

## EVALUATION DE LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES À RISQUE AU CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE LA COMMUNE I DU DISTRICT DE BAMAKO.

### Auteurs

Mamadou Oumar CISSE<sup>1</sup>,  
Yaya SANGARE<sup>1</sup>,  
Habiya MAIGA<sup>1</sup>,  
Fanta SANGHO<sup>2</sup>,  
Aminata SIDIBE<sup>1</sup>,  
Yaya TOGO<sup>1</sup>,  
Bassirou DOUMBIA<sup>1</sup>,  
Kassoum KONE<sup>1</sup>,  
Adama DIAWARA<sup>2</sup>,  
Hamadoun SANGHO<sup>1, 2</sup>.

### Services

1. Institut National de Santé Publique (INSP), BP 1771, Bamako, Mali  
2. Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie Département d'Etude et de Recherche en Santé Publique et Spécialité (FMOS DER-SP), BP 1805 Bamako, Mali.

### Correspondance

Mamadou Oumar CISSE  
Institut National de Santé Publique (INSP),  
BP 1771, Bamako, Mali  
Mail:

### RESUME

**Introduction:** chaque année, environ huit millions de femmes sont victimes de risque lié à la grossesse et plus d'un demi-million d'entre elles décèdent. En Afrique subsaharienne, une femme sur 16 meurt de complications liées à la grossesse. Plus de 80% de ces décès peuvent être prévenus grâce une prise en charge de qualité.

L'objet de notre étude était d'évaluer la qualité de la prise en charge des grossesses à risque au Centre de Santé de Référence de la commune I du District de Bamako.

**Méthode:** l'étude était transversale, descriptive à visée évaluative. La collecte s'est déroulée du 05 juin au 10 août 2017. L'échantillon était de 85 femmes enceintes portant des risques et 25 agents de santé. La performance des prestataires, l'organisation des services, les satisfactions des patientes et l'environnement ont été appréciés suivant les critères retenus.

**Résultats:** les prestataires étaient majoritairement masculins et 36,84% avaient une année au poste. Parmi eux 47,37% avaient reçu la formation en Consultation Périnatale Recentrée et 15,79% la dissémination des Politiques Normes et Procédures. Ceux ayant bénéficié de la supervision, étaient de 36,84%. La moyenne d'âge des femmes était de 28,7 ans  $\pm$  7,5. La continuité des soins et services et la relation interpersonnelle ont été jugées bonnes. La compétence technique, la disponibilité des ressources et l'environnement physique ont été jugés acceptables. Par contre l'accessibilité aux soins et l'innocuité des soins ont été jugées mauvaises. L'issue de la grossesse était peu satisfaisante avec trois cas de décès d'enfants enregistrés sur 19 accouchements.

**Conclusion:** la qualité de la prise en charge des grossesses à risque au CSRef de la commune I du district de Bamako a été jugé acceptable. L'insuffisance peut être comblée à travers la dotation en personnel qualifié, en équipement et la supervision régulière des prestataires.

**Mots-clés:** Qualité, prise en charge, grossesses à risque, Commune I, Bamako.

## SUMMARY

**Introduction:** every year, about eight million women are at risk of pregnancy and more than half a million of them die. In sub-Saharan Africa, one in 16 women die from pregnancy-related complications. More than 80% of these deaths can be prevented thanks to quality care. The purpose of our study was to evaluate the quality of the management of at-risk pregnancies at the Reference Health Center of Commune I of Bamako District.

**Method:** the study was cross-sectional, descriptive for evaluative purposes. Collection took place from 05 June to 10 August 2017. The sample was 85 pregnant women at risk and 25 health workers. The performance of the providers, the organization of the services, the satisfaction of the patients and the environment were assessed according to the selected criteria. Results: Providers were predominantly male and 36.84% had one year at the post. Among them, 47.37% had received training in CPNR and 15.79% the dissemination of PNP. Those who benefited from supervision were 36.84%. The average age of women was 28.7 years with an average of 7.5. The continuity of care and services and the interpersonal relationship were noted good. Technical competence, availability of resources and the physical environment were found to be acceptable. On the other hand, the accessibility to care and the safety of the care were considered bad. The outcome of the pregnancy was unsatisfactory with three cases of deaths of registered children.

**Conclusion:** the quality of the management of at-risk pregnancies at CSRef in commune I of Bamako district was considered acceptable. The gap can be filled through staffing, equipment and regular supervision of providers.

**Keywords:** Quality, management, pregnancies at risk, Commune I, Bamako.

## INTRODUCTION

La grossesse est un état physiologique qui induit des modifications sur l'organisme de la femme. Des risques peuvent compromettre le devenir de la femme enceinte et le fœtus qu'elle porte. Pour cette raison, il est important que toutes les grossesses soient suivies par des agents de santé qualifiés [Organisation Mondiale de la Santé, 2013].

