

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

**REPUBLIQUE DU MALI  
UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI**



**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET  
DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)**



**Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS)**

**Année universitaire 2014-2015**

## **TITRE**

**EVALUATION DE LA QUALITE DES  
CONSULTATIONS PRENATALES A LA  
MATERNITE DU CENTRE DE SANTE DE  
REFERENCE DE KOLONDIÉBA**

## **THESE**

**Présentée et soutenue publiquement le 02 / 04 /2015 devant la Faculté de  
Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako**

**Par Monsieur Hamidou TOGOLA  
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)**

### **Jury**

**Présidente : Pr SY ASSITAN SOW**

**Membre : Dr DIAKARIDIA KONE**

**Co-directeur : Dr SOUMANA OUMAR TRAORE**

**Directeur : Pr NIANI MOUNKORO**

# **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

## **DEDICACES**

Je dédie ce travail :

**A Allah le Tout Puissant, le Clément, le Miséricordieux** par ta bonté et ta grâce. Tu m'as permis de mener à terme ce travail et voir ce jour, que j'attendais tant.

**Au Prophète Mohamed paix et salut sur lui** ainsi qu'à tous ceux qui lui sont chers.

**A mon père, cultivateur Feu Adama Togola**

Merci pour tous les sacrifices que, tu as consenti pour notre éducation. Reçois ici, l'expression de notre amour et de notre grande admiration. Père puisse ce travail être pour toi un début de consolation car il est tien. Qu'Allah t'accorde le paradis, dors en paix.

**A ma mère Korotoumou Diallo**

Tes conseils, tes soutiens et l'éducation que tu as donné ont été pour nous des éléments de réussite. Ce travail est la preuve de notre patience. Puisse Allah le Tout Puissant te bénir et te donner encore une longue vie. Pour qu'enfin tu puisses goûter au fruit de tant d'années de sacrifices.

**A mon épouse Moussokoura Diallo** puisse Dieu te récompenser pour tout ce que tu as fait pour moi. La meilleure récompense est au près de Dieu.

En signe d'affection, trouve ici l'expression de tout mon amour.

**A mes fils Abdrazakou, Rokiatou, Naba**

La réussite est un long chemin de parcours, que Dieu guide vos pas et votre Volonté.

## **REMERCIEMENTS**

Mes remerciements vont :

**A tous mes maîtres de la FMPOS** de Bamako pour la qualité des enseignements reçus aussi bien médicaux que sociaux que vous nous avez prodigué durant notre formation. Puisse Dieu récompenser en bien tous les efforts que vous ne cessez de déployer pour les autres sans contre partie.

**Au Dr Traoré**, vous avez été pour moi plus qu'un frère pendant les heures de recherche de ce savoir que tu as bien voulu partager avec moi. Merci de tout mon cœur.

**Au major de police Mamadou Diallo.**

Ta bonté et ton savoir vivre sont remarquables, puisse Allah te rendre ce que tu fais comme bien.

**A mes frères et sœurs**

Vous avez été pour moi un grand soutien. Je n'oublierai jamais ces moments de complicité, de joie, de peine partagés ensemble.

**A mes oncles, mes tantes, mes cousins et mes cousines, les familles Diallo, Diarra toutes à Sabalibougou, la famille Diallo à Bougouni, la famille Traoré à Kolondiéba.** Recevez à ce moment solennel de ma vie mes considérations les plus sincères pour les sentiments nobles que vous avez insufflés en moi.

**A tous les Etudiants de la FMPOS.**

A tous ceux qui ont contribués de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

# HOMMAGES

## **A notre Maître et Présidente du jury**

### **Professeur SY ASSITAN SOW.**

- **Professeur honoraire de gynécologie – obstétrique à la FMOS de Bamako ;**
- **Présidente de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique (SO.MA.GO)**
- **Chevalier de l'ordre national du Mali.**

Cher Maître

L'assiduité, la ponctualité et la rigueur scientifique qui vous caractérisent ont forcé notre admiration.

La qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique font de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, d'humilité et du travail bien fait.

Honorable maître, la probité, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la rigueur, la faculté d'écoute, sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand maître.

Puisse Allah vous accorder santé et longévité afin de rendre meilleure l'école malienne de gynécologie obstétrique qui vient de voir le jour sous votre impulsion.

**A notre Maître et co-Directeur de thèse**

**Dr SOUMANA OUMAR TRAORE**

➤ **Gynécologue obstétricien au Centre de Santé de référence de la  
Commune V au District de Bamako**

Cher Maître,

Votre grande qualité scientifique, votre attachement à la formation correcte et votre souci permanent pour l'esprit d'équipe font de vous une référence. Un maître doté d'un sens social inestimable, votre ténacité dans le travail.

C'est aujourd'hui une fierté pour nous d'avoir appris à vos côtés.

**A notre Maître et Directeur de thèse.**

**Pr Niani MOUNKORO**

- **Maitre de Conférences de gynécologie obstétrique à la FMOS ;**
- **Chef du service de gynécologie obstétrique au CHU Gabriel TOURE ;**
- **Chevalier de l'ordre national du Mali.**

Cher maître,

Votre calme, votre rigueur scientifique, vos qualités humaines et de bon enseignement nous ont motivé à aller vers vous. Votre assiduité, votre ponctualité, votre attachement à la formation de qualité, votre sagesse font de vous une référence. Votre contribution à l'élaboration de cette thèse fut considérable. Recevez ici notre plus grand respect.

## **A notre Maître et juge**

### **Dr KONE Diakaridia**

- **Gynécologue Obstétricien au Centre de Santé de Référence de la Commune IV du District Bamako.**
- **Chef du service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune IV du District de Bamako.**
- **Médecin chef adjoint du Centre de Santé Référence de la Commune IV du District de Bamako**

Cher Maître,

Nous sommes très honorés par votre présence dans ce jury de thèse, malgré vos nombreuses tâches. Votre compétence, votre disponibilité et votre simplicité font de vous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

## **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale.

ATCD : Antécédents

BDCF : Bruits du Cœur Fœtal

BW : Bordet Wassermann

CAT : Conduite à Tenir

CCC : Communication pour le Changement de Comportement

CHU : Centre Hospitalier universitaire

CPN : Consultation prénatale

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CS Réf : Centre de Santé de Référence

DCI : Dénomination Commune Internationale

ECBU : Examen Cyto- Bactériologique des Urines

FFI : Faisant Fonction d'Interne

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie

GATPA : Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement

HTA : Hypertension Artérielle

HU : Hauteur Utérine

IB : Initiative de Bamako

IMCM : Institut Malien de Conseil en Ménagement

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IUG : Institut Universitaire de Gestion

IV : Intra- veineuse

MIPROMA : Mutuelle Inter- Professionnelle du Mali

Mn : Minute

NFS : Numération Formule Sanguine

OMI : Œdème des Membres Inférieurs

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PEV : Programme Elargi de Vaccination  
P.F: Planning Familial  
P.M.A : Paquet Minimum d'Activité  
P.M.I : Protection Maternelle et Infantile  
POK : Parasites, Œufs et Kystes  
PPM : Pharmacie Populaire du Mali  
RAC : Réseau Administratif de Communication  
SIS : Système d'Information Sanitaire  
SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence  
SOTELMA : Société des Télécommunications du Mali  
SP : Sulfadoxine Pyriméthamine  
T.A : Tension Artérielle  
TPI : Traitement Préventif Intermittent  
USA: United States of America.  
VAT : Vaccin Antitétanique  
VIH : Virus de l'Immuno Déficiência Humaine

## SOMMAIRE

I.INTRODUCTION.....	1
II.OBJECTIFS.....	4
III. GENERALITE.....	5
IV. METHODOLOGIE.....	12
V. RESULTATS.....	25
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	56
VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	60
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	63
ANNEXES.....	

# INTRODUCTION

## I INTRODUCTION

«La grossesse est une aventure et l'accouchement un combat entre la vie et la mort » dit un proverbe Bamanan [15].

Si le suivi de la première n'était pas une priorité dans les temps ancestraux, l'accomplissement du deuxième est un passage forcé du moins souhaité par toute femme et cela dans les meilleures conditions possibles.

En Afrique, un enfant est un critère de valorisation sociale pour toute femme. Chaque jour au moins 1.600 femmes environ succombent dans le monde des suites d'une complication liée à la grossesse ou à l'accouchement ; soit un décès par minute ; ce qui représente 585.000 décès maternels par an [25]. Un quart des gestantes souffrent toute leur vie de lésions douloureuses, dégradantes et humiliantes suites à des accouchements[17].

En Afrique de l'Ouest, une étude effectuée en 1997 dans certaines capitales (Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou), a montré que plus de 80% des femmes enceintes comptaient faire la C.P.N. et que celle-ci était assurée à 94,6% par une sage femme. Exemple à Bamako (Mali) : 86,5% par les sages femmes ; 2,8% par les infirmières et 1,6% par les médecins. [22].

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

En 1999 l'évaluation de la qualité de la C.P.N effectuée par KOITA M. [19] dans les communes V et VI du district de Bamako a montré que les services souffraient de l'insuffisance dans l'accueil et dans l'exécution de certains gestes dangereux ou inadaptés aussi de la très faible productivité du personnel et le manque de formation continue [19].

En 2001 une étude faite par KONATE S. [20] sur la qualité des C.P.N au Centre de Santé de Référence de la commune II a révélé que les C.P.N souffraient de certaines insuffisances entre autres : l'absence de préparation à l'accouchement et à l'allaitement ; la faible qualité des dimensions humaines, des gestes techniques ; l'absence d'un centre d'accueil , d'orientation ; le faible niveau de la qualité et continuité des soins ; l'autonomisation de la femme enceinte ; le sous équipement de l'unité de C.P.N [20]

Au Sénégal en 1999 une étude a porté sur l'évaluation des programmes de santé essentiels pour la survie de la mère et une meilleure connaissance de la morbidité maternelle. Cette étude révéla que l'accouchement a le plus souvent lieu à domicile (62,3%) et que l'assistance est assurée par les matrones dans 66,3% des cas [26].

Au Bénin en 1998, une étude faite sur la santé maternelle et infantile a montré que le niveau des indicateurs sur les accouchements et les issues défavorables de grossesses sont loin des prévisions malgré la tendance à la hausse des utilisateurs des soins prénataux. Les auteurs ont souligné la nécessité d'améliorer la qualité des soins maternels et la formation continue des intervenants dans les soins maternels [24].

Au Mali, de nombreux efforts ont été consentis pour la réduction des taux élevés de mortalité maternelle et néonatale. Il s'agit de :

- la promotion de la contraception ;
- le programme de périnatalité (prise en charge de la mère et de l'enfant) où l'accent a été mis sur l'organisation de la référence et de la contre référence ;
- la formation du personnel socio-sanitaire pour offrir un service de qualité ;
- l'établissement des normes et procédures des services pour l'amélioration de la prise en charge de la mère et de l'enfant,
- l'extension de la couverture sanitaire, du renforcement de la performance des services de santé ;

- la lutte contre la pauvreté et l'exclusion ; du développement de la participation communautaire.

