

EVALUATION DE LA QUALITE DE LA CONSULTATION PRENATALE RECENTREE DANS LES CENTRES DE SANTE COMMUNAUTAIRES DE LA COMMUNE II DU DISTRICT DE BAMAKO, MALI

Seydou Z Dao¹, Bakary Abou Traoré¹, Kassoum Sidibé¹, Sakoba Konaté¹, Christian Kuate Kadje¹, Issa Diarra, Amadou Bocoum², Ahmadou Coulibaly³, Mamadou S Traoré³, Mamadou Haidara¹, Youssouf Traoré², Sy Assitan Sow¹, Amadou Dolo².

¹Centre de santé de référence de la commune II, Bamako, Mali

²Centre Hospitalo-universitaire Gabriel Touré, Bamako, Mali

³Centre Hospitalo-universitaire du Point G, Bamako, Mali

⁴Centre de santé de référence de Mopti, Mali

Correspondance : Dr Seydou Z DAO, gynécologue obstétricien, chargé de recherche au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako,

RESUME

La consultation prénatale, une des interventions de santé publique reconnue comme étant un des piliers de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale a été revue ces dernières années par les autorités sanitaires de notre pays. C'est ainsi que le modèle de consultation prénatale recentrée a été retenu afin de faire bénéficier à toutes les femmes qui répondent à ses critères, des CPN de qualité par des prestataires qualifiés. L'absence d'évaluation sur cette thématique dans les centres de santé communautaires (CSCOM) de la commune II, nous a amené à faire cette étude. L'objectif de cette étude était d'évaluer le niveau actuel de la qualité de la CPN recentrée dans les CSCOM de la commune II du District de Bamako. Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive et analytique allant du 06 décembre 2016 au 06 janvier 2017. A l'issue de cette étude, il ressort que les normes et procédures de la consultation prénatale recentrée (CPNR) étaient en majorité respectées par les prestataires. Les moyens nécessaires pour une CPN de qualité étaient disponibles ; les CPN ont toutes été effectuées par du personnel qualifié ; l'accueil des gestantes était de bonne qualité ; le déroulement de l'examen était fait selon les normes ; les explications sur le plan d'accouchement étaient en majorité données par les prestataires ; la plupart des patientes (86,7%) était satisfaite des prestations ; la qualité de la CPNR dans les CSCOM de la commune II a été classée niveau III c'est-à-dire moyen.

Mots clés : évaluation, qualité, consultation prénatale recentrée.

ABSTRACT

Antenatal consultation, one of the public health interventions recognized as one of the pillars of reducing maternal and neonatal mortality, has been reviewed in recent years. Thus, the refocused prenatal consultation model was chosen to provide quality women with quality care for all women who meet its criteria. The lack of evaluation on this theme in the community health centers of the commune II, led us to make this study. The objective of this study was to evaluate the current level of the quality of refocused prenatal consultation in the community health centers of commune II of Bamako District. It was a prospective, descriptive and analytical study from 06 December 2016 to 06 January 2017. At the end of this study, it appears that the standards and procedures of the antenatal consultation were mostly respected by providers; the necessary means for a quality prenatal consultation were available; the prenatal consultations were all performed by qualified personnel; the reception of the pregnant ones was of good quality; the examination was conducted according to the standards; explanations of the delivery plan were mostly given by the providers; most patients (86.7%) were satisfied with the benefits; the quality of the refocused prenatal consultation in the community health centers of the commune II was classified level III that is to say average.

Key words: assessment, quality, prenatal refocused consultation.

