

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

République du MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi

Université des sciences, des techniques et des technologies de
Bamako



FACULTE DE MEDECINE, ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

N°...../

Année scolaire : 2012- 2013

TITRE

QUALITE DE LA CONSULTATION PRENATALE
AU CENTRE DE SANTE ASACOBOUL II EN
COMMUNE I DU DISTRICT DE BAMAKO

THESE

Présentée et soutenue publiquement 31 / 07 / 2013 devant
la Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie

Par :

M. Sidy COULIBALY

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY :

Président Pr. MOUKORO Niani

Membre : Dr. CISSE Seydou

Co-directeur: Dr. TRAORE Alassane

Directeur de thèse : Pr. MAIGA Bouraïma

DEDICACES

Au nom d'Allah le Tout Puissant, Le Très Miséricordieux pour m'avoir donné le courage et la santé de mener à bien ce travail.

Je dédie cette thèse :

A mes parents DRAMANE COULIBALY ET BINTOU COULIBALY

Les mots me manquent pour traduire ce que je ressens. Chers parents vous vous êtes battu pour que je puisse être dans le futur un homme modèle. Vous m'avez enseigné le coran depuis l'enfance, vous m'avez suivi pas à pas en me comblant de votre amour, Votre dévouement, votre rigueur et votre persévérance m'ont assuré une éducation fondée sur la probité, l'intégrité et la dignité. Vous nous avez toujours souhaités les meilleures études et les meilleures conditions de vie.

Je vous dédie ce travail pour tout l'amour et pour tout le sacrifice consentis pour mon éducation. Que Dieu vous prête longue vie, pleine de santé et de bonheur afin que nous puissions profiter longuement de vos conseils et de vos directions.

A toutes les mères, singulièrement celles qui ont perdu leur vie en donnant la vie.

A toutes les femmes qui ont perdu leurs produits 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 naissance.

A mon beau pays, le MALI: dont la générosité m'a permis d'avoir une scolarité aussi poussée que je l'ai souhaitée.

Que Dieu me donne la force, le courage, la santé et surtout la longévité pour pouvoir le servir avec loyauté et dévouement exemplaire.

REMERCIEMENTS

A mes frères et sœurs :

KADIA, GOMA, BAKE, MARIAM, MAH, AMADOU, BASSETOU,
SAFIATOU

Disponibilité, attention, compréhension, amour, soutien moral, vous avez été
exemplaire pour moi en partageant tous mes soucis tout en souhaitant me voir
réussir.

A mon père ADAMA Coulibaly

Je n'oublierai jamais votre amour, depuis mon enfance vous m'avez donné
votre tendresse votre soutien moral et votre bénédiction. Que Dieu vous protège
longtemps et vous comble de bonheur et de santé.

A mes amis :

ABOUBACAR MINTHA, ADAMA DRABO, ZOUMANA DIARRA, CHAKA
MARIKO, Bouramassiré Kouma, MAMADOU NAGNON COULIBALY,
Brehima Sogoba, MAHAMADOU KARAMOKO COULIBALY, Malado,
Coumba, Seydou, Gallo, Bangouma, vous avez été pour moi des compagnons de
lutte. Ensemble nous avons enduré des souffrances et des difficultés. Merci pour
votre affection et votre sympathie. A travers ce travail je vous réitère toute ma
reconnaissance.

A la famille CISSE

SEYDOU CISSE et sa femme MATOU MARIKO, merci pour tous vos soutiens
surtout aux moments les plus difficiles de ma vie. Je n'oublierai pas vos
générosités, que le bon DIEU vous prête longue vie et beaucoup de bonheur,
ainsi qu'à vos enfants.

A la famille MARIKO de Ségou, singulièrement mon maitre d'école MADOU MARIKO, vous m'aviez donné toute vos tendresses, surtout une éducation digne et honnête. Je vous souhaite plein de santé et un avenir meilleur à vos enfants.

A la famille COULIBALY de Sangarébougou : DRAMANE COULIBALY, et notre maman YAH TRAORE, Ce travail est le vôtre. C'est grâce à vos conseils et à votre participation accrue dans ma vie que j'ai pu réaliser ce travail. Je vous serai éternellement reconnaissant.

A mes oncles et tante: ADAMA COULIBALY, MADOU COULIBALY, AWA COULIBALY, sans oublier les autres dont les noms ne sont pas citer. Merci de vos soutiens moraux et psychologiques ; je compte sur vous pour le reste de mon accomplissement.

Spécial remerciement à mon épouse ASSANATOU SANGARE, tu as été plus qu'une femme pour moi vue ton soutient moral et les difficultés acceptées a mon égard tout au long de ce travail.

MES VIFS REMERCIEMENTS:

A notre honorable Doyen et au corps professoral de la FMOS:

Merci de votre bonne gestion de cette faculté.

A tout le personnel de la FMOS:

Grâce à votre rigueur et votre dévouement pour le travail bien fait la FMOS jouit d'une renommée internationale ; soyez assuré de notre profonde gratitude.

Au médecin chef de l'ASACOBOULII:

Merci d'avoir autorisé la réalisation de ce travail dans votre centre

A mes maîtres formateurs:

Dr Modibo SOUMARE, Dr DICKO Modibo, Dr TRAORE Alassane,

Dr SYLLA Yacouba

Merci pour votre encadrement, votre simplicité, le respect pour la personne humaine, la rigueur et votre amour pour le travail bien fait. Je vous remercie infiniment.

A tous le personnel du CSREF de la commune I:

Merci pour l'accueil et l'encadrement.

A toute ma promotion :

Merci, courage et persévérance.

Un spécial remerciement à docteur COULIBALY Mamadou DABA:

Ce travail est le tien. Vous n'avez ménagé aucun effort pour m'accueillir à bras ouverts même à des heures tardives chez vous pour le bon déroulement de ce travail.

HOMMAGES AUX HONORABLES

MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Professeur Niani MOUNKORO

- ✓ **Maître de conférences en gynéco-obstétrique**
- ✓ **Chef de service d'obstétrique au CHU Gabriel Touré**
- ✓ **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé**

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations .Votre rigueur, votre dévouement pour le travail bien fait, votre disponibilité constante à partager votre expérience scientifique font de vous un maitre apprécié de tous. Trouvez ici toute notre admiration ainsi que notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Seybou CISSE

- ✓ **Médecin chef du centre de santé communautaire de
Boukassoumbougou II (ASACOBOUL II).**

Cher Maitre,

En dépit de vos multiples et importantes occupation, vous avez accepté de siéger dans ce jury, trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude. Vous nous avez impressionnés par votre travail bien fait et votre attachement à la simplicité. L'étendue de vos connaissances intellectuelles, morales et sociales suscite une grande admiration.

Permettez nous ici cher Maitre, de vous réitérer nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Bouraïma MAÏGA :

- ✓ **Gynécologue obstétricien**
- ✓ **Professeur de gynécologie obstétrique à la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) Chef de service de gynécologie obstétrique du CHU du Point<<G>**
- ✓ **Praticien infatigable**
- ✓ **Détenteur d'un diplôme de reconnaissance décerné par le ministère de la femme, de l'enfant, et de la famille**
- ✓ **Détenteur d'un ciwara d'excellence en 1997**
- ✓ **Chevalier de l'ordre national**

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant d'encadrer ce travail.

Votre modestie fait de vous un maître d'abord facile, nous avons été très impressionnés par votre simplicité, et votre humanisme.

C'est le moment pour nous de vous rendre un hommage mérité.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre profond respect.

Que le tout puissant vous accorde longue vie (amen).

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Alassane TRAORE

- ✓ **Chef de service adjoint de la Gynécologue obstétricien à l'Hôpital du Mali depuis 2011.**
- ✓ **Gynécologue obstétricien au CSRéf.CI en 2011**
- ✓ **Chef de service de la Gynécologie Obstétrique à l'Hôpital de Gao de 2005 à 2011.**

Cher maître,

Votre spontanéité à accepter de contribuer à ce travail nous a énormément touché.

Vos suggestions et vos remarques ont su conduire ce travail à son terme.

Votre sens du travail bien fait et votre ardeur à le parfaire nous donnent un exemple à suivre.

Veillez recevoir ici, cher maître, l'expression de notre respect et de notre gratitude.

LISTES DES ABRÉVIATIONS :

CPN: Consultation Périnatale;

CSRef CI: Centre de Santé de Référence de la Commune I;

EDSM: Enquête Démographique Sanitaire du Mali;

OMS: Organisation Mondiale de la Santé;

SONU: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence;

VIH: Virus de l'Immuno déficience Humaine;

BW: Bordet Wasserman;

GE: Goutte Epaisse;

FM: Frottis Mince;

BIP: Bipariétal;

SP: Sulfadoxine Pyrimethamine;

ASACOBA: Association Santé Communautaire de Banconi;

ASACOBOUL: Association Santé Communautaire de Boukassoumbougou;

PMI: Protection Maternelle et infantile;

NPS: Numération Formule Sanguine;

VS: Vitesse de Sédimentation;

Tx HB: Taux d'Hémoglobine;

HBS: Anti Gènes du Virus de l'Hépatite B;

PTME: Protection de la Transmission Mère enfant du VIH

ONU: Organisation des Nations Unis

PMA: Paquet Minimum D'activité

CSCOM: Centre de Santé Communautaire

ICPD: Conférence International sur la Population et le Développement;

CMLN: Comité Militaire pour la Libération;

AN-RM: Assemblée Nationale du MALI;

CPON: Consultation post Natale;

IECS: Information , Education Communication en Santé;

PF: Planing Familial

*****: Gratuit sur présentation du ticket;

#: Priex Carnet;

OPC: Opinion de la consultante;

G: Gestité

%: pourcentage;

HTA: Hypertension Artérielle;

ATCD: Antécédent;

ADASCO : Association de Santé Communautaire de Daoudabougou

DPA : Date Présumée D'accouchement ;

DDR : Date des Dernières Règle ;

UNICEF : Fond des Nations Unies pour L'enfance ;

MIPROMA : Mutuelle Interprofessionnelle de Magnambougou ;

ASACOBAKON : Association de Santé Communautaire de Bamakocoura ;

SIDA : Syndrome Immuno Déficience Acquis ;

HU : Hauteur Utérine ;

SOMMAIRE	Pages
I- INTRODUCTION:.....	2
II- OBJECTIFS:.....	7
III- GENERALITES:.....	9
IV- METHODOLOGIE:.....	26
V- RESULTATS:.....	48
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION:.....	77
VII- CONCLUSION:.....	88
VIII- RECOMMANDATIONS:.....	91
IX- REFERENCES:.....	93
X-ANNEXES :.....

INTRODUCTION

I-INTRODUCTION

La grossesse est un état physiologique chez la femme, durant la période qui s'étend de la fécondation à l'accouchement. Elle est vécue en Afrique comme un événement qui permet à la femme de se valoriser, de s'affirmer, de garder ou de conforter sa place au sein de la famille en donnant naissance à un nouveau né qui est accueilli avec joie et allégresse dans la société. Mais au cours de la grossesse ou de l'accouchement beaucoup de femmes perdent la vie ou sont victimes de complications comme : l'anémie, les fistules vésico-vaginales, l'éclampsie, ou le prolapsus utérin [1]

La consultation prénatale (CPN) est un acte médical préventif permettant de dépister et de traiter d'éventuelles complications survenant au cours de la grossesse. Elle permet en outre de dicter la voie d'accouchement. Dans les pays développés 99% des femmes reçoivent des soins prénatals de qualité tandis que dans les pays en développement, cette proportion est de 1% [2].

Selon l'EDSM IV 2006, le taux de mortalité maternelle est de 464 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Autrement dit au Mali le risque de décéder pour cause maternelle pendant les âges de procréation est de 1/33 [3].

Il est estimé que dans le monde chaque année 4 millions de nouveaux nés meurent avant d'avoir 1 mois et que 4 autres millions sont mort nés (Ils meurent entre la 22^e semaine d'aménorrhée et la naissance), 90% de ces décès ont lieu dans les pays en développement [4].

La majorité des décès maternels et néonataux pourraient être évités, si pendant la grossesse, les femmes observaient régulièrement les CPN et recevaient des soins prénatals appropriés, si leur accouchement était assisté par du personnel médical formé et si après l'accouchement, elles bénéficiaient d'un suivi postnatal.

Pour être efficace, les soins prénatals doivent être effectués à un stade précoce de la grossesse et surtout ils doivent se poursuivre avec une régularité jusqu'à l'accouchement. L'OMS recommande au moins quatre visites prénatales à intervalles réguliers tout au long de la grossesse [5].

Au Mali on estime que sept femmes sur dix (70%) se rendent en CPN dispensée par du personnel formé. Ces consultations sont effectuées principalement par les sages – femmes ou les infirmières dans 36% des cas et par des matrones dans 33%. Dans une proportion beaucoup plus faible, elles sont fournies par des médecins (1, 4%). En revanche dans un peu moins de 3 cas sur 10 (29%), les mères n'ont effectué aucune CPN [3].

Certaines études faites sur les connaissances attitudes et pratiques des gestantes et des personnels de santé montrent que des efforts sont à faire pour améliorer cette situation.

En 2004 Mahamat Nour Azalo rapporte qu'aune des soignantes ne connaissaient les indications de césarienne, de ventouse et de forceps. [26]

En 2006 Bocoum .H rapporte que les gestantes manquaient d'explications sur, les signes d'alerte de l'accouchement et la conduite à tenir (12,5%), les raisons de prescription des examens complémentaires (17,5), la date probable de l'accouchement (16%). [7]

A Bougouni en 2008 Samaké A - K dit Z a observé des lacunes sur le plan des procédures comme l'intervalle des consultations qui était le plus fréquemment de deux mois au lieu d'un mois. [15]

En Décembre 1990, le Mali a adopté la politique sectorielle de santé et de population. Cette politique est caractérisée par le développement décentralisé des services de santé sur la base de la concentration de la population. Elle définit le cadre d'information en matière de santé de population au Mali. [9]

Les objectifs spécifiques de cette politique sont :

- Etendre la couverture sanitaire ;
- Instituer un système de santé viable et performant ;
- Réduire la morbidité et la mortalité de la population ;
- Développer les services de planning familial.