Malgré ces efforts déployés, le Mali connaît une situation sanitaire maternelle, néonatale et infantile préoccupante comme en témoignent les indicateurs ci-après [11].

Taux de mortalité maternelle : 464 pour 100.000 naissances vivantes [EDS IV].

Taux de mortalité néonatale : 71,57 pour 1000 ;

Taux de mortalité infantile : 133,76 pour 1000 ;

Taux de mortalité périnatale : 55,76 pour 1000 ;

Taux de mortalité juvénile : 131,86 pour 1000 ;

Taux de mortalité infanto juvénile : 242,23 pour 1000 ;

Devant ces chiffres accablants nous nous sommes interrogés sur les causes de la persistance d'un tel fléau. C'est ainsi que nous avons pensé que la qualité des soins dispensés pendant la grossesse pourrait y avoir un impact important.

Alors nous avons décidé d'évaluer cet impact en étudiant la qualité des soins prénataux au centre de santé de référence de Kolondiéba.

## **II OBJECTIFS**

### **2.1 Objectif général :**

Evaluer la qualité des CPN (consultations prénatales) à la maternité du centre de santé de référence de Kolondièba.

### **2.2. Objectifs spécifiques :**

- Décrire les caractéristiques socio-démographiques des gestantes au centre de santé de référence de Kolondièba
- Décrire les procédures de la consultation prénatale au centre de santé de référence de Kolondièba
- Recueillir l'opinion des gestantes sur la qualité des services offerts au CSRéf de Kolondièba
- Proposer des mesures permettant d'améliorer la qualité de la prise en charge des grossesses au CSRéf de Kolondièba.

### **III. GENERALITES**

#### **1. Historique de la consultation prénatale**

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

Malheureusement dans nos pays en développement, la grossesse constitue encore un problème alarmant de santé publique à cause des conditions socio-économiques défavorables. Elle peut engendrer des complications graves compromettant la vie de la mère et de l'enfant [25].

La mortalité maternelle dans les pays en développement constitue une immense tragédie. En effet le risque de mourir d'une grossesse en Afrique atteint 1000 décès pour 100.000 naissances vivantes [25 ; 15] alors que celui du Canada était de deux décès pour 100.000 naissances vivantes en 1985 [15]

Cet état de fait est illustré par une expression du folklore Tanzanien révélée par une mère à ses enfants lorsque le moment lui semble venu d'accoucher : « je vais à l'océan chercher un nouveau bébé, mais le voyage est long et dangereux, et il se peut que je ne revienne pas » [17].

Au Mali, les femmes en âge de procréer (15-49 ans) représentent 21,28% de la population [5].

Dans ce groupe, le taux de mortalité maternelle est de 464 pour 100.000 naissances vivantes [41]. Les principales causes de la mortalité maternelle sont :

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

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

- la faiblesse de la couverture sanitaire ;
- l'insuffisance notoire des ressources allouées à la santé ;
- l'insuffisance des soins prénataux ;
- le faible niveau économique des populations ;
- le manque de personnel qualifié ou sa mauvaise répartition ;
- les références ou évacuations tardives.

En effet, au Mali, seulement 16% des accouchements sont assistés par un personnel médical qualifié à l'intérieur du pays et 46% à Bamako [10].

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

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

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

- En Suède la mortalité maternelle est passée de 300 décès pour 100.000 naissances vivantes en 1930 à 7 pour 100.000 naissances vivantes entre 1976 et 1980 [14].

- En Angleterre et au pays de Galles : 11 pour 100.000 naissances vivantes en 1976 contre 341 pour 100.000 naissances vivantes en 1930 [18].

- Aux USA 12 pour 100.000 naissances vivantes en 1974 contre 300 pour 100.000 en 1930 [18].

Il existe une corrélation non expérimentale entre l'évolution, les pratiques obstétricales et les progrès observés en matière de mortalité maternelle. Nous ne savons pas aujourd'hui laquelle des deux mesures (médicale et sociale) a réellement changé les résultats. Le progrès est venu de leur association [27].

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

- le développement des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) par une meilleure surveillance de la durée de l'accouchement et la pratique des interventions obstétricales (forceps, ventouse, anesthésie moderne, césariennes etc.) ;

- la vulgarisation des soins prénataux ;

- l'amélioration des conditions de vie des populations.

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

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

## **2. Définitions :**

### **\* La qualité des soins :**

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

pour autant augmenter de risques. Le niveau de qualité est alors la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable de risque et bénéfiques « (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 susceptibles, d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité, les invalidités et la malnutrition.

**\* L'évaluation :**

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

**\*Surveillance prénatale ou consultation prénatale (C.P.N)**

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

- Faire le diagnostic et rechercher les facteurs de risque,
- Vérifier le bon déroulement de la grossesse, 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 le faut un transfert dans un centre équipé pour la prise en charge d'éventuelles complications.

**\*Les normes :**

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

**\*Les procédures :**

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

**\*La grossesse :**

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

**\*Facteurs de risque :**

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

**\*Grossesse à risque :**

C'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risque [17].

**\*La maternité sans risque :**

C'est de créer des conditions dans lesquelles une femme peut choisir d'avoir un enfant, et si elle le fait, est assurée de recevoir des soins pour la prévention et le traitement des complications de la grossesse, d'avoir accès à l'assistance d'un personnel qualifié à l'accouchement, à des soins obstétricaux d'urgence en cas de besoins et à des soins après la naissance, de manière à éviter les risques de décès ou d'incapacité liés aux complications de la grossesse et de l'accouchement [25]. Elle rappelle que toutes les femmes doivent pouvoir choisir d'avoir des enfants et que celles qui font ce choix doivent être assurées de bénéficier d'une surveillance prénatale de qualité, d'une assistance qualifiée à la naissance et pendant la période du post-natale et d'éviter les risques de décès ou d'incapacité liés à la grossesse.

**\*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 motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite.

**\*Taux de mortalité maternelle :**

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

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

Elle représente une zone géographique desservie par une ressource sanitaire.

**\*La carte sanitaire :**

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

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

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

**\*L'évacuation :**

Une évacuation est une action de transfert en urgence d'un malade d'un échelon inférieur à un échelon supérieur dans la pyramide sanitaire, avec un plateau technique approprié pour son cas dans une situation où le retard amènerait des complications pour le malade.

**\*Référence :**

Une référence est un conseil à un malade de transfert d'un échelon inférieur à un échelon supérieur dans la pyramide sanitaire, avec un plateau technique approprié pour son cas, dans une situation de non urgence.

## **IV METHODOLOGIE**

### **1. Cadre de l'étude**

Notre étude a eu lieu à la maternité du centre de santé de référence de Kolondièba dans la région de Sikasso.

#### **1.1. Le cercle de Kolondièba**

##### **1.1.1. Présentation géographique du cercle**

Le cercle de Kolondièba est un cercle de la région de Sikasso. Il couvre une superficie de 9200Km<sup>2</sup>. La population est de 173514 habitants (2006). Le taux d'accroissement annuel est de 2,7%. La population est inégalement répartie, les parties nord et sud ouest sont plus peuplées.

Situé à l'extrême sud du Mali, il est limité par :

- Au Nord et à l'ouest par le cercle de Bougouni.
- Au Sud par la république de la Côte d'Ivoire.
- A l'Est par les cercles de Kadiolo et de Sikasso.

Le relief peu accidenté est dominé par des plaines et des collines dans le sud et l'ouest de Fakola par des sommets ne dépassant pas 300 à 310 m. Le climat est de type soudanien avec une pluviométrie variant entre 800 à 1200 mm par an.

Le cercle compte 12 communes dont 5 chevauchent avec certaines aires de santé.

1 Kebila

2 Mena

3 N'Golodiana

4 Bougoula

5 Farako

- 6 Kolosso
- 7 Tousseguela
- 8 Kadiana
- 9 Fakola
- 10 Nangalasso
- 11 Kolondièba
- 12 Tiongui.

### **1.1.2. Hydrographie**

Quelques bras de fleuve Ivoirien constituent de grandes collectes d'eau en direction de la Bagoé. Il s'agit de Tiendaga ou Bafing et le Kankeleba.

### **1.1.3. Moyens de communication**

Le manque de moyens de communication adéquats constitue un grand handicap pour le développement du cercle de Kolondièba.

La principale route tangente à la route Sikasso Bougouni s'étend sur 60 Km et est non bitumée. A cet effet les communications sont difficiles pendant la saison des pluies.

Le téléphone connaît aujourd'hui un bond très important avec l'avènement de l'opérateur de téléphonie SOTELMA et de l'Orange un autre opérateur de communication dans le cercle.

Les CSCOM sont équipés de RAC. Mais il faut noter que ce système de communication connaît des pannes fréquentes.

### **1.1.4. Situation socio-culturelle**

Elle reste encore traditionnelle dans sa grande composante. L'influence de l'islam est dominante. On compte cependant quelques communautés chrétiennes et animistes. La société est traditionnelle et conservatrice. Les femmes constituent la cheville ouvrière dans le processus de production familiale. Par

contre elles ne sont pas impliquées dans la prise de décision en cas de problème de santé. L'analphabétisme, le chômage et la délinquance demeurent les fléaux sociaux importants.

### **1.1.5. Education**

Le cercle abrite 36 écoles de premiers cycles, 6 écoles de second cycle, 122 écoles communautaires, 4 établissements coraniques (medersas) et un jardin d'enfants.

## **1.2. Le Centre de Santé de Référence de Kolondièba**

### **1.2.1. Historique**

Le centre de sante de référence (CSRéf) de Kolondièba fut crée en 1952 et fonctionnel en 1954 dirigé par un infirmier N'Topé Sanogo. La structure était composée d'un bâtiment en pierre contenant 3 salles qui fut agrandi par la construction d'un autre bâtiment en pierre contigu à la première contenant 4 salles et s'appelait : assistance médicale indigène (AMI) ceci correspond à l'actuel CSCOM central de Kolondièba. En ce moment la structure n'avait que 3 agents à savoir : un infirmier, un aide soignant et une matrone qui faisait les accouchements à domicile.

La structure fut transformée en « assistance médicale» (AM) avec la construction de la maternité comprenant : une salle pour la matrone, une salle d'accouchement, une salle d'attente, une salle pour les accouchées et une pour la salle de consultation vers 1960.

La structure était supervisée par des agents qui venaient à chaque semestre de Bougouni dont elle dépendait administrativement. Elle devient centre de sante après l'indépendance avec l'arrivée du premier médecin et la construction de l'hospitalisation médecine en banco par l'union locale des femmes de Kolondièba.

