

**MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO**

**FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE**

Année : 2012 - 2013

N°

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA CONSULTATION
PRENATALE AU CENTRE DE SANTE
COMMUNAUTAIRE DE BAMAKO-COURA ET BAMAKO-COURA
BOLIBANA EN COMMUNE III DU DISTRICT DE BAMAKO**

THESE

***Présentée et soutenue publiquement le 15 /06 / 2013
devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie***

Par

Monsieur Mamadou Fara DIALLO

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

Jury :

| | |
|-----------------------------|--|
| Président : | Professeur Sékou Fantamadi TRAORE |
| Membre : | Docteur Seydou DIARRA |
| Co-Directeur : | Docteur Djimé DEMBELE |
| Directeur de Thèse : | Professeur Amadou DIALLO |

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie ce travail

- D'abord à DIEU le Tout Puissant et Miséricordieux de m'avoir donné l'énergie nécessaire pour franchir les différentes étapes de mes études jusqu'à ce jour. Je Le prie de me guider toujours dans le droit chemin pour mes futurs projets.

- A mon père Baguele DIALLO

Tu nous as appris depuis le bas âge que seul le travail paye et libère l'homme.

Ce travail est l'aboutissement d'un projet auquel tu tenais beaucoup, j'espère que ce travail t'apportera un peu de joie.

- A mes mamans Salimata DIALLO, Ami DIAKITE et Fanta TRAORE

Très croyantes , loyales , dynamiques , généreuses et sociales , vos conseils, vos encouragements ne m'ont jamais fait défaut .Vous avez toujours su donner vos soins à vos enfants et aux enfants d'autrui sans aucune distinction. Vous avez été beaucoup dans la réalisation de ce travail. Merci encore une fois de plus. Que le bon DIEU vous accorde encore longue vie ; car j'aurai toujours besoin de vous pour guider mes pas et ma pensée.

- A mes frères et sœurs DIALLO : Lala, Yacouba, Mariam, Nana, Dramane :

pour les efforts que vous avez toujours consentis pour l'équilibre de la famille et la poursuite de mes études jusqu'à ce jour.

Tous mes remerciements et encouragements à vous tous. Que le bon DIEU vous récompense.

- Aux grands parents Amadou DIALLO et Pinda LY :

On dit plus généralement qu'un coup de piston vaut mieux que cent ans d'étude. Merci de votre aide et soutien

- A la future mère de mon enfant Assitan TRAORE dite Mama

Les mots me manquent pour te qualifier. Je te demanderai tout simplement d'être patiente, et courageuse, je prie le bon DIEU qui nous a guidé l'un vers l'autre, d'éclairer le chemin que nous avons choisi de parcourir ensemble

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

- A mon oncle Salif DIALLO et famille
- A la famille Feu Satigui DIAKITE à Kati
- A la famille Issa DEMBELE à Sotuba,
- A la famille Abdoulaye CISSE à Kalaban-coro
- A Monsieur Amadou MAKALOU et famille
- Au groupe BADOIT à Dravéla-Bolibana
- A la famille DIAWARA à Dravéla-Bolibana
- A la famille SOUMARE à Dravéla
- A mes amis d'enfance et mes camarades de l'école fondamentale de Dravéla et du lycée Askia Mohamed et du lycée du Progrès : Amidou, Daou, Modibo, Lassina, Solo CISSE, Bouba CISSE,
- Ladjji Morike, Lanséni, Sidi ZOUBOYE

Je ne pourrai jamais assez vous remercier de votre accueil. Vous m'avez accepté au sein de votre famille sans aucune différence. Aujourd'hui je suis fier de vous.

A mes "potes" du grin jardin de Dravéla : Augustin, Chato, Diawara Flo, Figo, Gauche, Lege, Papou, Papis, Primpin Diabate, Sékou, Maraka, Morai, Mme Keïta Madeni, Bakaridjan, Kaine, Laye Gauche, Chaka, Wata, Batafa, Zou.

A feu Mamdou SOUMOUNOU et feu Barahima dit Bâ qui nous ont quitté prématurément que leurs âmes reposent en paix.

Je vous dis infiniment merci de m'avoir supporté et assisté pendant ces moments inoubliables de ma vie

A mes anciens camarades de chambre, les docteurs :

- Adama Z DIALLO
- Amala
- Issa BERTHE
- Elazar
- Mamadou BOITE

- Dramane HAIDARA
- Abou DJIRE

et aux internes : Mamadou KASSA, Dramane, Lakala, Samba

Vous avez été plus que des amis pour moi, mais des frères. Merci de vos conseils, écoutes et soutiens et de m'avoir supporté pendant ces moments que nous avons vécus ensemble dans la joie et le respect.

A mes aînés des services des : Hôpitaux du Point « G », et de Gabriel TOURE, du Centre Médical « KARAHIMBE », , les docteurs :

- MALLE Ladjji
- KEITA Soumaïla
- CAMARA Daouda
- DIAMOUTENE Kolo

Merci de vos conseils et votre bonne collaboration

A mon chef de service, et encadreur le Docteur Djimé DEMBELE

Pour vos conseils, la qualité de l'encadrement que j'ai bénéficié de vous. J'ai été pour vous plus qu'un élève, mais un fils. QU'Allah le Tout Puissant vous offre toutes les opportunités de réussite tant sur le plan de la carrière universitaire que civile ; qu'Il vous accorde longue vie.

A tout le personnel du CSCOM de Bamako-Coura et Bolibana

-Pour vos conseils et votre bonne collaboration pendant le temps que nous avons eu à passer ensemble ;

-d'avoir accepté et faciliter le déroulement de mon enquête dans la joie, respect et la tendresse. Je vous dis infiniment merci.

- A toutes les femmes gestantes de mon échantillon, d'avoir accepté votre enrôlement dans notre protocole d'étude et de répondre aux multiples questions que je leur ai adressées, dans le respect et la bonne collaboration,

- A toutes les femmes enceintes du Mali et du monde entier, que DIEU les protège et fasse qu'elles accouchent en bonne santé avec des bébés en bonne santé,
- A toutes les mères, singulièrement celles qui ont perdu la vie en donnant la vie,
- A toutes les femmes qui ont perdu leur produit de conception en voulant donner la vie,
- A toutes les femmes victimes des difficultés de la grossesse et de l'accouchement,
- Aux orphelins dont les mères ont succombé en leur donnant la vie.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

REMERCIEMENT PARTICULIER

✓ Au Professeur Amadou DIALLO

Vos qualités humaines, votre amour du travail bien fait et votre souci constant de la bonne formation des internes font de vous un exemple à suivre.

Votre contribution morale et pratique a été indispensable pour la réalisation de ce travail.

Cher maitre, vous m'avez accepté sans aucune différence et considération.

Trouvez ici toute ma reconnaissance et ma satisfaction.

✓ A notre Maitre et président du jury

- Professeur Sékou Fantamadi TRAORE :
- Co-directeur du MRTC
- Professeur titulaire de biologie cellulaire à la FMOS.

Cher Maître

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse. Votre spontanéité et votre ardeur au travail font de vous un exemple pour la jeune génération d'apprenants que nous sommes.

Vos remarques et vos suggestions ont contribué à l'amélioration de ce travail.

Permettez-nous, cher maitre, de vous réitérer notre profond respect

✓ A notre Maitre et juge

- Docteur Seydou DIARRA

Candidat ph-D en anthropologie médicale et de la santé à l'Université de Paris VIII, France.

- Assistant en anthropologie médicale à la FMOS.
- Chercheur sur la politique et le système de santé au MALI.

- Chargé de cours d'Anthropologie Médicale à la Faculté des Sciences Humaines et Sciences Sociales, de l'Université des Lettres, des Sciences Humaines et de Sciences de l'Education de Bamako.

Cher Maître,

Vous nous avez marqué par votre abord facile et par votre gentillesse ; vous dégagez la joie de vivre, vous avez accepté de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations. Veuillez accepter cher Maître nos sincères remerciements.

A Notre Maître et Co-directeur de Thèse :

Docteur DEMBELE Djimé.

Cher Maître, votre cordialité et votre gentillesse nous ont touché tout le long de ce travail.

Votre abnégation au travail et votre bonne humeur naturelle font de vous un Etre admiré de tous.

Vos conseils ont guidé ce travail

Je vous dis infiniment merci de m'avoir encadré et de m'avoir supporté .