La stratégie adoptée pour atteindre ces objectifs met l'accent sur l'extension et le développement rationnel et judicieux des centres de santé. Au niveau de ces centres de santé, assurer une offre intégrée des activités socio sanitaires (Paquet minimum d'activité).

Le paquet minimum d'activité (PMA) comporte des soins de qualité avec des activités curatives, préventives, promotionnelles couvrant les besoins fondamentaux de la population [10]. Les CPN constituent l'un des volets essentiels de ce PMA. Elles occupent une place de choix dans les besoins prioritaires de santé de la mère et de l'enfant.

La mise en œuvre de la politique sectorielle de santé a été satisfaisante dans l'ensemble (création et opérationnalisation des structures de santé communautaire ainsi que le renforcement et la redynamisation des structures construites). Malgré ces efforts déployés le Mali connaît une situation sanitaire maternelle, néonatale et infantile préoccupante. C'est pourquoi la qualité des soins dispensés pendant la grossesse et pendant son dénouement pourrait y avoir un impact important.

Des études sur la qualité de la surveillance prénatale ont été menées au Cscm ASACOBakon aux centres de santé de Bougouni et de MIPROMA à Magnambougou, dont les résultats montrent des lacunes sur le plan de procédure.

Aucune étude n'a jusqu'à ce jour été réalisée spécifiquement à

l'ASACOBOUL II sur l'évaluation de la qualité de la consultation prénatale ; notre étude vient donc combler ce vide.

OBJECTIFS

II-OBJECTIFS

1 - Objectif général

- Evaluer la qualité de la consultation prénatale au CSCOM de Boulkassoumbougou II en Commune I du district de Bamako.

2 –Objectifs spécifiques

- Décrire les procédures de CPN au CSCOM de l'ASACOBOUL II
- Décrire l'infrastructure, les équipements et matériels du centre de santé ASACOBOUL II ;
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des gestantes venant en CPN à l'ASACOBOUL II
- Déterminer la perception des gestantes sur la qualité de la CPN réalisée au CSCOM de l'ASACOBOUL II

GENERALITES

III-GENERALITES

1. Historique de la consultation prénatale :

La mise en place de programmes de santé publique destinés à améliorer la santé des femmes et des enfants a vu le jour en Europe vers la fin du XIXe siècle. Avec le recul, les raisons de cette sollicitude dévoilent leur cynisme : à l'époque, les gouvernements voyaient dans la bonne santé des mères et des enfants un moyen de soutenir leurs ambitions économiques et politiques. Nombre de responsables politiques européens estimaient que la santé déficiente des enfants de leur nation sapait leurs aspirations culturelles et militaires. Ce sentiment était particulièrement marqué en France et en Grande Bretagne qui avaient de la peine à recruter des hommes suffisamment valides, bons pour le service militaire. Dans les années 1890, les initiatives de précurseurs français tels que Léon Dufour (la goutte de lait), et Pierre Budin (la consultation des nourrissons) ont été une source d'inspiration pour les gouvernements. Ces programmes constituaient un moyen scientifique convainquant d'avoir des enfants en bonne santé, susceptible de devenir des travailleurs productifs et des soldats robustes.

Ces programmes pouvaient également s'appuyer de plus en plus sur les reformes sociales et les mouvements qualitatifs qui se faisaient toujours à l'époque. C'est ainsi que tous les pays industrialisés et leurs colonies, de même que la Thaïlande et de nombreux pays d'Amérique latine, avaient mis en place dès le début du XXe siècle au moins un embryon de service de santé maternelle et infantile. La première guerre mondiale a accéléré le mouvement et voila comment Joséphine Baker, alors responsable de la division de l'hygiène infantile de la ville de New York résumait les choses : (au risque d'être taxé d'insensibilité, on est bien obligé de dire que la guerre a constitué une rupture équivoque dans la situation des enfants).

C'est après la seconde guerre mondiale que ces programmes ont véritablement commencé. A la lumière des évènements mondiaux, on s'est vite rendu compte qu'il était dans l'intérêt public, que les gouvernements jouent un rôle et prennent leurs responsabilités à cet égard et, en 1948, la déclaration universelle des droits de l'homme proclamé par l'organisation des nations unies nouvellement créée leur a fixé l'obligation d'assurer une aide et une assistance spéciale aux mères et aux enfants. Cette question de la santé maternelle et infantile avait par là acquis une dimension internationale et morale, ce qui représentait une avancée durable par rapport aux préoccupations d'ordre politique et économique qui prévalait cinquante ans auparavant.

On s'est rendu compte que la triste situation des mères et des enfants représentait beaucoup plus qu'un problème de vulnérabilité biologique. En 1987, l'appel pour une action en faveur d'une maternité sans risque l'a explicitement qualifié «de profondément enraciner dans l'environnement social, culturel et économique néfaste créé par la société, notamment en ce qui concerne la place réservée à la femme dans la société »

Au cours du XXème siècle, plusieurs traités internationaux sur les droits de l'homme sont entrés en vigueur, rendant ainsi les pays signataires comptables des droits de leurs citoyens. Depuis deux décennies, les organes des nations unies ainsi que les juridictions internationales, régionales et nationales se préoccupent de plus en plus des droits de la mère et de l'enfant. [5].

En 1987, la première conférence internationale sur la maternité sans risque, convoquée à Nairobi, s'est fixée pour objectif de réduire de moitié d'ici l'an 2000 les taux de mortalité maternelle par rapport à 1990.

Cet objectif a été adopté par la suite par les gouvernements et d'autres conférences internationales dont le sommet mondial pour les enfants de New York en 1990, la conférence internationale sur la population et le développement du Caire en 1994 et la quatrième conférence internationale sur les femmes de Beijing en 1995.

En 1996, l'OMS et l'UNICEF ont révisé ces estimations pour 1990, le volume des informations sur l'étendue du problème ayant nettement augmenté ces dernières années. Ces nouvelles estimations ont montré que ce problème a une ampleur bien plus importante qu'on ne l'avait soupçonné à l'origine et que le nombre annuel des décès maternels est plus proche de 600.000 dans les pays en développement [11-2].

2. La consultation prénatale :

2.1 Les objectifs de la CPN SONT:

- Faire le diagnostic de la grossesse
- Surveiller et promouvoir l'état de santé de la mère
- Surveiller le développement du fœtus
- Dépister et prendre en charge les facteurs de risque et les pathologies de la grossesse
- Préparer l'accouchement et en faire le diagnostic
- Faire le pronostic de l'accouchement
- Eduquer et informer les mères.

2.2 Calendrier de CPN :

Les normes et procédure pour la surveillance prénatale du Ministère de santé du Mali recommandent au moins 4 CPN au cours de la grossesse :

- 1ère CPN avant le 3e mois (pour diagnostiquer la grossesse et les facteurs de risque) ;
- 2e CPN vers le 6e mois ;
- 3e CPN vers le 8e mois (pour surveiller le développement du fœtus ainsi que l'état de la gestante et prendre en charge les complications de la grossesse) ;
- 4e CPN vers le 9e mois (pour faire le pronostic de l'accouchement).

2.3 Matériel de CPN :

La consultation prénatale se déroule dans un endroit éclairé sans bruit et respectant l'intimité de la gestante.

Les matériels nécessaires sont:

- Une table de consultation gynécologique
- Une source lumineuse
- Un appareil à tension, un stéthoscope médical
- Une toise et une pèse-personne
- Un mètre ruban
- Un stéthoscope obstétrical de pinard.
- Des spéculums
- Des gants stériles

- Le matériel pour réaliser un frottis vaginal, des Spatules d'Ayres
- Des lames fixatrices
- Des tubes stériles plus écouvillons pour des prélèvements bactériologiques
- Des verres à urine plus bandelettes pour la recherche de sucre, d'albumine de nitrite, Solutions anti septiques
- Un Sceau contenant une solution désinfectante

Les activités préventives:

- La vaccination anti tétanique ;
- le dépistage du VIH ;
- la supplémentation martiale (fer) ;
- la prophylaxie anti-paludisme.

2.4. Le bilan prénatal:

2.4 a) Les examens complémentaires indispensables sont:

- Le groupe sanguin rhésus ;
- Le test d'Emmel et ou électrophorèse de l'Hémoglobine ;
- L'albuminurie, la glucosurie ;
- Le Bordet Wassermann (BW) ;
- La numération formule sanguine (taux d'hémoglobine) ;

-L'échographie pelvienne :

Il est recommandé de faire trois échographies ;

Une première échographie dite de diagnostic et de datation (avant la seizième semaine d'aménorrhée) ;

Une deuxième échographie qui apprécie la morphologie et le développement du fœtus et de ses annexes, recherche les malformations fœtales (deuxième trimestre) ;

Une échographie du troisième trimestre qui permet d'estimer le poids fœtal, de préciser le type de présentation et éventuellement le degré de flexion de la tête fœtale, de calculer le diamètre bipariétal (BIP, qui doit être inférieur ou égale à 95 millimètres) cette dernière échographie combinée à l'examen clinique permet de faire le pronostic de l'accouchement.

2.4 b) Les examens complémentaires non indispensables: ils sont très nombreux et seront demandés dans les situations spécifiques. On peut énumérer : la sérologie rubéole, la sérologie toxoplasmose, la goutte épaisse (GE) frottis mince (FM), l'examen cyto bactériologique des urines, le prélèvement cervical, vaginal plus antibiogramme, la protéinurie de 24 heures le test de Coombs indirect, la radiographie du contenu utérin, la glycémie à jeun, la créatinémie etc.

La tendance actuelle de la politique sanitaire nationale propose la CPN recentrée pour l'amélioration de sa qualité.

3. La consultation prénatale recentrée [9]

3.1. Concept

C'est une approche actualisée qui met l'accent sur la qualité des consultations prénatales plutôt que sur le nombre de visites.

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

3.2 Principes de la CPN recentrée

La détection et le traitement précoce des problèmes et complications.

La promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticides.

Le traitement préventif intermittent à la sulfadoxine pyriméthamine.

La préparation à l'accouchement.

3.3 Les étapes de la CPN recentrée

3.3.1 préparer la CPN

Préparer le local, l'équipement et les fournitures nécessaires.

3.3.2 Accueillir la femme avec respect et amabilité :

- Saluer chaleureusement la femme ;
- Souhaiter la bien venue ;
- Offrir un siège ;
- Se présenter à la femme ;
- Demander son nom ;
- Assurer la confidentialité (le prestataire qui examine la femme doit remplir les supports).

NB : Les clientes seront prises par ordre d'arrivée, excepté les cas urgents qui sont prioritaires.

3.3.3 Procéder à l'interrogatoire / Enregistrement

- Informer la femme de l'importance et du déroulement de la consultation (avec un ton aimable) ;
- Recueillir les informations sur l'identité de la gestante ;
- Rechercher les antécédents médicaux ;
- Rechercher les antécédents obstétricaux ;
- Rechercher les antécédents chirurgicaux ;
- Demander l'histoire de la grossesse actuelle ;
- Rechercher et enregistrer les facteurs de risque ;
- Noter les informations recueillies dans le carnet, le registre de consultations et les fiches opérationnelles.

3.3.4 Procéder à l'examen :

Cet examen comporte un examen général, un examen obstétrical avec examen des seins et du bassin ;

3.3.5 Demande des examens complémentaires.

A la première consultation :

- Demander le groupe sanguin rhésus
- Demander le test d'Emmel, le taux d'hémoglobine le BW (titrage)
- Albumine / sucre dans les urines
- Demander le test de VIH après counseling

Les autres consultations :

- Demander Albumine / sucre dans les urines et les examens complémentaires orienté par l'examen de la gestante.

3.3.6 Prescrire les soins Préventifs :

- Vacciner la femme contre le tétanos
- Prescrire la sulfadoxine Pyriméthamine (SP)

La dose recommandée en traitement préventif lors de la CPN est 3 comprimés de sulfadoxine pyriméthamine soit 300 mg en prise unique, 2 prises au cours de la grossesse ;

La 1^{ère} prise après la 16^{ème} semaine d'aménorrhée après perception des mouvements actifs du fœtus par la gestante ; 2^{ème} prise après la 32^{ème} semaine d'aménorrhée.

- Prescrire le fer acide folique
- Donner des conseils sur l'hygiène alimentaire (la consommation d'œuf, de lait, de poisson, de viande, de feuilles vertes ...)
l'hygiène de vie (repos, dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide, éviter les excitants) et la planification familiale ;

3.3.7 Prescrire le traitement curatif, si nécessaire :

Expliquer à la femme la prise des médicaments prescrits.

3.3.8 Préparer un plan pour l'accouchement avec la gestante et sa famille :

- Préciser un prestataire compétent
- préciser le lieu d'accouchement
- Clarifier les conditions de transports même en cas d'urgence
- Prévoir les ressources financières nécessaires pour l'accouchement et la prise en charge des situations d'urgence.
- Identifier les donneurs de sang, les accompagnateurs et les personnes de soutien lors de l'accouchement.

- Identifier les articles nécessaires pour l'accouchement (mère et nouveau-né)
- Renseigner la femme sur les signes du travail et les signes de danger.