Cela aura pour objet d'identifier ces situations à risque afin d'adapter et d'améliorer la qualité de la prise en charge des risques qui peuvent survenir [Anselem O, 2012].

Dans le monde chaque année, environ huit millions de femmes sont victimes de complications liées à la grossesse et plus d'un demi-million d'entre elles décèdent [Organisation mondiale de la Santé A, 2004]. En Afrique sub-saharienne, une femme a un risque de 1 sur 16 de mourir de complications liées à la grossesse contre 1 sur 2800 pour une femme dans un pays développé. Les principales causes sont connues et plus de 80 pour cent des décès maternels pourraient être évités grâce à des mesures qui ont fait leurs preuves et qui sont d'un coût abordable, même dans les pays les plus démunis du monde [Organisation mondiale de la Santé A, 2004]. Des études ont montré que la qualité des soins prénataux était un déterminant essentiel de l'issue de la grossesse et que le simple fait de modifier les pratiques permettrait de sauver de nombreuses vies [Organisation Mondiale de la Santé B, 2004]. Plusieurs interventions visant la réduction

de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales ont été entreprises au cours des dernières années. L'un des moyens de faire reculer la mortalité maternelle consiste à améliorer la qualité et l'usage des services, leur disponibilité, leur accessibilité.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la qualité de la prise en charge des grossesses à risque au Centre de Santé de Référence de la commune I du District de Bamako.

## **MÉTHODES**

L'étude s'est déroulée au Centre de Santé de Référence de la commune I du District de Bamako.

La commune est située sur la rive gauche du fleuve Niger dans la partie Nord-Est de Bamako. Elle a une superficie de 34,26 km<sup>2</sup> soit 12,83 % de la superficie totale du District (267 km<sup>2</sup>). Elle compte 411 586 habitants et sa densité est de 12013 habitants par km<sup>2</sup>. Elle est constituée de neuf (9) quartiers ayant chacun à leur tête un chef de quartier. La commune I dispose d'un centre de santé de référence, de dix (10) Centres de Santé Communautaires et de vingt et un (21) établissements privés.

La population d'étude était composée des femmes enceintes portant des risques et des agents de santé. La taille de l'échantillon était de 85 gestantes choisies de façon exhaustive et 25 agents de façon raisonnée. Les techniques de collecte utilisées étaient l'observation des agents dans l'exécution des tâches et l'environnement du travail, l'entretien individuel et l'exploitation des documents. Les outils de collecte des données utilisés étaient la grille d'observation, le guide d'entretien et la fiche de dépouillement. Le consentement libre et éclairé verbal a été la condition première pour la réalisation des observations et des entretiens.

Les variables retenues ont été choisies suivant les différentes dimensions de la qualité. Elles étaient entre autres l'accessibilité des soins qui a été mesurée à travers la distance, les coûts des soins et les us et coutumes ; la disponibilité des ressources a été appréciée à travers la disponibilité des infrastructures, des ressources humaines et matérielles, des médicaments et de l'environnement ; la qualité des procédures a été évaluée à travers l'accueil, le remplissage des supports, le respect des algorithmes et protocoles, l'innocuité et la continuité des soins et services. Enfin, nous nous sommes intéressés à la satisfaction des bénéficiaires et l'issue de la grossesse. La satisfaction a été jugée à travers l'appréciation des femmes sur l'accueil, le coût des prestations, l'accessibilité géographique, l'organisation des soins et services et l'environnement. L'issue de la grossesse a été appréciée à partir du type d'accouchement et du maintien en vie de la mère et de l'enfant. .

Les données collectées ont fait l'objet d'un dépouillement manuel et d'une codification. Pour préserver la qualité des données une double saisie a été effectuée. Le traitement et l'analyse des données ont été faits avec le logiciel EPI Info 7 version 2. Pour les différentes variables ci-dessus mentionnées, les individus ont été rangés dans les modalités de réponse retenues et le pourcentage de chaque modalité a été calculé.

## RÉSULTATS

### Caractéristiques des populations d'étude

Chez les prestataires, le sexe masculin était majoritaire 12 agents sur 19. La durée au poste variait entre 1 et 18 ans, 7 agents sur 19 (36,84%) avaient duré une année à leur poste. La formation en Consultation Périnatale recentrée s'est déroulée entre 2012 et 2016, moins de la moitié, 9 agents sur 19 (47,37%), a été formé entre 2015 et 2016. Pour les mêmes périodes, seulement 3 agents sur 19 (15,79%) avaient bénéficié de la dissémination des Politiques, Normes et Procédures pendant que 14 agents sur 19 (73,68%) ne connaissaient pas la date de cette dissémination. Les dernières supervisions ont été déroulées entre 2015 et 2017 et seulement 7 agents sur 19 (36,84%) avaient bénéficié de ces supervisions alors que les 12 autres ne connaissaient pas la date des dernières supervisions.

