



ANNEE UNIVERSITAIRE: 2009-2010

N°...../

**EVALUATION DE LA QUALITE DES
CONSULTATIONS PRENATALES DE
L'ASSOCIATION DE SANTE COMMUNAUTAIRE
DE NIAMAKORO(ASACONIA) EN COMMUNEVI**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le /.../2010

devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

PAR SOGOBA ROBERT

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

JURY

PRESIDENT :	Professeur	Salif	DIAKITE
MEMBRE :	Docteur	Youssef	TRAORE
CODIRECTEUR :	Docteur	Boubacar	TRAORE
DIRECTRICE :	Professeur	SY Assitan	SOW

Je dédie ce travail à :

Dieu le père le tout puissant et miséricordieux, Jésus Christ le rédempteur et sauveur du de l'humanité.

C'est par ton amour que je suis sauvé et je vis par ta grâce. Je te remercie infiniment pour ton souffle de vie en moi et je te glorifie car tu en es digne.

Toutes les mères, particulièrement celles qui ont perdu la vie en donnant la vie.

Toutes les femmes qui ont perdu leur produit de conception en voulant donner la vie.

Mon beau pays, le MALI : dont la générosité m'a permis d'avoir une scolarité aussi poussée que je le souhaitais. Que Dieu me donne la force, le courage et surtout le temps nécessaire pour pouvoir le servir avec loyauté et dévouement exemplaire.

Mon père Yacouba SOGOBA : Tu es l'artisan de ce chemin parcouru. Ton courage, ta rigueur et ton amour ont fait de ton fils ce qu'il est aujourd'hui.

Puisse ce travail t'honorer et te soulager durant toute ta vie.

Ma mère Nema GOITA : Ta combativité et ta générosité resteront pour nous un repère sur.

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

Mes oncles et tantes : Zanga Simplicie SOGOBA, Mme SOGOBA Blandine WERE ; Kary Nicodème SOGOBA et Mme SOGOBA Nèma COULIBALY : Ce travail est le fruit de vos soutiens, encouragements et votre affection sans faille.

Veillez trouver ici l'expression de mon attachement et ma sincère reconnaissance.

Ma tendre et bien aimée Elisabeth SIDIBE : Ce travail est le fruit de ton soutien, encouragement et ton affection sans faille. Veuille trouver ici l'expression de mon amour et ma sincère reconnaissance.

Ma grande mère Domba Kanuya Dembélé : La rigueur et l'éducation ont été et restent ton genre pour l'éducation de tes petits enfants. Ce travail est le tien.

A tout le personnel de la FMPOS

Pour le noble et difficile service patriotique que vous rendez à ce pays tous les jours.

Au corps professoral de la FMPOS

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

Aux Dr DIALLO Mamadou, Dr SYNAYOGO Kadiatou, Dr KEITA Sylvain, Dr SY Maman, Dr COULIBALY Sidiky, Dr KONE Moussa, Dr DIASSANA Maman, Dr KAMATE Pierre, Dr KONE Danaya ; merci pour l'encadrement.

A tous les internes du centre de santé de référence de la commune VI ; ce travail est le vôtre. Je vous en serai toujours reconnaissant.

A tout le personnel du centre de santé de référence de la commune VI ; merci pour la collaboration et la disponibilité.

A tout le personnel du centre de santé communautaire de Niamakoro I (ASACONIA) ; merci pour votre collaboration.

A toutes les communautés chrétiennes des églises protestantes de Magnambougou et de Banankabougou. Vous m'avez soutenu dans la prière ; que le seigneur vous bénisse.

A Dr TRAORE BOUBACAR vous avez été non seulement un encadreur mais aussi un père pour nous. Votre disponibilité, votre courage et votre amour ont fait de votre élève et votre fils celui qu'il est aujourd'hui.

Trouvez ici mes reconnaissances indéfinies.

A notre Maître et Président du jury

Professeur DIAKITE Salif

**- Professeur Titulaire de Gynécologie-Obstétrique à la FMPOS
Gynécologue accoucheur au centre Hospitalier Universitaire de Gabriel
Touré**

- Honorable Maître, vous nous faites un très grand honneur et un réel plaisir en acceptant de présider ce Jury malgré vos multiples occupations. Nous avons été séduits par votre spontanéité, votre simplicité, votre abord facile, votre rigueur. Vos qualités d'homme de sciences font de vous un maître exemplaire
- Trouvez ici cher Maître l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance

Puisse le bon DIEU vous accorder santé et longévité

A notre maître et membre de jury

Docteur TRAORE Youssouf

- **Maître Assistant de gyneco-obstétrique à la FMPOS**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- **Secrétaire général de la SOMAGO**

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en acceptant de juger ce travail, malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité, votre abord facile, votre rigueur dans le travail, vos qualités d'homme de sciences font de vous un maître exemplaire.

Que Dieu réalise vos vœux

A Notre Maître et directrice de thèse

Professeur Sy Assitan Sow

- **Professeur titulaire de gynécologie-obstétrique à la FMPOS**
- **Présidente de la SOMAGO**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de santé du Mali**

Cher Maître, c'est un immense plaisir que vous nous avez fait en nous confiant ce travail.

Votre expérience, l'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, votre dynamisme, vos qualités humaines et sociales et la spontanéité avec laquelle vous nous avez acceptés, font de vous un Maître accompli ; admirable, respecté et respectable.

Cher Maître, nous vous prions de croire à la sincérité de nos sentiments respectueux et toute notre reconnaissance.

Puisse le tout puissant vous rendre vos bienfaits.

A notre Maître et co-directeur de thèse

Docteur Traoré Boubacar

- **Gynécologue obstétricien**
- **Médecin chef du centre de santé de référence de la commune VI**
- **Trésorier général de la SOMAGO**

Cher Maître, nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en nous acceptant dans votre service.

A vos côtés, nous avons appris à aimer la gynécologie ; à apprécier le Maître dans sa modestie, sa disponibilité et son sens élevé du travail. Aussi avons-nous découvert, vos connaissances sans limite et toujours d'actualité, vos qualités de formateur et votre respect pour les autres.

Vous avez été et resterez pour notre génération un miroir, un exemple à suivre.

Vous avez été pour nous plus qu'un Maître mais un père.

En témoignage de notre reconnaissance, nous vous prions cher Maître de trouver en cet instant solennel l'expression de notre très sincère gratitude et profond attachement.