Signes du travail:

- contractions régulières et douloureuses
- Glaires striées de sang (bouchon muqueux)

Signes de danger chez la femme enceinte :

- Saignements vaginaux
- Respiration difficile
- Fièvre
- Douleurs abdominales graves ;
- Maux de tête prononcés/vision trouble ; vertige, bourdonnement d'oreille
- Convulsion / Perte de conscience
- Douleurs de l'accouchement avant la 37ème semaine d'aménorrhée
- Douleurs dans la région lombaire rayonnant du fond de l'utérus
- Pertes sanglantes
- Rupture prématurée des membranes (Pertes liquidiennes)

3.3.9 Donner le prochain rendez-vous :

Expliquer à la femme que la fréquence des visites est de 4 au moins :

- Une au 1^{er} trimestre
- Une au 2^{er} trimestre
- Deux au 3^{er} trimestre

Insister sur le respect de la date du rendez-vous et la nécessité de revenir au besoin avec le carnet de grossesse.

3.3.10 Accompagner la gestante après l'avoir remerciée

3.3.11 Consultation Périnatale de suivi : En plus des gestes de la CPN initiale

- Rechercher les signes de danger :
- Symptômes et signes de maladies
- Identifier une Présentation vicieuse
- Problèmes / changement depuis la dernière consultation
- Sensibiliser la gestante sur les mesures préventives
- Sensibiliser la gestante sur la planification familiale
- Ajuster ou maintenir le plan de l'accouchement
- Raccompagner la femme après l'avoir remerciée.

3.4. Prise en charges des pathologies et des complications.

Cette prise en charge dépend de la pathologie ou la complication présentée.

4. Définitions opérationnelles :

4.1 L'évaluation :

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

4.2 La qualité des soins :

La qualité des soins techniques consiste à appliquer des sciences et technologies médicales de manière à arriver au maximum des bénéfices pour la santé sans augmenter pour autant de risques. Le niveau de qualité est alors la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable de risques et bénéfices (DONABEDIAN) [12].

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, les invalidités et la malnutrition.

Les soins de qualité sont le résultat d'une dynamique complexe comportant des dimensions multiples. L'entité « soins » comporte des aspects indissociables qui sont :

- la relation soignant soignée (respect de la dignité humaine) ;
- la démarche clinique et thérapeutique dont la qualité dépend de l'efficacité théorique du protocole des soins, de la compétence du personnel, de l'organisation du service et de l'acceptabilité par le patient ;
- la continuité des soins ;
- les conseils donnés à la patiente pour un bon déroulement de la grossesse ;

-l'autonomisation [12].

4.3 Surveillance prénatale ou consultation prénatale (CPN) :

La CPN est une pratique médicale qui s'organise autour d'un ensemble de gestes techniques contribuant à 3 fins essentielles :

Vérifier le bon déroulement de la grossesse et de dépister tous les facteurs de risques antérieurs ou contemporains,

Traiter ou orienter la femme dans le 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 [13].

4-4 Politique et normes des services :

La politique définit la mission de la santé de la reproduction, indique les bénéficiaires, décrit les activités, les prestataires et les responsabilités pour l'offre des services de qualité [14].

4.5 Normes :

Elles précisent les types de services offerts, les conditions minimales acceptables des performances et des qualifications requises exigées pour chaque service offert [14].

4.6 Les procédures :

Elles décrivent de gestes logiques indispensables et nécessaires à l'offre des services de qualité par les prestataires [14].

4.7 La grossesse :

C'est l'état physiologique de la femme durant la période qui s'étend de la fécondation à l'accouchement [14].

4.8 Facteurs de risque au cours de la grossesse :

Un facteur de risque pendant la grossesse est une caractéristique qui, lorsqu'elle est présente, indique que cette grossesse a des chances d'être compliquée [13].

4.9 Grossesse à haut risque :

C'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risques. Elle entraîne un risque élevé soit pour la mère soit pour le fœtus, vital ou non, pouvant se manifester pendant la grossesse ou au cours de l'accouchement.

4.10 La maternité sans risque :

C'est créer des conditions dans lesquelles une femme peut choisir d'avoir un enfant, et si elle le fait, est assurée de recevoir des soins pour la prévention et le traitement des complications de la grossesse, d'avoir accès à l'assistance d'un personnel qualifié à l'accouchement, à des soins obstétricaux d'urgence en cas de besoin et des soins après la naissance, de manière à éviter le risque de décès ou d'incapacité liée aux complications de la grossesse et de l'accouchement [9].

Cette définition est la même que celle de l'OMS à la conférence de l'I.C.P.D du programme d'action de la conférence de l'ONU sur les femmes (1995) et d'autres institutions et conventions. Elle rappelle que toutes les femmes doivent pouvoir choisir d'avoir des enfants et que celles qui font ce choix doivent être assurées de bénéficier d'une surveillance prénatale de qualité, d'une assistance qualifiée à la naissance et pendant la période post-natale et d'éviter les risques de décès ou d'incapacités liées à la grossesse [9].

4.1.1 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 quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite [15].

4.1.2 Taux de mortalité maternelle :

C'est le nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, parfois exprimé pour 100.000 femmes en âge de procréer [15].

4.1.3 L'aire de santé ou secteur sanitaire :

Elle représente une zone géographique desservie par une ressource sanitaire [16].

4.1.4 La carte sanitaire :

C'est la répartition géographique actuelle de l'ensemble des soins d'une circonscription sanitaire. Elle est un instrument de planification pour une utilisation optimale des ressources [16].

4.1.5 Le paquet minimum d'activité (PMA) :

Il signifie l'offre d'activités intégrées de soins de santé. Il comporte des activités préventives, curatives et promotionnelles. Il s'agit entre autres de traitement des maladies courantes, consultation prénatale et post-natale avec accouchements et vaccinations [16].

4.1.6 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 [13]

4.1.7 Référence :

C'est l'orientation d'une patiente vers un service spécialisé en absence de toute situation d'urgence [13].

METHODOLOGIE

III-METHODOLOGIE

1. CADRE D'ETUDE

Notre étude a eu lieu dans le centre de santé communautaire (ASACOBOUL II) qui dessert la population de Boukassoumbougou situé en commune I du district de Bamako sur la rive gauche du fleuve Niger.

1.1 Commune I :

Créé par l'ordonnance n°78-32/CMLN du 18 août 1978, modifiée par la loi n°82-29/AN-RM du 02 février 1982, la commune I est située sur la rive gauche du fleuve Niger dans la partie nord-est de Bamako. Elle est comprise entre le 12°72 et 12°62 de latitude nord et les 8 et 7°9 de longitude Ouest et couvre une superficie de 34,26 km² soit 12,83% de la superficie totale du district de Bamako (267 km²). [27]

1.2 Présentation du quartier de Boukassoumbougou :

1.2.1 Données historiques :

Le quartier de Boukassoumbougou fut créé pendant la période coloniale. Le quartier a été loti dans les années 1979 de même que d'autres quartiers de la commune.

1.2.2 Données géographiques :

Boukassoumbougou couvre une superficie de 3,41 Km².

Il est limité au **sud** par Sotuba, au **nord** par la commune de Kati à l'**est** par Titibougou et à l'**ouest** par Djélibougou.

Le climat est caractérisé par l'alternance d'une saison sèche (froide de novembre à janvier et chaude de février à Mai) et une saison humide (chaude de juin à l'octobre avec une pluviométrie très variable). [27]

1.2.3 Données démographiques :

La population de l'aire de santé de Boukassoumbougou comptait 42092 personnes en fin 2007, (la croissance annuelle est de 4,3%). Cette population occupait 14,78% de la population de la commune I, sur une superficie de 3,41km².

Les ethnies dominantes sont les bambaras, les peuhls et les Sarakolés etc. [27]

1.2.4 Données socioculturelles :

Dans le but de renforcer la cohésion sociale, de préserver les normes et les valeurs, chaque société adopte une certaine organisation, à Boukassoumbougou existe un chef de village et des conseillers.

La pyramide sociale est constituée par les nobles et les hommes de castes. Les rites traditionnels ont laissé la place aux 2 principales religions (l'islam et christianisme). [27]

1.2.5 Données économiques :

Comme tout les quartiers de Bamako l'économie est surtout basée sur le secteur privé (commerce, artisanat, pêche, micro industrie Agriculture).le secteur publique existe mais peu de personne en bénéficie car il y'a moins de fonctionnaires. [27]

1.3 Présentation du centre de santé Boukassoumbougou:

L'ASACOBOULII a été créé en septembre 1992 par la population du quartier. Après sa création elle met en place un CSCOM.

Ce centre de santé est à cheval entre Boukassoumbougou et Djélibougou et à quatre kilomètre du centre de santé de référence de la commune I.

1-3-1 Infrastructures et Activités :

Les locaux du centre comprennent :

Un dispensaire : il a ouvert ses portes en 1992 et comprend :

- Une salle de consultation,
 - Une salle de soins infirmiers,
 - Un laboratoire d'analyses médicales,
 - Une salle de mise en repos des malades,
 - Une pharmacie,
 - Des Toilettes,
- La maternité : elle a ouvert ses portes en même temps que le dispensaire avec
- Une salle de CPN,
 - Une salle d'accouchement,
 - Une salle de repos des accouchés,
 - Une salle de PF et CPON associée,
- Un hangar : utilisé pour la vaccination et les IECS (Information Education Communication en Santé), promotion nutritionnelle.
- Une salle pour consultation enfant sain.
- Une pharmacie,
- Un magasin,
- Un bureau pour l'agent comptable.

1.4. Système de tarification:

Tableau I : Coût des activités dans le CSCOM ASACOBOUL II

Activités	Prix
Consultations	Adhérents 300
Médicales	Non adhérents 600
Garde	Adhérents 500
	Non adhérents 1000
Carnet maternité	500
Accouchement	3000
Carnet PF	500
Pansement	500
Injection	0*
Perfusion	500
CPON	0
CPN	250
CPES	500
Vaccination	100 #

*Gratuite sur présentation du ticket.

#Prix carnet

Tableau II : Tarif des examens de laboratoire dans le CSCOM ASACOBOUL II

Examens complémentaires	Tarifs
NFS/VS	3500
Groupe rhésus	1000
Albumine/Sucre	500
Goutte épaisse	1000*
Glycémie	1000
ECBU	2500
Selles POK	700
Test Toxoplasmose	4000
Test d'Emmel	600
BW	500
Widal	2500
Taux d'hémoglobine	700
Antigène Hbs	5000
Rubéole	500
Electrophorèse de l'hémoglobine	6000
Créatinine	2000
Transaminase	2500

(*)La goutte épaisse est gratuite chez les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans

2- PERIODE D'ETUDE

Notre étude s'est déroulée de Novembre 2012 à Janvier 2013

3. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude qualitative descriptive transversale qui concerne 196 cas de CPN recensées systématiquement pendant la période d'étude .Elle a été inspiré du postulat d'Adevis DONABEDIAN sur l'évaluation de la qualité des soins et des services.

4. ECHANTILLONNAGE

4.1 Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude toutes les gestantes venues en consultation pendant la période d'étude et qui ont accepté de participer à l'étude.

4.2 Critères de non inclusion

N'Ont pas été inclus dans l'étude les gestantes qui auront refusé de se soumettre à l'examen et à notre questionnaire. Les parturientes seront aussi exclues.

4.3 Technique et déroulement de l'échantillonnage

Il s'agit d'un recrutement systématique de toutes les gestantes se présentant en consultation prénatale au cours de la période d'enquête et qui ont accepté de se soumettre à nos questionnaires et trouvant l'enquêteur en place. Ainsi nous avons recruté cent quatre vingt et six (196) gestantes qui se sont présentées au centre selon la formule suivante :

$$N = \frac{P \cdot Q}{(u \cdot \alpha / e)^2}$$

P=Taux en pourcentage=85%, selon la qualité satisfaisante de l'étude menée en 2008 sur la qualité de la consultation prénatale au CREF CI [6]

Q=1-P selon la formule **P+Q=1**

$$u \cdot \alpha = 1.96 \qquad e = 0.05$$

Le protocole a consisté en une observation non participante du praticien avant et pendant la consultation tout en remplissant le questionnaire.

5. COLLECTE DES DONNEES

Elle a été faite selon des questionnaires individuels:

-1 questionnaire pour l'observation des consultations prénatales.

La technique de collecte des données a été faite par une interview et une lecture des documents tels que les carnets et ou les registres des sages femmes ; les lundis pour les nouvelles entrantes, les jeudis pour les anciennes et les vendredis pour les nouvelles et les anciennes.

L'étude de la structure sera reposée sur un recueil des données du centre de santé. Elle va consister en une description des capacités de production (locaux, ressources humaines, équipements du centre); et celle de la description de l'organisation du travail.

L'étude des procédures va consister en une observation de la CPN avec recueil des données sur la réalisation des gestes techniques.

6- POPULATION D'ETUDE: Il s'agit:

- Du personnel chargé de la CPN (médecin, sage-femme, infirmière obstétricienne)
- Des gestantes reçues en CPN pendant la période d'étude.

6-1- Les variables étudiées:

6-1-1 Sur la structure:

Pour étudier le niveau de qualité du centre de santé, nous avons étudié les exigences et attentes suivantes:

- les normes architecturales (matériaux de construction, état du local, système de protection contre la poussière et la clôture);
- Le dispositif d'accueil et d'orientation (existence d'un service d'accueil, qualification du personnel d'accueil, existence d'une pancarte pour l'orientation dans le centre)
- La structure et l'équipement de l'unité de consultation (état et équipement de la salle, équipement pour examen physique, dispositif d'accueil);
- L'équipement de la salle d'attente (pour l'accouchement, la consultation médicale, la CPN et hangar de vaccination);
- Les autres salles du centre (salle d'injection, salle de pansement, salle de stérilisation, salle de petite chirurgie);
- La fonctionnalité de la pharmacie (normes architecturales, équipement, qualification du personnel, mode d'approvisionnement et existence de médicaments essentiels);
- La fonctionnalité du laboratoire (normes architecturales, existence de réactifs, équipement et qualification du personnel);

- L'état des toilettes (normes architecturales, équipement et propreté);
- Le système d'approvisionnement en eau et le mécanisme d'élimination des déchets (existence de robinet ou de puits, de chasses eaux et de poubelles);
- Le système d'éclairage et la communication (existence de téléphone, fax, Internet, éclairage par un réseau publique, un groupe électrogène ou des panneaux solaires).