1. INTRODUCTION

Les soins prénatals, c'est à dire les soins qu'une femme reçoit pendant sa grossesse, concourent à une issue favorable de l'accouchement. Ils permettent de dépister certains risques majeurs pour lesquels les actions sont possibles, de prévenir ou de dépister et de prendre en charge certaines affections susceptibles de menacer la santé de la mère et de l'enfant et de conseiller, soutenir et informer les femmes enceintes et leur famille (Chalmers et al, 2001 ; Ministère de la santé du Mali, 2013 ; Prual A et al, 2002 ; WHO, 2005). Pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, une approche actualisée, appelée soins prénatals recentrés, met l'accent sur la qualité des consultations plutôt que sur le nombre. Cette approche reconnaît que les consultations fréquentes n'améliorent pas nécessairement les résultats de la grossesse et que, dans les pays en développement, elles sont souvent impossibles à réaliser du point de vue logistique et financier ; beaucoup de femmes identifiées comme étant « à haut risque » ne développent pas nécessairement de complications, tandis que des femmes qui sont censées être « à faible risque » peuvent en développer (OMS, 2005).

L'ensemble des femmes enceintes doit par conséquent bénéficier d'une surveillance prénatale et d'un suivi obstétrical de qualité. C'est compte tenu de ce qui précède, qu'un nouveau modèle de consultation prénatale a été préconisé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2005). Il met l'accent sur les éléments essentiels qui ont prouvé qu'ils amélioreraient le résultat de la grossesse. Ce modèle qui réduit le nombre de visites prénatales à 4 pour les grossesses à faible risque s'est avéré aussi efficace que l'ancien et coûte moins cher ; ce qui en fait une meilleure option pour les pays pauvres. Cette nouvelle politique, focalisée sur l'essentiel, a été adoptée par le gouvernement malien en quête d'un système de santé qui répondrait mieux aux besoins des citoyens.

Des évaluations périodiques sont nécessaires pour identifier les insuffisances afin de les corriger. La présente étude menée dans les CSCOM de la commune II du District de Bamako s'est inscrite dans ce cadre. Elle avait pour objectif d'évaluer la qualité de la CPNR par le respect des normes et procédures en matière de CPN dans ces différents centres en vue d'améliorer la performance et la qualité des soins prénatals.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1. Lieu d'étude/Critères de sélection :

Notre étude a été réalisée dans les maternités des six centres de santé communautaire de la commune II du district de Bamako. Le choix de ces CSCOM s'explique par le fait que ces structures relèvent de notre centre de santé de référence. Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive et analytique allant du 06 décembre 2016 au 06 janvier 2017. L'étude a concerné toutes les femmes enceintes ayant effectué au moins une CPN dans les différentes structures pendant la période d'étude. Ont été incluses dans l'étude toutes les femmes enceintes venues en consultation prénatale durant la période d'étude. N'ont pas été incluses dans l'étude, les femmes enceintes ne répondant pas aux critères de la CPNR, les femmes enceintes ayant fait leurs CPNR dans d'autres structures et qui étaient venues consulter pour pathologies sur grossesse et enfin les femmes en travail d'accouchement.

2.2. Taille de l'échantillon et échantillonnage

Le calcul de la taille de l'échantillon a été effectué selon la formule suivante : $n = \frac{p \cdot (1-p) \cdot \epsilon^2}{i^2} = 205$; avec un taux de couverture ($p=0,74$) ; une valeur critique ($\epsilon=1,96$) au risque

$\alpha=0,05$ et une précision fixée à 0,06. L'enrôlement des femmes a été fait de façon systématiquement au fur et à mesure qu'elles se présentaient en consultation durant notre étude. La collecte des données a été faite par observation des prestataires dans la plus grande discrétion possible et en restant totalement passif. Le niveau de qualité des CPN a été déterminé à partir des scores obtenus lors de la réalisation des variables discriminatoires. Ainsi 4 niveaux ont été retenus :

Niveau IV : 75 à 100% des gestantes recevaient des soins de bonne qualité ;

Niveau III : 50–74,99% des gestantes recevaient des soins de bonne qualité ;

Niveau II : 25 à 49,99% des gestantes recevaient des soins de bonne qualité et

Niveau I : moins de 25% des gestantes recevaient des soins de bonne qualité. Les données ont été saisies et analysées sur SPSS version 19.0.

2.3. Considérations éthiques :

La participation des gestantes était conditionnée à leur approbation volontaire. Pour cela, leur opinion était recueillie à leur sortie de la salle de consultation après l'observation.