Que Dieu réalise vos vœux

Évaluation de la qualité des consultations prénatales

ANDEM :	Agence National Pour le Développement et l'Evaluation Médicale
ASACO :	Association de Santé Communautaire
ATCD :	Antécédents
BDCF :	Bruits Du Cœur Fœtal
BPN :	Bilan Prénatal
BW :	Borde Wassermann
CAT :	Conduite à Tenir
CCC :	Communication Pour Le Changement De Comportement
CPN :	Consultation Prénatale
CSCom :	Centre de Sante Communautaire
CS Réf :	Centre de Sante De Référence
DCI :	Dénomination Commune Internationale
DDR :	Date des Derniers Règles
DSR :	Division Sante de la Reproduction
ECBU :	Examen Cyto Bactériologique des Urines
HTA :	Hypertension Artérielle
HU :	Hauteur Utérine
IST :	Infection Sexuellement Transmissible
MII :	Moustiquaire Imprégnée D'insecticide
NFS :	Numération Formule Sanguine
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONU :	Organisation des Nations Unies
PA :	Plan d'accouchement
PNP :	Politique Normes et Procédures
PPM :	Pharmacie Populaire Du Mali
PPTE :	Pays Pauvre Très Endetés
SONU :	Soins Obstétricaux et Néonataux d'urgences
SP :	Sulfadoxine Pyriméthamine
TA :	Tension artérielle
TPI :	Traitement Préventif Intermittent
VAT :	Vaccin anti tétanique
VIH :	Virus de l'immunodéficience humaine

01. Introduction.....	Page 09
02. Objectifs.....	Page 12
03. Généralités	Page 13
04. Cadre et Méthode d'étude	Page 22
05. Résultats	Page 32
06. Commentaires et Discussion	Page 45
07. Conclusion	Page 52
08. Recommandations	Page 53
09. Références	Page 54
10. Annexes	Page 58

Un dicton Tanzanien dit ceci par rapport à la grossesse et l'accouchement : «*Je vais à l'océan pour chercher un enfant. Le voyage est long et je ne suis pas sûre de revenir....* ». Cette triste déclaration des femmes au moment de leur accouchement devra nous inciter davantage à faire en sorte que l'accouchement soit un acte propre et sûr à travers des C.P.N de qualité comprenant la préparation du plan d'accouchement impliquant l'ensemble des parties prenantes : prestataires, communautés, familles et femmes enceintes.

Chaque jour au moins 1.600 femmes environ succombent dans le monde suite à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement, soit un décès par minute ; ce qui représente 585.000 décès maternels par an [1]. Un quart des femmes souffrent toute leur vie de lésions douloureuses, dégradantes et humiliantes suite à des accouchements (Fistule vesico - vaginales).

Pour réduire les risques de morbidité et de mortalité néonatale, les femmes enceintes doivent recevoir des soins prénatals.

Les visites prénatales sont une occasion d'effectuer un bilan simple de la mère, de fournir les soins préventifs et éventuellement un traitement, et d'apprendre à la mère les mesures à suivre à la maison pour améliorer les chances de survie du nouveau né.

Les visites prénatales fournissent également une occasion de vacciner les mères contre le tétanos et de repérer les femmes souffrant d'hypertension artérielle ou ayant un risque élevé d'anémie, de maladies intercurrentes [2].

Dans les pays industrialisés, presque toutes les femmes enceintes bénéficient des soins prénatals et d'accouchements sous surveillance d'un personnel médical qualifié, en cas de complications, elles ont accès à des soins d'urgence. Malheureusement dans les pays en voie de développement des problèmes demeurent quant à l'assistance des femmes en consultation prénatale et à l'accouchement, grevant lourdement les taux de mortalité maternelle.

En effet, l'OMS estime qu'environ 500000 femmes meurent chaque année au cours de la grossesse et l'accouchement ; la majorité de ces décès survient dans les pays en voie de développement.

-En Afrique de l'Ouest, une étude effectuée en 1997 dans certaines villes (Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou Saint Louis et Kaolack), a montré que plus de 80% des femmes enceintes comptaient faire la C.P.N et que celle-ci était assurée à 94,6% par une sage-femme. Exemple à Bamako (Mali) : 86,5% par les sages-femmes ; 2,8% par les infirmiers et 1,6% par les médecins [29].

Au Mali les travaux concernant l'évaluation de la qualité des soins sont très limités :

-En 1999 l'évaluation de la qualité de la C.P.N effectuée par KOITA [15] dans les communes V et VI du District de Bamako a montré que les services souffraient de l'insuffisance de l'accueil et de l'exécution de certains gestes dangereux ou inadaptés aussi de la très faible productivité du personnel et le manque de formation permanente.

-En 2001 une étude faite par Konaté sur la qualité des C.P.N au Centre de Santé de Référence de la commune II a révélé que les C.P.N souffraient de certaines insuffisances comme l'absence de préparation à l'accouchement et à l'allaitement, la faible qualité des dimensions humaines et des gestes techniques, l'absence d'un centre d'accueil et d'orientation, le faible niveau de la qualité de la continuité des soins et l'autonomisation de la femme enceinte et un faible équipement de l'unité C.P.N [13].

-En 2007 une étude faite par P. KAMATE sur la qualité des CPN au centre de santé de référence de KOUTIALA a montré que celles-ci avaient des défaillances en ce qui concerne leur qualité [23].

Au Mali, de nombreux travaux ont été consacrés à l'étude de la qualité de la

surveillance prénatale des soins procurés pendant l'accouchement [13, 15] au niveau du district de Bamako.

Mais aucun d'entre eux n'a été réalisé spécifiquement à la maternité du centre de santé communautaire de Niamakoro I (ASACONIA). C'est pour cette raison que la présente étude a été initiée afin d'évaluer la qualité de la consultation prénatale dans une zone périphérique de la capitale en pleine croissance démographique où les problèmes de santé sont encore préoccupants surtout chez les femmes enceintes et les nouveaux nés dans les premiers jours de leurs naissances malgré la modernisation de la médecine.

1. Objectif général :

- Evaluer la qualité des consultations prénatales au Centre de Santé Communautaire de Niamakoro I (ASACONIA) en 2007.

2. Objectifs spécifiques :

- Décrire les caractéristiques socio démographiques des femmes venues à la CPN en 2007 à l'ASACONIA,
- Décrire les procédures de la CPN à l'ASACONIA,
- Décrire le niveau de performance des prestataires de la CPN à l'ASACONIA,
- Apprécier la corrélation entre la performance des prestations et la compliance des gestantes à l'ASACONIA.

1. Historique de la consultation prénatale :

Depuis les temps ancestraux, la grossesse a toujours été et demeure pour toute femme une aspiration légitime. Bien menée, elle constitue un critère de valorisation sociale. Généralement, la grossesse est un état physiologique qui se déroule normalement.

Malheureusement dans nos pays en voie de développement, la grossesse constitue encore un problème de santé publique à cause des conditions socio-économiques défavorables. Elle peut engendrer des complications graves pour la vie de la mère et de l'enfant [1].

La mortalité maternelle dans les pays en voie de développement constitue une immense tragédie. En effet, le risque de mourir d'une grossesse en Afrique de l'ouest atteint 1020 pour 100.000 naissances [1] [8] alors que celui du Canada était de deux décès pour 100.000 naissances en 1985 [8].

Cet état de fait est illustré par une expression du folklore Tanzanien révélée par une mère à ses enfants lorsque le moment lui semble venu d'accoucher.

« Je vais à l'océan chercher un enfant, le voyage est long, et je ne suis pas sûre de revenir » [8].

Au Mali, les femmes en âge de procréer (15-49 ans) représentent 21,28% de la population [2].