SOMMAIRE

| | |
|-----------------------------|----|
| I- INTRODUCTION ----- | 1 |
| II- OBJECTIFS ----- | 5 |
| III- GENERALITES ----- | 6 |
| IV- METHODOLOGIE ----- | 12 |
| V- RESULTATS ----- | 25 |
| VI- COMMENTAIRES ----- | 57 |
| VII- CONCLUSION ----- | 67 |
| VIII- RECOMMANDATIONS ----- | 69 |
| IX- REFERENCES ----- | 71 |
| X- ANNEXES : ----- | |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|--|----|
| Tableau 1: Répartition des locaux en fonction du nombre et leur état. | 19 |
| Tableau 2 : inventaires des équipements nombre et qualité..... | 20 |
| Tableau 3 : répartition du personnel en fonction du nombre et de la qualification | 21 |
| Tableau 4 : Répartition en fonction du Système de tarification en place dans le CSCOM année 2012..... | 29 |
| Tableau 5 : Niveau de qualité des structures..... | 30 |
| Tableau 6 : Répartition des gestantes en fonction de la profession. | 32 |
| Tableau 7 : Répartition des gestante en fonction de la statue matrimoniale. .. | 32 |
| Tableau 8 : Répartition des gestantes en fonction du niveau d’instruction. | 32 |
| Tableau 9 : Répartition des gestantes en fonction du nombre de CPN.... | 33 |
| Tableau 10 : Répartition des gestantes en fonction des circonstances d’accueil. | 34 |
| Tableau 11 : Répartition des gestantes selon le respect de l’intimité..... | 35 |
| Tableau 12 : Répartition des gestantes en fonction de la possession et qualité du carnet prénatal..... | 36 |
| Tableau 13 : Répartition des gestantes en fonction du recueil des variables de l’identification. | 36 |
| Tableau 14 : Répartition des gestantes en fonction du recueil des ATCD Obstétricaux..... | 37 |
| Tableau 15 : Répartition des gestantes en fonction des antécédents Médicaux. | 37 |

| | |
|---|----|
| Tableau 16 : Répartition des gestantes en fonction du recueil des variables concernant le déroulement de la grossesse. | 38 |
| Tableau 17 : Répartition des gestantes en fonction du recueil des variables de l'examen général et obstétrical. | 39 |
| Tableau 18 : Répartition des gestantes en fonction de la réalisation des gestes liés à l'hygiène de la CPN. | 40 |
| Tableau 19 : Répartition des gestantes selon les conseils donnés à l'issue de l'examen obstétrical. | 40 |
| Tableau 20 : Répartition des gestantes en fonction de la réalisation des variables relatives à l'autonomisation de la CPN. | 41 |
| Tableau 21 : analyse discriminatoire de la qualité de l'interaction gestante soignant. | 41 |
| Tableau 22 : Répartition des gestantes en fonction des moyens de transports utilisés pour venir. | 41 |
| Tableau 23 : Répartition des gestantes en fonction des critères évoqués pour le choix. | 42 |
| Tableau 24 : Répartition des gestantes en fonction de leur opinion sur l'organisation de la CPN et les commodités pratiques. | 42 |
| Tableau 25 : Répartition des gestantes en fonction de la fréquentation antérieure. | 42 |
| Tableau 26 : Demande des examens complémentaires. | 43 |
| Tableau 27 : Répartition des gestantes en fonction de leur opinion sur l'état des locaux et la qualité des prestations. | 44 |
| Tableau 28 : Répartition des gestantes en fonction du type des médicaments prescrits. | 44 |

| | |
|--|----|
| Tableau 29 : Répartition des gestantes en fonction de leur classification dans un groupe à risque. | 45 |
| Tableau 30: Différents facteurs de risque rencontrés. | 45 |
| Tableau 31 : distribution de fréquence au niveau de qualité de l'interaction gestante soignant..... | 45 |
| Tableau 32 : niveau de qualité du CSCO sur le plan de qualité du "respect physique psychique des gestantes" ; "du respect de l'intimité" et du "respect de la confidentialité de l'examen" des gestantes. | 46 |
| Tableau 33 : Analyse discriminatoire de la qualité de la « qualification du personnel de CSCOM au cours des visites prénatales »..... | 46 |
| Tableau 34 : niveau de qualité de l'examen physique des consultations prénatales au CSCOM sur le plan de la qualification du personnel..... | 46 |

LISTE DES ABREVIATIONS

| | |
|----------------|--|
| A.M. | : Assistance Médicale. |
| A.M.A. | : Assistance Médicale Africaine. |
| ASLO | : Anti Strepto Lysine O |
| ATCD | : Antécédent |
| ATR | : Accoucheuse Traditionnelle Recyclée |
| BCF | : Bruit du Cœur Fœtal |
| BW | : Bordet – Wassermann |
| CPN | : Consultation prénatale |
| CSCOM | : Centre de Santé Communautaire |
| Cp | : Comprimé |
| CSRef | : Centre de Santé de Référence |
| DAT | : Département Anti Tuberculeux |
| DCI | : Dénomination Commune Internationale |
| DV | : Dépôt de Vente |
| ECBU | : Examen Cyto Bactériologique des Urines |
| GEU | : Grossesse extra-utérine |
| Hbts | : Habitants |
| HCG | : human chorionic gonadotropin |
| HIV | : virus de l'immunodéficience humaine |
| HTA | : Hypertension Artérielle |
| HU | : Hauteur Utérine |
| IEC | : Information Education Communication |
| LA | : Liquide Amniotique |
| LCC | : Longueur Crânio-Caudale |
| MII | : Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide |
| OMS | : Organisation Mondiale de la Santé |
| PEV | : Programme Elargi de Vaccination |
| PF | : Planification Familiale |
| PMA | : Paquet Minimum d'Activité |
| PTME | : Prévention de la Transmission Mère Enfant (VIH/SIDA) |
| SA | : Semaine d'Aménorrhée |
| SDSES | : Service de Développement Social et de l'Economie Solidaire |
| SIDA | : Syndrome immunodéficient Acquis |
| SOTELMA | : Société des Télécommunications du Mali |
| VAT | : Vaccin Antitétanique |

INTRODUCTION

INTRODUCTION :

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

Rivière (1959) déclarait : « La grossesse et l'accouchement ont, depuis l'origine des temps, fait courir à la femme un risque mortel » [2].

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

- Dans le monde au moins 1.600 femmes environ succombent chaque jour suite à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement, soit un décès par minute ; ce qui représente 585.000 décès maternels par an [3]. Un quart des femmes souffriront toute leur vie de lésions douloureuses, dégradantes et humiliantes suites à des accouchements (fistules vesico-vaginales).
- En Afrique de l'Ouest, une étude effectuée en 1997 dans certaines capitales et villes (Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint Louis et Kaolack), a montré que plus de 80% des femmes comptaient faire la C.P.N et que celle-là était assurée à 94% par des sages-femmes. Exemple Bamako (Mali) : 86,5% par les sages-femmes ; 2,8% par les infirmières obstétriciennes et 1,6% par les médecins [4].
- En 2001 une étude faite par Konaté [5] sur la qualité des CPN au centre de santé de référence de la Commune II a révélé que les CPN souffraient de certaines insuffisances comme l'absence de préparation à l'accouchement et à l'allaitement, la faible qualité des dimensions

humaines et des gestes techniques, l'absence d'un centre d'accueil et d'orientation, le faible niveau de la qualité de la continuité des soins et l'autonomisation de la gestante et un faible équipement de l'unité de la CPN [5].

- Pour réduire les taux élevés de mortalité maternelle et néonatale, l'Etat Malien dans la mise en œuvre de sa politique sectorielle de santé a opté entre autre :
 - La promotion de la contraception.
 - Le programme de périnatalité (prise en charge de la mère et de l'enfant) où l'accent a été mis sur l'organisation de la référence et de la contre référence.
 - La disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels au prix le plus bas possible.
 - La lutte contre la pauvreté et l'exclusion ; le développement et la participation communautaire dans la gestion du système de santé.

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

En février 1998 on comptait déjà trois cent quarante-sept (347) CSCOM opérationnels au Mali et en Décembre 2012 mille soixante-dix-huit (1078) CSCOM opérationnels.

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

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

- Taux de mortalité maternelle : 464 pour 100.000 naissances vivantes selon EDSIV (2005)
- Taux de mortalité néonatale : 71,57 pour 1000,
- Taux de mortalité infantile 133,76 pour 1000,
- Taux de mortalité périnatale : 55,76 pour 1000
- Taux de mortalité juvénile : 131,86 pour 1000,

- Taux de mortalité infanto-juvénile : 242,23 pour 1000.

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

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

OBJECTIFS

II- OBJECTIFS :

1°) Objectif Général :

Etudier la qualité de la consultation prénatale au CSCOM de Bamako-Coura et Bolibana.

2°) Objectifs spécifiques :

- décrire les infrastructures et le personnel en place,
- déterminer le niveau actuel de la qualité des prestations des soins prénataux dans le CSCOM de Bamako-Coura et Bolibana,
- rapporter la perception des utilisatrices sur les actes posés dans le CSCOM de Bamako-Coura et Bolibana,

GENERALITES

III- GENERALITES :

3.1 Historique de la consultation prénatale :

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

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

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

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

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

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

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

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

- ✓ la faible couverture sanitaire ;
- ✓ l'insuffisance notoire des ressources allouées à la santé ;

- ✓ l'insuffisance des soins prénataux ;
- ✓ le faible niveau économique des populations ;
- ✓ le manque de personnel qualifié ou sa mauvaise répartition ;
- ✓ les références ou évacuations tardives.

En effet au Mali seulement 16% des accouchements sont assistés par le

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

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

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

En Suède : 7 pour 100.000 naissances vivantes entre 1976 et 1980 contre 300 pour 100.000 naissances vivantes en 1930 [10].