6.1.2 Sur les procédures de la CPN:

Les variables étudiées seront en rapport avec les gestes techniques suivants:

- Identification de la consultante;
- Identification de la personne qui a pris en charge la gestante;
- L'accueil ;
- L'interrogatoire ;
- L'examen physique;
- La demande des examens complémentaires: groupage sanguin rhésus, NFS, test d'EMMEL, sérologies de rubéole et toxoplasmose, le BW (VDRL, TPHA), Albumine/sucre, l'échographie obstétricale, sérologie HIV
- Le respect de l'hygiène au cours de la grossesse: travail ménager, alimentation, repos.
- Les relations humaines (rapport entre le prestataire et la gestante)
- Les soins préventifs (prévention contre le paludisme, suppléments en fer et acide folique), vaccination anti tétanique
- Les conseils à donner;
- L'hygiène de la consultation;

- Les facteurs de risques;
- La référence en cas de nécessité;
- Les rendez-vous;

6.1.3 Sur l'opinion des gestantes:

Ce sont les informations reçues par les gestantes à la suite des CPN par rapport aux prestataires et leur prestation.

Les paramètres étudiés : seront

- L'organisation pratique et la commodité de la CPN;
- La nature de l'accueil au cours de la CPN;
- La satisfaction des gestantes sur l'état des locaux;

7. LA PROCEDURE DE L'ENQUETE

Le déroulement de l'étude sera le suivant:

~Les observations seront faites dans la plus grande discrétion possible et en restant totalement passif. Les fiches d'enquêtes permettront de répondre rapidement aux questions.

~L'opinion des gestantes a été demandée à la sortie de la salle de consultation après l'observation, après avoir obtenu leur consentement.

8. PLAN D'ANALYSE DES DONNEES:

Les données ont été saisies sur Microsoft World 2007 et analysé sur IBM statistique 20.

9. NIVEAU DE LA QUALITE DE LA STRUCTURE:

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

~Les normes architecturales:

Le Matériaux de construction ;

Etat du local;

Système de protection (contre la poussière) et la clôture.

~ Le dispositif en place pour l'accueil:

Existence d'un service d'accueil ou d'un bureau des entrées;

Présence et qualification du personnel d'accueil;

Existence de pancarte pour l'orientation dans le centre.

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

Structure de la salle ;

Matériel technique de bonne qualité ;

~L'existence et la fonctionnalité du laboratoire :

Equipement;

Personnel;

Formation du personnel ;

Faisabilité du bilan de CPN.

~Le dépôt de médicaments :

Normes architecturales ;

Equipement ;

Mode d'approvisionnement ;

Formation du personnel.

~Etat des toilettes :

Normes architecturales ;

Equipement ;

Propreté.

~Le système d'approvisionnement en eau et d'élimination des déchets :

Robinet ou puits ;

Poubelles ;

Incinérateur.

~Le système d'éclairage et la communication :

Téléphone (fixe et mobile), fax, Internet ;

Réseau public, groupe électrogène.

10. SYSTEME DE CLASSEMENT

Une cotation (0; 1) a été faite pour les critères si haut 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
- Niveau II: 50 à 74% de score maximal soit un score total de 20 à 29
- Niveau I: inférieur à 50% de score maximal soit un score total inférieur à 20

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

L'analyse a porté sur deux types d'échelles:

Une première échelle ou les CPN sont dites:

De bonne qualité: si toute les variables discriminatoires sont réalisées

De moins bonne qualité: si une au moins des variables discriminatoires n'est pas réalisée

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

Elevé (Q4): 95 à 100 % des gestes de la dimension sont réalisés

Assez élevé (Q3) 75 à 94,99% des gestes de la dimension sont réalisés

Moyen (Q2): 50 à 74,99% des gestes de la dimension sont réalisés

Faible (Q1): moins de 50% des gestes de la dimension sont réalisés

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

Pour les dimensions qui ont moins quatre variables le score a été considéré comme le niveau de qualité :

Elevé (Q4) : Score = 3

Assez élevé (Q3) : Score = 2

Moyen (Q2) : Score = 1

Faible (Q1) : Score = 0

C'est ainsi qu'elle a permis de déterminer pour le centre la promotion de gestantes recevant des soins de bonne ou d'assez bonne qualité (Q4 et Q3) 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.

10. POUR L'ETUDE ANALYTIQUE:

Nous avons évalué le niveau de qualité des prestations suivant certaines rubriques. Pour chaque item nous avons adopté la cotation de 0 à 1. Pour chaque rubrique le score total attendu dépendait du nombre des questions en faveur. Notre appréciation a été relevée par le taux de bons scores sur le total des points attendus multiplié par 100.

Ainsi nous avons retenu les rubriques suivantes:

- Au niveau de l'accueil:

Q19- Salutation conforme aux convenances sociales

Q22- La consultante a-t-elle été invitée à s'asseoir ?

Q23- Demande du carnet de grossesse précédente.

Score maximum attendu = 3

Score minimum attendu = 0.

- Au niveau de l'examen physique:

Q46- Avez-vous expliqué le déroulement de la consultation

Q47- Pesé

Q48- Mesure de la taille

Q49- Recherche d'une boiterie

Q50- Aider à monter sur la table

Q51- Examen des conjonctives

Q52- Examen des seins

Q53- Mesure de la TA (cm hg)

Q54- Consultation cardiaque

Q55- Consultation pulmonaire

Q56- Palpation de l'abdomen

Q57- Mesure de la hauteur utérine (HU)

Q58- Auscultation du bruit du cœur fœtal

Q59- Position du fœtus

Q60- Examen au spéculum

Q61-Toucher vaginal

Q-62- Examen du bassin

Q63- Recherche des œdèmes

Q64- Aider à descendre de la table.

Q65- Eclairage était-il suffisante

Score maximum attendu =20

Score minimum attendu = 0.

- Relations humaines:

Q73- Gentillesse du ton

Q74- A-t-elle fait des salutations d'usage à son départ ?

Q75- Pendant ou au décours de l'examen a-t-on expliqué à la gestante l'évolution de la grossesse ?

Q76- A-t-il demandé à la consultante de revenir ?

Q77- Lui a-t-il précisé quand ?

Score maximum attendu =5

Score maximum attendu = 0.

- Au niveau des Conseils:

Q78- A-t-on donné des conseils

Q80- A-t-on expliqué les signes d'alerte ? Et que faire s'ils survenaient ?

Q81- Si oui quels sont les signes d'alerte ?

Score maximum attendu = 3

Score maximum attendu = 0.

- Au niveau de l'hygiène:

Q83- Un tissu est-il posé sur la table d'examen ?

Q84- Si oui est-il fourni par le centre ?

Q85- Le praticien s'est-il lavé les mains avant d'examiner une autre consultante ?

Q86- Le praticien a-t-il utilisé des gants ou un doigtier ?

Q87- À la fin de la consultation le matériel est-il changé ?

Q90- Le praticien a-t-il commis une faute d'hygiène ?

Score maximum attendu = 6

Score minimum attendu = 0.

- Au niveau de la conclusion:

Q92- Le praticien a-t-il tiré une conclusion ?

Q94- Si elle appartient à un groupe à risque, le lui a-t-il annoncé ?

Q95- Référence vers un autre établissement +Q96- Nom de l'établissement de référence.

Q97- Le praticien a-t-il annoncé à la gestante la DPA ?

Q98- Préparation d'un plan pour l'accouchement ?

Score maximum attendu = 5

Score minimum attendu = 0.

- Respect physique et psychique:

OPC3- L'ordre de passage a-t-il été respecté ?

OPC4- Comment étiez vous installé pendant l'attente ?

OPC6- Avez-vous trouvé l'attente longue ?

OPC7- La personne qui vous a reçu a-t-elle été agréable

OPC8- Pensez vous que la personne qui vous a reçu a prêté suffisamment attention à vous ?

OPC12- Avez-vous été satisfaite ?

Score maximum attendu = 6

Score minimum attendu = 0.

- Respect de l'intimité:

OPC15- Votre intimité a-t-elle été respectée ?

OPC81- Examen à l'abri des regards ?

Score maximum attendu =2

Score minimum attendu = 0.

- Respect de la confidentialité:

OPC14- Avez-vous trouvé que la consultation était suffisamment confidentielle (secret médical).

Score maximum attendu = 1

Score minimum attendu = 0.

-Le nombre moyen de consultation prénatale est 10 à 15 gestantes par jour.

-Le temps d'attente des gestantes était compris entre 15 à 20 minutes.

-Le début des CPN entre 8 heures et 8h30mn.

1-Etude descriptive et analytique de la structure :

Tableau III : Niveau de la qualité des structures de I ASACOBOUL II

REFERENCES	NIVEAU DE QAULITE					OBSERVATIONS
	A	B	C	D	Score	
1-Norme architecturales	+				4	Respecte toute les normes architecturales pour un CSCOM
2-dispositif d'accueil et orientation	+				4	Existence de personnel dans le centre
3-Structure, équipement, unité de consultation prénatale		+			3	Matériel technique incomplet, pas de thermomètre, pèse personne présente
4-Equipement en salle d'attente	+				4	Conditions d'attente assez favorables
5-Unité annexe consultation	+				4	Matériel complet dans la salle de consultation du médecin et salle de garde
6-Fonctionnalité du laboratoire		+			4	Tout le bilan prénatal est faisable ici mais la protection contre la poussière est insuffisante (pas de vitre)
7-Pharmacie		+			3	Protection contre la poussière est insuffisante (pas de vitre)
8-Etat des toilettes	+				4	Propres et bien entretenues
9-Système d'approvisionnement en eau et l'élimination des déchets	+				4	Réseau public approvisionnent en eau, déchets acheminés au CSREF CI
10-Système d'éclairage et de communication	+				4	Réseau public assure l'éclairage .Téléphone fixe pour la communication
	Score total				38	

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

+ désigne le niveau de qualité coché.

Score maximal (sc.max)= 40

Niveau de la qualité :

Niveau 4 :95-100% sc.max soit 38 à 40.

Niveau 3 : 75-94% sc.max soit 30 à 37.

Niveau 2 : 50 à 74% sc.max soit 20 à 29.

Niveau 1 : moins de 50% sc.max soit moins de 20.

Le score total obtenu est de 38 (95%)

La structure est de niveau **IV** c'est-à-dire que les références évaluées sont satisfaisantes à 95%.

RESULTATS

1- Caractéristiques socio démographique des gestantes

Tableau IV : Répartition des gestantes selon la résidence

Résidences des gestantes	Effectifs	%
Boukassoumbougou	91	46,5
Sangarebougou	41	20,9
Sarambougou	10	5,1
Sotuba	20	10,2
Moribabougou	4	2,0
Djelibougou	18	9,2
Titibougou	12	6,1
Total	196	100

La majorité de nos gestantes résident à Boukassoumbougou soit 46,5%

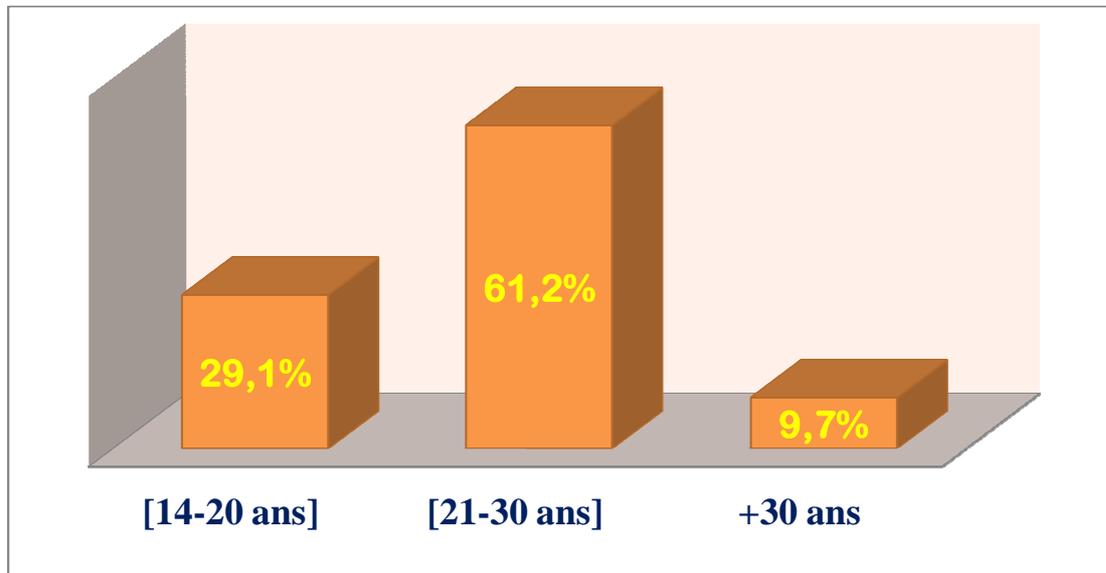


FIGURE 1 : Répartition des gestantes selon l'âge

La tranche d'âge entre 21ans- 30ans était la plus représentée dans notre étude avec un taux de 61,2%.