Dans ce groupe, le taux de mortalité maternelle est de 582 pour 100.000 naissances vivantes [3]. Les principales causes de mortalité maternelle sont :

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

Ce taux élevé de la mortalité maternelle pourrait s'expliquer par :

- la faiblesse de la couverture sanitaire ;

- l'insuffisance notoire des ressources allouées à la santé ;
- la faible utilisation des services (C.P.N, accouchement..) ;
- le faible niveau économique des populations ;
- le manque de personnel qualifié ou sa mauvaise répartition ;
- l'insuffisance des références ou évacuations tardives.

En effet, au Mali, seulement 16% des accouchements sont assistés par le personnel médical à l'intérieur du pays et 46% à Bamako [3].

Au cours des dix dernières années, plusieurs conférences internationales se sont tenues avec un seul objectif commun à savoir la réduction de la mortalité maternelle d'ici à l'an 2000. C'est ainsi qu'ont eu lieu les rencontres de :

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

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

En Suède : 7décès pour 100.000 naissances entre 1976 et 1980 contre 300décès pour 100.000 naissances vivantes en 1930 [4].

En Angleterre et au pays des Galles : 11décès pour 100.000 naissances vivantes en 1976 contre 341décès pour 100.000 naissances vivantes en 1930 [7].

Aux USA 12décès pour 100.000 naissances vivantes en 1974 contre 300 décès pour 100.000 en 1930 [7].

Il existe une corrélation non expérimentale entre l'évolution, les pratiques obstétricales et les progrès observés en matière de mortalité maternelle. Nous ne savons pas aujourd'hui laquelle des deux mesures (médicales et sociale) a

réellement changé les résultats. Le progrès est venu de leur association [5].

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

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

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

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

-la vulgarisation des soins prénataux ;

-l'amélioration des conditions de vie des populations.

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

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

2. Définitions :

La qualité des soins :

La qualité des soins techniques consiste à appliquer des sciences et technologies médicales de manière à arriver au maximum des bénéfices pour la santé sans augmenter pour autant de risques. Le niveau de qualité est alors la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable de risque et bénéfices “ **(DONABEDIAN)** ” [6].

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

*** L'évaluation :**

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

*** La surveillance prénatale ou consultation prénatale (C.P.N) :**

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

- O La vérification du bon déroulement de la grossesse et le dépistage tous les facteurs de risque antérieurs ou contemporains,
- O Traitement ou l'orientation de la femme dans le cas échéant vers une surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison d'un des facteurs précédents,
- O L'établissement du pronostic de l'accouchement, la prévision des conditions d'accouchement et s'il faut le transfert dans un centre équipé pour faire face à d'éventuelles complications.

***La consultation prénatale dite recentrée :**

❖ Concept

C'est une approche actualisée qui met l'accent sur la qualité des consultations

prénatales, plutôt que sur le nombre des visites.

Elle reconnaît que les consultations fréquentes n'améliorent pas nécessairement l'issue de la grossesse et que dans les pays en voie de développement elles sont souvent impossibles à réaliser du point de vue logistique et financier.

Elle reconnaît que beaucoup de femmes identifiées comme étant «à haut risque» développent rarement des complications, tandis que celles qui sont censées être « à faible risque » en développent souvent.

Toutes les femmes enceintes doivent recevoir les mêmes soins de base et chaque CPN doit être menée par un personnel qualifié (sage-femme, médecin, infirmière) ou tout autre personnel qualifié ayant les compétences.

❖ Principes de la CPN recentrée /soins prénatals focalisés

-la détection et le traitement précoce des problèmes et complications.

-la promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticides.

-le traitement préventif intermittent à la Sulfadoxine Pyriméthamine.

-la préparation à l'accouchement.

-à la promotion de la santé.

***Les normes :**

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

***Les procédures**

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

***La mortalité maternelle :**

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

*** Le taux de mortalité maternelle :**

C'est le nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes,

Parfois exprimé pour 100.000 femmes en âge de procréer.

***Le calendrier des consultations prénatales :**

-première visite : avant la 16^{ème} semaine (avant la fin du 4^{ème} mois) ou au moment où la femme pense qu'elle est enceinte.

-deuxième visite : entre la 24^{ème} et la 28^{ème} semaine (entre le 6^{ème} et le 7^{ème} mois) ou au moins une fois pendant le deuxième trimestre.

-troisième visite : à 32 semaines (8mois).

-quatrième visite : à 36semaines (9mois), pour un total de 2 visites pendant le troisième trimestre.

-autres visites : si des complications surviennent, si un suivi ou une orientation est nécessaire, si la femme veut voir le prestataire, ou si le prestataire change la fréquence selon les antécédents, les résultats des examens, ou en fonction de la politique locale.

***Le traitement préventif intermittent (TPI) à la Sulfadoxine – Pyriméthamine (SP) :**

-deux doses de 3 comprimés chacune espacées d'un à toutes les femmes enceintes dès l'apparition des mouvements actifs.

Une seule dose comprend 3 comprimés de 500mg de Sulfadoxine +25mg de Pyriméthamine.

- une dose au 4^{ème} puis une autre au plus tard au 8^{ème} mois.

-ne pas donner de SP au 1^{er} trimestre et au 9^{ème} mois de la grossesse ainsi qu'en cas d'allergies aux sulfamides. La prise de SP et de Fer doit être espacée d'une semaine

*** La grossesse :**

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

*** Le facteur de risque :**

Un facteur de risque pendant la grossesse est une caractéristique qui, lors qu'elle est présente, indique que cette grossesse a des chances d'être compliquée.

*** La grossesse à risque :**

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

*** La maternité sans risque :**

C'est créer des conditions dans lesquelles une femme peut choisir d'avoir un enfant, et si elle le fait, est assurée de recevoir des soins pour la prévention et le traitement des complications de la grossesse, d'avoir accès à l'assistance d'un personnel qualifié à l'accouchement, à des soins obstétricaux d'urgence en cas de besoins et à des soins après la naissance, de manière à éviter les risques de décès ou d'incapacités liés aux complications de la grossesse et ou de l'accouchement [30]. Cette définition coïncide avec celle de l'OMS à la conférence de la C.I.P.D du programme d'action de la conférence de l'ONU sur les femmes (1995) et d'autres institutions et conventions. Elle rappelle que toutes les femmes doivent pouvoir choisir d'avoir des enfants et que celles qui font ce choix doivent être assurées de bénéficier d'une surveillance prénatale de qualité, d'une assistance qualifiée à la naissance et pendant la période du post-natale et d'éviter les risques de décès ou d'incapacités liés à la grossesse.

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

Elle représente une zone géographique desservie par une ressource sanitaire.

*** La carte sanitaire :**

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

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

Il signifie l'offre d'activités intégrées de soins de santé. Il comporte des activités préventives, curatives et promotionnelles. Il s'agit entre autres de traitement des maladies courantes, de la consultation prénatale et post-natale avec

accouchements et vaccinations.

*** L'évacuation :**

C'est le transfert d'une urgence vers une structure spécialisée d'une patiente qui présente une complication au cours du travail d'accouchement.