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

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

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

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

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

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

Interventions chirurgicales :

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

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

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

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

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

3.2 Définition Opératoires:

➤ La qualité des soins :

La qualité des soins techniques consiste à appliquer des sciences et des technologies médicales de manière à arriver au maximum des bénéfices pour la santé sans pour autant augmenter de risque.

Le niveau de qualité est alors la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable de risque et bénéfice « (DONABEDIAN) » [13].

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

➤ L'évaluation :

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

➤ Surveillance prénatale ou consultation prénatale (CPN) :

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

- Vérifier le bon déroulement de la grossesse et dépister tous les facteurs de risque antérieurs ou contemporains
- Traiter ou orienter la femme dans les cas échéant vers une surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison d'un des facteurs précédents.

- Etablir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions d'accouchement et s'il faut le transfert dans un centre équipé pour faire face à d'éventuelles complications.

- Les normes :

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

- Les procédures :

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

- La mortalité maternelle :

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

- Taux de mortalité maternelle :

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

- La grossesse :

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

- Facteurs de risque :

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

- Grossesse à risque :

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

➤ La maternité sans risque :

C'est de créer des conditions dans lesquelles une femme peut choisir d'avoir un enfant et si elle le fait, est assurée de recevoir des soins pour la prévention et le traitement des complications de la grossesse, d'avoir accès à l'assistance d'un personnel qualifié à l'accouchement, à des soins obstétricaux d'urgence en cas de besoins et à des soins après la naissance de manière à éviter les risques de décès ou d'incapacités liés aux complications de la grossesse et de l'accouchement [14]. Cette définition coïncide avec celle de l'OMS à la conférence de l'ONU sur les femmes (1995) et d'autres institutions et conventions. Elle rappelle que toutes les femmes doivent pouvoir choisir d'avoir des enfants et que celles qui font ce choix doivent être assurées de bénéficier d'une surveillance prénatale de qualité d'une assistance qualifiée à la naissance et pendant la période du post natal et d'éviter les risques de décès ou d'incapacités liés à la grossesse.

➤ L'aire de santé ou secteur sanitaire :

Elle représente une zone géographique desservie par une structure sanitaire.

➤ La carte sanitaire :

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

✓ Le paquet minimum d'activité (PMA) :

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

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

➤ L'évacuation :

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

➤ Référence :

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

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

- Primigeste = une grossesse
- Paucigeste = deux, trois, grossesses
- Multigeste = quatre, cinq grossesses
- Grande Multigeste = six grossesses et plus.
- Carnet inexploitable = Fiche individuelle, carnet mal tenu.
- Carnet exploitable = Carnet de consultation prénatale (Carnet de santé de la mère) bien tenu

METHODOLOGIE

IV- METHODOLOGIE :

4.1 Cadre d'étude :

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

4.1.1 Présentation géographique de la commune III

La Commune III est créée par l'ordonnance N°78-32-CMLN du 18 Août 1978. Elle couvre une superficie environ 23 km² soit 7% de la superficie de Bamako. Elle est Peuplée de 119287 Habitants répartis entre 20 quartiers.

- Ouolofobougou
- Ouolofobougou-Bolibana,
- Dravela,
- Dravela-Bolibana,
- Badian I,
- Badialan II,
- Badialan III,
- Bamako-coura,
- Bamako-coura Bolibana,
- N'tomikorobougou,
- Darsalam,
- Sogonafing,
- Samè,
- Sirakoro-Dounfing
- Koulouniko,
- Koulouba ;
- Point-G,

- Kodalabougou,
- Centre Commercial,
- Niomiranbougou,

Elle est limitée :

- au nord par le Cercle de Kati
- au l'est par le Boulevard lequel qui la sépare de la commune II
- au sud-ouest par le fleuve Niger.

4.1.2 Présentation géographique de Bamako-coura et Bolibana :

✓ Bamako-coura :

Crée en 1935 et se situait dans l'emplacement occupé actuellement par l'agence BDM Dramane SIDIBE, le Ministère de l'Agriculture, l'IER.

Le nom Bamako-coura s'expliquera par le fait que le quartier a changé de site « Nouveau Bamako ». L'un des premiers habitants du quartier est Mamadou KONATE ancien président de L'USRDA.

Il est limité :

- à l'est par Bozola,
- à l'ouest par Bamako-coura Bolibana,
- au sud par le quartier du fleuve,
- au nord par Ouolofobougou et Dravela.

✓ Bamako-coura Bolibana :

D'après les notables, le quartier était situé au bord du fleuve Niger.

Au temps colonial, dans le cadre de l'urbanisation de la ville Bamako-coura et Bamako-coura Bolibana étaient au paravant le même quartier et partagent la même origine mais étaient séparés par la voie ferrée qui longeait le quartier jusqu'au bord du fleuve.

4.1.3 Historique du centre de santé communautaire de Bamako-coura :

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

✓ Organisation de la maternité du CSCOM de Bamako-coura et Bolibana:

La maternité est composée d'une :

- unité CPN (Consultations prénatales) ;
- unité de PF (Planning familial) et consultation ;
- unité PEV et consultation enfants sains, post-natale ;
- salle d'accouchement.

✓ L'Unité de consultation prénatale est constituée de :

- un hangar avec trois bancs servant d'accueil des gestantes ;
- une pèse personne ;
- deux salles ;
- une salle pour la consultation prénatale et un bureau séparé par un paravent et ses équipements dont :

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

- La deuxième pièce servant de salle de garde pour les sages-femmes, dans laquelle il y a aussi un classeur (dossier).

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

Il existe une salle contiguë à la salle d'accouchement servant de salle de repos pour les accouchées et une salle d'attente. L'Unité maternité est dirigée par une sage-femme.

Le CSCOM est dirigé par un médecin compétent dans la prise en charge des urgences gynéco obstétricales.

L'unité de maternité est composée de :

- une sage-femme,
- deux matrones,
- une infirmière obstétricienne.

L'Unité reçoit l'appui du centre de santé de référence de la Commune III en sagefemme remplaçable chaque 4 mois.

✓ La composition de l'équipe de garde :

La permanence est assurée par une équipe de garde composée, d'une sage-femme remplaçable par une autre ou une matrone ou une infirmière obstétricienne toutes les 24 heures. Un caissier de nuit s'occupe de la vente des médicaments pendant la garde.

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

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

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

Un agent du Centre est conventionnaire du fond PPTE (pays pauvres et très endettés). Le reste du personnel est sur fond propre du Centre

4.1.4 Situation socioculturelle de la Commune III :

Elle reste encore traditionnelle dans sa grande composante.

L'islam est la religion prédominante et le christianisme est la seconde religion pratiquée.

4.1.5 Education :

La commune abrite plusieurs établissements d'enseignement primaires, secondaire et d'enseignement supérieur dont l'annexe de la Faculté des Sciences Juridique et Politique et l'Ecole Normale Supérieure.

4.2 Les populations et structures étudiées :

4-2-1 L'étude des structures :

Tableau 1: Répartition des locaux en fonction du nombre et leur état.

| LOCAUX | NOMBRE | ETAT | | |
|-----------------------------------|--------|------|----------|---------|
| | | Bon | Passable | Mauvais |
| Salle d'accouchement | 1 | X | | |
| Salle d'attente | 1 | X | | |
| Salle de consultation prénatale | 1 | X | | |
| Salle de consultation médicale | 2 | X | | |
| Salle de pansement et d'injection | 1 | X | | |
| Magasin | 1 | | X | |
| Toilettes | 2 | X | | |
| Salle de laboratoire | 1 | X | | |
| Salle de dépôt de médicament | 1 | X | | |

Tableau 2 : inventaires des équipements nombre et qualité.

| EQUIPEMENT | NOMBRE | ETAT | | |
|---------------------------------------|--------|------|----------|---------|
| | | Bon | Passable | Mauvais |
| <u>Moyen de déplacement</u> | 0 | | | |
| <u>Mobilier non spécifique</u> | | | | |
| Lits | 11 | | X | |
| Berceaux | 0 | | | |
| Armoires | 2 | X | | |
| Tables pour bureaux | 3 | X | | |
| Bancs | 7 | X | | |
| Chaises | 8 | X | | |
| <u>Mobilier technique</u> | | | | |
| Table d'accouchement | 2 | | X | |
| Table d'examen médical | 2 | X | | |
| Table gynécologique | 0 | | | |
| Boîte d'instrument | 1 | X | | |
| Boîte de petite chirurgie | 1 | X | | |
| Boîte d'accouchement | 2 | | X | |
| Boîte de suture | 1 | X | | |
| Gaz réchaud | 1 | X | | |
| Réfrigérateur | 2 | X | | |
| Petit Equipement | | | | |
| Tensiomètre | 3 | X | | |
| Stéthoscope obstétrical | 1 | X | | |
| Toises adultes | 1 | X | | |
| Toises enfants | 0 | | | |
| Pèses personnes | 2 | X | | |
| Spéculum | 14 | X | | |
| Pèses bébé | 1 | X | | |
| Mètre ruban | 3 | | X | |
| Thermomètre | 2 | X | | |
| <u>Matériel Labo</u> | | | | |
| Microscope électronique | 1 | X | | |
| Colorant | 2 | X | | |
| Gros équipement | 0 | | | |
| Echographie | 0 | | | |
| Autres | 0 | | | |