Vers 1978 la construction du bloc opératoire et de la salle d'hospitalisation chirurgie fut entamée par l'UNICEF mais achevée en même temps que la clôture du centre. C'est avec lui les interventions chirurgicales ont vu le jour vers 1981 : les hernies, les hydrocèles les kystes et lipomes sous anesthésie locale, dans la salle de soins qui correspond à l'actuelle salle de pansement du CSCOM central avant l'achèvement du bloc opératoire. Les césariennes ont vu le jour après la construction du bloc. La structure devient un centre de sante de référence (CS Réf) avec la construction du premier CSCOM en Août 1994.

Les dernières constructions remontent à 1996 par la construction du bloc administratif, d'un pavillon pour les césarisées, d'un pavillon PMI (protection maternelle et infantile), d'un hangar pour les véhicules, d'un laboratoire, d'une pharmacie, d'un bâtiment pour le logement des médecins et de l'augmentation de la hauteur de la clôture.

Dans le cadre de la politique sectorielle de santé et de population et conformément au plan de développement socio sanitaire du cercle (PDSC) ; la carte sanitaire du cercle a été élaborée pour 16 aires de santé (16 CSCOM) : 15 CSCOM sont fonctionnels et le service socio sanitaire du cercle a été érigé en centre de santé de référence en 1995.

### **1.2.2. Les locaux : on distingue**

➤ La maternité comprenant :

- l'unité grossesse à risque,
- l'unité accouchement/ suites de couches,
- l'unité PF (planning familial) et post Natales.
- l'unitéCPN (consultation prénatale),

Description de l'unité de consultation prénatale.

L'unité de consultation prénatale est constituée :

- Un hangar avec un banc et des nattes servant d'accueil des gestantes.

- Une salle pour la consultation prénatale équipée d'une table de consultation, trois chaises, une lampe fixe, une boîte pour les spéculums stériles, un seau pour les spéculums souillés, deux armoires, deux classeurs (dossiers).

La deuxième pièce servant de salle de counseling qui est systématique chez toutes les nouvelles gestantes (première consultation prénatale). Le counseling se faisait dans la plus grande discrétion.

- l'Unité chirurgicale ;
- l'Unité de médecine regroupant ;
  - médecine interne ;
  - pédiatrie ;
- l'Unité Odontostomatologie ;
- l'Unité Ophtalmologie ;
- l'Unité PEV (Programme Elargi de Vaccination) ;
- l'Unité consultations externes et soins (Pansement et injections) ;
- l'Unité laboratoire d'analyse ;
- l'Unité recherche et formation (Bibliothèque – Salle informatique – Salle de Staff – Salle d'archives – Bureau – SIS Système d'Information Sanitaire) ;
- le Service financier (Bureau des entrées et comptabilité) ;
- le bloc opératoire ;
- l'administration ;

### **1.2.3. Le personnel**

- 4 médecins Généralistes
- 1 Infirmier d'Etat
- 3 Infirmiers du premier cycle
- 2 Infirmières obstétriciennes
- 1 Sage-femme
- 2 Matrones

- 3 Assistants médicaux spécialisés en ophtalmologie, en stomatologie et en anesthésie

- 2 chauffeurs

- 1 gardien

- 1 technicien de santé

- 1 comptable

- 1 technicien de laboratoire

- 3 manœuvres

- 1 lingère

- 1 caissier

- 1 gérant

- 1 guichetier

Les agents sont soit fonctionnaires, soit des conventionnaires de l'état, soit des contractuels, soit des agents de la municipalité.

#### **1.2.4. Le fonctionnement**

Le bloc opératoire a été ouvert par un médecin généraliste en 1981.

Le 15 septembre 1997 le centre de santé de référence de Kolondièba reçut le prix CIWARA d'excellence, décerné par l'Institut Malien de Conseil en Management (IMCM). Ce prix a été décerné pour l'excellence de ses actions. La même année la sage-femme maîtresse reçut un diplôme honorifique du Ministre de la promotion de la femme, de la famille et de l'enfant pour son engagement en faveur de la promotion de la santé de la femme et de l'enfant.

La sage-femme maîtresse par son expérience personnelle a organisé un système d'hospitalisation à la maternité de Kolondièba où toutes les femmes ayant une grossesse à risque sont surveillées régulièrement pour éviter des surprises désagréables. En 2005 compte tenu de l'insécurité existante dans le cercle, le gouverneur de la région de Sikasso a décidé que l'ambulance soit escortée de 18H00 mn au matin par deux porteurs d'uniformes pris en charge par les parents

de la parturiente (8 000FCFA). Le temps de recherche des porteurs d'uniformes et le temps de discussion du prix au RAC constituent une source de retard d'évacuation des femmes en travail entraînant des complications materno-fœtale.

En mai 2005 la réalisation des ponts de Tiendaga et Kanguela qui jadis paralysaient pendant l'hivernage 80% des activités de références et évacuations du centre de santé de référence de Kolondièba a réduit considérablement le taux de mortalité materno-fœtales.

Les organes de gestion du centre sont : le comité de gestion et le conseil de gestion.

Une permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

- Infirmiers
- Etudiant en médecine faisant fonction d'interne (FFI)
- Matrone en salle d'accouchement
- Chauffeur d'ambulance qui assure la liaison avec les hôpitaux nationaux et les CSCOM
- Aides-soignants
- Sage-femme, le médecin ou l'infirmier anesthésiste sont appelés en cas de besoin.

### **1.3. Au niveau organisation du service de garde**

L'équipe dispose de :

- une table d'accouchement
- deux salles d'opération fonctionnelles
- un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales, créé sur fonds propres du centre.
- un staff a lieu chaque Mercredi à 8 heures.

Le staff réunit le personnel du service, dirigé par le chef du service. Au cours de ce staff chaque équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés dans la semaine.

La consultation a lieu tous les jours et 2 jours sont consacrés au programme opératoire durant la semaine en dehors des urgences.

Une visite est faite tous les jours au niveau de l'hospitalisation.

## **2. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude prospective et descriptive

## **3. Période d'étude**

Elle s'est étendue sur une période de 4 mois allant du 04 Septembre au 04 Décembre 2006.

## **4. Population d'étude**

Notre population cible était constituée d'une part des prestataires de service de CPN et d'autre part des femmes enceintes utilisatrices des services.

## **5. Echantillonnage**

Il s'agit d'un échantillonnage par recrutement systématique.

### **a - Critères d'inclusion :**

Ont été inclus dans cette étude :

- les prestataires de CPN
- toutes les gestantes qui se sont présentées au centre pour CPN pendant la période d'étude et qui ont accepté de se soumettre à l'observation et au questionnaire.

### **b- Critères de non inclusion :**

- toute gestante ayant refusé de se soumettre à notre questionnaire et celle ayant refusé l'examen obstétrical pour toute autre raison.

### **c-Taille de l'échantillon :**

Notre étude a concerné 200 gestantes sollicitant les soins et qui ont accepté de se soumettre à l'observation et aux questions de l'enquêteur.

## **6. Critères de jugement**

- la politique sectorielle de santé ;
- les normes et procédures.

## **7. Instrument de collecte**

La collecte des données a été réalisée sur :

- un questionnaire « observation des CPN »
- un questionnaire « opinion sur les CPN »

Ces questionnaires sont portés en annexe.

## **8. Techniques de collecte**

Elle a consisté dans un premier temps à une observation des agents et au centre de santé (sage femme et infirmières obstétriciennes) au cours de la C.P.N en notant la réalisation ou non des gestes techniques et d'autre part à faire un entretien avec les femmes de façon isolée et confidentielle. Toutes les femmes qui se sont présentées pour la CPN au cours de la période d'enquête ont été interrogées.

## **9. Les variables étudiées**

### **▪ Etude des structures :**

Elle est basée sur un recueil rétrospectif des données de la maternité du centre.

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

Une présentation du système de tarification des soins.

### **▪ Pour les CPN :**

Les caractéristiques de la gestante

- l'accueil
- le nombre de CPN
- la réalisation des gestes techniques d'examen clinique
- les soins préventifs
- la présence de facteurs de risque
- les prescriptions
- les relations humaines
- les conseils à la gestante
- les rendez-vous
- l'opinion de la gestante sur la qualité des prestations reçues.

### **▪ L'analyse de l'opinion des prestataires :**

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

## **10. L'organisation des enquêtes**

Les observations ont été faites par l'étudiant aussi bien pour les CPN que les fiches d'enquête dont les questions permettaient des réponses

## **11. Plan d'analyse et de traitement des données**

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

### **11.1. Niveau de qualité de la structure**

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

- **Les normes architecturales :**
  - Matériaux de construction
  - Etat du local
  - Système de protection (contre la poussière) et la clôture
  
- **Le dispositif en place pour l'accueil :**
  - Existence d'un service d'accueil ou d'un bureau des entrées
  - Présence et qualification du personnel d'accueil
  - Existence de pancarte pour l'orientation dans le centre.
  
- **La structure et l'équipement de l'unité de consultation prénatale :**
  - Structure de la salle
  - Matériel technique de bonne qualité
  
- **L'existence et la fonctionnalité du laboratoire :**
  - Equipement
  - Personnel
  - Formation du personnel
  
- **Le dépôt de médicaments :**
  - Normes architecturales
  - Equipement
  - Mode d'approvisionnement
  - Formation du personnel

- **Le système d’approvisionnement en eau et l’élimination des déchets :**
  - Forage avec canalisation d’eau dans les structures
  - Poubelles
  - Incinérateur
- **Système d’éclairage et de communication :**
  - Téléphone, RAC
  - Groupe électrogène

#### **4.11.2. Système 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 permettait d’évaluer le niveau de qualité de la structure. Le maximum de score que l’on peut enregistrer pour les références est de 40. Le détail sur les cotations sera présenté dans les tableaux en annexe. L’échelle d’évaluation se présentera comme suit :

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

Le niveau de qualité des accouchements et des CPN sera déterminé à partir des scores obtenus lors de la réalisation des variables discriminantes.

L’analyse a porté sur 2 types d’échelle :

#### **Une première échelle où les CPN sont dites :**

**<<de bonne qualité>>** si toutes les variables discriminatoires sont réalisées :

**<<de moins bonne qualité >>** si une au moins des variables discriminatoires n’est pas réalisée.

#### **Une deuxième échelle où les CPN seront classées en quatre niveaux de qualité :**

**Elevé (Q4) :** 95-100% des gestes de la dimension sont réalisés ;

**Assez élevé (Q3) :** 75-94,99% des gestes de la dimension sont réalisés ;

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

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

Cette échelle a été appliquée aux dimensions qui avaient quatre variables et plus. C'est ainsi que cette deuxième échelle a permis de déterminer pour le centre la promotion de gestantes ou de parturientes recevant des soins de bonne ou d'assez bonne qualité (Q4, 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 49,99% des gestantes reçoivent des soins de bonne ou d'assez bonne qualité ;
- **Niveau I :** moins de 25% de gestantes reçoivent des soins de bonne ou d'assez bonne qualité.

## **V. RESULTATS**

### **5.1. Etude des structures**

Cette étude comporte les données physiques (locaux, équipements), les données humaines et la description des capacités de production (locaux, équipements, ressources humaines).