*** La référence :**

C'est l'orientation vers un centre spécialisé d'une pathologie dont le traitement dépasse les compétences de l'équipe de consultation prénatale.

*** Le plan de l'accouchement :**

Un plan d'accouchement est la préparation pour l'accouchement qu'une mère et sa famille mettent en place pendant la grossesse.

Le but du plan d'accouchement est d'assurer :

- Un accouchement à moindre risque et propre.
- Une action prompte en cas de problèmes.

Il n'est pas nécessaire que le plan d'accouchement soit un document écrit, mais plutôt une discussion entre toutes les parties concernées. La forme et le contenu dépendent du niveau d'éducation de la femme, des pratiques locales communautaires, du lieu de l'accouchement et des prestataires de soins de santé.

• Les composantes du Plan de l'accouchement

-Définir un lieu pour l'accouchement

-Identifier un prestataire de soins compétent,

-Savoir comment contacter ce/cette prestataire

-Prévoir comment se rendre sur le lieu d'accouchement

-Prendre les dispositions pour un système de transport en cas d'urgence

-Choisir la personne qui va accompagner la femme jusqu'au lieu d'accouchement et lui tenir compagnie

-Nommer la personne qui va s'occuper de la famille pendant que la femme est absente

-Identifier la personne qui autorisera la femme à aller à la maternité

- Etablir un plan/système pour le financement de l'accouchement

Évaluation de la qualité des consultations prénatales

- Préparer un plan pour les complications éventuelles
- Définir la somme d'argent qu'il faudra prévoir et comment la récolter
- Préparer la trousse nécessaire pour l'accouchement (mère et le bébé)
- Reconnaître les signes de danger et de travail.

1. Cadre d'étude

Notre étude a eu lieu dans le centre de santé communautaire de Niamakoro I (ASACONIA) en commune VI du district de Bamako.

1.1 Présentation de la Commune VI

La commune VI fut créée en même temps que les autres Communes de la capitale Bamako, par l'ordonnance N° 78-34/CMLN du 18 Août 1978. La commune VI située sur la rive droite du fleuve Niger, couvre une superficie de 94 km² pour une population de 522 817 habitants en 2007 (EDS III DNSI 98) avec une densité de 5562 habitants au Km² et un taux d'accroissement naturel de 9,4%.

Ses limites sont les suivantes :

- Au Nord par le fleuve Niger,
- A l'Est et au Sud par le cercle de Kati,
- A l'Ouest par la Commune V.

Le relief est accidenté, le climat est Sahélien avec une saison sèche d'Octobre à Juin et une saison pluvieuse de Juillet à Septembre. La végétation est de type soudano – sahélien.

La commune VI dispose de dix (10) quartiers dont 6 (six) urbains et 4 (quatre) semi urbains.

Chacun des quartiers a en son sein au moins un centre de santé communautaire à l'exception du quartier de Niamakoro qui a deux CSCOM.

Le paquet minimum d'activité (PMA) est disponible dans tous les CSCOM et toute la population vit dans un rayon de moins de 5 Km.

1.2 Le quartier de Niamakoro

1.2.1. Aspect géographique de Niamakoro

Niamakoro, l'un des dix quartiers de la commune VI du district de Bamako composé de quatre secteurs a une couverture sanitaire assurée par deux CSCOM ; dont l'ASACONIA situé dans le secteur 2 et ANIASCO situé dans le secteur 4.

C'est un quartier périphérique de la commune VI dont les limites sont :

- A l'est Faladié ;
- A l'ouest Kalaban-coura ;
- Au sud Sogoniko ;
- Au nord la zone aéroportuaire.

1.2.2. Données démographiques et socio culturelles

Niamakoro, un des quartiers les plus peuplés de la commune VI avec une population de 146 388 habitants en 2007.

Les femmes en âge de procréer représentent environ 57% de la population reparti entre les quatre secteurs. Dans cette population on retrouve toutes les ethnies du Mali. L'ethnie la plus majoritairement rencontrée est le Bamanan.

Le dialecte de la majorité est le Bamanan kan.

Trois cultes dominant la religion dans le quartier ainsi que dans toute la commune. Il s'agit de l'Islam, du Christianisme, et de l'Animisme.

1.3. Historique et présentation du centre de santé communautaire de Niamakoro I

L'association de santé communautaire de Niamakoro I (ASACONIA) est créée le 02 janvier 1992. Depuis sa création, il reste l'un des CSCOM de la commune VI du district de Bamako les plus fréquentés surtout son unité C.P.N et la salle d'accouchement.

1.4. Le personnel du CSCOM-ASACONIA se compose de :

- Un médecin généraliste contractuel de l'ASACONIA
- Un infirmier d'Etat contractuel de l'ASACONIA
- Deux Sages-femmes : 01 contractuel ASACO et 01 fonctionnaire
- Deux infirmières obstétriciennes contractuelles ASACO
- Deux aides soignantes contractuelles ASACO
- Un infirmier du premier cycle sur fond PPTE
- Une laborantine contractuelle ASACO
- Un gestionnaire contractuel ASACO
- Une gérante de la pharmacie contractuelle ASACO
- Un manœuvre contractuel ASACO
- Un gardien contractuel ASACO.

1.5. Structure et fonctionnement du CSCOM-ASACONIA (Locaux et équipement)

Le CSCOM-ASACONIA est clôturé d'un mur à hauteur acceptable satisfaisante et fait en ciment et en bon état. La cour n'est pas dallée et n'a qu'une seule entrée principale petite

Le centre comprend :

- Un bureau de consultation médicale muni d'un téléphone fixe qui sert de moyen de communication entre le CSCOM et le centre de santé de référence en cas d'urgences obstétricale ;
- Une pharmacie qui sert de dépôt des médicaments essentiels ;
- Un laboratoire permettant d'effectuer le maximum du bilan prénatal et d'autres analyses ;
- Une salle de perfusions munie de quatre lits ;
- Une salle d'injections et de pansements ;
- Un bureau pour la sage-femme qui est utilisé pour les consultations prénatales ;
- Une salle d'accouchement contenant deux tables d'accouchement pour les parturientes ;

- Un bureau pour le comité de gestion ;
- Un hangar qui est utilisé lors des vaccinations.

1.6. Organisation fonctionnel de l'ASACO :

Les consultations médicales sont faites par le médecin.

L'unité de consultation prénatale et la salle d'accouchement sont dirigées par deux sage-femmes, aidées par deux infirmières obstétriciennes, deux aides-soignantes et les stagiaires.

Avant chaque séance de consultation prénatale, une causerie est faite avec les femmes enceintes sur certains thèmes tels que : l'allaitement maternel, planning familial, paludisme et grossesse, importance des CPN etc....

Les salles de perfusions ; de pansements et d'injections sont sous la direction de l'infirmier.

Le laboratoire est dirigé par la laborantine, et la pharmacie par l'équipe de gestion.

Du lundi au vendredi, les activités du centre se déroulent de 08h à 16h.