Tableau V : Répartition des gestantes selon l'ethnie

Ethnies des gestantes	Effectifs	%
Bambara	80	40,8
Peulh	19	9,7
Malinké	14	7,1
Bozo	2	1,0
Sonrhäï	16	8,2
Dogon	20	10,2
Autres	25	12,8
Sarakolé	20	10,2
Total	196	100

Dans notre étude l'ethnie bambara était la plus représentée avec 40,8% des cas

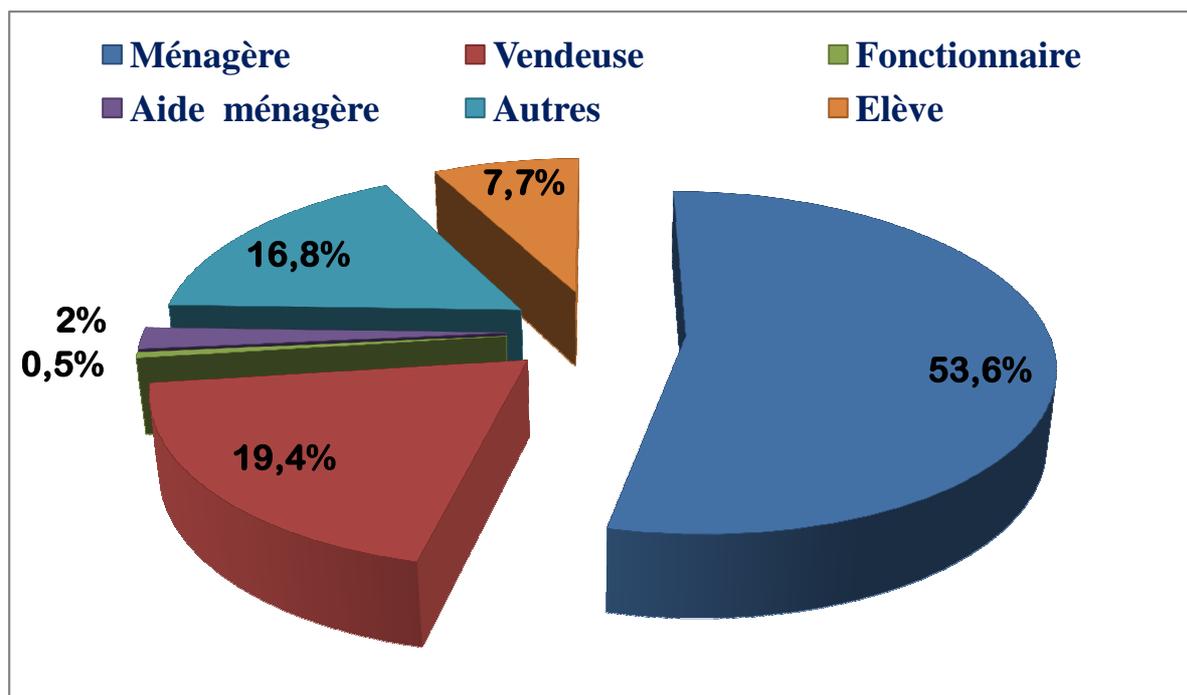


FIGURE 2 : Répartition des gestantes selon la profession

La profession ménagère a été la plus représentée dans notre étude soit 53,6% des cas.

Tableau VI : Répartition des gestantes selon le niveau scolaire

Niveau scolaire des gestantes	Effectifs	%
Non scolarisé	106	54,2
Primaire	53	27,0
Secondaire	20	10,2
Supérieur	3	1,5
Enseignement coranique	14	7,1
Total	196	100

La majorité de nos gestantes n'étaient pas scolarisée avec un taux de 54,2% des cas.

Tableau VII : Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Effectifs	%
G1	49	25,0
G2-G3	88	44,9
G4-G6	43	21,9
Sup ou = à G7	16	8,2
Total	196	100

Dans notre étude les G2-G3 étaient les plus représentées soit 44,9% des cas.

Tableau VIII : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectifs	%
P0	56	28,6
P1	52	26,5
P2-P3	55	28,1
P4-P6	24	12,2
Sup ou = à P7	9	4,6
Total	196	100

Les nullipares étaient les plus représentées soit 28% des cas.

Tableau IX : Répartition des gestantes selon l'état matrimonial

Etat matrimonial des gestantes	Effectifs	%
Célibataire	21	10,7
Mariée	171	87,3
Veuve	1	0,5
Divorcée	3	1,5
Total	196	100

Dans notre étude 87,3% de nos gestantes étaient mariée.

3. ETUDE DES PROCEDURES:

3.1 Etude descriptive:

3.1.1 Données des CPN:

TABLEAU X : Répartition des prestataires selon leur qualification

Qualification de personnels de CPN	Effectifs	%
sage femme	196	100

Les consultations prénatale étaient réalisées par les sages femmes dans 100% des cas.

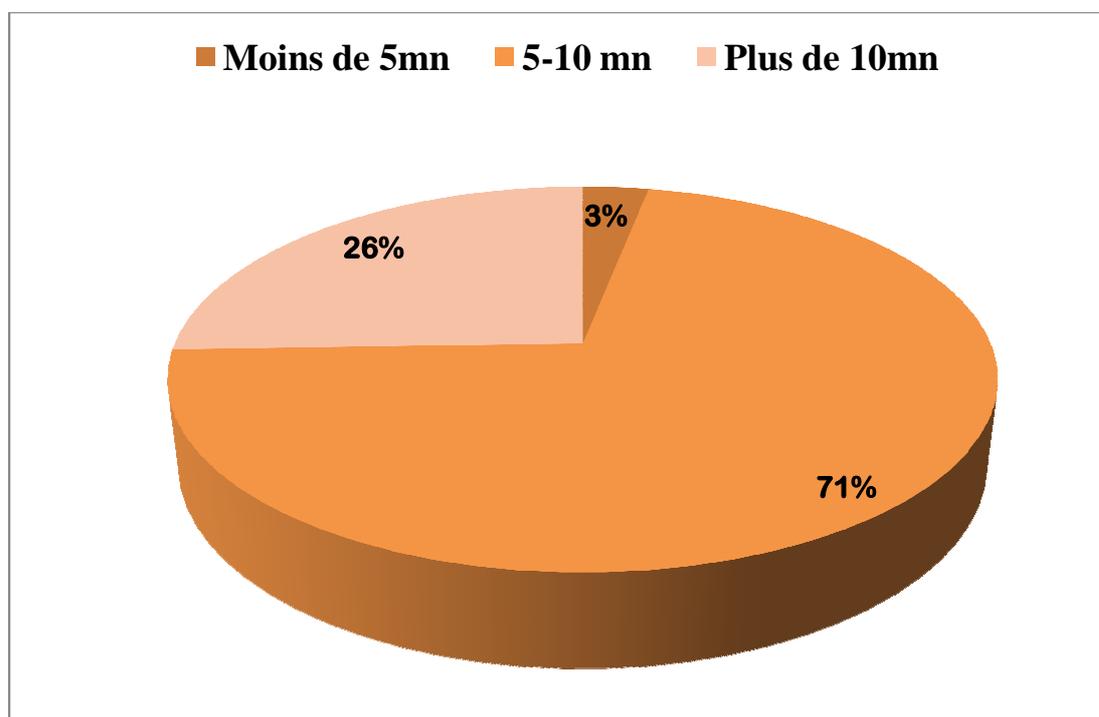


FIGURE 3 : Répartition des gestantes selon la durée des CPN en minute

La durée des CPN était comprise entre 5-10mn dans 71,5% des cas.

Tableau XI : Répartition des gestantes selon l'histoire de la grossesse actuelle

Histoire de la grossesse	Effectif	%
	N=196	
<hr/>		
Détermination de l'âge		
de la grossesse	171	87,2
Détermination de la date probable		
d'accouchement	57	29,1
Détermination de la date		
des dernières règles	62	31,6

La date des dernières règles n'était connue que dans 62 cas soit 31,6%.

Tableau XII : Répartition de la population selon les conditions d'accueil

Conditions d'accueil	Effectif	%
	N=196	
La consultante a-t-elle été invitée à s'asseoir	192	98,0
Salutations conformes aux convenances sociales	194	99,0
Gentillesse du ton	191	97,4

L'accueil était de niveau élevé.

Tableau XIII : Répartition des gestantes selon les antécédents Obstétricaux demandés

Antécédents obstétricaux	Effectif	%
	N=196	
Gestité	196	100
Parité	140	71,4
vivant	126	64,3
Fausses couches	40	20,4
Mort-nés	13	6,6
Décès(néonatal, et infantile)	30	15,3
Césarienne	15	7,7
Forceps/Ventouse	5	2,6
Eclampsie	3	1,5

L'antécédent obstétrical de césarienne était connu dans 7,7% des cas alors que les antécédents obstétricaux de ventouse / forceps, et d'éclampsie n'étaient connu respectivement que dans 2,6% et 1,5% des cas.

Tableau XIV : Répartition des gestantes en fonction du recueil par l'agent de santé des antécédents médicaux

Antécédents Médicaux	Effectif N=196	%
HTA :	24	12,2
Diabète :	1	0,5
Affection cardiaque :	5	2,6
Tuberculose :	2	1,0
IST :	8	4,1
Drépanocytose :	4	2,0

L'antécédent d'HTA était le plus retrouvé soit 12,2% des cas tandis que l'antécédent de diabète n'était retrouvé que dans 0,5% des cas.

Tableau XV : Répartition des gestantes en fonction déroulement de la consultation

Déroulement de la consultation	Effectif	%
	(N=196)	
Explication déroulement de la consultation	18	9,2
Mesure de la taille	193	98,5
Pesée	100	100
Recherche de boiterie	14	7,1
Examen des conjonctives	196	100
Examen des seins	17	8,7
Mesure de la TA	194	98,5
Auscultation cardiaque	6	3,1
Auscultation pulmonaire	6	3,1
Palpation de l'abdomen	180	91,8
Mesure de la hauteur utérine	168	85,7
Auscultation des BDCF	139	70,9
Position du fœtus	106	54,1
Examen au spéculum	4	2,0
Toucher vaginal	190	96,9

Examen du bassin	40	20,4
Recherche d'œdème	80	40,8
Aide à monter de la table	4	2,0
Aide à descendre sur la table	12	6,1
Eclairage était il suffisante	192	98,0
Examen à l'abri du regard	196	100

L'examen cardio-pulmonaire, l'examen des seins n'était fait respectives que dans 3,1% et 8,7% des cas. L'examen au spéculum n'a été fait que chez 4 patientes (2,0%).

Tableau XVI : Répartitions des gestantes selon les examens complémentaires

Examens complémentaires	Effectifs absolus	%
N=196		
-Obligatoires :		
Albumine/Sucre dans les urines	115	51,5
Test d'Emmel	178	90,8
Groupage rhésus	196	100
BW	178	90,8
Echographie	146	74,5
-Facultatifs :		
Sérologie toxoplasme	32	16,3
Rubéole	32	16,3
Taux d'hémoglobine	32	16,3
Dépistage du VIH	101	51,5

Le groupage sanguin rhésus, l'échographie, l'albumine et le sucre dans les urines, le dépistage volontaire du VIH ont été majoritairement demandés. La sérologie toxoplasme et la rubéole n'a été demandée que dans 16,3% des cas.

Tableau XVII : Répartition des gestantes selon les prescriptions des traitements préventifs

Prescription des traitements préventifs	Effectifs absolus N=196	%
Fer/acide folique	190	96,9
SP	165	84,2
VAT	174	88,8

La prophylaxie anti palustre était la moins prescrite dans 84,2% des cas.

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon le type de conseils donnés

Type de conseils donnés	Effectifs	%
Suivi régulier des CPN	19	9,7
Faire les bilans	19	9,7
Hygiènes corporelles	8	4,1
Repos	12	6,1
Hygiènes alimentaires	17	8,7
Suivi des CPN, bilan	2	1,0
Suivi des CPN, bilans, repos, hygiène corporelle	5	2,6
Dormir sous MII	12	6,1
Venir consulter si dx abd	13	6,6
Pas de conseils donnés	89	45,4
Total	196	100

Faire le suivi régulier des CPN, faire les bilans ont été les conseils les plus donnés.

Tableau XIX : Répartition des gestantes selon le recueil des paramètres de continuités de soins

Paramètre de la continuité des soins	Effectifs absolus N=196	%
Pourquoi les examens complémentaires	137	69,9
Date de la prochaine consultation a été précisé	187	95,4
L'évolution de la grossesse a été expliquée	30	15,3
Signes d'alertes ont été expliqué	57	29,1
Préparation d'un plan pour l'accouchement	16	8,2

Les signes d'alertes et l'évolution de la grossesse n'ont été expliqués respectivement que dans 29,1% et 15,3% des cas.

Tableau XX : Répartition des gestantes en fonction de la réalisation des gestes liés à l'hygiène de la consultation

Gestes liés à l'hygiène de la CPN	Effectifs absolus N=196	%
Le praticien a porté des gants ou un doigtier	196	100
Le matériel a-t-il été changé à la fin de l'examen physique (gants, doigtier)	196	100
Tissu posé sur la table	90	45,9
Tissu est –il fourni par le centre	7	3,6
Le praticien s'est lavé les mains avant l'examen	11	5,6
Fautes d'hygiène	193	98,5

Dans 94,4% des cas les praticiennes ne se sont pas lavées les mains avant d'examiner une nouvelle cliente.

Tableau XXI : Répartition des gestantes selon la conclusion des prestataires

Conclusion des prestataires	Effectif	%
Gestantes non classées à risque	146	74,5
Groupe à risque	50	25,6
Information de la gestante	45	90,0
Référence vers CS Réf	35	70,0
Annonce de la DPA	81	41,1

Au terme de la conclusion : les gestantes ont été classées dans un groupe à risque dans 25,6% des cas et 90,% des gestantes classées dans un groupe à risque ont été informées.