Le centre est clôturé d'un mur à hauteur acceptable et fait en dur qui est en bon état.

A l'entrée du centre, un plan de masse donne une vue d'ensemble permettant ainsi une meilleure orientation.

L'unité de consultation prénatale est constituée de :

- Un hangar avec un banc et des nattes servant d'accueil des gestantes,
- Une pièce pour la consultation prénatale équipée de : un bureau, une table de consultation gynécologique, un escabeau pour monter sur la table, trois chaises, une lampe fixe, une boîte pour les spéculums stériles, un seau pour les spéculums souillés, deux armoires, deux classeurs (dossiers).
- La deuxième pièce servant de salle de counseling qui est systématique chez toutes les nouvelles gestantes (première consultation prénatale). Le counseling se faisait dans la plus grande discrétion.

Le bloc opératoire comporte deux salles d'intervention, une salle de stérilisation, un vestiaire pour les patientes, une salle de réanimation, un bureau des internes, une salle pour l'anesthésiste et l'instrumentiste ; deux salles pour les médecins.

#### **\*Structures spécifiques de la CPN et son équipement :**

La salle de CPN est de niveau III. On y trouve : une lampe fixe, une table de consultation, 5 spéculums, 1 mètre ruban, une poubelle pour déchets biomédicaux, une montre (réveil), un stéthoscope obstétrical, un pèse-personne, une toise, un appareil à tension.

Ces structures étaient de niveaux II. Le respect physique et psychique étaient bien assurés dans l'ensemble. La CPN était assurée par la sage-femme, les

infirmières obstétriciennes et les matrones. La confidentialité et l'intimité étaient bien préservées.

L'interrogatoire était plus ou moins riche, la préparation à l'allaitement, le counseling du planning familial n'étaient pas fait à hauteur de souhait. Tous les examens paracliniques indispensables n'étaient pas systématiquement demandés.

Le counseling était systématique chez toutes les nouvelles gestantes (première consultation prénatale)

Par conséquent ce volet était de niveau II.

Le système de tarification pour les consultations prénatales était de : 500 FCFA pour le carnet et 500 FCFA pour la consultation prénatale proprement dite.

La carte de vaccination coûte 100 FCFA, ce qui fait un coût total de 1100 FCFA pour toute la période des CPN.

Il existe un dépôt de médicaments où l'on trouve des médicaments en DCI, dont la source d'approvisionnement est la PPM (Pharmacie Populaire du Mali) et d'autres fournisseurs privés.

L'éclairage est assuré par le groupe électrogène de 18H00 mn à 22H30 mn et le reste du temps 22H30 mn à 06H00 mn par la plaque solaire. Un forage avec canalisation d'eau assure l'approvisionnement en eau.

### **Les moyens de transport :**

- Deux ambulances assurent la liaison entre le centre et les autres structures de santé.
- Un véhicule pour les missions de supervision et autres déplacements des agents du centre tous en bon état.

**Tableau I :** Niveau de la qualité des structures au CS Réf de Kolondièba.

Références	Niveau de la qualité				Score	Observations
	A	B	C	D		
1. Normes architecturales		+			2	Protection satisfaisante contre la poussière et les moustiques
2. Dispositif d'accueil et d'orientation		+			2	Personnel assistant Existence de pancarte
3. Structure/équipement unité CPN		+			2	Matériel technique incomplet
4. Equipement de la salle d'attente					0	absence de salle d'attente
5. Unité hospitalisation suites des couches		+			2	-6 lits pour 2 salles -Salles non ventilées -Matelas défectueux
6. Unité Consultation Gynécologique			+		3	Matériel complet Salle de consultation Salle de garde tous en bon état
7. Dépôt de médicaments normes architecturales et coût des		+			3	Protection satisfaisante contre la poussière Initiative de Bamako (IB) est appliquée

médicaments						
8. Laboratoire/ fonctionnalité			+		3	Fonctionnel pour les examens les plus courants
9. Etat des toilettes		+			2	Intimité respectée Anciennes mais propres
10. Bloc opératoire		+			2	-Matériel technique incomplet -Manque de service de réanimation
11. Système d’approvisionnement en eau et d’élimination des déchets.			+		2	-Existence d’un incinérateur -Forage avec canalisation -Déchets régulièrement éliminés/évacués -Pas de chasse d’eau
12. Unité d’hospitalisation des opérées		+			2	-9 lits pour 3 salles -3 lits par salle -propres, non ventilées -aération suffisante et protection anti-moustique
13. Système d’éclairage et de communication			+		2	-groupe électrogène -Téléphone pour la réception -RAC
Total					27	

NB : A=1 B=2 C=3 D=4

Le centre est de niveau 2 c'est- à dire que les références évaluées sont satisfaisantes.

Score maximal = 40

Niveau de qualité :

Niveau 4 : 95-100% Score maximal soit 38 à 40

Niveau 3 : 75-94% Score maximal soit 30 à 37.99

Niveau 2 : 50 à 74% Score maximal 20 à 29.99

Niveau 1 : moins de 50% Score maximal soit moins de 20

## 2. Etude des procédures

### 2.1. Etude descriptive

#### Caractéristiques socio- démographiques des gestantes :

**Tableau II :** Répartition des gestantes en fonction de l'âge.

<b>Tranches d'âge (ans)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
15- 19	56	28
20-24	61	30,50
<b>25-29</b>	<b>142</b>	<b>71</b>
30- 34	101	50,50
≥35	2	1
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

**Tableau III :** Répartition des gestantes selon le statut matrimonial

<b>Statut matrimonial</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Mariées</b>	<b>196</b>	<b>98</b>
Célibataires	4	2
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

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

<b>Niveau d'instruction</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Non instruite</b>	<b>128</b>	<b>64</b>
Primaire	58	29
Secondaire	1	0,5
Etude coranique	13	6,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

**Tableau V** : Répartition des gestantes en fonction de la profession

<b>Profession</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Ménagère</b>	<b>186</b>	<b>93</b>
Fonctionnaire	1	0,5
Vendeuse	10	5
Autres	3	1,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Autres : teinturières, élèves, coiffeuses.

**Tableau VI** : Répartition des gestantes en fonction de la gestité.

<b>Gestité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Primigeste	19	9,5
Paucigeste	60	30
<b>Multigeste</b>	<b>81</b>	<b>40,5</b>
Grande multigeste	40	20
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

**Tableau VII** : Répartition des gestantes en fonction du nombre de CPN

<b>Nombre de CPN Effectuées</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>1</b>	<b>110</b>	<b>55</b>
2-3	60	30
4 et plus	30	15
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

**Tableau VIII** : Répartition des gestantes en fonction de l'âge de la grossesse

<b>Age gestationnel (en trimestre)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Premier trimestre (I)	30	15
<b>Deuxième (II)</b>	<b>160</b>	<b>80</b>
Troisième trimestre (III)	10	5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

**Tableau IX** : Répartition des gestantes en fonction de la durée de la C.P.N

<b>Durée en mn</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Moins de 5mn	18	9
<b>5-10 mn</b>	<b>152</b>	<b>76</b>
Plus de 10mn	30	15
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

**Tableau X** : Répartition des gestantes en fonction des conditions d'accueil

<b>Conditions d'accueil</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Salutations	195	97,50
Invite à s'asseoir	200	100
Gentillesse du ton	200	100
Manifestation d'intérêt pour la consultante	191	95,50
Le praticien fait des salutations d'usage au départ de la gestante	196	98

**Tableau XI** : Répartition des gestantes selon la préservation de l'intimité

<b>Respect de l'intimité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Présence de tierces personnes pendant la consultation	0	0
Présence de plusieurs sages femmes	1	0,50
Présence des accompagnantes	0	0
Présence d'autres agents	180	90
Entrée et sorties injustifiées	20	10
Examen à l'abri des regards	200	100

**Tableau XII** : Répartition des gestantes en fonction du recueil des variables de l'identification de la situation personnelle de la gestante.

<b>Variables d'identification de la situation Personnelle de gestante</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Nom et prénom	200	100
Age	200	100
Situation socioéconomique de la famille	0	0
Profession de la consultante	200	100
Niveau de scolarité	0	0
Profession du mari	200	100
Lieu de résidence (ville, village)	200	100
Domicile	200	100
Echange avec la consultante pour mieux la connaître	187	93,50

**Tableau XIII** : Répartition des gestantes en fonction des ATCD obstétricaux.

<b>ATCD Obstétricaux</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Gestité	200	100
Parité	200	100
Nombre de mort né	11	5,5
Nombre de naissances vivantes	200	100
Demande de l'état de santé des enfants	0	0
Accouchement/Forceps ou ventouse	0	0
Nombre d'enfants décédés	200	100
Nombre d'avortement	200	100
Histoire des accouchements	0	0
Hémorragies au cours de la grossesse ou du post partum	0	0

**Tableau XIV** : Répartition des gestantes en fonction du recueil des ATCD médicaux.

<b>ATCD médicaux</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Infection urinaire	200	100
HTA	200	100
Diabète	200	100
Affection cardiaque	200	100
Œdème des membres inférieurs	200	100
Tuberculose	195	97,50
IST	0	0
Drépanocytose	200	100

### **Antécédents chirurgicaux**

- Utérus cicatriciel :8/200 gestantes avaient subi une césarienne
- Accouchement instrumental :5/200gestantes avaient accouché par ventouse.
- Aucun autre antécédent chirurgical n'a été signalé

**Tableau XV :** Répartition des gestantes en fonction du recueil de signes survenant au cours de la grossesse.

<b>Paramètres sur le Déroulement de la grossesse</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Vomissements	60	30
Fatigue	71	35,50
Survenue de palpitation	5	2,50
Survenue de dyspnée	0	0
Survenue d'œdème	32	16
Perception de mouvements actifs du fœtus	171	85,50
Pertes liquidiennes	17	8,50
Leucorrhées	43	21,50
Métrorragies	30	15
Troubles urinaires	101	50,50
Fièvre	80	40
Douleur abdominale	63	30,50

**Tableau XVI :** Répartition des gestantes en fonction de la réalisation des données de l'examen physique.

<b>Variables de l'examen physique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Pesée	200	100
Mesure de la taille	200	100
Recherche de boiterie	0	0
Examen des conjonctives	200	100
Mesure de la TA	200	100
Auscultation cardiaque	0	0
Auscultation pulmonaire	0	0
Palpation abdominale	0	0
Mesure de la HU	200	100
Auscultation des BDCF	151	75,50
Recherche d'œdème	200	100
Recherche de position du fœtus	188	94
Examen au spéculum	95	47,50
Toucher vaginal	200	100
Examen à l'abri des regards indiscrets	200	100
Eclairage suffisant	170	85
Evaluation de la Prise de poids	0	0
Appréciation de la présentation	191	95,50