S'agissant des femmes enceintes, la moyenne (écart-type) d'âge était 28,7 (7,5) ans avec un âge minimum de 13 et un maximum de 44. 72,94% (62/ 85) d'entre elles étaient des résidentes de la commune I. Les femmes enceintes étaient à 63,53% (54/ 85) des ménagères et 97,65% (83/ 85) parmi elles étaient mariées. Les femmes non instruites ou celles ayant fréquenté l'école coranique représentaient 47,06% (40/ 85). L'âge gestationnel était compris entre 8 et 9 mois chez 51,76% (44/85) des femmes enceintes et les multipares étaient majoritaires à 53,00% (45). L'hypertension et l'anémie étaient les pathologies prédominantes avec des pourcentages respectifs de 36,47(31/ 85) et 29,41 (25/ 85).

### Accessibilité et ressources

L'accessibilité des soins et services a été jugée mauvais avec un score de 62,4% (Tableau I).

Les infrastructures au niveau de l'unité gynéco-obstétrique étaient conformes au programme architectural en vigueur. Nous avons relevé au niveau de la pharmacie, du laboratoire d'analyses et des salles d'attente une étroitesse des locaux. Ces locaux et la cour étaient propres. Un plan de gestion des déchets était disponible et appliqué.

S'agissant du personnel, les agents impliqués dans la prise en charge des grossesses à risque étaient constitués de 2 gynécologues, 6 sages-femmes, 5 médecins généralistes et 6 internes.

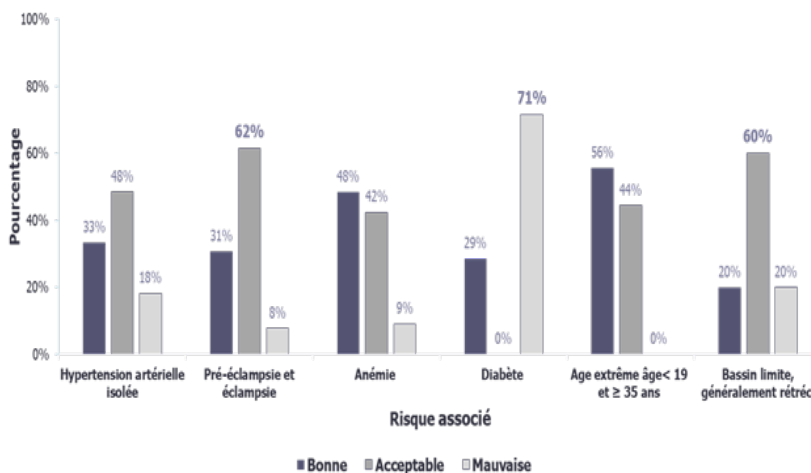
Pour la disponibilité des médicaments et équipement, nous avons observé la disponibilité de 73% des médicaments d'usage courant et de 85% d'équipement technique. Il existait un système de gestion des médicaments et équipements avec la disponibilité des supports y afférents. En outre, bien qu'ils ne soient pas toujours à portée de main, les algorithmes et protocoles étaient disponibles.

**Tableau I :** Accessibilité des soins et services

| Accessibilité des soins et services | Effectif | Pourcentage |
|-------------------------------------|----------|-------------|
| Bonne                               | 2        | 2,4         |
| Acceptable                          | 30       | 35,3        |
| Mauvaise                            | 53       | 62,4        |
| Total                               | 85       | 100,0       |

### Application des procédures et organisation des soins et services

La compétence du personnel a été jugée bonne pour la prise en charge des grossesses avec un âge inférieur à 18 ans et supérieur à 35 ans à 55,6% et l'anémie 48,5%. Elle a été jugée acceptable pour celle de la pré-éclampsie et de l'éclampsie 61,5% pour le bassin limite 60,0% et l'hypertension artérielle à 48,5%. Elle a été jugée mauvaise à 71,4% pour la prise en charge du diabète. (Figure 1)



**Figure 1 :** La compétence du personnel

La relation interpersonnelle a été jugée bonne pour la prise en charge du diabète et grossesse avec un âge inférieur à 18 ans et supérieur à 35 ans à 100%, pour le bassin limite à 73,3%, la pré-éclampsie et éclampsie à 69,2%, pour l'hypertension et l'anémie à 66,7%.