A partir de 16h et les jours fériés, la permanence est assurée par une équipe de garde constituée par : un étudiant en médecine, une sage-femme ou une infirmière obstétricienne, un infirmier ou aide –soignant et un gardien.

Le centre est sous la direction d'un médecin généraliste.

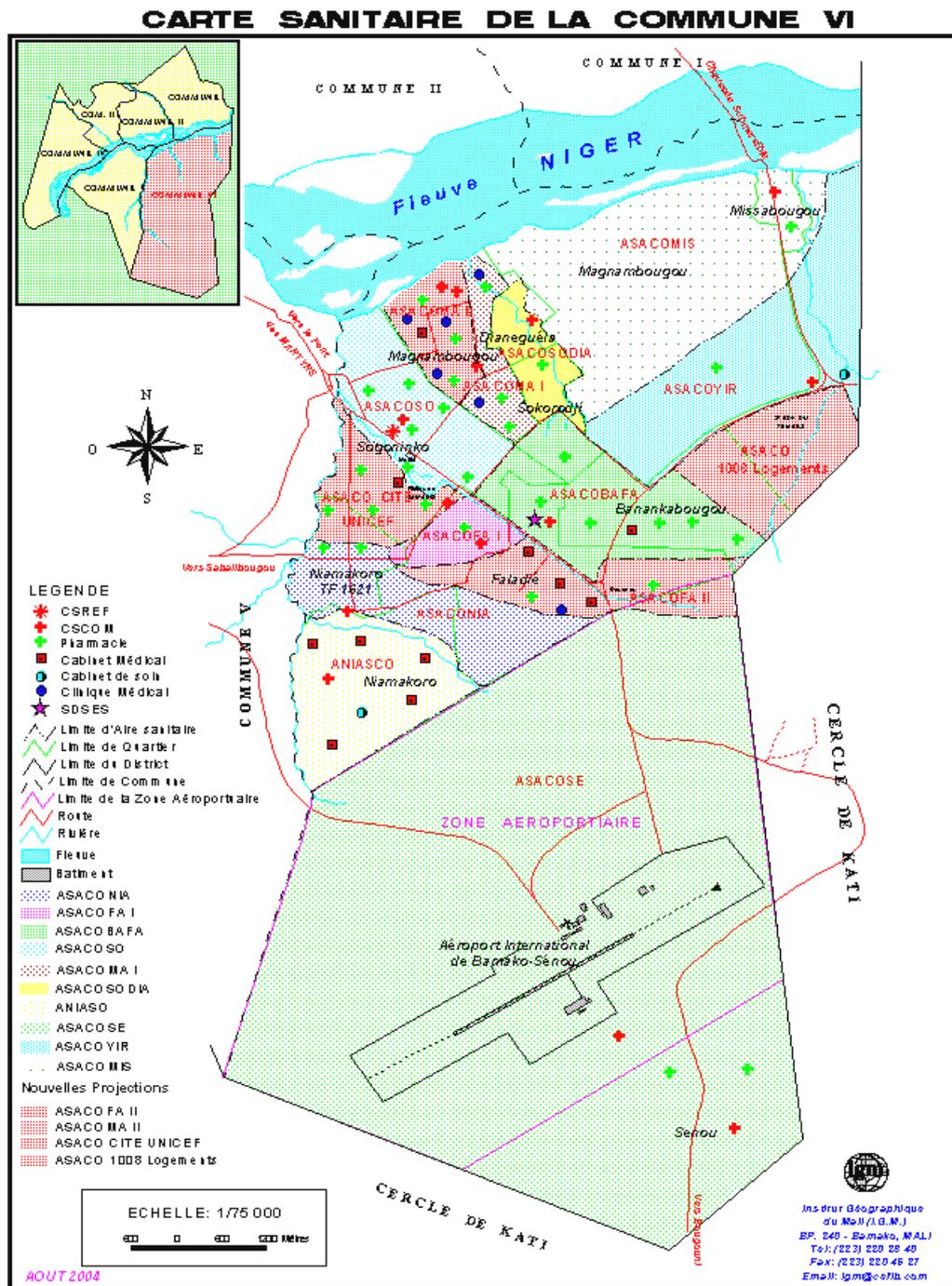


Figure 1: Carte Sanitaire de la Commune VI.

2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective qualitative. Elle a été inspirée du postulat d'adevis DONABEDIAN [06] sur l'évaluation de la qualité des soins et des services.

3. Période de l'étude :

Elle s'est déroulée pendant 03 mois : du 01 Juin 2007 au 30 Août 2007.

4. La population d'étude :

Elle est constituée par toutes les femmes gestantes venues en CPN à l'ASACONIA en 2007, et le plateau technique de l'ASACONIA (personnel, infrastructures, équipement).

5. Critère d'inclusion et de non inclusion :

5.1. Critère d'inclusion : Notre étude a porté sur deux cents gestantes qui se sont présentées au centre pour la consultation prénatale (CPN) pendant notre période d'étude.

5.2. Critère de non inclusion : N'ont pas été incluses dans notre étude, toutes gestantes ayant refusé de se soumettre à notre questionnaire ou ayant refusé l'examen clinique quel que soit le motif.

6. Critères de jugement :

- La politique sectorielle de santé du Mali ;
- Les normes et procédures en C.P.N du Mali.

7. Taille de l'échantillon :

Comme l'étude était qualitative, elle a porté sur 200 gestantes qui se sont présentées au centre pour les consultations prénatales et qui ont accepté de se soumettre à l'observation et à nos questions.

8. Support des données :

La collecte des données a été réalisée sur :

- un questionnaire “ observation des C.P.N. ”
- un questionnaire “ opinion sur les C.P.N. ”

9. Technique de collecte :

Elle a consisté dans un premier temps en une observation des agents du centre (sages-femmes et infirmières obstétriciennes) au cours de la C.P.N. en notant la réalisation ou non des gestes techniques et dans un second temps à faire un entretien avec toutes les gestantes qui se sont présentées à la CPN au cours de la période d'enquête.

10. L'organisation des enquêtes :

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

11. Plan d'analyse et de traitement des données :

Les données sont saisies et analysées sur le logiciel EPI info 6.04 version française et la rédaction du document final sur Word et Excel pour les graphiques et tableaux.

12. Niveau de qualité de la structure :

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

Les normes architecturales

- Matériaux de construction ;
- Etat du local ;
- Système de protection (contre la poussière) et la clôture.

Le dispositif en place pour l'accueil :

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

La structure et l'équipement de l'unité de consultation prénatale :

- l'organisation de la salle.

Le dépôt de médicaments :

- Normes architecturales ;
- Equipement ;
- Mode d’approvisionnement ;
- Formation du personnel.

L’état des toilettes :

- Normes architecturales ;
- Equipement ;
- Propreté.

Le système d’approvisionnement en eau et l’élimination des déchets :

- Robinet ou puits ;
- Poubelles ;
- Incinérateur.

Le système d’éclairage et de communication :

- Téléphone (fixe et mobile), fax ;
- Réseau public, groupe électrogène.

Le système de référence-évacuation

-L’ambulance du CS Réf qui assure le transport rapide des urgences rencontrées au cours de la CPN (HRP, placenta prævia, pré-éclampsie sévère).