3. RESULTATS

Tableau I : Répartition des prestataires selon leur qualification

Qualification du praticien	Effectifs	Fréquence (%)
Sage-femme	171	81,4
Infirmière obstétricienne	31	14,8
Médecin généraliste	8	3,8
Total	210	100,0

Source : enquête de terrain : décembre 2016 – janvier 2017

La majorité (81,4%) des consultations prénatales étaient réalisées par des sages-femmes.

Tableau II : Répartition des patientes en fonction de la qualité de l'accueil.

Accueil	Effectifs	Fréquence (%)
Salue la patiente	206	98,1
Offre un siège à la patiente	209	99,5
Demande son nom	208	99,05
Se présente à la femme	207	98,6
Total	210	100

Source : enquête de terrain : décembre 2016 – janvier 2017

La répartition des patientes en fonction de la qualité de l'accueil a montré que l'accueil était

conforme aux normes chez 98,1% des patientes.

Tableau III : recherche des antécédents médicaux à l'interrogatoire

Recherche des antécédents médicaux	Effectifs	Fréquence (%)
HTA	208	99,05
Diabète	208	99,05
Hémoglobinopathies	50	23,8
Anémie	12	5,7
Asthme	75	35,7
Infection urinaire	18	8,6

Source : enquête de terrain : décembre 2016 – janvier 2017

Cet interrogatoire était conduit dans 45,3% des cas. Les CSCoM de la Commune II sont de niveau II dans ce domaine.

Tableau IV : recherche des antécédents obstétricaux et chirurgicaux à l'interrogatoire

Recherche des antécédents obstétricaux et chirurgicaux	Effectifs	Fréquence (%)
Nombre de grossesses	210	100,0
Nombre d'accouchements	210	100,0
Nombre d'avortements	210	100,0
Nombre de mort-nés	210	100,0
Nombre de naissances vivantes	210	100,0
Nombre d'enfants décédés	210	100,0
Age et cause de décès des enfants	20	9,5
Césarienne	210	100,0
Forceps et ventouse	100	47,6

Source : enquête de terrain : décembre 2016 – janvier 2017

Cet interrogatoire était conduit dans 84,1% des cas. La manière de demander ses antécédents n'étaient pas conforme aux normes.

Tableau V : répartition en fonction de la réalisation de l'examen physique

Examen clinique	Effectifs	Fréquence (%)
Explique le déroulement de la consultation	210	100,0
Prend le poids	210	100,0
Mesure la taille	210	100,0
Recherche la boiterie	210	100,0
Aide à monter sur la table	210	100,0
Examine les conjonctives	210	100,0
Prend la tension artérielle	210	100,0
Le soutien-gorge a été enlevé	112	53,33
Examine les seins	210	100,0
Ausculte le cœur	44	20,9
Ausculte les poumons	44	20,9
Palpe l'abdomen	210	100,0
Mesure la hauteur utérine	210	100,0
Apprécie la position du fœtus	157	74,8
Ausculte les BDCF	157	74,8
Recherche les œdèmes	210	100,0
Fait un examen au spéculum	112	53,33
Fait un toucher vaginal	210	100,0
Examine le bassin au 9 ^e mois	5	15,15
Aide à descendre	210	100,0

Source : enquête de terrain : décembre 2016 – janvier 2017

L'examen était conduit dans 79,6% mais seulement chez 21% des patientes selon les normes. Les CSCOM de la commune II sont de niveau I dans ce domaine. L'examen cardio-pulmonaire était fait uniquement par les médecins.

Tableau VI : respect de l'intimité des patientes

Respect de l'intimité	Effectifs	Fréquence (%)
Présence d'accompagnants de la patiente	Oui(0) Non(210)	Oui(0) Non(100)
Entrées et sorties fréquentes des agents de santé	Oui(59) Non(151)	Oui(28,1) Non(71,9)

Source : enquête de terrain : décembre 2016 – janvier 2017

Le non-respect de l'intimité était observé du fait des entrées et sorties fréquentes des agents de santé.