**Tableau XVII :** Répartition des gestantes en fonction du respect des gestes liés à la prévention de l'infection.

<b>Variables de l'hygiène de la CPN</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Le tissu à usage unique posé sur la table d'examen	0	0
Le tissu posé sur la table est fourni par le centre	0	0
Le tissu (pagne) appartient à la gestante	200	100
Le prestataire se lave les mains avant et après chaque examen	0	0
Utilisation des gants	200	100
Matériel correctement désinfecté	200	100
Matériel baigné dans une solution décontamination	200	200
Matériel correctement nettoyé	200	100
Matériel changé à la fin de la consultation	200	100
Faute d'hygiène commise par la prestataire	196	98

**Tableau XVIII :** Répartition des gestantes selon les conseils à l'issue de l'examen.

<b>Variables de la continuité des soins</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Informe sur l'évolution de la grossesse	197	95,50
Fixe rendez-vous	200	100
Donne la date de rendez vous	200	100
Dit où aller accoucher	200	100
Pourquoi dans tel centre	198	99
Motif d'orientation précisé	0	0
Explique les signes d'alerte et la CAT	194	97

**Tableau XIX :** Répartition des gestantes en fonction de la réalisation des variables relatifs à « l'autonomisation de la consultante »

<b>Variables d'autonomisation de la consultante</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcent age</b>
Date probable d'accouchement	200	100
Explique l'évolution de la grossesse	199	99,50
Explique les signes d'alerte et la CAT	200	100
Demande des examens paracliniques	196	98,00
Explique les raisons de cette demande	196	98,00
Lui dit où aller accoucher	200	100
Lui dit pourquoi	198	99,00
Lui explique le déroulement de la consultation prénatale	42	21

**Tableau XX :** Analyse discriminatoire de la qualité de l'interaction patiente prestataire.

<b>Qualité de l'interaction patiente prestataire</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Respect physique et psychique	152	76
Respect de l'intimité	160	80
Respect de la confidentialité	154	77

**Tableau XXI :** Répartition des gestantes en fonction des moyens de transport utilisés pour se rendre au CS Réf.

<b>Moyens de transport utilisés</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Venue à pied</b>	<b>172</b>	<b>86</b>
Vélo	7	3,5
Moto	21	10,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

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

<b>Questions explorées</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Respect de l'ordre de passage	200	100
Mode d'installation		
*Très inconfortable	0	0
*Assez inconfortable	7	3,50
<b>*Assez confortable</b>	<b>161</b>	<b>80,50</b>
*Très confortable	32	16
Ignore l'existence de toilettes	62	31
Affirme l'existence de toilettes dans le centre	124	62
Affirme l'existence de toilettes propres	69	34,5
Affirme l'existence de toilettes sales	7	3,5

**Tableau XXIII** : Répartition des gestantes en fonction des critères évoqués pour le choix du centre.

<b>Critères de choix du centre</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Proximité du domicile	19	9,50
Connaissance d'une personne au centre	26	13
Prise en charge rapide	1	0,50
Compétence du personnel	100	50
Personnel accueillant	51	25,50
Bon tarif des médicaments	0	0
Conseil d'une connaissance	3	1,50

**Tableau XXIV** : Répartition selon la réalisation des examens complémentaires.

<b>Nature de l'examen demandé</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Groupe rhésus	200	200
Sérologie BW	200	100
Sérologie toxoplasmose	200	100
Test d'Emmel	200	100
Albumine sucre dans les urines	200	100
Goutte épaisse	112	56
Echographie obstétricale	46	23
ECBU	19	9
Taux d'hémoglobine	17	8,5
Prélèvement vaginal	0	0
NFS	0	0
Sérologie VIH	23	11,5

**Tableau XXV :** Répartition des gestantes en fonction de la fréquentation antérieure du centre.

<b>Fréquentation du centre</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
N'avait jamais fréquenté le centre	43	21,50
Est venue une fois dans le centre	66	33
<b>Est venue plusieurs fois dans le centre</b>	<b>91</b>	<b>45,50</b>
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

**Tableau XXVI:** Répartition des gestantes en fonction du motif de la fréquentation antérieure.

<b>Motif de fréquentation antérieure</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Consultations médicales	18	9
<b>Consultations prénatales</b>	<b>172</b>	<b>86</b>
Accouchement	10	5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

**Tableau XXVII** : Répartition des gestantes en fonction de leur opinion par rapport aux locaux et aux prestations

<b>Opinions des consultantes</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>*Etat des locaux</b>		
Vieux et sales	26	13
Récents et sales	0	0
Vieux et propres	174	87
Récents et propres	0	0
<b>*Satisfaction par rapport aux prestations</b>		
Non satisfaites	0	0
Peu satisfaites	1	0,5
Satisfaites	3	1,5
Très satisfaites	196	98
<b>*Consultations antérieure</b>		
Dans le même service prénatal.	198	99
-Dans le service prénatal d'un autre centre	2	1
<b>*Motif de changement</b>		
-Coût trop élevé dans l'autre centre	0	0
-Déménagement	28	14

**Tableau XXVIII :** Répartition des gestantes en fonction des mesures préventives et thérapeutiques

<b>Médicaments prescrits</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
SP	100	50
Fer	200	100
Acide folique	200	100
VAT	184	92
Autres	101	50,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Autres : nystatine, spasfon, metronidazole, B complexe.

**Tableau XXIX :** Répartition des gestantes en fonction de leur appartenance à un groupe à risque.

<b>Groupe à risque</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Classement dans un groupe à risque	51	25,5
Référence vers un médecin	2	1
Référence vers un autre établissement.	0	0
<b>Aucun</b>	<b>147</b>	<b>73,5</b>
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

**Tableau XXX :** Répartition des gestantes selon l'opinion sur les relations humaines au cours des CPN.

<b>Opinion des gestantes</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Attitude désagréable et discourtoise	0	00
Attitude indifférente	2	1
Attentive et courtoise	197	98,5
L'agent a prêté suffisamment attention à la gestante au cours de la CPN	200	100
Respect de la confidentialité	154	77
Respect de l'intimité	160	80

### 5.2.2. Etude analytique

La qualité de la dimension humaine de la CPN.

Application du niveau de qualité dans le centre de santé de référence de Kolondiéba par rapport à l'interaction patiente- prestataire.

**Tableau XXXI** : Distribution de fréquence et niveau de qualité de l'interaction patiente- prestataire.

Variables	Q1		Q2		Q3		Q4		Q 3+Q4		Niveau de qualité			
											I	II	III	IV
Respect physique et psychique	0	0%	100	50%	90	45%	62	31%	152	76%				+
Respect de l'intimité	0	0%	40	20%	0	0%	160	80%	160	80%				+
Respect de la confidentialité de l'examen	0	0%	46	23%	0	0%	154	77%	154	77%				+

**Tableau XXXII :** Niveau de qualité du centre de santé de référence de Kolondièba sur le plan de la qualité du «respect physique et psychique gestante» ; «du respect de l'intimité» et «du respect de la confidentialité de l'examen des gestantes».

variables	Q3		Q4		Q3+Q4		Niveau			
							I	II	III	IV
Respect physique et psychique	90	45%	62	31%	152	76%				+
Respect de l'intimité	0	0%	160	80%	160	80%				+
Respect de confidentialité de l'examen	0	0%	154	77%	154	77%				+

**Tableau XXXIII :** analyse discriminatoire de la qualité de la «qualification du personnel de santé au cours des visites prénatales» dans le CSRéf.

<b>Qualification du personnel</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Médecin	0	0
<b>Sage femme</b>	<b>130</b>	<b>65</b>
Infirmière obstétricienne	50	25
Matrone	20	10

**TA BLEAU XXXIV :** Niveau de qualité du Centre de Santé de Référence de Kolondièba sur le plan qualité de « l’interrogation, de l’examen physique et de l’hygiène » lors des CPN.

<b>Variables</b>	<b>Q1</b>	<b>Q2</b>	<b>Q3</b>	<b>Q4</b>	<b>Q3+Q4</b>		<b>Niveau de qualité</b>			
							<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>
Interrogatoire	17	36	1	150	151	<b>75,5%</b>			+	
Examen physique	1	10	36	150	153	<b>76,5%</b>				+
Hygiène au cours des CPN	1	3	4	192	196	<b>98%</b>				+

**TABLEAU XXXV** : Niveau de qualité du CSRéf de Kolondièba sur le plan qualité de « la prescription des examens complémentaires et des soins préventifs » lors des CPN.

Variables	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3+Q4		Niveau de qualité			
							I	II	III	IV
Examens complémentaires	2	6	12	180	192	<b>96%</b>				+
Soins préventifs	0	0	5	190	195	<b>97,5%</b>				+

**TABLEAU XXXVII :** Niveau de qualité du CSRéf de Kolondièba sur le plan de « la continuité des soins, de l'autonomisation et des conseils donnés » lors des CPN.

Variables	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3+Q4		Niveau de qualité			
							I	II	III	IV
Continuité des soins (rendez-vous)	0	0	139	12	151	<b>75,5%</b>			+	
Autonomisation	19	30	59	92	151	<b>75,5%</b>			+	
Conseils	12	41	21	127	148	<b>74%</b>			+	

## **VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

### **1. Méthodologie :**

Notre étude s'est déroulée dans le CSRéf de Kolondièba de septembre 2006 à Décembre 2006 à propos de 200 gestantes. Elle a été transversale, descriptive portant sur les structures et les procédures selon le modèle de DONABEDIAN [12]. Le taux d'analphabétisme relativement bas paraissait la cause probable de l'incompréhension des gestantes faces aux différents éléments de notre questionnaire. En effet 64% de notre échantillon étaient non scolarisées. Selon l'EDSM IV 7,2% des femmes maliennes n'ont aucune instruction. Le personnel était disponible.

Nous avons hiérarchisé les niveaux de qualité qui sont au nombre de 4 : A, B, C, D. Cette hiérarchisation a été faite selon la référence à laquelle un score a été attribué (Tableau I).

Une observation a été faite sur chaque référence. Ainsi, pour le niveau de qualité le CSRéf de Kolondièba a été classé au niveau II, c'est-à dire qu'il y avait une protection contre la poussière et les moustiques, mais la clôture était défectueuse. Pendant que l'équipement de la salle d'attente était suffisant, un dépôt de médicaments protégé contre la poussière et le laboratoire fonctionnel pour les examens complémentaires les plus courants de la CPN, le service de réanimation du bloc opératoire n'était pas adéquat. Les locaux et les toilettes étaient propres. Le système d'éclairage et de communication était satisfaisant (réseau public, RAC, téléphone, groupe électrogène). L'analyse de la qualité des structures montre que le CSRéf de Kolondièba a été classé niveau II car le score était de 27/52. Cette classification est inférieure aux études menées par :

GOITA N [17] avec un score de 44/52, KONATE S [20] qui a trouvé 43/52 et KOITA M [19] qui a obtenu à son tour 42/52 respectivement dans les CSRéf de la commune V, II et VI du district de Bamako d'où leur classement au niveau IV.