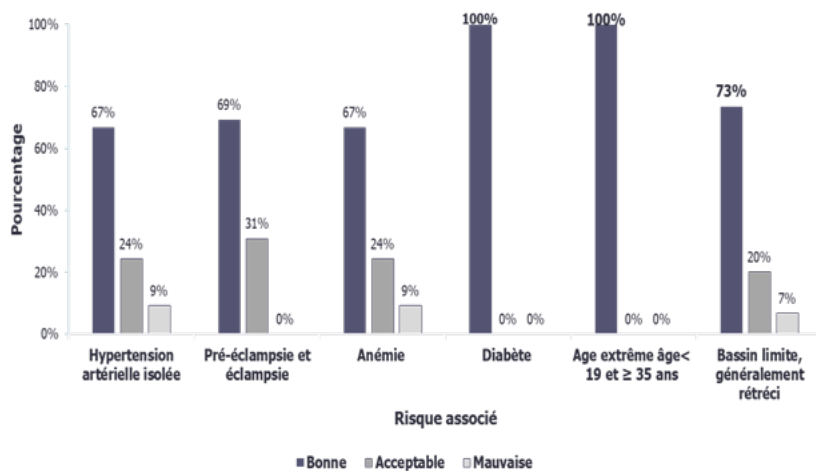


Figure 2 : La relation interpersonnelle

L'innocuité des soins et services a été jugée acceptable pour la prise en charge des grossesses avec un âge inférieur à 18 ans et supérieur à 35 ans à 66,7%. Elle a été jugée mauvaise pour le diabète à 85,7%, pour le bassin limite à 53,3%, pour l'anémie à 51,5%, l'hypertension artérielle à 45,7% et la pré-éclampsie et l'éclampsie à 38,5%.

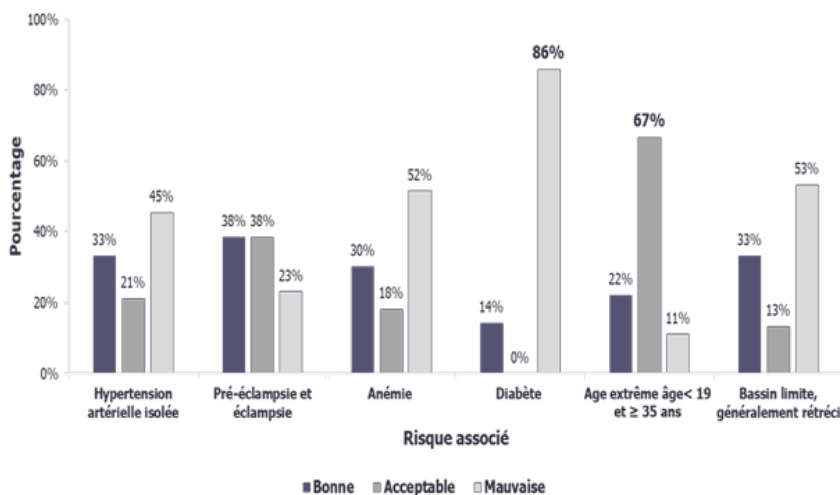


Figure 3 : L'innocuité des soins et services

La continuité des soins et services a été jugée bonne à 100% pour l'ensemble des risques associés à la grossesse.

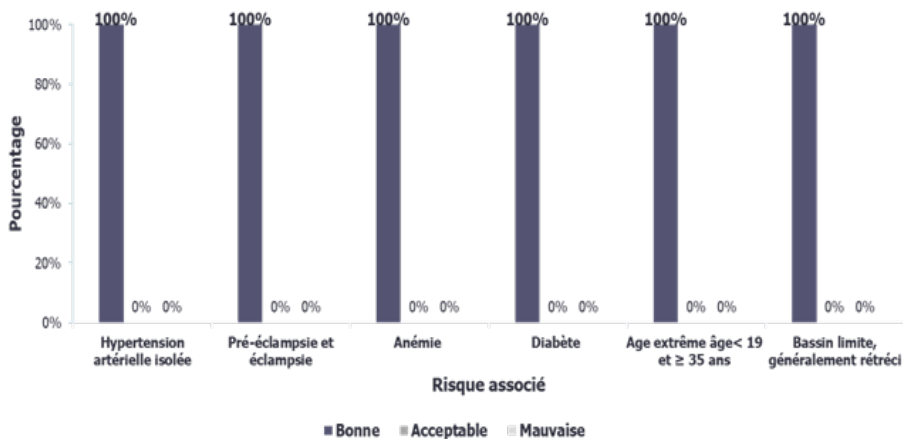


Figure 4 : La continuité des soins et services

### Satisfaction des femmes et l'issue de grossesse

Les femmes interrogées étaient satisfaites de la disponibilité des soins à 80,0% et de l'accueil à 92,94% ; pour le temps d'attente, elles étaient à 69,41% non satisfaites du temps d'attente et elles étaient satisfaites à 91,76% pour l'offre des soins et à 61,18% pour le coût des prestations.