Tableau XXII : Répartition des gestantes selon les facteurs de risque retrouvés

Facteur de risque	Effectifs	%
Taille inf. à 1m50	4	8,0
Grande multipare	5	10,0
HTA	6	12,0
Dernier accouchement dystocique	6	12,0
ATCD de mort-nés à répétition	5	10,0
Utérus cicatriciel	15	30,0
Présentation du siège	4	8,0
Drépanocytose/Grossesse	2	4,0
Présentation transversale	3	6,0
Total	50	100

L'utérus cicatriciel était le facteur de risque le plus retrouvé dans notre étude soit 30% des cas.

Tableau XXIII: Répartition des patientes selon la référence vers un autre établissement

Référence vers un autre établissement	Effectifs	%
Oui	35	70,0
Non	15	30,0
Total	50	100

Dans notre étude 70% de nos gestantes classée à un groupe a risque ont été référé vers un autre établissement soit un effectif de 35.

Tableau XXIV : Analyse discriminatoire de la qualité de l'interaction gestantes prestataires.

Interaction gestantes prestataires	Effectifs absolus N=126	%
Réception agréable	125	99,2
Ordre de passage respecté	108	85,7
Attente confortable	126	100
Confidentialité respectée	126	100
Attention portée	126	100
Satisfaction des gestantes	126	100

L'observation de ce tableau montre que la qualité de l'interaction gestantes prestataires était satisfaisante.

Tableau XXV : Répartition des gestantes en fonction de leur opinion sur l'état des locaux.

Locaux	Effectif	%
Vieux et sales	4	3,2
Nouveaux, sales	1	0,8
Vieux, propres	22	17,5
Nouveaux et propres	99	78,6
Total	126	100

Les gestantes ont apprécié l'état des locaux du CSCOM nouveaux et propres dans 78,6% des cas.

Tableau XXVI : Répartition des gestantes en fonction de leur opinion sur l'accessibilité et l'état des toilettes.

Toilettes	Effectif	%
Non accessible	19	15,1
Accessible	51	40,5
Accessible, et salle	7	5,6
Accessible, et propre	48	38,1
Ne sais pas	1	0,8
Total	126	100

Dans notre étude, 40,5% des gestantes trouvent que les toilettes sont accessibles et 38,1% trouvent qu'elles sont propres.

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon le CS REF de référence

Nom du CS Réf de référence	Effectifs	%
CS Réf CI	35	100
Total	35	100

L'établissement de référence était le CREF CI soit 100% des cas.

3.2 Etude analytique:

3.2.1 Qualité de la dimension humaine de la CPN :

Tableau XXVIII : Niveau de qualité du centre de santé de l'ASACOBOUL II sur le plan de la qualité de l'accueil.

N=196

Variable	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3 +Q4	Niveau de qualité			
						I	II	III	IV
Accueil	0	2	100	94	194				+
					98,97%				

Le centre est de niveau IV sur le plan qualité de l'accueil.

Tableau XXIX : Niveau de qualité du centre de santé de l'ASACOBOULII sur le plan de la qualité de l'examen physique.

N=196

Variable	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3 +Q4	Niveau de qualité			
						I	II	III	IV
Examen physique	0	132	64	0	64				
					32,65%		+		

Le centre de santé de l'ASACOBOUL II est de niveau II sur le plan de la qualité de l'examen physique

Tableau XXX : Niveau de qualité du centre de santé de l'ASACOBOUL II sur le plan de la qualité des examens complémentaires obligatoires demandés et des soins préventifs.

N=196

Variables	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3 +Q4	Niveau de qualité			
						I	II	III	IV
Examens complémentaires obligatoires	16	0	10	170	180 91,83%				+
Examens complémentaires facultatifs	12	144	32	8	40 20,40%	+			
Soins préventifs	0	16	20	160	180 91,83%				+

Le centre de santé de l'ASACOBOUL II est de niveau IV sur le plan de la prescription des examens complémentaires obligatoires et des soins préventifs, de niveau I sur le plan de la prescription des examens complémentaires facultatifs.

Tableau XXXI : Niveau de qualité du centre de santé de l'ASACOBOUL II sur le plan de la qualité des conseils donnés par les prestataires.

N=196

Variable	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3 +Q4	Niveau de qualité			
						I	II	III	IV
Conseils	28	158	8	2	10 5,10%	+			

Sur le plan de la qualité des conseils le centre est classé niveau I.

Tableau XXXII : Niveau de qualité du centre de santé de l'ASACOBOUL II sur le plan de la qualité de l'hygiène.

N=196

Variable	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3 +Q4	Niveau de qualité			
						I	II	III	IV
Hygiène au cours des CPN	0	180	16	0	16 8,16%	+			

Le centre de santé est de niveau I sur le plan qualité de l'hygiène.

Tableau XXXIII : Niveau de qualité du centre de santé de l'ASACOBOULII sur le plan de la qualité du respect physique et psychique.

N=126

Variable	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3 +Q4	Niveau de qualité			
						I	II	III	IV
Respect physique et psychique	0	17	0	108	108				+
					85,71%				

Sur le plan qualité du respect physique et psychique, le centre de santé est de niveau IV

Tableau XXXIV : Niveau de qualité du centre de santé de l'ASACOBOULII sur le plan de la qualité de l'intimité.

N=126

Variable	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3 +Q4	Niveau de qualité			
						I	II	III	IV
Intimité	0	1	0	125	125				+
					99,21%				

Sur le plan qualité de l'intimité, le centre est de niveau IV.

Tableau XXXV : Niveau de qualité du centre de santé de l'ASACOBOULII sur le plan de la qualité du respect de la confidentialité.

N=126

Variable	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3 +Q4	Niveau de qualité			
						I	II	III	IV
Confidentialité	0	0	0	126	126				+
					100%				

Le respect de la confidentielle était de bonne qualité dans 100%; de ce fait le centre est de niveau IV pour ce domaine.

Tableau XXXVI : Niveau de qualité du centre de santé de l'ASACOBOUL II sur le plan de la qualité des relations patiente-prestataire.

N=196

Variable	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3 +Q4	Niveau de qualité			
						I	II	III	IV
La relation humaine	1	0	0	195	195				+
					99,48%				

Sur le plan qualité de la relation humaine, le centre est de niveau IV.

COMMENTAIRES

DISCUSSIONS

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1- Qualité des structures :

Dans ce domaine nous avons hiérarchisé les niveaux de qualité qui sont au nombre de 4 : A, B, C, D.

Cette hiérarchisation a été faite selon les références dans lesquels un score a été attribué (Tableau III). Une observation a été faite sur chaque référence. Ainsi pour la norme architecturale de la structure de l'ASACOBOUL II se présente comme suite :

La clôture était en bon état, la construction est faite en ciment, la cour est en pavée. Il n'y avait pas de bonne protection contre la poussière et les moustiques, présence de pancarte pour l'orientation dans le centre.

L'équipement de la salle d'attente était assez satisfaisant. L'unité de CPN était aussi bien équipée mais ne contenant pas certains matériel comme le thermomètre. Le laboratoire était fonctionnel pour les examens complémentaires les plus courants, absence de protection contre la poussière. Le dépôt de médicament était assuré, absence de protection contre la poussière et l'initiative de Bamako était appliquée.

Les locaux de la CPN étaient propres ainsi que toutes les toilettes.

Le système d'éclairage, la communication avec d'autres structures et l'approvisionnement en eaux potables étaient assurés par les réseaux publics (l'énergie du Mali et la SOTELMA)

A l'analyse de la qualité de notre structure, le CSCOM-ASACOBOUL II a été classé niveau IV car le score était de 38 sur 40 soit 95 à 100%.

Ce résultat est similaire à ceux Trouvé par COULIBALY O. [19] selon une étude faite en 2011 au Cs réf CI., Cela pourrait s'expliquer par le fait que le centre de santé communautaire s'améliorer au fil des années.

2- Caractéristiques sociodémographiques:

Dans notre étude la tranche d'âge 21 à 30 ans étaient la plus représentée avec un taux de 61,2%. 29,1% des gestantes avaient un âge compris entre 14 et 20 ans et 9,7% avaient un âge supérieur à 30 ans, ce résultat est supérieur à ceux trouvés par TRAORE M. [18] qui trouve respectivement 56,7% ; 2,3% ; 4,7%. Ce résultat pourrait s'expliquer par une large sensibilisation de cette couche de la population face à la CPN.

La majorité de nos gestantes étaient non scolarisées ou de niveau primaire soit respectivement 54,2% ; 27%. Ces taux sont comparables à ceux de TRAORE M. [18] qui avait trouvé à L' ASACOBOUL I 53,3% de gestantes non scolarisées et 31% ayant le niveau primaire. Selon l'enquête mondiale sur la fécondité, la fécondité est inversement proportionnelle au niveau d'instruction des femmes; les femmes sans instruction ont en moyenne 2 fois plus d'enfants que celles qui ont eu 7 années ou plus de scolarité. [5]

La profession ménagère a été la plus représentée dans notre étude soit 53,6% des cas et 87,3% de ces ménagères étaient mariées. Ce résultat pourrait s'expliquer par une influence du foyer sur le niveau d'instruction. Ce taux est inférieur à ceux de Sangaré. F [8] et Traoré. I [4] qui avaient trouvé respectivement au Cs réf C_{IV} et à l'ADASCO 90% et 96,5% de gestantes mariées.

Dans notre étude, 44,9% de nos gestantes étaient à leur deuxième et troisième grossesse et 26,5% avaient déjà fait une maternité. Ces taux sont respectivement supérieurs à ceux de SANGARE. F [8] : 39,3% et 29,4% au

Cs réf CIV.

La connaissance des antécédents obstétricaux est primordiale dans la prise en charge des gestantes ; car elle détermine la conduite à tenir pour une issue favorable de la grossesse. Les antécédents obstétricaux ont été recherchés chez toutes nos gestantes.

Ainsi 25% de celles-ci étaient des primigestes, taux supérieur à celui de Traoré. I à l'ADASCO [4] : 21,0% et inférieur à ceux de Sangaré. F. au Cs réf CIV [8] : 31,3%. Et de Maiga. A.S au Cs réf C_I [6] : 29,0%

Les grandes multi gestes représentaient 8,2% de l'échantillon, taux comparable à celui de Maiga.A.S au Cs réf C_I [6] : 7,0% et inférieur à ceux de Traoré. I à l'ADASCO [4] : 16,5% et de Sangaré. F au Cs réf C_{IV} [8] : 12,6%,

Les nullipares représentaient 28,6% de l'échantillon taux comparable à ceux de Sangaré. Fau Cs réf C_{IV} [8] : 27,1% de Maiga.A.S au Cs réf C_I [6] : 27,0%

Les grandes multipares représentaient 4,6% des gestantes, ce résultat est inférieur à ceux de Traoré. I à l'ADASCO [4] : 7,5%, Sangaré. F au Cs réf C_{IV} [8] : 6,1% et Maiga.A.S au Cs réf C_I [6] : 6,0%.

Ce volet est très important à déterminer car la mortalité périnatale est la moindre pour les 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} grossesses. Elle est plus élevée pour la 1^{ère} grossesse et augmente à partir de la 5^{ème} grossesse [24].

3. Etude des procédures:

3.1 Etude descriptive:

3.1.1 Données des CPN:

Dans notre étude les activités de CPN ont été réalisées par les sages femmes dans 100% des cas, cela pourrait s'expliquer par le nombre élevé de personnel sage femme dans cette structure sanitaire.

Aucune CPN n'a été faite par un médecin. Ce résultat est comparable à ceux trouvé par TRAORE M. [18] à ASACOBOUL I.

Selon les normes de l'OMS, la première CPN doit être effectuée par un médecin (gynécologue -obstétricien) et cela pour confirmer le diagnostic de la grossesse et de prendre en charge celle qui comporte de risque [25].

Dans 71,5% de cas les CPN ont été faites entre 5 à 10 minutes; dans 3,5% des cas elles ont duré moins de 5 minutes. La courte durée d'une consultation met en cause la qualité de celle-ci; cela veut dire que des étapes n'ont pas été respectées. Cette brièveté de la durée des CPN serait due au fait que les gestantes étaient à leur 3eme CPN ou plus et n'avaient pas de facteurs de risques associés à la grossesse.

D'une manière générale nous dirons que la durée des CPN était meilleure par rapport à celle de Goita N [21] qui avait seulement 17% des CPN déroulées en moins de 5 minutes et de Sangaré .F [8] :23,8% de CPN réalisées en moins de 5 minutes.

La DDR (Date des Derniers Règles) était connue dans 31,6% des cas.

Ce taux est Supérieur à ceux de Traoré. I à l'ADASCO [4]:21, 5%, TRAORE M. a ASACOBOUL I [18]: 15, 2%. Ce faible taux serait dû au non scolarisation de nos gestantes (54,2%) et de l'abandon précoce des études depuis le niveau primaire par nos gestantes dans 27%.

La connaissance de la DDR permet quelque fois de déterminer l'âge de la grossesse et de faire un meilleur suivi de son évolution.

La DPA était connue chez 29,1% des gestantes, taux supérieur à ceux de Goita. N Cs réf C_V [21] : 3% et de Fomba.S à la MIPROMA [20] : 1,8% des cas, mais comparable à celui de Sangaré. F au Cs réf C_{IV} [8] où 67,3% des gestantes ne connaissaient pas leur DPA.

La connaissance de la DPA permet à la gestante de prévoir à temps les ressources financières pour l'accouchement et d'identifier à temps les articles nécessaires pour l'accouchement.

Concernant l'examen physique, l'auscultation cardio pulmonaire n'était faite que dans 3,1% des cas. Ce résultat est nettement meilleur que celui de Goita N au Cs réf C_V [21] et de Traoré I à l'ADASCO [4] chez qui ce geste n'a pas été réalisé.