### **3. Caractéristiques sociodémographiques :**

Ce volet est très important surtout dans la recherche des facteurs de risque. Ainsi 28% des gestantes avaient moins de 20 ans et 1% plus de 35 ans. Il en est de même chez GOITA N [17]. Plus de la moitié des gestantes étaient non scolarisées (64%) et les femmes au foyer représentaient 93%. Selon les études de FOMBA S [15] et de GOITAN [17] les taux de non scolarisées étaient respectivement de 84,5% et 71,5%. En effet, la connaissance des antécédents obstétricaux et médicaux est primordiale dans la prise en charge des gestantes, car elle détermine la conduite à tenir pour une issue heureuse de la grossesse. Les antécédents médico-chirurgicaux ont été recherchés chez toutes les femmes (tableaux VI, VII, XIV).

Malgré la distance qui sépare le CSRéf de la ville, la plupart des gestantes venaient à pieds (86%).

### **4. Etudes des procédures :**

#### **4.1. Etude descriptive :**

La procédure est un volet capital dans l'évaluation de la qualité des CPN. La démarche clinique n'a pas été identique pour toutes les gestantes. Dans notre service 55% des gestantes étaient à leur première CPN. Ce taux est supérieur à celui de GOITA N [17] qui est de 47,5% et à celui de FOMBA S [15] qui a trouvé 24,1%.

Il ressort de notre étude que la CPN était assurée dans 65% des cas par les sages-femmes niveau II et par les infirmières obstétriciennes dans 25% des cas niveau II. Dans les normes selon l'OMS la première CPN doit être faite par le médecin (gynéco-obstétricien) et cela pour confirmer la grossesse et prendre en charge les grossesses à risque. 76% des CPN ont duré 5 à 10 mn et l'accueil était de bonne qualité. La durée de CPN était plus longue que celle de GOITA N [17] et FOMBA S [15] qui ont trouvé respectivement 56,5% et 9% en moins de 5 minutes. La compétence du personnel a été le critère de choix retenu dans la

moitié des cas (50%). La grande majorité des gestantes (87%) ont affirmé que les locaux étaient vieux mais propres ; 34% ont affirmé que les toilettes étaient propres et 31% ne savaient même pas l'existence des toilettes. Selon 80% des gestantes, l'intimité était respectée. En effet l'examen physique se faisait à l'abri des regards derrière un paravent. Ce résultat concorde avec celui constaté au cours de l'observation comme chez GOITA N [17]. Le traitement préventif est un élément capital dans la prophylaxie du paludisme, du tétanos et de l'anémie. Notre étude a trouvé des taux de couverture préventive respectifs de 50% ; 92% ; 100%. Les prestataires ne se lavaient pas les mains d'un examen à l'autre. L'examen clinique constitue le volet le plus important pour la CPN. Cependant beaucoup d'éléments ont été pris en compte, par contre l'auscultation pulmonaire et cardiaque, la recherche de boiterie n'étaient pas faites comme chez FOMBA et KONATE S. L'examen au spéculum est non fait dans la plupart des cas, seulement 47% contre 20% chez GOITA N [17]. La taille inférieure à 1,50 mètre et le poids inférieur à 45 kg sont des éléments appréciables par les facteurs de risque. L'examen prénatal du dernier mois de la grossesse est un examen capital ; car permet d'établir le pronostic de l'accouchement, ainsi le bassin est un élément précieux de ce pronostic. Nous avons constaté que le bassin n'a pas été apprécié. Les examens para-cliniques ont été demandés dans la majorité des cas (100%). Ce taux est supérieur à ceux de GOITA N [17] de KOITA M [19] et de KONATE S [20] qui avaient noté respectivement 99% ; 38,5% et 41,5%. L'échographie, moyen précieux du diagnostic et de surveillance de la grossesse, était demandée dans seulement 23,5% des cas. Cet examen est indispensable à plus d'un titre pour un bon suivi de la grossesse. Cependant à Kolondièba, elle n'était demandée que dans les cas les plus nécessaires. Ainsi le test de dépistage VIH/SIDA n'était demandé que seulement dans 11,5% des cas pour la simple raison que beaucoup de femmes ne l'acceptaient pas. Le groupe sanguin et le Rhésus étaient demandés chez 100% des gestantes, mais celui du mari n'a jamais été demandé.

#### **4.2. Etude analytique :**

L'analyse discriminatoire dans notre étude montre que le respect physique et psychique, le respect de la confidentialité, l'examen physique de la relation humaine, le conseil, l'hygiène et l'accueil étaient de bonne et d'assez bonne qualité. La distribution de fréquence montre que le CSRéf de Kolondièba était de niveau IV pour le respect de l'intimité, de la confidentialité pendant l'examen, la relation humaine et l'accueil. Le CSRéf de Kolondièba a été classé de niveau IV pour l'examen physique le respect physique et psychique ; de niveau III pour le conseil et l'hygiène. Ces résultats sont proches de ceux de GOITA N [17], KOITA M [19], KONATES [20] et FOMBA S [15].

## **VII. Conclusion**

Notre étude réalisée au centre de santé de référence de kolondieba du 04 Septembre au 04 Décembre 2006 a permis de montrer que :

- Le centre de santé de référence de kolondieba est de niveau II où les références sont assez satisfaites mais souvent limitées par des problèmes d'infrastructures (salle de réanimation non équipée), salles d'hospitalisations insuffisantes ;
- La consultation prénatale au niveau du centre de santé de référence de kolondieba est assurée à 25% par des infirmières obstétriciennes et 10% par les matrones ce qui pourrait porter préjudice à la qualité ;
- 50 à 74,99% des gestantes reçoivent des soins de « bonne » et « assez bonne qualité » pour le respect physique et psychique, niveau IV pour le respect de l'intimité et de confidentialité.

## **VIII. Recommandations**

Au terme de cette étude nous formulons les recommandations suivantes qui s'adressent :

### **1 Aux personnels de santé :**

- Associer le médecin à la prise en charge des grossesses à risque ;
- Insister lors des séances d'I EC sur le planning familial, les facteurs de risque et les avantages de se rendre dans un service de santé dès le premier trimestre de la grossesse ;
- Renforcer les études post- universitaires dans le cadre de la formation continue ;
- Insister sur l'interrogatoire, l'examen physique et les examens para-cliniques aux cours des CPN ;
- Assurer une bonne autonomisation des gestantes en évitant le terme de « protégée ».

### **2 Aux autorités sanitaires et politiques :**

- Recruter un nombre suffisant de personnel qualifié ;
- Instaurer un système d'identification et de prises en charge des personnes démunies ;
- Améliorer l'état des structures à hauteur des normes de référence ;
- Rendre gratuit l'escorte de l'ambulance pendant la nuit ;
- Rénover et construire la maternité.

### **3 Aux populations :**

- Prendre plus de conscience de leur rôle dans l'amélioration de leur état de santé ;
- Accepter une franche collaboration avec le personnel de santé aux cours des CPN ;
- Fréquenter les services de santé pour les CPN ;
- Respecter les conseils donnés par le personnel de santé.



## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Angoulvent P.** La grossesse collection encyclopédique. Presse universitaire de France, 1990.
2. **Bernard et Genvieve P.** Dictionnaire médical pour les régions tropicales sous la direction de Jen Courte Joie, Hamartant, Paris, 1984
3. **Blum C.** L'évaluation médicale à l'hôpital In Creen Hébert 1. Première séminaire d'évaluation en gynéco obstétrique à l'APHP résumé des interventions et des débats. Paris délégation à l'évaluation. DPIMAP 1993:6-7.
4. **Boire M.** Evaluation de la qualité des soins dans certains services médicaux ; médico-techniques et pharmaceutiques de l'HGT. Thèse médecine 2000M 69 ; 79 pages.
5. **Cellule de planification et de statistique :** Plan de formation et de perfectionnement du personnel socio-sanitaire Bamako (Koulouba) 1995-2000.
6. **Cleone R.** Soins prénatals de santé maternelle. Etude d'efficacité. Programme de santé maternelle et maternité sans risque. Division de la santé de la famille OMS (10h OMS/MSM/92-4.
7. **Considération pratique : Hart. RH, Belsey MA et Tarimo.E :** Intégration des soins de santé maternelle et infantile dans les SSP.1991 OMS
8. **Coordination. Thoulon. JM, Puech ; Boog.g:** Llipes au Pelf/Uref.1995 (p ; 867) universités Francophones-obstétrique.
9. **DANIOGO, I.**Evaluation de la qualité des soins obstétricaux au Centre de Santé Communautaire de Sabalibougou II en Commune V du District de Bamako.Thèse Médecine, Bamako, 2008, 92p. N° 94.
10. **De Ferrati D.** Le financement des services de santé dans les PED. Un appel au réalisme. Forum mondial de la santé. Pages 115-123 ; 1985.
11. **Division santé familiale :** Programme de santé familiale. Plan quinquennal 1988-1992. Mali décembre 1987.
12. **DNSI-CPS/MSSPA :** Enquête démographique et de santé III Mali janvier à mai 2001.

- 13. DNSI – CPS / MSSPA :** Enquête démographique et de santé IV Mali 2006.
- 14. Donabedian Adevis :** Exploration incassment and monitoring. The definition of quality and approaches to it is assessment health administration presse an arbour, Micigan 1980.
- 15. Drabo A. Les ruptures utérines à l'hôpital Somminé Dolo de Mopti :** facteurs influençant le pronostic materno-fœtal et mesures prophylactiques à propos de 25 cas. Thèse de Médecine 2000M 07 ; 131 pages.
- 16. Fenersteine MT:**Furning the Tide Motherlood. A districtation manual London MCMi plan 1993.
- 17. Fomba S.** Qualité de la consultation prénatale et de l'accouchement au centre de Santé Miproma de Magnambougou en commune VI du district de Bamako. Thèse de médecine 2002-2003. N. 64
- 18. Forum.L ; Fayomi.E.B ; Zohoum.T.H :** Santé mère/enfant au Bénin réalisation et déficit. Revue de Médecine d'Afrique n°02 Février 1998.
- 19. Goïta N.** Evaluation de la consultation prénatale au centre de santé référence de la commune V du district de Bamako. Thèse de médecine 2005-2006 ; 06 -M-210 ; 67 pages.
- 20. Hogberg. And Wall.S:** Secular trend in maternal mortality in Sweden from 1750 to 1980. Bull OMS 1986 P647-984.
- 21. Koita M.** Qualité des CPN dans les formations sanitaires publiques et communautaires V et VI du district de Bamako. Thèse médecine 2001 M 41 ; 129 pages.
- 22. Konaté S.** Qualité de la surveillance prénatale dans le centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. Thèse de médecine 2002. M. 33 56 pages.
- 23. KONEM.**Evaluation de la qualité des soins obstétricaux en salle d'accouchement dans le CSCOM de Guarantiguibougou en Commune V du District de Bamako à propos de 100cas.Thèse Médecine, Bamako, 2008, 116p. N° 51.