Tableau 3 : répartition du personnel en fonction du nombre et de la qualification

| PESONNEL | NOMBRE | OBSERVATION |
|---|---------------|-------------------------------------|
| Médecin généraliste | 1 | Employé de comité de gestion ASCOM |
| Sage-femme | 1 | Fonds PPTE |
| Infirmière obstétricienne | 1 | Employé de comité de gestion ASCOM |
| Technicien de laboratoire | 1 | Employé de comité de gestion ASCOM |
| Matrone | 2 | Employé de comité de gestion ASCOM |
| Gérant du dépôt de médicaments | 1 | Employé de comité de gestion ASCOM |
| Aides-soignants | 4 | Employés de comité de gestion ASCOM |
| Caissier chargé des tickets de consultation | 1 | Employé de comité de gestion ASCOM |
| Gardien | 1 | Employé de comité de gestion ASCOM |
| Mancœuvre | 1 | Employé de comité de gestion ASCOM |
| TOTAL | 14 | |

4.2.2 Etude des procédures et résultats :

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

4.3. Période d'étude :

Elle s'est déroulée du Juillet 2012 à l'Octobre 2012 soit 4 mois

4.4. Type d'étude :

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

- L'étude des structures
- L'étude des procédures
- Leurs résultats.

4.5. Echantillonnage :

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

4.6 Critères d'inclusion :

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

4.7 Critères de non inclusion :

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

4.8 Critère de jugement :

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

4.9 Supports des données ou instrument de collecte :

La collecte des données a été réalisée sur :

- un questionnaire « Observation de la CPN »
- un questionnaire « Opinion des gestantes »

4.10 Technique de collecte :

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

4.10.1 Les variables étudiées :

Les variables étudiées sont :

4.10.2 Etude des structures :

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

4.10.3 Les variables relatives à la CPN :

La réalisation de la CPN exigeait des principes suivants :

- les caractéristiques de la gestante
- la qualification de la personne qui a pris en charge la gestante
- l'accueil
- la réalisation des gestes techniques d'examen clinique
- les soins préventifs
- la présence de facteur de risque
- les prescriptions
- les relations humaines
- les conseils donnés à la gestante
- les rendez-vous
- l'opinion de la gestante sur la qualité des prestations

4.10.4 Les variables relatives à l'opinion des gestantes :

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

4.11 L'organisation de l'enquête :

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

4.12 Plan d'analyse et de traitement des données :

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

4.13 Niveau de qualité de la structure :

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

4.13.1 Les normes architecturales :

- matériaux de construction : en dur (ciment) ;
- état du local ;
- système de protection contre la poussière (la clôture).

4.13.2 Plan d'organisation des services :

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

4.13.3 L'unité de consultation prénatale :

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

4.13.4- Une terrasse servant de la salle d'attente :

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

- ✓ salle d'injection
- ✓ salle de pansement.

4.13.6 Existence et la fonctionnalité du laboratoire

- équipement

Personnel formé :

- réactifs
- chaîne de froid

4.13.7 Le dépôt de médicaments :

- ✓ état du local en dur
- ✓ équipement
- ✓ mode d'approvisionnement : Respect du circuit d'approvisionnement du S.DA.M.E (schéma Directeur d'approvisionnement en médicaments essentiels)
- ✓ personnel formé en gestion

4.13.8- Etat des toilettes :

Deux toilettes modernes

- ✓ normes architecturales : en dur
- ✓ propriété : acceptable

4.13.9- Le système de gestion des déchets :

- existence des poubelles
- évacuation faite par les G.I.E
- présence d'incinérateur
- propreté des salles acceptable
- le nettoyage du centre se fait deux fois par jour
- le système d'approvisionnement en eau : Robinet

4.13.10- Système d'éclairage et de communication

Il existe :

- un Téléphone fixe (Malitel Wass),
- un Réseau public : EDM SA.

4.14 Système de classement :

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

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

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

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

une première échelle où les CPN sont dites :

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

Une deuxième échelle où les CPN seront classées en quatre niveaux de qualité. Elevé (Q4) 95-100% des gestes de la dimension sont réalisés.

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

Cette échelle s'applique aux dimensions qui ont quatre variables et plus. C'est ainsi que cette deuxième échelle a permis de déterminer pour le centre le

pronostic de gestantes recevant des soins d'assez bonne ou moyenne qualité (Q3, Q2) et d'avoir un classement par niveau du dit centre.

Les critères de ce classement ont été :

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

4.15 Considération éthique :

Un consentement éclairé à été fourni à chaque participant.

V. RESULTATS :

5.1 Etude des structures :

L'étude des structures comporte :

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

5.1.1 Données physiques :

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

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

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

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

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

STRUCTURE SPECIFIQUE L'UNITE CPN ET SON EQUIPEMENT :

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

- La structure est de niveau 2.
- l'éclairage et l'approvisionnement sont assurés par l'EDM sa.

On note deux latrines.

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

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

5.1.2 Répartition en fonction du Système de tarification en place dans le CSCOM année 2012.

Tableau 4 : Répartition en fonction du Système de tarification en place dans le CSCOM année 2012.

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

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

5.1.3 Niveau de qualité des structures au niveau du CSCOM :

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

Tableau 5 : Niveau de qualité des structures.

| REFERENCE | NIVEAU DE QUALITE | | | | SCORE OBSERVATION | |
|--|-------------------|---|---|---|-------------------|--|
| | A | B | C | D | | |
| 1. Norme architectural | | + | | | 3 | beau joyau, pas de vitres au niveau des fenêtres |
| 2. Dispositif accueil orientation | | | | + | 1 | Formation du personnel d'accueil |
| 3. Structure équipement unité de CPM | + | | | | 4 | Matériels techniques de bonne qualité |
| 4. Equipement salle d'attente | | + | | | 3 | Hangar avec des bancs de bonne qualité et nombre suffisant |
| 5. Unité annexe de consultation | | + | | | 3 | Matériel complet salle de consultation salle de garde tous de bonne qualité |
| 6. Fonctionnalité laboratoire | + | | | | 4 | Fonctionnel pour les examens complémentaires les plus courant tels que : groupage rhésus, taux d'hb, goutte épaisse sérologie Widal. |
| 7. Pharmacie | | + | | | 3 | Protection contre la poussière insuffisante pas de vitre |
| 8. Etat des toilettes | | + | | | 3 | Intimité, respecté, propriété insuffisante. |
| 9. Système d'approvisionnement en eau et élimination des déchets | | + | | | 3 | Existence d'un réseau publique incinérateur, déchets régulièrement déversés pour traitement biomédicaux. |
| 10. système d'éclairage | | | + | | 2 | Réseau public, téléphone, matériel, SOTELMA, WASSA |
| TOTAL | | | | | 29 | |

Score total = 29

Le score maximal (SC Maxi) = 40

Niveau de qualité

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

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

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

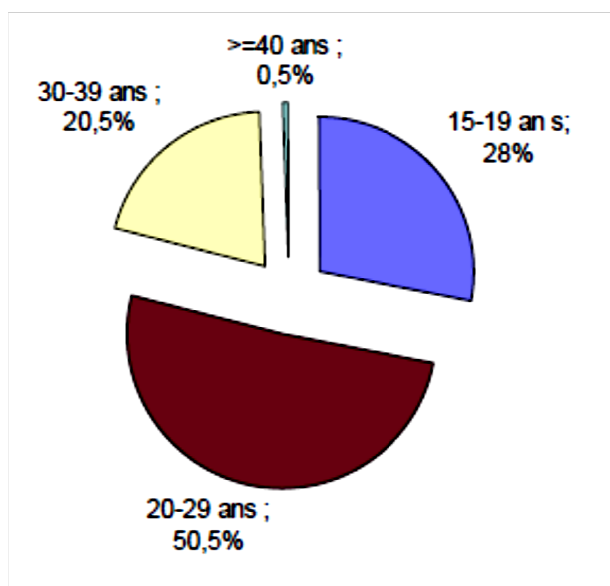
Niveau 1 = moins de 50% SC max soit moins de 20

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

5.2- Etude des procédures :

Etude descriptive :

Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude



Age médian= 23 ans

Age moyen = 24 ans plus ou moins 5,87

Les deux extrêmes 15-40 ans

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

Tableau 6 : Répartition des gestantes en fonction de la profession.

| Profession | Effectif | Pourcentage |
|-------------------------------------|------------|-------------|
| Femme sans profession | 117 | 58,5 |
| Vendeuse | 50 | 25 |
| Enseignante et Secrétaire de Bureau | 7 | 3,5 |
| Employées d'entreprise | 9 | 4,5 |
| Commerçantes | 4 | 2 |
| Autres (étudiantes, Elèves...) | 13 | 6,5 |
| Total | 200 | 100 |