Tableau II : La satisfaction de la disponibilité des soins et de l'accueil

| Disponibilité des soins et de l'accueil | Effectif | Pourcentage |
|---|----------|-------------|
| Disponibilité des soins (n=85)          |          |             |
| Satisfaite                              | 68       | 80,00       |
| Non satisfaite                          | 4        | 4,71        |
| Pas d'avis                              | 13       | 15,29       |
| Accueil (n=85)                          |          |             |
| Satisfaisant                            | 79       | 92,94       |
| Non satisfaisant                        | 5        | 5,88        |
| Sans avis                               | 1        | 1,18        |

**Tableau III** : la satisfaction du temps d'attente, l'offre et le coût des soins

| Temps d'attente et offre des soins | Effectif | Pourcentage |
|------------------------------------|----------|-------------|
| Temps d'attente (n=85)             |          |             |
| satisfaisant                       | 24       | 28,24       |
| Non satisfaisant                   | 59       | 69,41       |
| Sans avis                          | 2        | 2,35        |
| Soins offerts (n=85)               |          |             |
| Satisfaisant                       | 78       | 91,76       |
| Non satisfaisant                   | 6        | 7,06        |
| Sans avis                          | 1        | 1,18        |
| Coût des soins (n=85)              |          |             |
| Acceptable                         | 52       | 61,18       |
| Cher                               | 7        | 8,24        |
| Très cher                          | 9        | 10,59       |
| Sans avis                          | 17       | 20,00       |

Sur les 19 accouchements observés 73,68% étaient dystociques, toutes les 19 mères (100,0%) étaient vivantes et 84,21% des enfants étaient vivants.

**Tableau IV** : Issue de la grossesse

| Issue de la grossesse      | Effectif | Pourcentage |
|----------------------------|----------|-------------|
| Type d'accouchement (n=19) |          |             |
| Eutocique                  | 5        | 26,32       |
| Dystocique                 | 14       | 73,68       |
| Etat de la mère (n=19)     |          |             |
| Mère vivante               | 19       | 100,00      |
| Mère décédée               | 0        | 0,00        |
| Etat de l'enfant (n=19)    |          |             |
| Enfant vivant              | 16       | 84,21       |
| Enfant décédé              | 3        | 15,79       |

## DISCUSSION

Cette étude avait pour objectif d'évaluer la qualité de la prise en charge des grossesses à risque au Centre de Santé de Référence en Commune I du district de Bamako. Elle est basée sur la vérification des procédures et l'observation directe des prestataires. Elle a utilisé comme référentiel les documents des normes et procédures en santé de la reproduction du Mali dans lesquels sont consignés les types de soins et services à offrir,



les conditions minimales acceptables de performance et les qualifications requises pour chaque service offert ; et les gestes nécessaires et indispensables à l'offre des services de qualité par les prestataires. Les risques retenus étaient l'hypertension gestationnelle, la pré-éclampsie, l'éclampsie, l'anémie, le bassin rétréci et les grossesses avec un âge inférieur à 18 ans et supérieur à 35 ans.

### **Caractéristiques sociodémographiques**

Nous relevons une moyenne d'âge de 28,7 ans avec des extrêmes de 13 et 44ans. Ce résultat est proche de ceux d'autres études. El Mhamdi S et al [El Mhamdi S, 2010] en 2009 en Tunisie ont trouvé une moyenne d'âge de 29,3 ans avec des extrêmes allant de 19 à 42 ans ; Saizonou J. et al [Saizonou J, 2006] au Benin, en 2006 ont trouvé une moyenne d'âge de 26,7 ans avec des extrêmes de 20 à 34 ans.

L'âge est un déterminant dans l'apparition des complications pendant la grossesse et l'accouchement.

Il ressort de notre étude qu'un peu moins de la moitié (47,06%) des femmes était non scolarisées. Ce résultat est inférieur à celui de El Mhamdi S et al [El Mhamdi S, 2010] qui en 2009 en Tunisie ont trouvé que 50% des femmes n'étaient pas scolarisées ; il est proche de celui de Saizonou J et al [Saizonou J, 2006] en 2006 au Benin où 46 % n'avaient pas été scolarisées. Il est supérieur à ceux de Baldé IS et al [Baldé IS, 2016] qui ont trouvé que 41,1% des femmes étaient non scolarisées en 2012 à Conakry.

Le niveau d'instruction est un facteur important de la santé. Plus le niveau d'éducation est élevé, plus le niveau de santé est censé être bon.

Nous avons relevé que plus de la moitié des femmes étaient ménagères (63,53%). Ce résultat est inférieur à celui trouvé par Fanny M et al [Fanny M, 2010] en 2010 en Côte d'Ivoire. Il est supérieur à ceux trouvés en 2009 en Tunisie par El Mhamdi S et al [El Mhamdi S, 2010] qui ont trouvé que 50% des femmes étaient aux foyers ; de Mayi-Tsonga S et al [Mayi-Tsonga S, 2007] qui en 2006 avaient trouvé que 44% des femmes étaient des ménagères au Gabon.