-Les taxis et les moyens personnels pour les autres cas de référence (utérus cicatriciels, HTA sur grossesse, terrain drépanocytaire, terrain séropositif...).

13. Le système de classement :

Une cotation (0 ; 1) a été faite pour les critères ci hauts identifiés. Chaque référence composée de critères a été cotée aussi de 0 à 4. La somme des scores réalisés appliqués à l’échelle d’évaluation pour un centre donné a permis d’évaluer le niveau de la qualité de la structure. Le maximum de score que l’on peut enregistrer pour les dix références est de 40.

L'échelle d'évaluation se présente comme suit :

- Niveau IV : 95 à 100% de score maximal soit un score total de 38 à 40.
- Niveau III : 75 à 94,99% de score maximal soit un score total de 30 à 37,99.
- Niveau II : 50 à 74,99% de score maximal soit un score total de 20 à 29,99.
- Niveau I : inférieur à 50% de score maximal soit un score total inférieur à 20.

Le niveau de qualité des CPN a été déterminé à partir des scores obtenus lors de la réalisation des valeurs discriminatoires.

L'analyse a porté sur deux échelles :

Une première échelle où les CPN sont dites :

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

Une deuxième échelle où les CPN ont été classées en quatre niveaux de qualité :

- Elevé (Q4) : 95 à 100% des gestes de la dimension sont réalisés.
- Assez élevé(Q3) : 75 à 94,99% des gestes de la dimension sont réalisés.
- Moyen : (Q2) 50 à 74,99% des gestes de la dimension sont réalisés.
- Faible(Q1) : moins de 50% des gestes de la dimension sont réalisés.

Cette échelle s'applique aux dimensions qui ont quatre et plus.

Les critères de ce classement ont été :

- Niveau IV : 75 à 100% des soins prénatals sont de bonne et d'assez bonne qualité
- Niveau III : 50 à 74,99% des soins prénatals sont bonne et d'assez bonne qualité
- Niveau II : 25 à 49,99% des soins prénatals sont de bonne et d'assez bonne qualité
- Niveau I : moins de 25% soins sont de bonne et d'assez bonne qualité

1. ENVIRONNEMENT DE LA FEMME ENCEINTE A L'ASACONIA

Tableau I : Niveau de la qualité des structures du Centre Santé

Communautaire de Niamakoro I

	Niveau de qualité				Total	
	A	B	C	D		
1. normes architecturales	+				4	Respecte toutes les normes architecturales pour un CSCOM.
2. dispositif d'accueil et orientation				+	1	Il se limite au seul achat de ticket..
3. structure, équipement, unité de consultation prénatale.		+			3	Matériel technique incomplet, pas de thermomètre, pas de gestogramme.
4. Equipement en salle d'attente.	+				4	Conditions d'attentes favorables.
5. unité annexe consultation	+				4	Matériel complet dans la salle de consultation du médecin, et salle de garde.
6 .Existence d'un laboratoire	+				4	Tout le bilan prénatal est faisable ici.
7. pharmacie			+		2	Pas de système de protection contre la poussière.
8. Etat de toilettes				+	1	Sales, mal entretenus
9. système d'approvisionnement en eau et l'élimination des déchets		+			3	Réseau public approvisionne en eau. Absence d'incinérateur,
10. système d'éclairage et de communication	+				4	Réseau public assure l'éclairage Téléphone pour la communication
	Score total				30	

N.B : A= 4, B=3, C=2, D=0 ou 1.

+ désigne le niveau de qualité coché.

Score maximal (SC. Max)=40

Niveau de la qualité :

Niveau 4 : 95-100%SC.MAX soit 38 à 40 : Excellent

Niveau 3 : 75-94%SC.MAX soit 30 à 37,99 : Bon (satisfaisant)

Niveau 2 : 50-74%SC.MAX soit 20 à 29,99 : Passable

Niveau 1 : moins de 50%SC.MAX soit moins de 20 : Mauvais

L'environnement de la femme enceinte au sein de l'ASACONIA est jugé BON (satisfaisant).

94%.

2. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

2. 1. L'âge

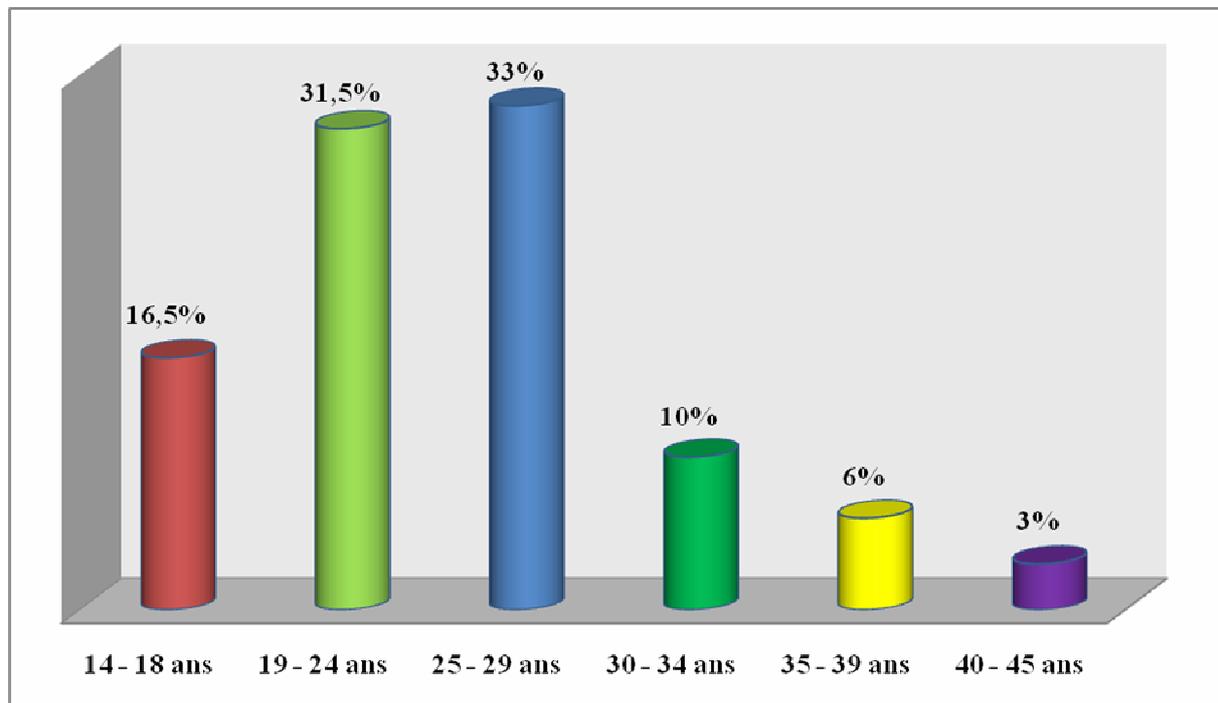


Figure 2 : Répartition des gestantes selon l'âge

2. 2. Le niveau de scolarisation

Tableau II : Répartition des gestantes selon le niveau de scolarisation

Niveau scolaire de la femme	Fréquence	Pourcentage (%)
Non scolarisé	52	26,0
Primaire	59	29,5
Secondaire	34	17,0
Supérieur	11	05,5
Enseignement coranique	44	22,0
Total	200	100,0