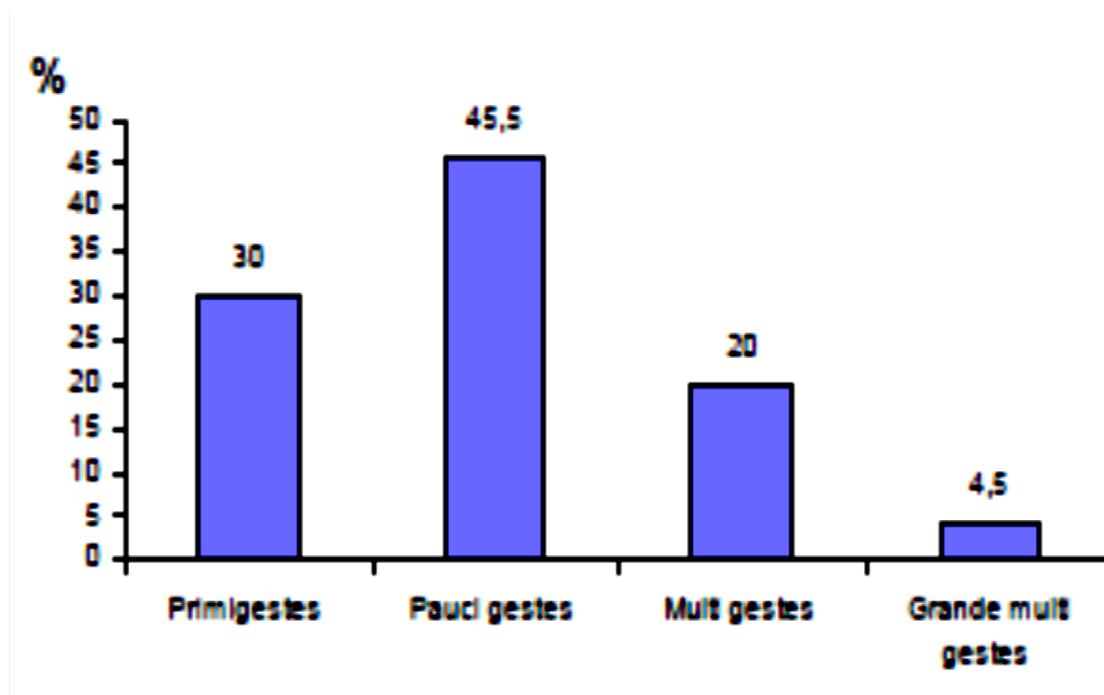
NB : Etudiantes (3) ; Elèves (10)

Tableau 7 : Répartition des gestantes en fonction du statut matrimonial.

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

Tableau 8 : Répartition des gestantes en fonction du niveau d'instruction.

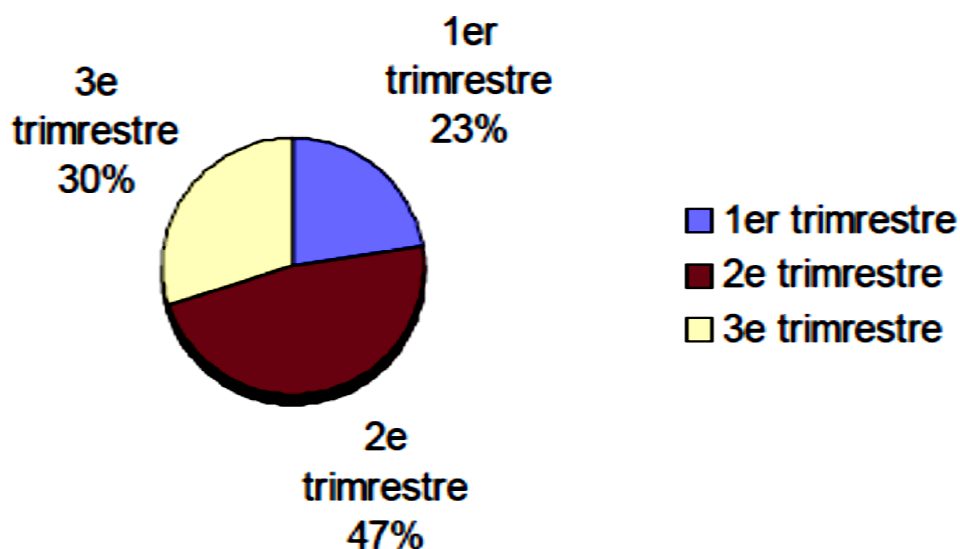
| Niveau d'instruction | Effectif | Pourcentage |
|----------------------|------------|-------------|
| Non instruite | 112 | 56 |
| Primaire (Français) | 57 | 28,5 |
| Secondaire(Français) | 16 | 8 |
| Supérieur (Français) | 6 | 3 |
| Etude coranique | 9 | 4,5 |
| Total : | 200 | 100 |



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

Tableau 9 : Répartition des gestantes en fonction du nombre de CPN.

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



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

5.3 Domaine de qualité :

L'interaction gestante personnel des soins prénataux

Respect physique et psychique

Tableau 10 : Répartition des gestantes en fonction des circonstances d'accueil.

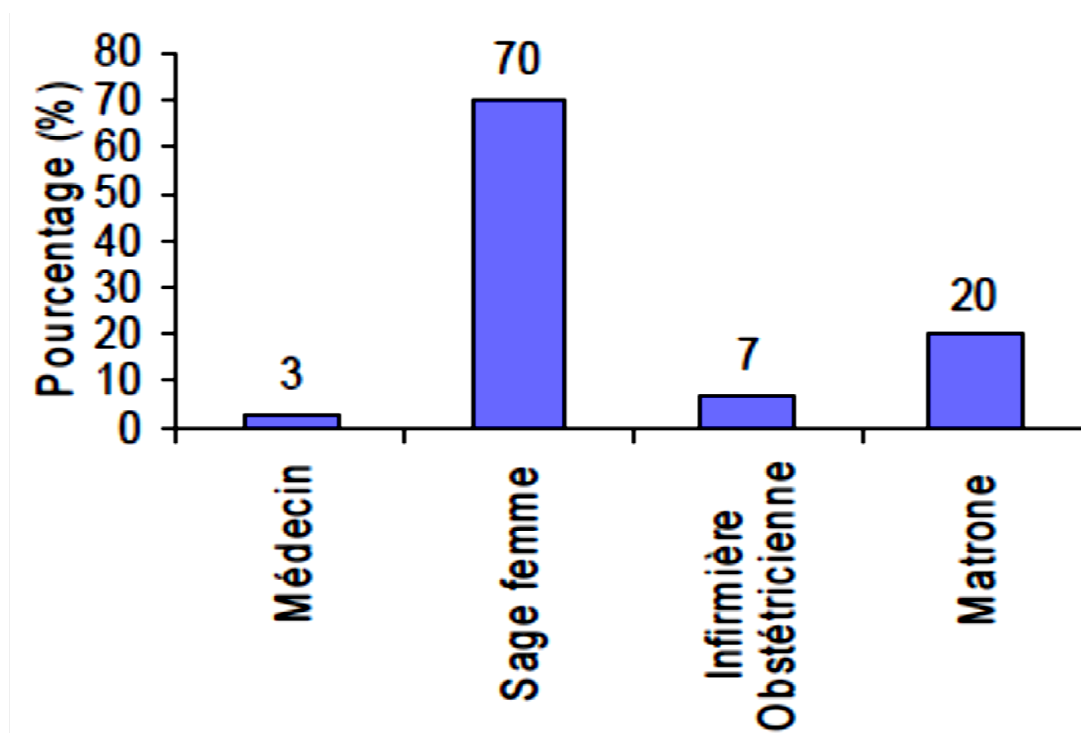
| Circonstance d'accueil | Effectif | Pourcentage |
|---|----------|-------------|
| Salutation | 200 | 100 |
| Invite à s'asseoir | 200 | 100 |
| Manifestation d'intérêt pour la gestante | 150 | 75 |
| Douceur du ton | 192 | 96 |
| Attitude de la gestante | 170 | 85 |
| Le praticien fait des salutations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

Respect de l'intimité :

Tableau 11 : Répartition des gestantes selon le respect de l'intimité.

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

Démarche clinique thérapeutique :



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

Tableau 12 : Répartition des gestantes en fonction de la possession et qualité du carnet prénatal.

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

Interrogatoire au cours de la CPN :

L'interrogatoire sur la situation personnelle de la gestante.

Tableau 13 : Répartition des gestantes en fonction du recueil des variables de l'identification.

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

Recherche des ATCD Obstétricaux :

Tableau 14 : Répartition des gestantes en fonction du recueil des ATCD Obstétricaux.

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

Recherche des antécédents (ATCD) médicaux :

Tableau 15 : Répartition des gestantes en fonction des antécédents Médicaux.

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

Tableau 16 : Répartition des gestantes en fonction du recueil des variables concernant le déroulement de la grossesse.

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

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

Tableau 17 : Répartition des gestantes en fonction du recueil des variables de l'examen général et obstétrical.

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

Tableau 18 : Répartition des gestantes en fonction de la réalisation des gestes liés à l'hygiène de la CPN.

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

5-4 Continuité des soins :

Tableau 19 : Répartition des gestantes selon les conseils donnés à l'issue de l'examen obstétrical.