Une femme astreinte au ménage a très peu d'autonomie par rapport à la prise de décision la concernant.

Il apparait dans notre étude que plus de la moitié (53,00%) des femmes étaient des multipares. Ce résultat est supérieur à ceux de El Mhamdi S et al [El Mhamdi S, 2010] et de Cissé CT et al [Cissé CT, 2003] qui ont respectivement trouvé 10% et 9% en 2009 en Tunisie et en 2003 au Sénégal.

La parité est un marqueur de risque pour les nullipares et les grandes multipares.

### **Accessibilité et ressources**

Dans notre étude nous avons constaté que le coût des soins est acceptable. Ces résultats sont différents à ceux évoqués par Saizonou J et al [Saizonou J, 2014] qui ont relevé en 2014 au Benin que le coût des prestations était jugé élevé. Ils sont proches de ceux de Beninguisse G et al [Beninguisse G, 2004] qui ont trouvé que les coûts en distance et temps sont élevés en Afrique en 2004.

Tout comme d'autres dimensions, les coûts afférents aux soins, la distance et les us et coutumes peuvent avoir un impact sur l'accès et l'utilisation de soins et services et en définitive sur la qualité de la prise en charge.

Le résultat sur les infrastructures est proche de celui trouvé en 2014 au Bénin par Saisonou J et al [Saisonou J, 2014] et de celui trouvé par Guie YP et al [Guie YP, 2016] en 2016 en Côte d'Ivoire.

Le personnel permanent est en nombre insuffisant, mais il a bénéficié d'une dissémination des documents de Politique, Normes et Procédures en santé de la reproduction et d'une formation. Ce résultat est similaire à celui de Saisonou J et al [Saisonou J, 2014] en 2014 au Bénin sauf sur le plan de l'effectif qu'ils ont trouvé répondant aux normes. Il est semblable à ceux de Guie YP et al. [Guie YP, 2016] Beltman JJ et al [Beltman JJ, 2013] sur le plan effectif en Côte d'Ivoire en 2016 et au Malawi en 2013.

L'insuffisance de personnel de santé, notamment le personnel qualifié, est l'un des obstacles primordiaux pour l'offre des soins et services de santé de qualité, surtout dans les pays en développement.

En termes de matériel, 85% des équipements indispensables étaient disponibles mais l'appareil à tension et les speculums indispensables au dépistage de certains risques chez une femme enceinte n'étaient pas disponibles. D'autres auteurs, Beltman JJ et al [Beltman JJ, 2013], Saisonou J et al. [Saisonou J, 2014] et Guie YP et al. [Guie YP, 2016] ont relevé le même constat au Malawi en 2013, au Bénin en 2014 et en Côte d'Ivoire en 2016.

L'insuffisance et la non fonctionnalité du matériel nécessaire pour la production des soins et services constituent un manquement qui entache leur qualité.

S'agissant des médicaments, on note la disponibilité de 73% des médicaments d'usage courant. Les supports de gestion étaient aussi disponibles mais leur remplissage n'était pas effectif. Les auteurs comme Muganyizi P et al [Muganyizi P, 2017] et Guie YP ont relevé un constat similaire en Tanzanie en 2017 et en Côte d'Ivoire 2016. Par contre en 2014 au Bénin, Saisonou J et al [Saisonou J, 2014] ont trouvé que les médicaments nécessaires étaient disponibles durant les 30 jours d'observation.

La disponibilité permanente des intrants et leur suivi régulier contribuent fortement à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des femmes enceintes.

#### Application des procédures et organisation des soins et services

Les soins donnés n'étaient pas toujours conformes aux normes. Ce résultat est comparable à ceux que El Mhamdi S et al [El Mhamdi S, 2010] et Saisonou J et al [Saisonou J, 2014] en 2009 en Tunisie et en 2014 au Bénin.

Quant à la relation interpersonnelle, elle a été jugée bonne mais quelque fois la courtoisie et l'écoute ont fait défaut ce qui peut affecter la relation entre soignant et patiente. Ce résultat est proche de ceux de Tiembré I et al [Issaka T, 2010] en Côte d'Ivoire en 2010, de Saisonou J et al [Saisonou J, 2006] au Bénin en 2006 et de Yannick J et al [Yannick J, 2003] en Afrique de l'Ouest en 2003.

La qualité de la relation entre soignant et patiente est déterminante dans la prise en charge du risque. Elle peut impacter le retour au centre et l'observance thérapeutique.