L'examen au speculum n'était réalisé que dans 2,0%. Ce résultat est légèrement comparable à ceux de COULIBALY O. au CS Réf CI [19] qui trouve 5,7% mais très faible par rapport à MAIGA A.S [8] qui avait trouvé 22,0% dans une étude en 2008 au CS Réf CI. Cette utilisation faible de speculum dans notre étude est due à la négligence du personnel.

Les autres éléments de l'examen physique tels que la mesure de la taille, la prise de la TA, la recherche d'œdème, l'examen des conjonctives la mesure de la hauteur utérine la palpation abdominale l'auscultation des BDCF, le toucher vaginal était effectué chez la plupart des gestantes. Ces résultats sont similaires à ceux de Sangaré.F.au Cs réf C_{IV} [6] et de TRAORE M. a l'ASACOBOUL I [18].

L'examen prénatal du dernier mois de la grossesse est capital, car il permet d'établir le pronostic de l'accouchement. Nous avons constaté que le bassin a été apprécié dans 20,4% des cas de notre échantillon .Ce taux est meilleur à ceux de Fomba. S [20] et Goita. N [21] où le bassin n'a jamais été apprécié.

L'examen du bassin est un élément précieux de cet examen, il est fondamental de respecter scrupuleusement cette étape.

Le groupage rhésus, le test d'Emmel, le BW, l'albumine/sucre dans les urines étaient systématiquement demandés à la 1ere consultation prénatale.

L'Albumine/sucre dans les urines comme était demandé dans 51,5% des cas, ce résultat est inférieur à ceux de SANGARE F. [6]:75,7% et de TRAORTE M. [18]:86,2% respectivement aux Cs réf C_{IV} et à l'ASACOBOUL II .Le groupage sanguin/rhésus était demandé chez toute les gestantes dans notre étude soit 100%. Ce résultat est comparable a ceux de Goita N.au Cs réf C_I [21] qu'avait eu 99% cela s'expliquerait par le fait que le groupage sanguin est systématique.

Le dépistage du VIH/SIDA en vue du programme de la PTME (Transmission Mère Enfant du VIH) était de 51,5% dans notre étude. Ce taux est meilleur que celui de COULIBALY O. au Cs réf CI [19] : 13,5%. Ce résultat pourrait s'expliquer par une large sensibilisation de nos gestantes face à la transmission mère-enfant du VIH et à la disponibilité du test de dépistage rapide dans cette structure sanitaire.

L'échographie représente aujourd'hui le plus important moyen de diagnostic et de surveillance de la grossesse. Elle était demandée dans 74,5% des cas, taux légèrement inférieur à celui de TRAORE M. à L'ASACOBOUL I [18] qui avait trouvé 83,8%. Ce taux élevé pourrait s'expliquer par la disponibilité de l'appareil d'échographie dans cette structure.

La presque totalité des gestantes (96,9%) ont bénéficié de la prescription de fer et de l'acide folique. Ce taux est supérieur à celui de SANGARE F. Cs réf C_{IV} [6] : 73,3%, MAIGA A.S au Cs réf C_I [8] : 82%. Ce résultat témoigne que la supplémentation en fer et en acide folique était assurée. Par rapport à la chimio prophylaxie contre le paludisme, la SP (Sulfadoxine Pyriméthamine) a été prescrite chez 84,2% des gestantes. Ce taux est supérieur à celui de Sangaré .F au Cs réf C_{IV} [6] : 55,2%, Traoré .I à l'ADASCO [4] : 49%.

Ce taux pourrait s'expliquer par le fait que les contre indications de la SP étaient bien respectées (premier trimestre et neuvième mois de la grossesse).

Dans notre étude 88,8% de nos gestantes ont été vaccinées contre le tétanos, ce taux est inférieur à celui de TRAORE M. à l'ASACOBOUL I [18] : 95,7% et supérieur à celui de SANGARE F. au Cs réf C_{IV} [6] : 69,2%. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que certaines gestantes avaient eu déjà leur dose complète de VAT.

Par ailleurs les fautes d'hygiènes ont été observées dans la grande majorité des cas. Bien que le praticien ne se soit lavé les mains entre deux consultations que dans 5,6% des cas et les gestantes elle mêmes étalaient leur propre pagne pour se faire examiner. Des efforts sont à fournir à ce niveau. Le même phénomène à été observé par TRAORE M. à l'ASACOBOUL I [18].

Au cours de cette étude, le conseil sur les Signes d'alertes, la date de la prochaine consultation et l'évolution de la grossesse étaient expliqués aux gestantes avec respectivement 29,1%, 95,4%, et 15,3% des cas. Ce résultat est comparable à celui de TRAORE I. à l'ADASCO [4] par rapport au conseil sur la date de la prochaine consultation qui avait trouvé 93,5%.

Dans notre étude 91,8% des gestantes n'étaient pas informées sur les conditions de l'accouchement .Ce résultat est meilleur que celui de Fomba.S à la MIPROMA [20] où toutes les gestantes avaient affirmé que rien ne leur a été dit de particulier sur les conditions de l'accouchement.

3.1.2 Résultats de la CPN:

Dans les antécédents constituant les facteurs de risque recherchés chez les femmes enceintes, Utérus cicatriciel était le facteur de risque dominant avec 30 % suivie de dernier accouchement dystocique et L'hypertension artérielle qui ont été retrouvée dans 12% des cas. La grande multipare a été retrouvée dans 10% des cas, 8% des gestantes avaient une taille inférieure à 150 cm et une présentation du siège. Cependant en 2003 aucun de ces paramètres n'a été exploré par Fomba .S [20] à la MIPROMA.

A la fin de chaque consultation l'agent de santé devrait tirer une conclusion.

Au cours de notre enquête 25,5% ont été classées dans un groupe à risque, parmi eux 70% ont été référés vers le Cs réf. ; 90% de ces femmes classées à risque avaient reçu l'information sur le facteur de risque, cela veut dire que les praticiennes communiquaient beaucoup avec les consultantes.

3.2 Etude analytique:

Nous avons exploré auprès de l'opinion des gestantes, le respect physique et psychique, le respect de l'intimité et de la confidentialité lors de la consultation prénatale.

Le respect physique et psychique était d'assez bonne qualité dans 85,71% conférant à l'ASACOBOUL I le niveau IV, niveau supérieur à celui de Maiga.A.S [6] qui avait classé le CS Réf de la commune I de niveau III dans ce domaine.

Sur le plan de l'intimité et de la confidentialité, nous avons trouvé respectivement 99,21% et 100% c'est-à-dire très bonne, donc le CSCOM est classé niveau IV pour ce volet. Cela se justifiait à l'observation. Ce résultat concordait avec ceux de Sangaré F. [8] et Maiga .A.S [6] respectivement aux Cs réf C_{IV} et C_I.

A l'observation nous avons constaté que la relation humaine était très bonne dans 99.52% des cas donc le centre était de niveau IV.

Par ailleurs nous avons constaté que le centre était de niveau II sur le plan de l'examen physique, De même à ce niveau Sangaré.F. [8] et Maiga.A.S [6] avaient classé leurs centres de niveau II. Des efforts doivent être fournis à ce niveau.

Avec l'hygiène de la consultation, et la qualité des conseils donnés aux gestantes, le centre est classé niveau I contre niveau II pour. Sangaré F. [8]

Par contre l'accueil a été bon dans 99.05%; donc le centre est classé niveau IV tout comme chez Maiga.A.S [6] au Cs réf C_I.

CONCLUSION

VII-CONCLUSION

Notre étude faite au Centre de Santé communautaire de Boukassoumbougou II, situé en commune I du district de Bamako de Novembre 2012 à Janvier 2013 a permis une analyse de la structure et surtout l'observation des CPN.

1. Evaluation des structures:

L'analyse du niveau de qualité de la structure montre que l'ASACOBOUL II est de niveau IV où certaines références évaluées sont de bonne qualité, mais il existe des défaillances à résoudre entre autres : le matériel technique incomplet dans l'unité de CPN, l'absence de protection contre la poussière et les moustiques. Le centre ne dispose pas d'ambulance.

2. Evaluation des procédures:

La totalité des CPN ont été faites par les sages femmes (personnel qualifié). Au cours de l'examen clinique certains paramètres telles que l'auscultation cardiaque et pulmonaire, l'utilisation du spéculum, l'appréciation du bassin au troisième trimestre étaient sous explorées lors des CPN d'où la classification du Centre au niveau III.

L'interrogatoire sur les antécédents médicaux et obstétricaux a découvert certains facteurs de risque qui n'ont pas été suffisamment pris en compte.

Les examens complémentaires (groupage rhésus, test d'Emmel, BW, albumine/sucre dans les urines) étaient systématiquement demandés à la première consultation.

Le test de VIH après conseil était demandé dans la majorité des cas avec 51,5%.

La prescription des soins préventifs (Vaccination anti tétanique, la supplémentation en fer et acide folique, ainsi que la chimio prophylaxie à la SP chez les gestantes en dehors du premier trimestre ou neuvième mois de la grossesse) était de niveau élevé (niveau IV).

L'analyse discriminatoire des différentes variables de la CPN révèle que l'ASACOBOUL II est de niveau IV pour l'accueil, le respect physique et psychique, le respect de l'intimité, de la confidentialité et de la relation humaine ; de niveau I pour le conseil donné et l'hygiène pendant la consultation.

En somme, sur le plan structurel l'ASACOBOUL II est classé niveau IV; mais tout comme dans d'autres études [18], [19] des lacunes ont été observées sur le plan des procédures à savoir la non exécution de certains gestes importants de l'examen physique et des examens complémentaires.

Il ressort de cette étude que l'évaluation de la qualité des services est une nécessité absolue pour l'amélioration des prestations dans les centres de soins intégrés en santé de la reproduction.

A la suite de ces constats, nos résultats peuvent être utilisés pour améliorer la qualité des soins à l'ASACOBOUL II.

RECOMMANDATIONS

VIII-RECOMMANDATIONS

Les recommandations que nous formulons au terme de cette étude s'adressent :

2.1. Aux personnels de santé :

- Appliquer plus rigoureusement les normes et procédures de la santé de la reproduction
- Renforcer l'interaction patiente soignant par l'IEC sur les facteurs de risques, et les avantages à débiter la CPN au premier trimestre.
- Renforcer davantage l'implication des personnels qualifiés aussi bien dans l'interrogatoire ; les examens complémentaires ainsi que dans les examens physiques en particulier l'exploration du bassin au troisième trimestre de la grossesse.
- Améliorer l'hygiène au cours de la CPN, en respectant la technique de décontamination des matériels ainsi que le lavage hygiénique des mains après chaque examen.
- Renforcer la sensibilisation des gestantes par rapport au contenu du plan d'accouchement.
- Améliorer la durée de la CPN en évitant surtout la breveté.

2.2. Aux Autorités sanitaires :

- Equiper adéquatement les centres de santé et plus particulièrement l'unité de CPN en matériel indispensable tels que : le thermomètre et le tensiomètre pour la CPN.
- Sensibiliser les parents sur l'inconvénient des mariages précoces.
- Recruter des personnels qualifiés.

2.3. Aux consultantés :

- le plus tôt possible le personnel de santé en cas de retard des règles.
- Suivre régulièrement les CPN et respecter les rendez vous.
- Suivre les conseils donnés par les prestataires.
- Faire le bilan prénatal délivré.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

IX-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Angoulvent P :

La grossesse. Collection encyclopédique .Presse universitaire de France, 1990

2. Papiernik E., Cabrol D., Pons J. C.: Réduire la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement. Pour un programme d'action. Obstétrique-Paris; Flammarion, médecine sciences, 1995. Pages 7535-7537.

3. DNSI-CPS/MSSPA : Enquête Démographique et Santé du Mali, EDMS IV Mali 2006.

4. TRAORE I : Évaluation de la qualité des consultations prénatales dans le Centre de santé communautaire « ADASCO » de Daoudabougou en commune V du district de Bamako. Thèse de médecine 2008-2009. 91pages.

5. OMS : Rapport sur la santé dans le monde : donnons la chance à chaque mère et à chaque enfant, Edition de 2005-261P.

6. Maiga Consulter A.S : Evaluation de la qualité des consultations prénatales au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako. Thèse de médecine 2008.M216.86 pages.

7. Bocoum .H : Evaluation de la qualité de la consultation prénatale dans le CSCOM de l'ASACOBALON en commune III du district de Bamako en 2006. Thèse de médecine 7. M 258.

8. SANGARE F :Evaluation de la qualité des consultations prénatales dans le centre de santé de référence de la commune IV du District de Bamako. Thèse de médecine 2007-2008. 85 pages.

9. Direction Nationale de Santé :

Politique des normes et procédures pour la surveillance prénatale. Ministère de la santé de la république du Mali ; 2005.

10. Déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale : Réduire la mortalité maternelle OMS Genève, 1996, P43.

11. Division Santé et Communautaire /Ministère de la Santé :

Procédures des services de santé de la reproduction (Mali),
Bamako, Mars 2000,230p.

12. DonabedianAdevis:

- Exploration in assessment and monitoring, Vol I
- The definition of quality and approaches to its assessment health administration presse an Arbor? Michigan, 1986.

13. Division santé familiale : Programme de santé familiale, plan quinquennal 1988_1992, Mali, Décembre 1987.

14. Blu MC : L'évaluation médicale à l'hôpital.

In crenn Hebert, premier séminaire d'évaluation en gynécologie obstétrique à l AP-HP, résumé des interventions et des débats. Paris Délégation à l'évaluation APIMAP, 1993 : 6-7

15. Samaké A K dit Z. : Evaluation de la qualité des consultations prénatales dans le centre de sante de référence de Bougouni. Thèse de médecine 2007-2008.M245. 54 pages.

16. Djilla. B : Contribution à l'étude de la mortalité maternelle au cours de la gravidopuerperalité à l'hôpital Gabriel Touré de Bamako (Mali) sur 10 ans (1979 -1988), Thèse de médecine Bamako 1989 ; N° 54.