- 24. Laboratoire de la qualité des soins :** Prof – M- ouchatti.  
Agence Nationale de Développement de la recherche en Santé (A.N.D.R.S).  
Université de Constantine Algérie. Page Web- Nov 2006.
- 25. Maguiraga M** Mortalité maternelle et facteur de risque au centre de santé  
de référence de la commune V du district de Bamako  
Thèse de médecine Bamako 200 – M – 110.
- 26. Monographie du district de Bamako Novembre 1994 :** Gouvernorat du  
district de Bamako cellule technique. Mission Française de coopération et  
d'action culturelle au Mali Project fac n°1152/CD/92.
- 27. Mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest :** Résultat d'une enquête à  
Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, (nov. 1997) OMS bureau Afrique.  
Division santé de la famille.
- 28. MSF Ballardur O. B.Zieau O.** Obstétrique en situation d'isolement ; 1<sup>ère</sup>  
Edition Hatier Paris, 1992, P 222.
- 29.** Nagaya k, fetters MD, Ishikawa M, et al. Causes of maternal mortality in  
Japan. JAMA 2000; 282: 2661 – 2667.
- 30. Ogga A ; Diarra A. J ; Koadio KL :** Evaluation de la situation sanitaire  
dans une région du centre Nord de la Côte d'Ivoire en 1994. Revue de  
Médecine d'Afrique Noire n°07.
- 31. OMS** Objectif du Millénaire pour le développement Indicateurs page  
principale dans Internet ; recensé le 16 fév. 2004 Genève, O M S, 2004.
- 32. OMS (chronique) :** Mortalité maternelle : soustraire les femmes de  
l'engrenage fatal 40(5) 193-202 (Genève 1986).
- 33. OMS : série de rapport technique 780 (1989) :** Amélioration des  
prestations des agents de santé communautaires dans les soins de santé  
primaires rapport d'un groupe d'étude de l'OMS Genève 1989.
- 34. Organisation mondiale de la Santé :** Annuaire et statistique Sanitaire  
mondiale Genève, années 1990 à 1999.

- 35. Papiernik E.** Réduire la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement pour un programme d'action. Obstétrique-Paris, Flammarion, Médecines sciences ,1995-1584P.Pages 7535-7537.N°6182.
- 36. SACKO M.** Evaluation de la surveillance prénatale dans le district de Bamako république du Mali. Thèse de Doctorat de l'Université Pierre et Marie Curie (Paris) spécialité santé publique et pays en voie de développement 02 mars 1988.
- 37. Sankale M. et Mazer A.** Guide médicale de la famille Afrique et océan Indien 1991. France EDICEF, P : 143.
- 38. SAO, O B.**Evaluation de la qualité des soins dans l'unité de planification familiale du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.Thèse Médecine, Bamako, 2008, 109p. N° 100.Evaluation de la qualité des soins obstétricaux en salle d'accouchement dans le CSCOM de Guarantiguibougou en Commune V du District de Bamako à propos de 100cas.Thèse Médecine, Bamako, 2008, 116p.
- 39. Soins prénatals Recentrés 2002 :** Gomez P et B Kurzie –Octobre 202 sic Maternel and Newborn Care: Section Tirro Antenatal Care.
- 40. Suivi prénatal et intrapartum :** Prof Robert J.I. Ieke (Cameroon), Mai 2004.
- 41. Surveillance échographique de la grossesse :** DMC obstétrique (B. SEGUY) ancien chef de clinique à la faculté de médecine de Paris. Maloine SA. Editeur 27, rue de l'école de médecine 75.000 paris page 67.
- 42. Synthèse et analyse des résultats de l'évaluation de la qualité des services offerts dans les districts de Dakar,** Sénégal, décembre 2004.
- 43. Traoré MK.** Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Banconi. Thèse médecine 2001 ; 121 pages.
- 44. UNICEF/OMS/FNUAP :** Elimination du tétanos maternel et néonatal d'ici à l'an 2005. Stratégie permettant d'éliminer le tétanos et d'éviter sa réapparition.

# **ANNEXES**

## **Fiche signalétique**

**Nom :** TOGOLA

**Prénom :** Hamidou

**Titre de la thèse :** Evaluation de la qualité des consultations prénatales au centre de santé de référence de Kolondièba

Année Universitaire : 2014-2015

**Pays d'origine :** République du Mali

**Lieu de dépôt :** Faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie du Mali

**Secteur d'intérêt :** Gynécologique et obstétricale

**Résumé de la thèse.** Cette étude a pour but d'évaluer le niveau actuel de la qualité des CPN au centre de santé de référence de Kolondièba, déterminer les structures en place notamment les infrastructures et le personnel, préciser les procédures et en déterminer les résultats.

C'est ainsi que le centre de santé de référence de Kolondièba a été classé au Niveau 2 c'est-à-dire que les références évaluées étaient satisfaites soit un niveau de 50 à 74% Sc. Max de 20 à 29,99 avec un système de tarification jugé abordable selon les gestantes.

L'analyse du niveau de la dimension humaine révèle que le centre de santé de référence est de niveau IV où 95 à 100% des gestantes reçoivent des soins de « bonne » et « d'assez bonne qualité ».

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

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

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

**Mots clés :** Evaluation, Consultation prénatale, Kolondièba

Evaluation de la qualité de la consultation prénatale

**FICHE D'ENQUETE**

**I – OBSERVATION DES CPN**

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

Q 1. 1 = Date d'observation.....

Q 2. 2 = Heure de la visite : .....

3 = Durée de la visite : ..... a : heure début ..... b : heure fin.....

**Caractéristiques de la gestante (Si demandées)**

Nom : ..... ; Prénom : .....

Q 3 Age (ans) :  ans

Q 4 Ethnie :  1 = Bambara ; 2 = peulh ; 3 = Malinké ; 4 = Bozo ; 5 = Sonhrai ; 6 = Soninké ; 7 = Dogon ; 8 = Autre (à préciser).....

Q 5 Profession :  1 = ménagère ; 2 = vendeuse ; 3 = fonctionnaire ; 4 = aide ménagère ; 5 = commerçante ; 6 = autre

Q 6 Niveau scolaire :  1 = Analphabète ; 2 = Primaire ; 3 = Secondaire ; 4 = Supérieur ; 5 = Coran ;

Q 7 Etat matrimonial :  1 = Célibataire ; 2 = mariée ; 3 = Veuve ; 4 = divorcée

Q 8 Résidence : .....

Q 9 Numéro de la grossesse ou de la C P N :.....

Q 10 A – t- elle été identifié pendant sa grossesse comme appartenant un groupe à risque ?

1 = oui ; 2 = non ; 3 = si oui quel facteur ? :

1 = Age sup 16 ans ; 2 = primipare âgée (30 ans ou +) ; 3 = Grande multipare (sup ou = 6 accouchements) ; 4 = Dernier accouchement dystocique (césarienne, forceps, ventouse)

5 = ATCD de mort – né ; 6 = Taille inf. 150 cm ; 7 = HTA ; 8 = poids inf. 45 kg ; 9 = Autre...

Q 11 Nombre de CPN réalisées :

**Caractéristique de la personne qui a pris en charge la parturiente**

Q 12 Qualification :  1 = Médecin ; 2 = Sage femme ; 3 = Matrone ; 4 = Infirmière obstétricienne ; 5 = Autres (à préciser) : .....

Q 13 Statut :  1 = Fonctionnaires ; 2 = Contractuel ; 3 = Stagiaire ; 5 = Autre : .....

**Accueil :**

Q 14 Langue de communication :  1 = Français ; 2 = Bambara ; 3 = Autre : .....

Q 15 Consultante Comprendait –elle la langue :  1 = oui ; 2 = non

Q 16 Si non a- t- on fait appel à un interprète ? :  1 = oui ; 2 = non

Q 17 Salutation conforme aux convenances sociales :  1 = oui ; 2 = non

Q 18 Consultante a –t- elle été invitée à s'asseoir :  1 = oui ; 2 = non

Q 19 Demande du carnet de la grossesse précédente :  1 = oui ; 2 = non, absent

**Interrogatoire : (sur la situation personnelle de la consultante) :**

Q 20 Situation Socio – économique de la famille :  1 = Bas niveau ; 2 = Moyen ; 3 = Favorable

Q 21 Profession du mari :  1 = Cultivateur ; 2 = commerçant ; 3 = Fonctionnaires ; 4 = Manœuvre ; 5= Autre : .....

Q 22 Distance parcourue pour venir au centre :  km

### Antécédents obstétricaux

- Q 23 Gestité :  1 = oui ; 2 = non R =  
Q 24 Parité :  1 = oui ; 2 = non R =  
Q 25 Fausses couches :  1 = oui ; 2 = non R =  
Q 26 Vivants :  1 = oui ; 2 = non R =  
Q 27 Mort – nés :  1 = oui ; 2 = non R =  
Q 28 Décédés :  1 = oui ; 2 non R =  
Q 29 Causes des décès :  1 = Infection néonatale ; 2 = Paludisme ; 3 = Autre  
Q 30 Ages des décès :   
Q 31 Césarienne :  1 = oui ; 2 non R =  
Q 32 Forceps, ou Ventouse :  1 = oui ; 2 = non  
Q 33 Eclampsie :  1 = oui ; 2 = non R =  
Q 34 Autres : .....

### Antécédents médicaux :

- Q 35 Infection urinaire :  1 = oui ; 2 = non R =  
Q 36 HTA :  1 = oui ; 2 = non R =  
Q 37 Diabète :  1 = oui ; 2 = non R =  
Q 38 Affection cardiaque :  1 = oui ; 2 = non R =  
Q 39 Tuberculose :  1 = oui ; 2 = non R =  
Q 40 MST :  1 = oui ; 2 = non R =  
Q 41 Drépanocytose :  1 = oui ; 2 = non R =  
Q 42 Autres :  1 = oui ; 2 = non R =  
Q 43 Si autres précisions : .....