2. 3. Le statut marital

Tableau III: Répartition des gestantes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage (%)
Mariée	181	90,5
Célibataire	16	08,0
Veuve	2	01,0
Divorcée	1	00,5
Total	200	100,0

2. 4. La profession

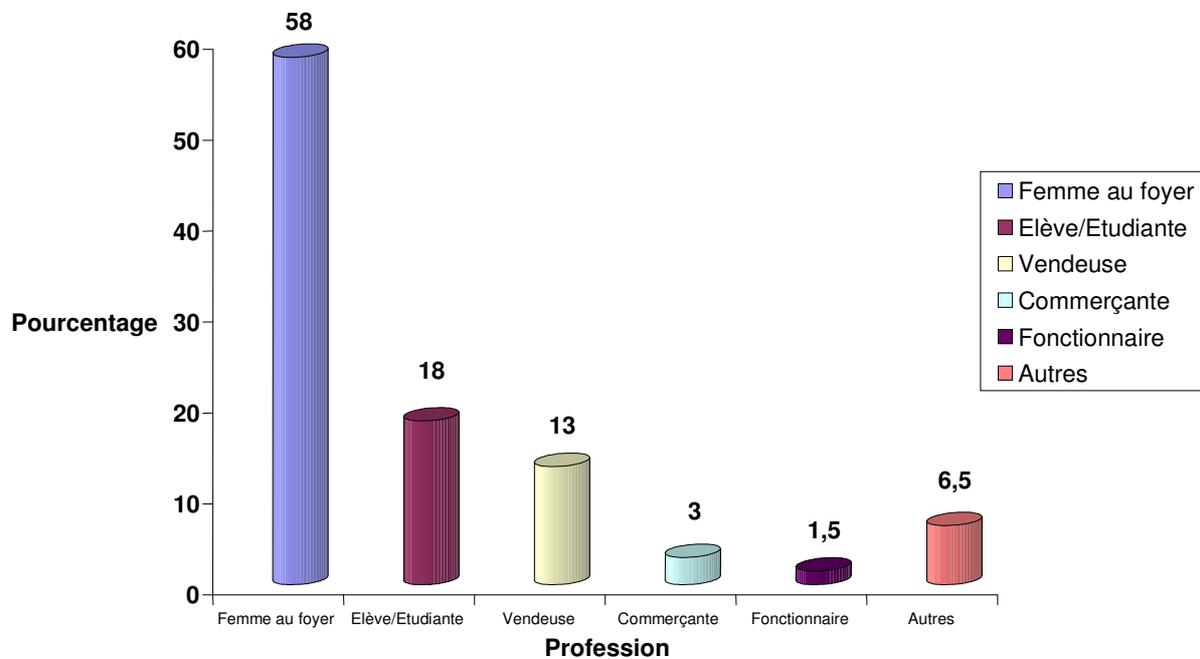


Figure 3 : Répartition de la population selon la profession

*Autres : teinturières (4,1%), coiffeuses (1,4%), aides ménagères (1%).

3. CARACTERISTIQUES CLINIQUES

3. 1. La gestité

Tableau IV : Répartition des gestantes selon la gestité

Gestité	Fréquence	Pourcentage
Primigeste	63	31,5
Pauci geste	78	39,0
Multi geste	34	17,0
Grande multi geste	25	12,5
Total	200	100

3. 2. La parité

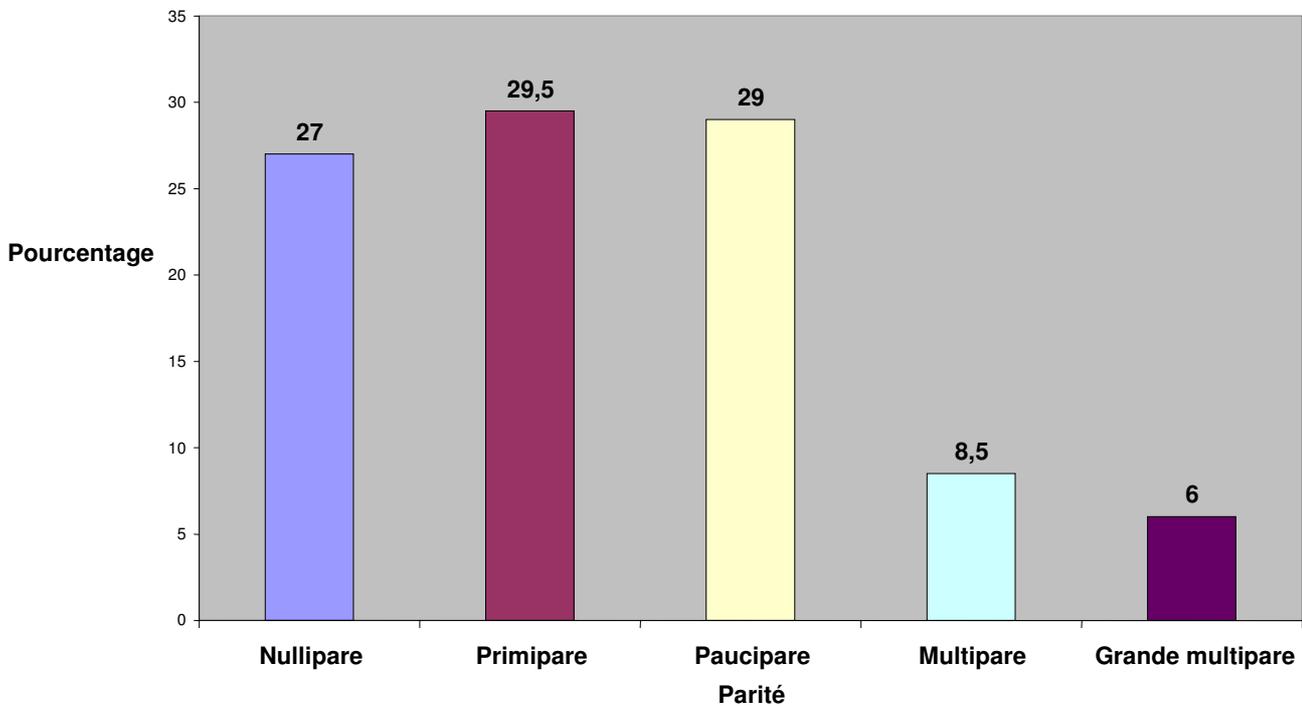


Figure4 : Répartition des gestantes selon la parité

3. 3. Le moyen de transport utilisé

Tableau V : Répartition des clientes selon le moyen de transport pour se rendre au centre.