Pour l'innocuité des soins et services, le port de la blouse a été effectif durant toute la période d'observation. L'eau de décontamination n'était pas disponible puis qu'il n'y avait pas de matériel à usage multiple. Le lavage des mains et l'usage des gants n'étaient pas systématiques et quelque fois le même gant était utilisé pour examiner plusieurs femmes. Ce constat est de nature à affecter l'hygiène et à exposer les patientes aux infections. Ce résultat est proche de ceux de Tiembré I et al [Issaka T, 2010] en Côte d'Ivoire en 2010 et de Saïdani M [Saïdani M, 2010] en Tunisie en 2010. Tiembré I et al ont rapporté que le port de gant était systématique et Saïdani M et al ont relevé que le lavage des mains était fait après tout contact présumé contaminant pour le personnel lui-même.

### **Continuité des soins et services**

La continuité des soins et services a été jugée bonne. Ce résultat est comparable à celui de Henri L [Henri L, 2014] en 2014 en France, du MRSI [MRSI, 2010] 2010 au Burkina Faso et de Fatou T [Fatou T, 2015] en 2015 au Sénégal, mais les deux derniers ont relativisé leurs résultats. MRSI a trouvé que son résultat se justifiait par la prise en compte du secteur privé mais que la ressource humaine n'est pas toujours disponible à certaines heures de la journée pour offrir ces services. Quant à Fatou T [Fatou T, 2015], elle a trouvé que les populations étaient en contact avec les services de santé mais que les taux de couverture effective restaient très faibles.

La disponibilité et la continuité des soins et services ont une relation intime avec l'amélioration de la qualité des soins. En outre, elle peut avoir un impact sur la satisfaction des patientes.

### **Satisfaction des femmes et issue de la grossesse**

La majorité des femmes, bénéficiaires de soins et services a déclaré être satisfaite de la disponibilité des soins, de l'offre des soins et de l'accueil. Un peu plus de la moitié a été satisfaite du temps d'attente et du coût des soins. Ces résultats sont proches de ceux de Saizonou J et al [Saizonou J, 2006] au Bénin en 2006 et Richard F et al [Richard F, 2008] dans les pays à faible revenu en 2008, qui ont trouvé que la majorité des patientes était satisfaite de l'offre des soins. Ils sont différents de ceux de Mburano R [Mburano R, 2007] au Cameroun 2007 et de Vroh JBB et al [Vroh JBB, 2015] en Côte d'Ivoire en 2015, qui ont trouvé que les femmes n'étaient satisfaites ni de la disponibilité des soins, ni du temps et ni des soins offerts.

Les résultats sur l'issue de la grossesse sont un peu différents de ceux de Tchaou BA et al [Tchaou BA, 2015] et Rakotomalala Z et al [Rakotomalala Z, 2016]. Tchaou BA et al avaient trouvé en 2013 au Bénin 32,1% de dystocies, 0,4% de décès maternel et 9,2% de décès fœtal. En 2010 au Madagascar Rakotomalala Z et al ont trouvé, 7,04% de dystocie, 3,03% de décès maternel et 10,14% de décès fœtal.

## **CONCLUSION**

Au regard des constats, l'on peut conclure que le niveau de la qualité des soins et services est acceptable. Pour une meilleure performance, nous recommandons une amélioration de la dotation du centre en personnel qualifié, en équipement, médicaments et consommables. Un accent particulier doit être mis sur l'accueil et la sensibilisation des patientes, la supervision des prestataires surtout en interne et l'application des protocoles et algorithmes des soins.