17-Etude monographique de la commune I (rapport final juin août, 2007) ;
113p2

18-TRAORE M : Evaluation de la qualité de la consultation prénatal au centre de santé commune I district de Bamako, 8juin au 10 Aout 2009 sur 210 cas.

19-Coulibaly O : Evaluation de la qualité de la consultation prénatal au CSREF CI district de Bamako, Novembre à Décembre 2011 su 384 cas.

- 20. Fomba S :** Qualité de la surveillance prénatale et de l'accouchement au centre de santé MIPROMA de Magnambougou en commune VI du district de Bamako d'Avril à Juillet 2002. Thèse de médecine Bamako 2003 M84. 103 P.
- 21. Goita N. :** Evaluation de la qualité des consultations prénatales au service de Gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse Médecine 2006. M210.102P.
- 22. OMS :** Maternité sans risque : Information sur les activités de santé dans le monde ; Mars-Juillet 1992-N°8-12P.
- 23. M'BAYE. R :** Evaluation de la qualité de la consultation de l'accouchement dans les centres de santé : ASACOBA, ASACOBOUL I, CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE I. Thèse de médecine 20008.M575.
- 24. MSF, Ballardur O., Bizieau O. :** Obstétrique en situation d'isolement ; 1^{er} éd. Paris : Hatier ; 1992. 222 pages.
- 25. OMS :** Estimation révisée de 1990 de la mortalité maternelle 1^{ère} édition nouvelle méthodologique OMS/UNICEF, Avril 1996, Genève P16.
- 26. Mahamat Nour-Azalo :** **Evaluation de la qualité de la consultation prénatale** dans le centre de santé de miproma de Magnambougou en commune VI du district de Bamako. Thèse de médecine 2005.M147.
- 27. Samaké N** **Evaluation de la qualité des soins** dans le centre de santé communautaire de Boukassoumbougou II. Thèse médecine 2008-2009.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I-OBSERVATION DES CPN

Structure :N° fiche :N° dossier ou carnet CPN :

Q1 Date d'observation :

Q2 Heure de la visite :

Q3 Durée de la visite :a : heure début.....b : heure fin :

Caractéristiques de la gestante (Si demandées)

Nom :

Prénom :

Q4 Age (ans) :

Q5 Ethnie 1=Bambara ; 2=Peulh ; 3=Malinké ; 4=Bozo ; 5=Sonrhäi ;
6=Soninké ; 7=Dogon ; 8=Autre (à préciser).....

Q6 profession : 1=Ménagère ; 2=Vendeuse ; 3=Fonctionnaire ;

4=Aide ménagère ; 5=commerçante ; 6=autre :

Q7 Niveau scolaire : 1=Non scolarisée ; 2=primaire ; 3=secondaire ;

4=supérieur ; 5=Enseignement coranique

Q8 Etat matrimonial : 1=célibataire ; 2=mariée ; 3=veuve ; 4=divorcée

Q9 Résidence :

Q10 Moyens de transports :

Q11 Etait t-elle accompagnée : 1=oui ; 2=non

Q12 Si oui, par qui ?

Q13 Nombre de CPN réalisée :

Q14 Quel était l'âge de la grossesse ?(en mois).....

Q15 C'était t-elle la 1 ; 2 ; 3 ; 4eme CPN : tre à préciser.....

Caractéristique de la personne qui a pris en charge la parturiente

Q16 Qualification : 1=Médecin ; 2=Sage femmes ; 3=Matrone ; 4=Infirmière
obstétricienne ; 5=Autres (à préciser) :

Q17 Statut : 1=Fonctionnaire ; 2=Contractuelle ; 3=Stagiaire

Q18 Si stagiaire, depuis combien de temps :

Accueil :

Q19 Salutation conforme aux convenances sociales : 1=oui ; 2=non

Q20 C'est-il présenté : 1=oui ; 2=non

Q21 Porte t-il une blouse propre : 1=oui ; 2=non

Q22 Consultante a-t-elle été invitée à s'asseoir : 1=oui ; 2=non

Q23 Demande du carnet de la grossesse précédente : 1=oui, présent ; 2=non, absent

Interrogatoire :

Q24 Détermination de la date probable d'accouchement 1=Connue ; 2=Inconnue

Q25 Détermination de la date des dernières règles : 1=Connue ; 2=Inconnue

Q26 Détermination de l'âge de la grossesse : 1=Connue ; 2=Inconnue

Antécédents obstétricaux

Q27 Gestité : 1=oui ; 2=non R=

Q28 Parité : 1=oui ; 2=non R=

Q29 Fausses couches : 1=oui ; 2=non R=

Q30 Vivants : 1=oui ; 2=non R=

Q31 Mort-nés : 1=oui ; 2=non R=

Q32 Décédés : 1=oui ; 2=non R=

Q33 Age des décès :

Q34 Causes des décès :

Q35 Césarienne : 1=oui ; 2=non R=

Q36 Forceps, ou Ventouse : 1=oui ; 2=non R=

Q37 Eclampsie : 1=oui ; 2=non R=

Q38 Autres :.....

Antécédents médicaux

Q39 HTA : 1=oui ; 2=non R=

Q40 Diabète : 1=oui ; 2=non R=

Q41 Affection cardiaque : 1=oui ; 2 =non R=

Q42 Tuberculose : 1=oui ; 2=non R=

Q43 IST : 1=oui ; 2=non R=

Q44 Drépanocytose : 1=oui ; 2=non R=

Q45 Autres à préciser :.....

Examens cliniques :

Q46 Avez vous expliquer le déroulement de la consulta 1=oui ; 2=non R=

Q47 Pesée : 1=oui ; 2= non R=

Q48 Mesure de la taille : 1=oui ; 2= non R=

Q49 Recherche d'une boiterie : 1=oui ; 2= non R=

Q50 Aider à monter sur la table : 1=oui ; 2= non R=

Q51 Examen des conjonctives : 1=Pale ; 2=Moyennement colorées ; 3=Colorées

Q52 Examen des seins : 1= oui ; 2= non R=

Q53 Mesure de la TA (cm hg) 1= oui ; 2 = non R=

Q54 Consultation cardiaque : 1= oui ; 2= non R=

Q55 Consultation pulmonaire : 1= oui ; 2 = non R=

Q56 Palpation de l'abdomen : 1= oui ; 2= non R=

Q57 Mesure HU (hauteur utérine) : 1= oui ; 2= non R=

Q58 Auscultation bruit du cœur fœtal : 1= oui ; 2=non R=

Q59 Position fœtus : 1=Céphalique ; 2=Siège ; 3=Transversal ; 4=Autres à préciser.....

Q60 Examen au spéculum : 1=oui ; 2=non R=

Q61 Toucher vaginal : 1=oui ; 2=non R=

Q62 Examen du bassin : 1=oui ; 2=non R=

Q63 Recherche œdèmes : 1=oui ; 2=non R=

Q64 Aider à descendre : 1=oui ; 2=non R=

Q65 L'éclairage était-il suffisant : 1=oui ; 2=non R=

Q66 Examen à l'abri des regards : 1=oui ; 2=non R=

Examen para clinique

Q67 A- t-il demandé des examens para cliniques : 1=oui ; 2=non

Q68 Si oui, lesquels :.....

Q69 A-t-on expliqué pourquoi : 1=oui ; 2=non

Soins préventifs

Q70 Prophylaxie anti palustre : 1=oui ; 2=non

Q71 Supplémentation en fer et en acide folique : 1=oui ; 2=non

Q72 VAT : 1=oui ; 2=non

Relations humaines

Q73 Gentillesse du ton : 1=Bon ; 2=Mauvais

Q74 A-t-elle fait des salutations d'usage à son départ ? 1=oui ; 2=non

Q75 Pendant ou au décours de l'examen a-t-on expliqué à la gestante l'évolution de la grossesse ? 1=oui ; 2=non

Q76 A-t-il demandé à la consultante de revenir ? 1=oui ; 2=non

Q77 Lui a-t-il précisé quand : 1=oui ; 2=non

Conseils

- Q78 A-t-on donné des conseils : 1=oui ; 2=non
Q79 Si oui lesquels :.....
Q80 Connait t-elle les signes d'alerte : 1=oui ; 2=non
Q81 Si oui lesquels : 1=Métrorragie ;
2=Douleur abdominale intense ; 3=Perte liquidienne ;
4=Autres (à préciser) :.....

Hygiène de la consultation

- Q82 Le local était-il propre 1=oui ; 2=non
Q83 Un tissu est-il posé sur la table d'examen ? 1=oui ; 2=non
Q84 Si oui est-il fourni par le centre ? 1=oui ; 2=non
Q85 Le praticien s'est-il lavé les mains avant l'examen 1=oui 2= non
Q86 Le praticien a-t-il utilisé des gants ou un doigtier : 1=oui ; 2=non
Q87A la fin de la consultation le matériel est-il changé 1=oui ; 2=non
Q88 Le matériel est-il correctement nettoyé ? 1=oui ; 2=non
Q89 Le matériel est-il correctement désinfecté ? 1=oui ; 2=non
Q90 Le praticien a-t-il commis une faute d'hygiène ? 1=oui ; 2=non
Q91 Si oui laquelle ? 1=Matériel souillé ;
2=Autres (à préciser).....

Conclusion

- Q92 Le praticien a-t-il tiré une conclusion ? 1=oui ; 2=non
Q93 Si oui lesquelles : 1=RAS ; 2=classement
dans un groupe à risque : si oui lequel
a- Age inf. à 16 ans ; b- primipare âgée ; c- grande multipare ; d- HTA
e- dernier accouchement dystocique ; f- taille inf. à 150 cm ; g- autres :
Q94 Si elle appartient à un groupe à risque, le lui a-t-il annoncé ? 1=oui ; 2=non
Q95 Référence vers un autre établissement : 1=oui ; 2=non
Q96 Nom de l'établissement de référence :.....
Q97 Le praticien a-t-il annoncé à la gestante la DPA : 1=oui ; 2=non
Q98 Préparation d'un plan pour l'accouchement? 1=oui ; 2=non

Nous vous remercions pour votre entière collaboration!!!

II-Opinion des gestantes sur les CPN

- OPC1 Possession d'un carnet de grossesse : 1= oui ;2= non
- OPC2 Date de terme prévu pour l'accouchement : 1=oui ; 2=non
- OPC3 L'ordre de passage a-t-il été respecté : 1=oui ; 2=non
- OPC4 Comment étiez vous installée pendant l'attente ? 1=inconfortablement ;
; 2=confortablement ;
- OPC5 Y avait-il des toilettes accessibles dans le service ? : 1=non ; 2=oui ; 3=
oui, mais salle ; 4=oui, et propre ; 5= ne sais pas
- OPC6 Avez vous trouvé l'attente longue ? 1=oui ; 2=non
- OPC7 La personne qui vous a reçu a-t-elle été ? : 1= Agréable ; 2=Désagréable
- OPC8 Pensez vous que la personne qui vous a reçu a prêté suffisamment attention à vous ? :
1=oui ; 2=non
- OPC9 Avez vous trouvé que la consultation était suffisamment confidentielle ? (secret
médical) : 1=oui ; 2=non
- OPC10 Votre intimité a-t-elle été respectée ? 1=oui ; 2=non
3=Si non, pourquoi ?.....
- OPC11 Comment avez vous trouvé les locaux 1=Vieux et sales ; 2=nouveau
mais sales ; 3=Vieux mais propres ; 4=nouveau et propres
- OPC12 Avez vous été satisfaite ? 1=oui; 2=non
3=Si non Pourquoi ?.....
- OPC13 Vous a-t-on dit de revenir pour une prochaine CP 1=oui ; 2=non
- OPC14 Vous a-t-on donné des conseils pour l'accouchement ?
1=non, on ne m'a rien dit de particulier
2=on m'a dit de ne pas accoucher à domicile
3=on m'a dit de venir accoucher à la maternité et d'y venir dès le début du travail
4=on m'a dit d'aller accoucher dans un service spécialisé 5=Césarienne prophylactique

FICHE SIGNALITIQUE

NOM : COULIBALY

PRENOM : Sidy

NATIONALITE : Malienne

TITRE DE LA THESE : Evaluation de la qualité de la consultation prénatale au centre de santé communautaire << ASACOBOUL II >> de Boulkassoumbougou en commune I du District de Bamako.

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2012-2013.

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : République du Mali

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de l'université de Bamako.

SECTEUR D'INTERET : Santé Publique -Gynécologique et obstétricale.

RESUME DE LA THESE : Notre étude menée de Novembre 2012 à Janvier 2013 avait pour but d'évaluer le niveau actuel de la qualité des CPN au centre de santé ASACOBOUL II en commune I du District de Bamako ; décrire les infrastructures, équipements et matériels du centre ; décrire les caractéristiques sociodémographiques et les procédures de la CPN ; déterminer la perception des gestantes sur la qualité de CPN.

C'est ainsi que ce centre a été classé de niveau IV c'est-à-dire que les références évaluées étaient satisfaisantes dans 95% soit 38/40 sur le plan structural. Mais, on constate des lacunes sur le plan des procédures (niveau III).

L'analyse de la compétence des prestataires a été qualifiée de satisfaisante (bonne : niveau III). L'analyse du niveau de la dimension humaine, le respect de la confidentialité et de l'intimité révèle l'ASACOBOUL II de niveau IV.

Dans la quasi-totalité des cas les gestantes affirmaient être satisfaites des soins qu'elles ont reçus.

L'analyse de la qualité de l'hygiène et des conseils était de niveau I
L'analyse de l'opinion des gestantes sur le respect physique et psychique et sur la qualité de l'accueil ont été jugées bonnes par la majorité des gestantes.

MOTS CLES : Evaluation, Qualité, Consultation prénatale.

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