Tableau VII : demande des examens complémentaires

Examens complémentaires	Effectifs	Fréquence (%)
Groupage rhésus	144	68,6
Taux d'hémoglobine	144	68,6
Glycémie à jeun	144	68,6
Albumine-sucre	144	68,6
Test d'Emmel	144	68,6
Sérologie BW	144	68,6
Echographie de datation (1 ^{er} trimestre)	144	68,6
Echographie morphologique (2 ^e trimestre)	65	31,0
Echographie de croissance (3 ^e trimestre)	33	15,7
Sérologie du VIH	144	68,6

Source : enquête de terrain : décembre 2016 – janvier 2017

La majorité des patientes (59,5%) ont réalisé les bilans recommandés par les Politiques, Normes et Procédures et donc les centres sont de niveau III dans ce domaine.

Tableau VIII : répartition des patientes en fonction de leur opinion sur l'état des locaux et la qualité des prestations

Opinion des patients	Effectifs	Fréquence (%)
Etat des locaux		
Vieux et sales	0	0,0
Vieux mais propres	178	84,7
Récents mais sales	10	4,8
Récents et propres	22	10,5
Qualité des prestations		
Non satisfaisante	0	0
Peu satisfaisante	15	7,1
Satisfaisante	182	86,7
Très satisfaisante	13	6,2

Source : enquête de terrain : décembre 2016 – janvier 2017

La majorité des patientes (84,7%) ont trouvé les locaux vieux et propres, 86,7% des patientes sont satisfaites des prestations.

Tableau IX : répartition des patientes selon la conclusion du praticien en fonction du risque

Conclusion de l'examen	Effectifs	Fréquence (%)
Aucune conclusion prise	30	14,3
Grossesse normale	146	69,5
Grossesse à risque	34	16,2
Référence au CSRéf commune II	12	5,7

Source : enquête de terrain : décembre 2016 – janvier 2017

Trente-quatre patientes ont été classées comme faisant partir des grossesses à risque, parmi lesquelles 12 ont été référées à l'unité gynécologique du CSRéf de la commune II.

Tableau X : prescription de soins préventifs en fonction des éléments de la prévention délivrée

Soins préventifs au cours de la grossesse	Effectifs	Fréquence (%)
Sulfadoxine-Pyriméthamine (1 ^{ère} , 2 ^{ème} , 3 ^{ème} dose)	98	46,7
Fer-acide folique	210	100
Vaccin antitétanique	93	44,3
Moustiquaires imprégnées d'insecticides	150	71,4

Source : enquête de terrain : décembre 2016 – janvier 2017

La prescription des soins préventifs mis à part celle de la sulfadoxine-pyriméthamine était réalisée selon les normes et procédures chez la majorité des patientes.

Tableau XI : Répartition de la qualité de la CPN par CSCOM

CS Com	Score obtenu (%)	Niveau
ABOSAC	63,02	III
ASACOGO	63,4	III
BENKADI	55,2	III
ASACOHI	54,9	III
ASACOME	57,05	III
BONIABA	59,7	III
Total	59,35	III

Source : enquête de terrain : décembre 2016 – janvier 2017

L'ensemble des CSCOM de la commune II a été classé niveau III par rapport à la qualité de la CPNR.

4. DISCUSSION

Au cours de notre étude, nous avons rencontré certaines difficultés qui sont entre autres, le faible niveau de scolarisation de la majorité de nos patientes ainsi certaines d'entre elles avaient des difficultés à assimiler les informations données par les prestataires notamment en ce qui concerne l'importance du respect des rendez-vous et de la nécessité de réaliser le bilan prénatal. Sur le plan organisationnel, nous avons noté l'inexistence d'une salle d'attente,

l'étroitesse de la salle de consultation prénatale ou encore sa multifonctionnalité (consultation prénatale, consultation postnatale, dépistage cancer du col, planification familiale etc.) dans certaines structures. De telles insuffisances avaient pour conséquence le non-respect de la programmation des jours de CPN et des autres activités par les patientes et les prestataires eux-mêmes.

