fréquence :

1^{ère} difficulté.....

2^{ème} difficulté.....

3^{ème} difficulté.....

III) Equipement/Infrastructure/ cadre d'hospitalisation

9) Comment trouvez-vous la salle dans la quelle vous travaillez ? /_ /

1 = Confortable 2 = peu confortable 3 = Pas confortable

10) Comment trouvez-vous les matériels que vous utilisez ? /_ /

1 = Adéquats 2 = Peu adéquats 3 = Non adéquats

11) Comment trouvez-vous les salles d'hospitalisation ? /_ /

1= Confortables 2 = Peu confortables 3 = Pas confortables

12) Trouvez-vous ce centre reposant pour vos patients ? /_ /

1 = Oui 2 = Non

13) Comment est fait le traitement des malades hospitalisés ? /_ /

1 = Très régulier 2 = Peu régulier 3 = Pas régulier

IV) Motivation/ Suggestions

14) Pensez-vous que le personnel du CSRefCIV est suffisamment motivé dans sa pratique quotidienne ? /_ /

1 = Oui 2 = Non

Si oui, citez 3 sources de cette motivation

1^{ère} source.....

2^e source.....

3^e source

Si non donnez 3 stratégies permettant sa motivation

1^{ère} stratégie.....

.....2^e
stratégie.....

3^{ème} stratégie.....

15) Que suggérez-vous pour l'amélioration de la qualité des prestations du CSRefCIV ?

.....
.....
.....
.....

Merci

GRILLE D'OBSERVATION DE LA CONSULTATION GYNECOLOGIQUE

Numéro du questionnaire :

I) Identification du prestataire

1) Qualification /_ /

1 = Médecin 2 = Interne 3 = Sage femme 4 = Infirmier

5 = Autre.....

2) Sexe /_ /

1 = Masculin 2 = féminin

3) Statut /_ /

1 = fonctionnaire 2 = contractuel 3 = Bénévole 4 = stagiaire

5 = Autre.....

4) Unité de prestation /_ /

1 = Unité consultation gynécologique 2 = Salle des F F Internes

5) Durée de la consultation : /_ /

1 = ≥ 30 min 2 = 20-29 min 3 = 10-19 min 4 = < 10min

6) Effectif autour de la patiente : /_ /

1 = ≤ 3 personnes 2 = 4-5 personnes 3 = ≥ 6 personnes

II) Interrogatoire

A) Base de l'interrogatoire

7) Le motif de consultation /_ / 1 = Oui 2 = Non

B) Complément d'interrogatoire

⇒ Précision sur la patiente

8) Son âge /_ / 1 = Oui 2 = Non

9) Son mode de vie /_ / 1 = Oui 2 = Non

10) Sa profession	/_/ 1 = Oui 2 = Non
⇒ Antécédents gynécologiques	
11) L'âge de la puberté	/_/ 1 = Oui 2 = Non
12) Date des dernières règles normales	/_/ 1 = Oui 2 = Non
13) La contraception suivie	/_/ 1 = Oui 2 = Non
14) Phénomènes d'accompagnement	/_/ 1 = Oui 2 = Non
15) Caractères des cycles sans contraception hormonale	
a) rythme	/_/ 1 = Oui 2 = Non
b) abondance	/_/ 1 = Oui 2 = Non
c) aspect	/_/ 1 = Oui 2 = Non
⇒ Pathologies gynécologiques	
16) Les affections préalables	/_/ 1 = Oui 2 = Non
17) Les explorations éventuelles	/_/ 1 = Oui 2 = Non
18) Les traitements suivis	/_/ 1 = Oui 2 = Non
19) Antécédents mammaires	/_/ 1 = Oui 2 = Non
⇒ Autres antécédents	
20) Obstétricaux	/_/ 1 = Oui 2 = Non
21) Chirurgicaux	/_/ 1 = Oui 2 = Non
22) Médicaux	/_/ 1 = Oui 2 = Non
23) Familiaux	/_/ 1 = Oui 2 = Non
III) Examen physique	
A) Préliminaires	
24) Explique les différentes étapes de	
l'examen physique à la patiente	/_/ 1 = Oui 2 = Non
25) S'assure de la vacuité vésicale	

et rectale de la patiente	/_/ 1 = Oui 2 = Non
26) Fait déshabiller la patiente	/_/ 1 = Oui 2 = Non
27) Etale un tissu (ou le renouvelle) sur la table	/_/ 1 = Oui 2 = Non
28) Fait coucher la patiente sur une table gynécologique	/_/ 1 = Oui 2 = Non
29) Se la les mains	/_/ 1 = Oui 2 = Non
30) Porte des gants ou des doigtiers	/_/ 1 = Oui 2 = Non
B) Examen gynécologique	
31) Examine l'abdomen	/_/ 1 = Oui 2 = Non
32) Examine la région vulvo périnéale	/_/ 1 = Oui 2 = Non
33) Examine sous spéculum	/_/ 1 = Oui 2 = Non
34) Fait le toucher vaginal	/_/ 1 = Oui 2 = Non
⇒ Examen des seins	
35) Recherche des nodules par la palpation	/_/ 1 = Oui 2 = Non
36) Recherche un écoulement par la pression	/_/ 1 = Oui 2 = Non
37) Examine les aires ganglionnaires	/_/ 1 = Oui 2 = Non
C. Examen général	
38) Prend la tension artérielle	/_/ 1 = Oui 2 = Non
39) Prend le poids	/_/ 1 = Oui 2 = Non
40) Mesure la Taille	/_/ 1 = Oui 2 = Non
41) Regarde les conjonctives	/_/ 1 = Oui 2 = Non
42) Ausculte le cœur	/_/ 1 = Oui 2 = Non
43) Examine les poumons	/_/ 1 = Oui 2 = Non
44) Palpe la glande thyroïde	/_/ 1 = Oui 2 = Non
D) Conclusion	
45) Fait un compte rendu de l'examen à la patiente	/_/ 1 = Oui 2 = Non