## RÉFÉRENCES

1. Anselem O (2012) Les grossesses à risque ; Les entretiens de Bichat ; Paris ; p 177-179.
2. Baldé IS, Diallo FB, Diallo MH et al. (2016) : Évaluation de la qualité de la dernière consultation prénatale dans une maternité périphérique à Conakry, Guinée. *Revue de médecine périnatale* ; 8(1) : 39-45.
3. Beltman JJ, Akker TV, Bwirire D et al. (2013) Perceptions des agents de santé locaux concernant les soins de qualité inférieure dans la prise en charge de l'hémorragie obstétricale dans les zones rurales du Malawi[en ligne] *BMC Pregnancy and Childbirth* ; 13 : 39 [Consulté le 15 juillet 2018] disponible sur <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-39>.
4. Beninguisse G, Béatrice N, Fournier P et Slim H (2004) L'accessibilité culturelle : une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique. *Etude de la population africaine Supplément B.* ; 19 : 244-266.
5. Cissé CT, Faye Dieme ME, Ngabo D et al. (2003) Indications thérapeutiques et de l'éclampsie au CHU de Dakar. *J Gynecol Obstet reprod* ; 239-245.
6. El Mhamdi S, Soltani MS, Haddad A, Letaief M et Ben Salem K (2010) Les nouveaux critères et la qualité des services de soins de santé dans le gouvernorat de Monastir (Tunisie) *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale* ; 16(1) : 107-112.
7. Fanny M, Horo A, Koffi A, Adjoussou S et Kone M (2010) Aspects épidémiologiques et cliniques de l'éclampsie à Abidjan, Côte d'Ivoire. A propos de 217 cas colligés à la maternité du CHU de Yopougon. *Annales de la SOGGO* ; 5(14) 12-17.
8. Fatou T (2015) L'accès aux soins de santé au Sénégal : étude descriptive et exploratrice [Mémoire : master en méd]. *Geneeskunde : Universiteit Gent. Faculteit Geneeskunde*.
9. Guie YP, Cisse L, Saki-Nekouressi G et al. (2016) Qualité des soins en SMNI. Méthodologie de l'évaluation et mise en pratique en Afrique de l'Ouest. À propos de l'expérience de la Côte d'Ivoire. *Médecine et Santé Tropicales* ; 26 (4) : 357-362.
10. Henri L (2014) Mesure de la continuité longitudinale dans le champ des soins primaires dans le contexte français Présentée et soutenue publiquement [Thèse : de Doctorat en Santé Publique]. Paris : Université Paris Sud - Paris XI.
11. Issaka T, Joseph BBV, Odile AT et al. (2010) Évaluation de la qualité des consultations prénatales dans le district sanitaire de grand bassam (Côte d'Ivoire) *Santé Publique* ; 22(2) : 221-228.
12. Mayi-Tsonga S, Meye J, Tagne A et al. (2007) Audit de la morbidité obstétricale grave (near miss) au Gabon. *Cahiers Santé* ; 17(2) : 111-115.
13. Mburano R (2007) La Qualité des Soins Périnataux selon la Perspective des Clientes au Cameroun. (Districts de santé de Nkongsamba, Bafang et Mfou). *Etude de la population Africaine* ; 22(2) : 23-44.
14. MRSI, UNFPA, UNICEF, OMS (2010) Evaluation des Besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence, couplée à la cartographie de l'offre de soins en Santé de la Reproduction au Burkina Faso ; Rapport Décembre.
15. Muganyizi P, Maswanya E, Kilima S et al. (2017) Corrélation de la densité des établissements de soins obstétricaux avec les indicateurs standards des soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Tanzanie continentale. *Journal of Gynecology and Obstetrics* ; 5(5) : 60-68.
16. Organisation Mondiale de la Santé (2004) Guide : Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement Genève.
17. Organisation mondiale de la Santé (2004) Au-delà des Nombres Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse, Genève
18. Organisation Mondiale de la Santé (2013) Thème santé <sup>2</sup>Grossesse<sup>2</sup> [en ligne]. [Consulté le 28 mars 2013] ; 1p. Disponible sur <http://www.who.int/topics/pregnancy/fr/>.
19. Rakotomalala Z, Randriambololona DMA, Andriampanarivo HM et al. (2016) Facteurs de mauvais pronostic en cas de pré-éclampsie à Madagascar. *Médecine et Santé Tropicales* ; 26 (1) : 78-82.

20. Richard F, Witter S et Brouwere V (2008) Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faibles ressources. *Studies in Health Services Organisation & Policy* ; 25 : 14-24.
21. Saïdani M (2010) Evaluation de l'hygiène des mains par auto-questionnaire chez le personnel de santé de l'hôpital Charles Nicolle de Tunis *La Tunisie Médicale* ; 88 (10) : 731 - 736.
22. Saizonou J, Damienne VA, Badirou A et al. (2014) Evaluation de la qualité des services de consultation prénatale recentrée à l'hôpital de district de Suruléré au Bénin. *Santé Publique* ; 26(2) : 249-257.
23. Saizonou J, Godin I, Ouendo EM, Zerbo R et Dujardin B (2006) La qualité de prise en charge des urgences obstétricales dans les maternités de référence au Bénin. Le point de vue des «Echappées Belles» et leurs attentes. *Trop. Med. And Int. Health* ; 11(5) 672-680.
24. Tchaou BA, Hounkponou NFM, Salifou K, Zoumenou E et Chobli M (2015) Les urgences obstétricales à l'hôpital universitaire de Parakou au Bénin : aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs. *European Scientific Journal March* ; 11(9) : 260-272.
25. Vroh JBB, Tiembre I, Ahoussou EM et al. (2015) Effet de la réorganisation des services sur les consultations prénatales à l'hôpital général de Marcory, Côte d'Ivoire. *Santé Publique* 2015 ; 27(5) : 713-721.
26. Yannick J et Olivier JP (2003) : Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest ; *Cahiers d'études africaines* ; Paris, APAD, Karthala (« Hommes et sociétés »), 449 p.