L'accueil était fait selon les normes dans 98,8% des cas. Nous nous sommes référés aux domaines comme la salutation conforme aux convenances sociales, la présentation du praticien et de la patiente son nom) et l'invitation à prendre un siège. Ce résultat n'est que le reflet de la qualité de l'hospitalité du peuple malien.

Il en ressort au terme de notre étude que la CPNR était majoritairement effectuée par les sages-femmes soit 81,4%, par les infirmières obstétriciennes dans 14,8% des cas et par les médecins généralistes pour 3,8% des cas. Les consultations en majorité avaient été faites par le personnel qualifié, cela avait un impact favorable sur la qualité des CPN. Cette fréquence élevée des prestataires qualifiés pour les CPN en commune II s'expliquerait par le recrutement en nombre suffisant de prestataires qualifiés dans le district de Bamako sur fond PPTE (Pays Pauvre Très Endetté) ses dernières années afin de renforcer les maternités. La qualité de la CPN dépend de la qualification des prestataires. Ainsi l'USAID en 2012 a conclu que dans les pays à ressources limitées, la pénurie de personnel de santé notamment le personnel qualifié est l'un des obstacles majeurs pour délivrer les services de santé de qualité. La recherche des antécédents et des symptômes liés à la grossesse actuelle était faite dans la majorité des cas mais cette recherche n'était pas conforme aux normes. Dans beaucoup de cas les prestataires posaient les questions de façon globale sur les symptômes et les antécédents. Une telle procédure ne permettait pas à certaines patientes de dire tous ses antécédents.

La demande des examens était faite selon les normes dans 68,6%, taux inférieur à celui obtenu par Olufemi et *al*, 2008 qui ont rapporté que 76,1% des gestantes avaient bénéficié des tests recommandés lors d'un suivi prénatal. Le taux observé pourrait s'expliquer par le fait que nous n'avons comptabilisé que les gestantes dont les examens para-cliniques ont été demandés en notre présence. Les différentes échographies étaient systématiquement demandées en fonction du terme de la grossesse et selon les normes et procédures, mais toutes n'étaient pas faites. Les raisons évoquées par les patientes étaient le manque de moyens financiers.

Les mesures préventives portaient sur la supplémentation en fer-acide folique (100%), la prévention du tétanos maternel et néonatal (44,3%), la prévention du paludisme par la prise supervisée de la sulfadoxine-pyriméthamine (46,7%) et la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticides et l'hygiène du milieu (71,4%). Les explications sur la prescription étaient données dans 96,2% des cas. Ce taux aurait pu être amélioré si au cours de certaines CPN, l'agent de santé n'omettait souvent pas de donner des explications à cause du nombre élevé des patientes et dans le souci de consulter toutes les gestantes. A l'opposé de nos résultats, les directives et les procédures de prophylaxie antianémique ou antipaludique n'étaient pas respectées selon (JHPIEGO, 2015).

Il en ressortait que les explications sur le plan d'accouchement étaient données dans 61,4% des cas. Ce résultat était nettement supérieur à celui de (Jacques et *al.* 2014) ; selon ces derniers, le plan d'accouchement qui devrait être discuté avec les gestantes en présence de leur mari ou un membre de la famille pour leur permettre de préparer l'accouchement n'a été abordé par les prestataires que dans moins de 25%. Dans bien des cas, certains prestataires n'expliquent le plan d'accouchement qu'au moment où la grossesse est à terme. Il n'est pas nécessaire que le plan d'accouchement soit un document écrit, mais plutôt une discussion entre toutes les parties concernées.

Au terme de la CPN, aucune conclusion n'a été prise par le prestataire chez 14,3% des patientes. La majorité des gestantes soit 69,5% était sans aucun risque, mais dans 16,2% des cas, les gestantes étaient à risque dont 5,7% ont été référées à l'unité gynécologique du CSRéf commune II. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que certaines sages-femmes étaient réticentes à la référence malgré la présence dans les différents centres d'une liste de grossesses pathologiques établie par les gynécologues du CSRéf. Les facteurs de risque étaient l'âge inférieur à 16 ans, la primipare âgée, la grande multipare, les antécédents de mort-nés, la taille inférieure à 1m50, les utérus cicatriciels, la boiterie, l'anémie, l'asthme... etc.