### Détermination de la date d'accouchement :

- Q 44 Détermination de la date probable d'accouchement :  1 = Connue ; 2 = Inconnue  
Q 45 Détermination de la date des dernières règles :  1 = Connue ; 2 Inconnue  
Q 46 Détermination de l'âge de la grossesse :  1 = Connue ; 2 = Inconnue

### Déroulement de la grossesse

- Q 47 Fièvre :  1 = oui ; 2 = non R =,  
Q 48 Vomissement :  1 = oui ; 2 = non R =  
Q 49 Fatigue :  1 = oui ; 2 = non R =  
Q 50 Vertiges :  1 = oui ; 2 = non R =  
Q 51 Survenue des palpitations :  1 = oui ; 2 non R =  
Q 52 Survenue de dyspnée :  1 = oui ; 2 = non R =  
Q 53 Perception mouvement bébé (MAF) :  1 = oui ; 2 non R =  
Q 54 Survenue d'œdèmes :  1 = oui ; 2 = non R =  
Q 55 Pertes liquidiennes :  1 = oui ; 2 = non R =  
Q 56 Ecoulement vaginal :  1 = oui ; 2 non R =  
Q 57 Métrorragie :  1 = oui ; 2 non R =  
Q 58 Troubles urinaires :  1 = oui ; 2 non R =

### Hygiène de vie pendant la grossesse

- Q 59 Questions sur le travail professionnel ménager :  1 = oui ; 2 non R =  
Q 60 Questions sur le travail ménager :  1 = oui ; 2 = non  
Q 61 Alimentation :  1 = oui, adaptée à la grossesse ; 2 = non adaptée  
Q 62 Repos (importance, modification activités à cause de la grossesse) :  1 = oui ;  
2 = non

### Examens cliniques :

- Q 63 Avez-vous expliqué le déroulement de la consultation ? :  1 = oui ; 2 = non  
Q 64 pesée :  1 = oui 2 = non R =  
Q 65 Mesure de la taille :  1 = oui 2 = non R =  
Q 66 Recherche d'une boiterie :  1 = oui ; 2 = non R =  
Q 67 Aider à monter sur la table :  1 = oui ; 2 = non  
Q 68 Examen des conjonctives :  1 = pale ; 2 = Moyennement colorées ; 3 = Colorées  
Q 69 Prise de la TA : cm Hg :  1 = oui ; 2 = non R =  
Q 70 Auscultation cardiaque :  1 = oui ; 2 = non R =  
Q 71 Auscultation pulmonaire :  1 = oui ; 2 = non R =  
Q 72 Palpation de l'abdomen :  1 = oui ; 2 = non R =  
Q 73 Mesure HU (hauteur utérine) :  1 = oui 2 ; non R =  
Q 74 Auscultation bruit du cœur fœtal :  1 = oui ; 2 = non R =  
Q 75 Position fœtus :  1 = Céphalique ; 2 Siège ; 3 = Transversal ; 4 = Autres  
Q 76 Examen au spéculum :  1 = oui ; 2 = non R =  
Q 77 Toucher vaginal :  1 = oui ; 2 = non R =  
Q 78 Recherche œdèmes :  1 = oui ; 2 = non R =  
Q 79 Aider à descendre :  1 = oui ; 2 = non R =  
Q 80 L'éclairage était-il suffisant :  1 = oui ; = 2 non R =  
Q 81 Examen à l'abri des regards :  1 = oui ; 2 = non R =

### Examen para clinique

- Q 82 A -t- on demandé des examens para cliniques? :  1 = oui ; 2 = non  
Q 83 T - t - on proposé une vaccination? :  1 = oui ; 2 = non  
Q 84 Si oui à -t-on expliqué ou aller ? :  1 = oui ; 2 = non

### Vaccination

- Q 85 A - t- on demandé de carnet de vaccination? :  1 = oui ; 2 = non  
Q 86 A - t- on proposé une vaccination ? :  1 = oui ; 2 = non  
87 La consultation a - t- elle classé la grossesse à risque ? :  1 = oui ; 2 = non

### Prescription

- Q 88 Une prescription a -t- elle été faite ? :  1 = oui ; 2 = non  
Q 89 A - t- on expliqué pourquoi ? :  1 = oui ; 2 = non

### Relations humaines

- Q 90 Gentillesse du ton? :  1 = Bon ; 2 = Mauvais  
Q 91 Attitude envers la gestante :  1 = Bon comportement ; 2 = Mauvais comportement  
Q 92 Manifestation d'intérêt pour la consultante :  1 = oui ; 2 = non  
Q 93 A - t- elle fait des salutations d'usage à son départ? :  1 = oui ; 2 = non  
Q 94 Pendant ou a décours de l'examen a-t-on expliqué à la gestante l'évolution de la grossesse?  1 = oui ; 2 = non  
Q 95 A-t-il demandé à la consultante de revenir ? :  1 = oui ; 2 = non  
Q 96 Lui a-t-il précisé quand ? :  1 = oui ; 2 = non  
Q 97 Présence de tierce personne pendant la consultation :  1 = non 2 = oui plusieurs sages femmes 3 = oui d'autres membres du personnel 4 = oui, par des accompagnants ; 5 = oui ; d'autres personnes (à préciser) : .....  
Q 98 Nombre total de personnes dans la salle :   
Q 99 Y a -t- il eu des entrées et sorties non justifiées pendant le déroulement de la consultation ? :  1 = oui ; 2 = non

### Conseils

- Q 100 A – t- on donné des conseils :  1 = non ; 2 = sur le repos ; 3 = alimentation ; 4 = planning familial ; 5 = MST/SIDA ; 6 = Autres : .....
- Q 101 A – t – on expliqué les signes d’alerte et que faire s’il survenait :  1=oui ; 2=non
- Q 102 Si oui quels sont les signes d’alerte :  1=Métrorragie ; 2=Douleur abdominale intense ; 3=perte liquidienne ; 4=autre (à préciser) :.....

### Hygiène de la consultation

- Q 103 Un tissu est-il posé sur table d’examen ? :  1 = oui ; 2 = non
- Q 104 Si oui est – il fourni par le centre :  1 = oui ; 2 = non
- Q 105 Est –il différent des femmes précédentes :  1 = oui ; 2 = non
- Q 106 Le praticien s’est-il lavé les mains avant d’examiner la consultante ? :   
1 = oui 2=non
- Q 107 Le praticien a – t –il utilisé des gants ou un doigtier :  1 = oui ; 2 = non
- Q 108 A la fin de la consultation le matériel est – il changé ? :  1 = oui ; 2 = non
- Q 109 Le matériel est –il correctement désinfecté ? :  1 = oui ; 2 = non
- Q 110 Le matériel est –il correctement nettoyé ? :  1 = oui ; 2 = non
- Q 111 Le praticien a – t –il commis une faute d’hygiène ? :  1 = oui ; 2 = non
- Q 112 Si oui laquelle ? :  1 = Matériel souillé ; 2 = Autre

### Conclusion

- Q 113 Le praticien a –t –il tiré une conclusion ? si oui laquelle ? :  1 = RAS ; 2 = Classement dans un groupe à risque ; 3 = Référence vers un autre établissement.
- Q 114 Référence vers un autre établissement :  1 = oui ; 2 = non
- Q 115 Nom de l’établissement de référence : .....
- Q 116 Le praticien a – il annoncé à la gestante la DPA :  1 = oui ; 2 = non
- Q 117 Si elle appartient à un groupe à risque, le lui a –t –il annoncé ? :  1 = oui ; 2 non
- Q 118 Lui a – t- il dit ou aller accoucher ? :  1 = oui ; 2 = non
- Q 119 Lui a – t – il dit pourquoi ? :  1 = oui ; 2 = non

## II Opinion sur les CPN

### 1. Examen du carnet de la grossesse

OPC1 Possession d'un carnet de grossesse :  1 = oui ; 2= non

#### Terme de la grossesse

OPC 2 Date des dernières règles :  1=oui ; 2 =non

OPC3 Date de terme prévu pour l'accouchement :  1=oui ; 2=non

### 2 .Modalité du transport

OPC4 Etes-vous venue ? :  1=à pied ; 2=en véhicule collectif ; 3=taxi ; 4=en véhicule personnel ; 5=autres (à préciser) : .....

### 3. Critères de choix du centre

OPC5 Pourquoi avez-vous choisi ce centre :

1= parce que cet établissement est proche de mon domicile

2=parce que je connais quelqu'un dans cet établissement

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

4=parce que le personnel est compétent

5=parce que le personnel est accueillant

6=parce que les tarifs sont peu élevés

7=parce que ici on peut acheter les médicaments à bon tarifs

8=parce qu'une connaissance me l'a conseillé

9=Autres raisons :

OPC6 Etes vous déjà venue dans cette formation sanitaire ? :  1=Non ; 2=oui ;

3= oui, plusieurs fois

OPC7 Pour quelles raisons :  1=consultation médicale ; 2=consultation prénatale ; 3=accouchement ; 4=autre (à préciser) : .....

OPC8 L'ordre de passage a-t-il été respecté :  1=oui ; 2=non

OPC9 Comment étiez vous installée pendant l'attente ? :  1=inconfortablement ; 2= confortablement ;

OPC10 Y avait-il des toilettes accessibles dans le service ? :  1=non 2=oui ; 3=oui, mais sale ; 4=oui, et propre ; 5=ne sais pas

OPC11 Avez-vous trouvé l'attente longue ? :  1= oui ; 2=non

OPC12 La personne qui vous a reçu a-t-elle été ? :  1=Agréable ; 2=Désagréable

OPC13 Pensez vous que la personne qui vous a reçu a prêté suffisamment attention à vous ? : 1=oui ; 2=non

OPC14 Avez vous trouvé que la consultation était suffisamment confidentielle ? (secret médical) :  1=oui ; 2=non

OPC15 Votre intimité a-t-elle été respectée ? :  1=oui ; 2=non 3=Si non, pourquoi ?.....

OPC16 Comment avez-vous trouvé les locaux ? :  1=Vieux et sales ; 2=nouveau mais sales ; 3=Vieux mais propres ; 4=nouveau et propres

OPC17 Avez-vous été satisfaite ? :  1=oui ; 2=non 3=Si non pourquoi ?.....

OPC18 S'agit-il de votre première CPN ? :  1=oui 2=non

- OPC19 Si non ou avez-vous consulté la première fois ? :
- 1= Dans le service prénatal d'un autre établissement ; 2=Dans ce même service  
 3=je connais une sage femme ou une autre personne qui peut m'aider dans cet établissement  
 4=j'ai déménagé ; 5=autre, expliquer
- OPC21 Depuis combien de mois êtes-vous enceinte :.....mois
- OPC22 Vous a-t-on prescrit des examens para cliniques  1=oui ; 2=non
- OPC23 Si oui, lesquels ? : 1=NFS ; 2=Taux d'hémoglobine ; 3= groupe rhésus  
 4=BW; 5=HIV; 6=Toxoplasmose; 7=Test d'Emmel; 8=Echographie  
 9=albumine Sucre; 10=Autre (à préciser) :.....
- OPC24 Si oui, vous a-t-on expliqué pourquoi  1=oui ; 2=non
- OPC25 Avez vous l'intention d'effectuer ces examens para clinique ?  1=non ;  
 2=oui ; certains, 3=oui ; tous
- OPC26 Si non Pourquoi ? :.....
- OPC27 Vous a-t-on prescrit des médicaments ? :  1=oui ; 2=non
- OPC28 Si oui lesquels : 1=SP ; 2=Fer ; 3=Acide folique ; 4=Autres (à préciser) :.....
- OPC29 Avez vous fait le VAT ? :  1=oui ; 2=non
- OPC30 Comment devrez vous vous procurer de ces médicaments ? :  1=Moi même ;  
 2=Mon mari ; 3=Mes parents ; 4=Autre :.....
- OPC31 Vous a-t-on dit de revenir pour une prochaine CPN ? :  1=oui ; 2=non
- OPC32 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

## SERMENT D'HIPPOCRATE ACTUALISE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité et leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai mes patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances(...).

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois couvert déshonoré et méprisé si j'y manque ».