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

Autonomisation :

Tableau 20 : Répartition des gestantes en fonction de la réalisation des variables relatives à l'autonomisation de la CPN.

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

Tableau 21 : analyse discriminatoire de la qualité de l'interaction gestante soignant.

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

Tableau 22 : Répartition des gestantes en fonction des moyens de transports utilisés pour venir.

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

Tableau 23 : Répartition des gestantes en fonction des critères évoqués pour le choix.

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

Tableau 24 : Répartition des gestantes en fonction de leur opinion sur l'organisation de la CPN et les commodités pratiques.

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

Tableau 25 : Répartition des gestantes en fonction de la fréquentation antérieure.

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

Tableau 26 : Demande des examens complémentaires

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

Tableau 27 : Répartition des gestantes en fonction de leur opinion sur l'état des locaux et la qualité des prestations.

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

Tableau 28 : Répartition des gestantes en fonction du type des médicaments prescrits.

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

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

Tableau 29 : Répartition des gestantes en fonction de leur classification dans un groupe à risque.

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

Tableau 30: Différents facteurs de risque rencontrés.

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

5.5. Etude analytique :

La qualité de la dimension humaine de la CPN.

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

Tableau 31 : distribution de fréquence au niveau de qualité de l'interaction gestante soignant.

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

Tableau 32 : niveau de qualité du CSCO sur le plan de qualité du "respect physique psychique des gestantes" ; "du respect de l'intimité" et du "respect de la confidentialité de l'examen" des gestantes.

| Niveau | Q3 | | Q4 | | Q3+Q4 | | Niveau | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-------|-----|--------|----|-----|----|
| | | | | | | | I | II | III | IV |
| Respect physique Psychique | 75% | 150 | 10% | 20 | 85% | 170 | | | | |
| Respect de l'intimité | 85% | 170 | 0% | 0 | 85% | 170 | | | | |
| Respect de la Confidentialité de L'examen | 0% | 0 | 95% | 188 | 95% | 188 | | | | |

L'observation du tableau montre que le CSCOM est de **niveau IV** pour le respect physique, le respect de l'intimité et le respect de la confidentielle. La qualité de l'interaction gestante soignant est d'assez bonne qualité.

La qualification du personnel :

Tableau 33 : Analyse discriminatoire de la qualité de la « qualification du personnel de CSCOM au cours des visites prénatales ».

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

L'observation du tableau montre les CPN ont été effectuées à 80% par du personnel qualifié. IL s'agit : de médecin, sage-femme et infirmière obstétricienne. Les CPN effectuées dans le CSCOM étaient de **niveau IV**.

Tableau 34 : niveau de qualité de l'examen physique des consultations prénatales au CSCOM sur le plan de la qualification du personnel.

| Niveau | Q1 | | Q2 | | Q3 | | Q4 | |
|-----------------|-----|----|----|----|-----|-----|----|---|
| Examen physique | 20% | 40 | 7% | 14 | 70% | 140 | 3% | 6 |

L'examen discriminatoire de la qualité montre que l'examen physique était de « moins bonne qualité » au cours de la CPN. La distribution de fréquence du niveau de qualité de l'examen physique montre que le CSCOM de Bamako-coura était de niveau II.

VI- COMMENTAIRES :

Notre étude prospective a porté sur l'évaluation de la qualité des CPN dans le CSCOM. Elle s'est déroulée du juillet 2012 à l'Octobre 2012.

L'étude a été faite selon le modèle d'Avedis Donabedian : Evaluation des structures, des procédures et des résultats. Elle nous a permis :

- D'apprécier le niveau de qualité de la structure
- De situer sur une échelle de qualité la réalisation des gestes techniques de la consultation prénatale
- De recueillir l'opinion des gestantes sur la qualité de la consultation prénatale.

L'enquête a porté sur 200 gestantes ayant fréquenté le service de CPN à cette période.

Dans notre approche méthodologique, nous avons procédé aux choix de variables discriminatoires. Si l'une de ces variables venait à manquer, elle remet en cause l'ensemble de la qualité de l'acte des soins prénatals dans la catégorie de domaine de qualité définie. Ce qui nous a permis de situer le CSCOM par niveau de qualité et partant de cela le repérage des problèmes à différents niveaux de qualité.

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

6.1. Monographie des structures de soins prénatals :

a- Interaction gestante personnel de soins prénatals :

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

➤ Respect physique et psychique :

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

➤ Respect de l'intimité :

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

➤ Respect de la confidentialité

Le respect de la confidentialité a été assuré dans 95% des cas. Les quelques entrées et sorties injustifiées étaient dues à la présence des stagiaires du centre.

Au total il y avait une bonne interaction gestante personnel soignant. Kamissoko [15] a noté 60% et Goïta [17] en 2003 au CSREFCV3a trouvé 99,5%.

b- Démarche clinique et thérapeutique :

- Qualification du personnel :

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

- Interrogatoire au cours de la CPN :

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

➤ Sur la situation personnelle de la gestante :

De nombreux paramètres, tels que : l'identité, l'âge, la profession de la gestante, l'état matrimonial, la résidence de la gestante ont été précisés dans 100% par contre l'ethnie la profession du mari, la résidence du mari, la distance parcourue pour arriver au centre (non kilométrée), le moyen de transport utilisé pour se rendre au centre n'étaient pas recherchés. Berthé A. [19] relève seulement deux paramètres (âge et la profession de la gestante) qui ont été recherchés.

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

➤ Les antécédents obstétricaux :

Dans notre étude l'interrogatoire a été insuffisamment exploré. Le personnel n'interrogeait que sur la gestité, la parité, le nombre d'enfants

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

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

➤ Les antécédents médicaux

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

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

➤ La date probable de l'accouchement :

La DDR a été recherchée chez toutes les gestantes mais seulement 0,5% des gestantes connaissaient leur DDR. Konaté [5] à révéler le même taux. Cependant, Berthé [19] et Goïta [17] ont trouvé 11% chacun.

Connaître la DDR est un atout pour un meilleur suivi : Dépistage des cas de retards de croissances intra-utérines ; D'éviter les erreurs du terme ; Dépister les cas de dépassement de terme ; De préciser la date probable d'accouchement. Les prestataires ne marquaient pas l'âge de la grossesse dans le carnet de CPN des gestantes. Cette faible proportion des gestantes de notre série connaissant leur DDR et leur date probable d'accouchement est due au faite que 56% de l'échantillon n'étaient pas instruites.

❖ **Le déroulement de la grossesse :**

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

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

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

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

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

c- Analyse discriminatoire de l'examen physique :

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

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

- La mesure de la taille :

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

- La mesure de la tension artérielle :

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

- La mesure du poids :

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

- Les muqueuses (conjonctives) :

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

- Examen des seins :

Les seins ont été examinés systématiquement.

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

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

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

- Examen au spéculum :

Vingt pourcent (20%) des gestantes seulement de notre série ont bénéficié de l'examen au spéculum. Cet examen est réalisé surtout en cas d'infection génitale suspectée.

Berthé A. [19] a rapporté 37% des gestantes et Konaté S. [5] 34, 5% des gestantes. Ce faible taux d'utilisation du spéculum dans notre série est dû au nombre insuffisant de spéculums stériles disponibles.

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

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

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

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

d- Décision et diagnostic :

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

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

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

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

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

e- Mesures préventives pendant la grossesse :

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

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

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

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

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

Première prise après 16SA

Deuxième prise après 36SA.

La vaccination Antitétanique :

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

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

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

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

➤ L'âge :

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

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

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

➤ Risques liés au nombre de CPN :

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

➤ La gestité :

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

➤ La profession :

La grande proportion de notre échantillon était représentée par des femmes sans profession avec 58,5% des cas. Fomba [7] et Bocoum [31] rapportent

respectivement 84,5% et 68%. Ce groupe social devrait être classé parmi les femmes à risque vu l'impact des travaux ménagers intenses sur l'évolution de la grossesse.

➤ L'hygiène de la consultation :

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

➤ Risques liés à la période de la grossesse :

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

f- Continuité des soins :

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

6.2- Etude des résultats :

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

➤ Modalités de transport et critères de choix du centre :

Dans notre série, 82% des gestantes étaient venues à pieds au centre de santé.

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

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

➤ Opinion des gestantes sur la dimension humaine :

Dans notre étude 69% des gestantes ont affirmé qu'elles étaient assez confortablement installées et que l'ordre de passage a été respecté dans 85,5% des cas. De même 57,5% ont trouvé qu'elles ont été satisfaites par rapport à la politesse affichée par le personnel, au respect de la confidentialité et au respect de l'intimité. 83% trouvaient que les locaux étaient vieux mais propres. Les gestantes nous ont confirmé qu'une prochaine CPN leur a été proposée avec une date précise dans 100%. Cependant 28% des gestantes seulement ont eu des informations sur l'évolution de leur grossesse.