5. CONCLUSION

Il s'agissait d'une étude prospective transversale sur la qualité de la CPN recentrée dans les CSCOM de la commune II du district de Bamako. Au terme de cette étude et au regard de la qualité de la CPNR, les CSCOM de la commune II sont classés classe III c'est-à-dire moyen. Dans ces conditions, des efforts sont encore nécessaires à mener sur l'interaction patiente-praticien, la prévention des infections, l'examen physique et surtout la référence. L'amélioration de ces pratiques permettra de réduire considérablement le taux de morbidité et de mortalité materno-infantile qui constitue l'un des objectifs majeurs du ministère de la santé et de la Société malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO).

REFERENCES

Badiaga C. Evaluation de la qualité des consultations prénatales à la maternité du CSRéf de Kati à propos de 380 cas. Thèse Med Bamako, 2008

Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Birth. 2001; 28: 202-7.

Diallo A. Evaluation de la qualité des consultations prénatales au CSRéf Commune I du district de Bamako. Thèse Med Bamako 2008.

Fomba S. Qualité de la surveillance prénatale et de l'accouchement au centre de santé MIPROMA de Magnambougou en commune VI du District de Bamako d'Avril à Juillet 2002. Thèse Med Bamako 2003, N° 64.

Goita N. Evaluation de la qualité des consultations prénatales au service de Gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. Thèse Med Bamako 2006, N° 210.

Jacques Set al. Evaluation de la qualité des services de consultation prénatale recentrée à l'hôpital de district de Suru-Léré au Bénin, Santé Publique 2014 /2 (Vol.26) : 249-257.

JHPIEGO/Programme de Santé maternelle et néonatale. CPN Recentrée y compris le contrôle du paludisme pendant la grossesse au Mali : Manuel de référence pour les prestataires de soins de santé. Bamako 2015 : 5-6

Kamissoko M. Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Kalanbancoro, zone périurbaine de Bamako. Thèse Med Bamako 2004, N°87

Koita M. Qualité de la surveillance prénatale dans les formations sanitaires publiques communautaires des communes V et VI du district de Bamako. Thèse Med Bamako 2001, N°41

Konaté S. Qualité de la surveillance prénatale dans le centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako. Thèse Med Bamako 2002, N° 33

Ministère de la santé. Procédures en santé de la reproduction, gravido-puerpéralité, soins prénatals Vol 3 ; Juin 2013

Organisation Mondiale de la Santé : Rapport sur la santé dans le monde, donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève 2005 : 2-4

Olufemi T, Oladapo L, Christianah A, Iyani W, Adewale OS. Quality of antenatal services at the primary care. Afr J Reprod health 2008;12:71-92.

Pruhal A, de Bernis L, Ould El Joud D. Rôle potentiel de la consultation prénatale dans la lutte la mortalité maternelle et la mortalité néonatale en Afrique sub-saharienne. J Gynécol Obstet Biol Reprod. 2002 ;31 :90-9.

Rwengue M. La qualité des soins prénatals selon la perspective des clientes au Cameroun. Etude de la population Africaine. 2009 ; 22 :23-46.

Siaka KM. Evaluation de la qualité des consultations prénatales dans le CSRéf de Kita. Thèse Med Bamako 2008

Thiam A. Evaluation de la qualité des CPN au CSRéf Commune II du district de Bamako. Thèse Med Bamako 2011

Traoré MK. Qualité de la surveillance prénatale du centre de santé de la Commune de Banconi. Thèse Med Bamako 2001, N° 49

USAID. Evaluation du système de santé du Bénin. Bethesda, MD: Health systems 20 /20 project, Abt Associates Inc.2012.159p.

WHO. What is the effectiveness of antenatal care?(supplement) Copenhagen, WHO regional office for Europe. Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/Document/E87997>. Pdf, accessed 28 December 2005.