Moyens de transport	Fréquence	Pourcentage
A pied	89	44,5
Véhicules à 4 roues	98	49,0
Mobylettes	13	06,5
Total	200	100

3. 4. Les antécédents obstétricaux

Tableau VI : Répartition des gestantes selon les antécédents obstétricaux

Antécédents obstétricaux	Fréquence	Pourcentage
Fausse couche	27	13,5
Mort-nés	15	07,5
Césarienne	14	07,0
Forceps/Ventouse	3	01,5
Eclampsie	2	01,0

3. 5. Les pathologies médicales

Tableau VII : Répartition des gestantes selon les antécédents de pathologies médicales évoquées

Pathologies médicales	Fréquence (N=200)	Pourcentage
Drépanocytose	5	02,5
HTA	4	02,0
Infection urinaire	3	01,5
Tuberculose	2	01,0
Diabète	1	00,5
MST/IST	1	00,5
Affection cardiaque	1	00,5

3. 6. Le nombre de CPN effectué

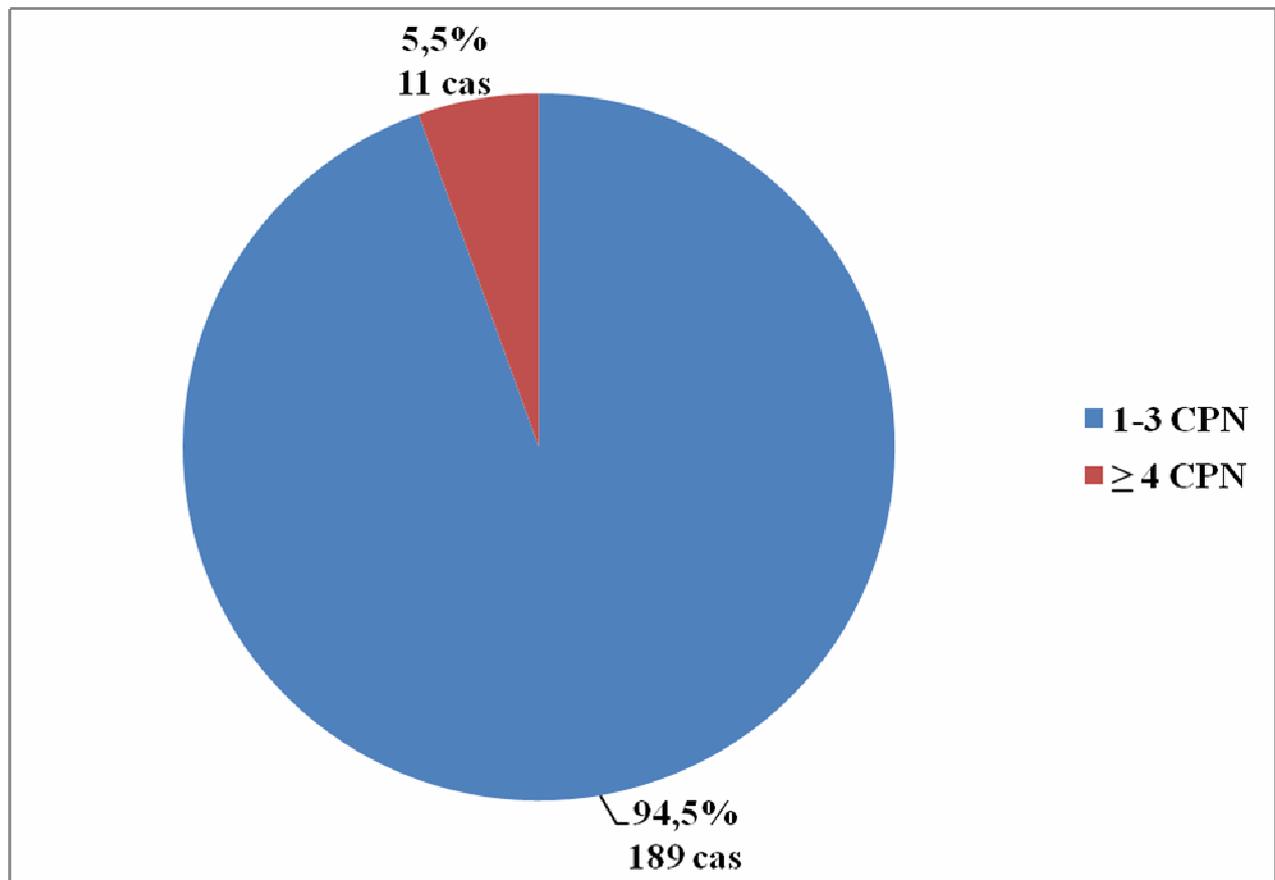


Figure 5 : Répartition des gestantes selon le nombre de CPN

4. DESCRIPTION DE LA PROCEDURE DE LA CPN :

4.1. CPN effectuée selon la qualification du personnel

Tableau VIII : Répartition des femmes enceintes selon la qualification des prestataires

Qualification du prestataire	Nombre de femme enceinte	Pourcentage
Sage femme	155	77,5
Infirmière obstétricienne	27	13,5
Matrone	2	1,0
Médecin	1	0,5
Stagiaires des écoles de santé	15	7,5
Total	200	100,0

4. 2. La durée de la CPN

Tableau IX : Répartition des femmes enceintes selon la durée de la CPN (en minute)

Durée de la CPN	Fréquence	Pourcentage
Moins de 10	48	24,0
10 -15	145	72,5
Plus de 15	7	3,5
Total	200	100,0

4.3. L'histoire de la grossesse actuelle

Tableau X : Répartition des gestantes selon l'histoire de la grossesse (N=200)

Histoire de la grossesse	Fréquence	Pourcentage
Détermination de l'âge de la grossesse	150	75,0
Détermination de la date probable d'accouchement	135	67,5
Détermination de la date des dernières règles	92	46,0

4. 4. Les conditions d'accueil

Tableau XI : Répartition des femmes enceintes selon les conditions d'accueil

Conditions d'accueil	Fréquence (N=200)	Pourcentage
La consultante a-t-elle été invitée à s'asseoir	200	100,0
Salutations conformes aux convenances sociales	199	99,5
Manifestation d'intérêt pour la gestante	199	99,5
Salutations d'usage au départ	198	99,0
Bonne attitude envers la gestante	188	94,0

4. 5. Le respect de l'intimité

Tableau XII : Répartition des femmes enceintes selon le respect de l'intimité de la consultante.

Conditions d'examen	Fréquence (N=200)	Pourcentage
Examen à l'abri des regards	200	100,0
Présence de tierce personne pendant la consultation	200	100,0
Entrées et sorties pendant le déroulement de la consultation	6	3,0

4. 6. Les mesures d'hygiène prises par les prestataires

Tableau XIII : Répartition des gestantes selon l'application des mesures d'hygiène

Mesure d'hygiène appliquée au centre	Fréquence (N=200)	Pourcentage
A-t-il utilisé des gants ?	200	100,0
Matériel changé à la fin de la consultation	200	100,0
Matériel correctement nettoyé	200	100,0
Matériel correctement décontamé	198	99,0
Le praticien s'est-il lavé les mains avant d'examiner la consultante	26	13,0
Faute d'hygiène commise par le personnel	152	76,0