VII- CONCLUSION :

Notre étude sur la qualité de la CPN s'est déroulée du juillet à Octobre 2012 dans le CSCOM de Bamako-Coura et Bolibana (ASCOM).

a). Evaluation des structures :

- Le centre de santé de Bamako-Coura et Bolibana (ASCOM) est bien construit.
- Absence du personnel qualifié chargé de l'accueil
- Existence de moyen de communication (SOTELMA Matériel WASSA) qui n'est pas toujours fonctionnel par manque de carte de recharge

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

- Absence d'ambulance, cependant l'ambulance du CSREF CIII assure l'évacuation des malades de tous les CSCOMS de la commune III.

b). Evaluation des procédures :

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

Bénéficié des soins préventifs. Il s'agit de la prévention de l'anémie, du tétanos et de l'antipaludique.

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

A la suite de ces remarques nous nous proposons de faire certaines

Recommandations afin d'améliorer les prestations du centre pour l'intérêt supérieur des patientes.

VIII - RECOMMANDATIONS :

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

1. AUX PRESTATAIRES DU CENTRE DE SANTE :

- ✓ respecter les normes et procédures nationales en matière de CPN
- ✓ renforcer l'interaction patient soignant par la CCC au cours de la CPN.
- ✓ étendre davantage l'interrogatoire et les examens complémentaires en vue de détecter les grossesses à risque.
- ✓ encourager le Planning familial par le renforcement des campagnes de C.C.C (Communication pour le changement de comportement)
- ✓ référer les grossesses à risques afin de réduire au maximum les évacuations
- ✓ promouvoir l'utilisation des gants stériles et l'usage d'antiseptique avant et après tout acte médical afin de réduire les infections
- ✓ impliquer la population dans la gestion des politiques de santé Communautaire
- ✓ faire la désinfection de haut niveau

2. Aux autorités et au comité de gestion :

- ✓ construire des centres de santé respectant les normes architecturales
- ✓ assurer une formation continue du personnel socio sanitaire
- ✓ limiter la CPN aux seuls personnels qualifiés
- ✓ faire instaurer le carnet de grossesse plus pratique que la fiche personnelle actuelle qui n'est pas adaptée à Bamako où les gestantes vont d'un agent à un autre, d'un centre à un autre.
- ✓ renforcer le système de prise en charge des personnes démunies.
- ✓ agrandir les locaux

- ✓ équiper le CSCOM de matériels de bonnes qualités.
- ✓ recruter du personnel de qualité en nombre suffisant
- ✓ renforcer la supervision trimestrielle dans l'unité CPN.
- ✓ renforcer la sensibilisation des jeunes et des adolescentes sur la contraception et multiplier les services à leur disposition dans ce domaine.
- ✓ promouvoir les meilleures conditions de vie, grâce à un développement socioéconomique général.

3. Aux gestantes :

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

4. A la communauté :

- ✓ impliquer la communauté dans la gestion des politiques de santé
- ✓ adhérer aux programmes de santé communautaire.

IX- REFERENCES :

- 1. Bouvier colle (MH.)** La Mortalité Maternelle : un aperçu sur la situation mondiale. L'enfant en milieu tropical.1995 ; 06 :P187-8.
- 2. Rivière (M.)** Mortalité Maternelle au cours de l'état gravido-pueperale, avortement excepté. Introduction generale.Rv.Gynecol.Obstet.1959 ; 11 :P141-3.
- 3. OMS (chronique).**Mortalité maternelle soustraire les femmes de l'engrenage fatal Genève .1986 ; 405 :193-202.
- 4. Mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest.** Résultat d'une enquête à Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, OMS bureau Afrique Division santé de la famille.1997 ; P40-05.
- 5. Konaté (S.)** qualité des surveillances prénatales dans le centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako. Thèse médecine Bamako. 2002 ; M 33 : P56.
- 6. DNSI-CPS/MSSPA.** Enquête démographique et santé III Mali Janvier à Mai 2001 ; 450.
- 7. Fomba (S.)** Qualité de la consultation prénatale et de l'accouchement au centre de santé. Miprona de Magnabougou en commune VI du District de Bamako.
Thèse médecine. 2002-2003; M 64 :P40.
- 8. Cellule de planification et de statistique** .plan de formation et de perfectionnement du personnel socio sanitaire Bamako (Koulikoro) 1995-2000.
- 9. Division santé familiale.** Programme de santé familiale .Plan quinquennal 1988-1992 Mali Décembre 1987.
- 10. Fenersteine (MT.)** Furning the Tide Safe Mother lood A distraction manual London MC Millan 1993.

11. Hogberg and wll (S.) Secular trend in maternal mortality in Sweden from 1750 to 1980 Bull OMS 1986; 647-984.

12. Parpiernick E, Cabrol D, Pons-c.Obstétrique(Médecine-Sciences).

Flammarion, chapitre78:P985-1004 ET chapitre 92:P1191-1204.

13. DONABEDIAN Avedis . Exploration incasement and monitoring, the definition of quality and approches to. It's assessment health administration presse an Arbor, Michigan . 1980 ; P121.

14. Drabo (A.) Les ruptures utérines à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti facteur influençant à propos de 25 cas .Thèse médecine Mopti. 2000 ; M 07 :P121.

15 Kamissoko (M.) qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Kalaban-Coro Zone péri- urbaine de Bamako. Thèse

Médecine Bamako. 2004 ; M87 : P59.

16 Traoré (MK.) Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Banconi à propos de 200 cas. Thèse médecine. 2001 ; M49 : P121.

17. Goita (N.) qualité de la CPN dans le centre de santé de référence de la commune V. Thèse médecine Bamako. 2005 ; M 60 :P20-04.

18. OMS. Série de rapport technique 780 (1989) ; Amélioration des prestations des agents de santé communautaires dans les soins de santé primaires, rapport d'un groupe d'étude de l'OMS 1989 ; Genève.

19. Berthe (A.) Qualité de la surveillance prénatale dans le CSCOM de Korofina Salèmbougou, dans la commune I du District de Bamako. Thèse médecine Bamako. 2004 ; M 20 :P20-4.

20. DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE/ MISSION FRANCAISE DE COOPERATION ET D'ACTION CULTURELLE AU MALI

✓ Ecole Secondaire de la Santé

- ✓ Projet : « Maternité à risque »
- ✓ Formation continue des sages-femmes
- ✓ 1994/1995, 1995/1996, 1996/1997.

21. Boiré (M.) Evaluation de la qualité des soins dans certains services médicaux ; médico-techniques et pharmaceutiques de l'HGT. Thèse médecine.2000 ; M6 :P79.

22. Merger (R.) Précis D'obstétrique.1995 ; 7242 : 6^{ème} édition Masson Paris.597, P84-92.

23. De Maeyer EM,Adiel; Tegman (M.) The prevalence of anaemia in the world.World health statistique.1985; 38:302-16.

24. Sitouck Wonguem (S.) Qualité de la surveillance prénatale au CSREFCV du District de Bamako. Thèse Médecine, Bamako.2006 ; 300 :P62.

25. U.N.I.C.E.F. /O.M.S. /F.N.U.A.P. Elimination du tétanos maternel et néonatal d'ici à 2005, stratégie permettant d'éliminer le tétanos et d'éviter sa réapparition. Novembre 2000.

26. Rougemont (A.) ; Brunet (J.) et Jailey. Planifier, Gérer, Evaluer, Santé en pays tropicaux. Doin. Editeur Paris.1999 ; P751.

27. Hart (M.A) et Coll. Considération pratique .intégration des soins de santé maternelle et infantile dans les SSP.

28. Konaté (P.) Evaluation de la qualité des consultations prénatales au Centre de Santé de Référence de Koutiala. Thèse Médecine.Bamako.2007 ; 88 :P60.

29. Keita (Y.) Etude de la césarienne à la maternité du centre de santé de référence de la commune IV du District de Bamako .Thèse médecine, Bamako.2006 ; M287 :P52.

30. Koita (M.) qualité des surveillances prénatales dans les formations sanitaires publiques et communautaires des communes V et VI du district de Bamako.

Thèse médecine Bamako. 2001 ; M 41 : P129.

31. LA CONSTITUTION. La loi fondamentale du 25 Février 1992

Titre 1 Article 2.

32. Bocoum (H.) Evaluation de la qualité de la consultation prénatale au CSCOM de l'ASACOBAKON de Badialan III en commune III du District de Bamako.

Thèse Médecine Bamako.2007 ; 258 :P67.

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : DIALLO

Prénom : MAMADOU FARA

Titre de la thèse : Evaluation de la Qualité de la consultation prénatale au centre de santé communautaire de Bamako-Coura et Bolibana dans la commune 3 du district de Bamako

Année Universitaire : 2011-2012.

Pays d'origine : République du Mali

Lieu de dépôt : Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie du Mali

Secteur d'intérêt : Gynécologie obstétrique

Résumé de thèse : En matière de naissance, toute femme a le droit fondamental de bénéficier des soins prénataux adéquats. « Donner la vie en vie sans séquelles graves » est le slogan de tout gynécologue obstétricien. Cette étude a pour but d'évaluer le niveau actuel de la qualité des Consultation Prénatale au Centre de Santé Communautaire de Bamako-Coura et Bolibana dans la Commune 3 du District de Bamako, déterminer les infrastructures et le personnel, préciser les procédures et en déterminer les résultats.