GRILLE D'OBSERVATION DE L'ACCES- ACCUEIL ET ORIENTATION DES CLIENTS

I) De l'entrée principale à l'unité

- 1) Séparation entre porte d'entrée des piétons
et celle des engins /_ / 1= Oui 2= Non
- 2) Séparation entre portes d'entrée et de sortie
des piétons /_ / 1= Oui 2= Non
- 3) Séparation entre portes d'entrée et de sortie
des engins /_ / 1= Oui 2= Non
- 4) Accueil/Orientation des patients:
- a) à la porte d'entrée /_ / 1= Oui 2= Non
- b) dans la cour /_ / 1= Oui 2= Non
- c) devant les unités /_ / 1= Oui 2= Non
- 5) Existence de passage piéton /_ / 1= Oui 2= Non
- 6) Existence de signalétiques dans la cour /_ / 1= Oui 2= Non
- 7) Existence de Parking /_ / 1= Oui 2= Non
- Si Oui :
- a) est scindé en « personnel » et « client » /_ / 1= Oui 2= Non
- b) on veille à sa fréquentation /_ / 1= Oui 2= Non
- 8) Existence de plaques d'identification
des unités /_ / 1= Oui 2= Non

II) Organisation de l'attente devant l'unité....

- 10) En cas d'attente, l'entrée dans l'unité est liée à /_ /
1= Liste pré établie 2= liste selon l'ordre d'arrivée
3= gestion interne des patients
- 11) Sièges pour l'attente existent /_ / 1= Oui 2= Non

Si Oui sont :

- | | | | |
|---------------------------|-----|--------|--------|
| a) en nombre suffisant | /_/ | 1= Oui | 2= Non |
| b) en bon état | /_/ | 1= Oui | 2= Non |
| c) propres | /_/ | 1= Oui | 2= Non |
| d) installés en plein air | /_/ | 1= Oui | 2= Non |

GRILLE D'OBSERVATION DES LOCAUX ET DES EQUIPEMENTS

Unité /_ /

1= Unité consultation gynécologique 2= Salle des FF Internes

1) Etoitesse de la salle /_ /

1 = Large 2 = Peu étroite 3 = Etroite

2) Eclairage

a) Niveau /_ /

1= Bon 2= Passable 3= Mauvais

b) Principale source /_ /

1= Réseau public 2= Panneau solaire 3= Groupe électrogène

4= Portes et fenêtres 5= Autre :.....

3) Aération

a) Niveau /_ /

1= Bon 2= Passable 3= Mauvais

b) Principale source /_ /

1= Climatiseur 2= Ventilateur 3= Portes et fenêtres

4= Autre :.....

4) Propreté

a) Sol /_ /

1= Bonne 2= Passable 3= Mauvaise

b) Mur /_ /

1= Bonne 2= Passable 3= Mauvaise

c) Toit /_ /

1= Bonne 2= Passable 3= Mauvaise

5) Possibilité pour un piéton de voir l'intérieur de la salle /_ /

1= Oui 2= Non

Si oui, a travers /_ /

1= la Fenêtre 2= la Porte 3= Porte et Fenêtre

4= Autre :.....

Matériels et équipements de l'unité de consultation

Paramètres Matériels et Equipements	Nombre total	Nombre selon l'état		
		Bon	Passable	Mauvais

OBSERVATION DES SALLES D'HOSPITALISATION DE LA GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

Numéro de la salle :

1) Etoitesse de la salle /_ /

1 = Large 2 = Peu étroite 3 = Etroite

2) Eclairage

a) Niveau /_ /

1= Bon 2= Passable 3= Mauvais

b) Principale source /_ /

1= Réseau public 2= Panneau solaire 3= Groupe électrogène

4= Portes et fenêtres 5= Autre :

3) Aération

a) Niveau /_ /

1= Bon 2= Passable 3= Mauvais

b) Principale source /_ /

1= Climatiseur 2= Ventilateur 3= Portes et fenêtres

4= Autre :

4) Propreté

a) Sol /_ /

1= Bonne 2= Passable 3= Mauvaise

b) Mur /_ /

1= Bonne 2= Passable 3= Mauvaise

c) Toit /_ /

1= Bonne 2= Passable 3= Mauvaise

Toilettes

Bloc	Paramètres	Garde l'intimité		Propreté			Aération			Eclairage		
	Toilettes	Oui	Non	Bon	Pass	Mauv	Bon	Pass	Mauv	Bon	Pass	Mauv

NB: Pass = Passable Mauv = Mauvais