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

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

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

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

Les mots clés : Evaluation, Qualité, Consultation Prénatale.

Observation de la CPN CSCOM

Fiche d'enquête N°...../...../

Age :..... Ans

Q1 Date/...../

Q2 Qualité de l'agent

1 Médecin /___/ 2 Sages-femmes/___/ 3 Interne/___/ 4 Matrone/___/

5 Infirmière obstétricienne/___/ 6 Autres

Q3 Qualité de l'accueil

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

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

Q4 Qualité de l'examen

Interrogatoire

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

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

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

Cardiopathie/___/ RAA/___/

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

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

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

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

Inspection :

1- Appréciation de l'état général

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

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

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

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

Oui/___/ Non/___/

Examen général

1. Prise du poids : Oui /___/ Non/___/

2. Prise de la tension artérielle : Oui /___/ Non/___/

3. Mesure de la taille : Oui /___/ Non/___/

4. Prise de la température Oui /___/ Non/___/

Examen obstétrical

1. Examen des seins : Oui /___/ Non/___/

2. Mesure de la hauteur utérine : Oui /___/ Non/___/

3. Palpation de l'abdomen

4. Auscultation des bruits du cœur fœtale : Oui /___/ Non/___/

5. Examen au spéculum : Oui /___/ Non/___/

Examens complémentaires demandés :

1. Groupage rhésus : Oui /___/ Non/___/

2. Taux d'hémoglobine : Oui /___/ Non/___/

3. Sérologie syphilitique Oui /___/ Non/___/

4. Test d'Emmel : Oui /___/ Non/___/

5. Toxoplasmose : Oui /___/ Non/___/

6. Glycémie : Oui /___/ Non/___/

7. Test urinaire d'Albumine, sucre : Oui /___/ Non/___/

8. Echographie obstétricale : Oui /___/ Non/___/

9. NFS Oui /___/ Non/___/

Q5 Qualité de l'hygiène

1. Lavage des mains : Oui /__/ Non/__/

2. Utilisation des gants et doigtiers stériles: Oui /__/ Non/__/

3. Utilisation des doigtiers stériles seulement : Oui /__/
Non/__/

4. Existence d'eau de décontamination : Oui /__/ Non/__/

Q6 Qualité de la prévention antitétanique

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

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

Rappel : Oui /__/ Non/__/

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

Autres à préciser /__/

Q8 Documentation utilisé

Fiche de CPN

Carnet de CPN

OPINION DES GESTANTES

Fiche d'enquête N°

1 Caractéristique de la gestante

1.1 : Age

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

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

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

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

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

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

1.5. Résidence habituelle (1-5).....

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

1.6. Numéro de la grossesse.....

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

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

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

1.9. Nombre de CPN réalisées.....

2. Examen du carnet de grossesse

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

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

2.2. Terme de la grossesse

2.3. Date des dernières règles

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

3. Modalité de transport

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

1 = à pieds, 2 = en véhicule collectif (sotrama), 3 = en taxi, 4 = en véhicule personnel, 5 si autre le quel 100

4. Critère de choix du centre :

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

1 = Parce que cet établissement est proche de mon domicile

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

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

4 = Parce que le personnel est compétent

5 = Parce que le personnel est accueillant

6 = Parce que les tarifs sont peu élevés

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

8 = Parce qu'une connaissance me l'a conseillé 9 = Autres raisons

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

0 = Non, 1= Oui

4.2. Pour quelles raisons (0-4)

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

3 = accouchement, 4 = Autres.

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

0 = Oui, 1= Non

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

1 = Oui, 2 = Non

4.5. Comment était l'attente (0-1)

0 = Trop longue 1 = Acceptable.

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

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

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

1 = Oui 2 = Non

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

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

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

4.10. Avez-vous trouvé que la consultation était suffisamment confidentielle ? (Secret médical)...../...../

4.11. Votre intimité a-t-elle été respectée (1-4)

1 = Oui, 2 = Non il y 'avait beaucoup de personnes dans la salle,

3 = Non il y'avait sans cesse des entrées et des sorties, 4 = Non 1 + 2

4.12. Avez-vous parlé dans une longue que vous parlez bien avec l'agent de la consultation (1-3)

1 = Non, 2 = Oui, 3 = Oui mais avec difficulté

4.13. Avez-vous pu tout dire ? (1-3)

1 = Oui, 2 = Non, 3 = Oui mais avec difficulté

4.14. Comment avez-vous trouvé les locaux (1-3)

1 = Vieux et sales, 2 = Récents mais sales, 3 = Vieux mais propres,

4 = Récents et propres

4.15. Avez-vous été satisfaite (1-5)

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

5 = Ne sais pas pourquoi

4.16. S'il ne s'agit pas de la première consultation ou avez-vous consulté au paravent (1-2)

1 = Dans le service prénatal d'un autre établissement

2 = Dans le même service prénatal

4.17. Pourquoi avez-vous changé de service prénatal ? (1-5)

1 = J'ai payé très cher dans le service précédent

2 = J'ai été mal accueilli dans le service précédent

3 = Je connais une sage-femme ou une autre personne qui peut m'aider dans cet établissement

4 = J'ai déménagé

5 = Autres préciser

4.18. Depuis combien de mois êtes-vous enceinte :.....

4.19. Vous a-t-on expliqué prescrit des examens de laboratoire

Si oui préciser

4.20. Si oui vous a-t-on expliqué pourquoi.....

4.21. Vous avez l'intention d'effectuer ces examens au laboratoire (1-3)

1 = Non, 2 = Oui certains, 3 = Oui tous

4.22. Pourquoi non

4.23. Vous a-t-on prescrit des médicaments (1-4)

1 = Chloroquine, 2 = Fer, 3 = Acide folique, 4 = Autres préciser.....

4.24. Comment devez-vous procurer ces médicaments (1-4)

1 = On me les a déjà donnés

2 = On doit me les donner

3 = Je dois les acheter

4 = Je ne sais pas

Si vous devez les acheter savez-vous où.....

4.25. Vous a-t-on dit de revenir pour une prochaine CPN (1-5)

1 = On ne m'a rien dit

2 = Oui, on m'a dit de revenir pour une autre CPN sans préciser quand

3 = On m'a dit de venir accoucher dans l'établissement

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

Si 4 le quel.....

4.26. Vous a-t-on on dit que votre grossesse présentait un risque (1-4)

1 =On ne m'a rien dit de particulier

2 = On m'a dit que ma grossesse se déroule normalement

3 = On m'a dit que je risquais d'avoir les complications immédiates ou lointaines comme lors des accouchements précédents.

4 = Très satisfaite

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

1 = Non

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

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

Aller

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

Si 4 le quel préciser l'importance

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

1 = Non on m'a rien dit de particulier

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

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

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|------|
| DEDICACES..... | III |
| REMERCIEMENTS..... | VI |
| REMERCIEMENT PARTICULIER..... | X |
| SOMMAIRE..... | XII |
| LISTE DES TABLEAUX..... | XIII |
| LISTE DES ABREVIATIONS..... | XVI |
| INTRODUCTION : | 1 |
| II- OBJECTIFS :..... | 5 |
| 1°) Objectif Général : | 5 |
| 2°) Objectifs spécifiques :..... | 5 |
| III- GENERALITES :..... | 7 |
| 3.1 Historique de la consultation prénatale : | 7 |
| 3.2 Définition Opératoires: | 10 |
| IV- METHODOLOGIE : | 15 |
| 4.1 Cadre d'étude : | 15 |
| 4.2 Les populations et structures étudiées :..... | 19 |
| 4.3. Période d'étude :..... | 21 |
| 4.4. Type d'étude : | 21 |
| 4.5. Echantillonnage :..... | 22 |
| 4.6 Critères d'inclusion : | 22 |
| 4.7 Critères de non inclusion : | 22 |
| 4.8 Critère de jugement :..... | 22 |
| 4.9 Supports des données ou instrument de collecte :..... | 22 |
| 4.10 Technique de collecte : | 22 |
| 4.11 L'organisation de l'enquête : | 23 |
| 4.12 Plan d'analyse et de traitement des données : | 24 |
| 4.13 Niveau de qualité de la structure :..... | 24 |
| 4.14 Système de classement :..... | 26 |

| | |
|--|-----------|
| V. RESULTATS : | 27 |
| 5.1 Etude des structures : | 27 |
| 5.2- Etude des procédures : | 31 |
| 5-4 Continuité des soins : | 40 |
| 5.5. Etude analytique : | 45 |
| VI- COMMENTAIRES : | 47 |
| 6.1. Monographie des structures de soins prénatals : | 47 |
| 6.2- Etude des résultats : | 56 |
| VII- CONCLUSION : | 58 |
| VIII - RECOMMANDATIONS : | 60 |
| 1. AUX PRESTATAIRES DU CENTRE DE SANTE : | 60 |
| 2. Aux autorités et au comité de gestion : | 60 |
| 3. Aux gestantes : | 61 |
| 4. A la communauté : | 61 |
| IX- REFFERENCES : | 62 |
| TABLE DES MATIERES. | 77 |