

MINISTERE DE L'EDUCATION

REPUBLIQUE DU MALI

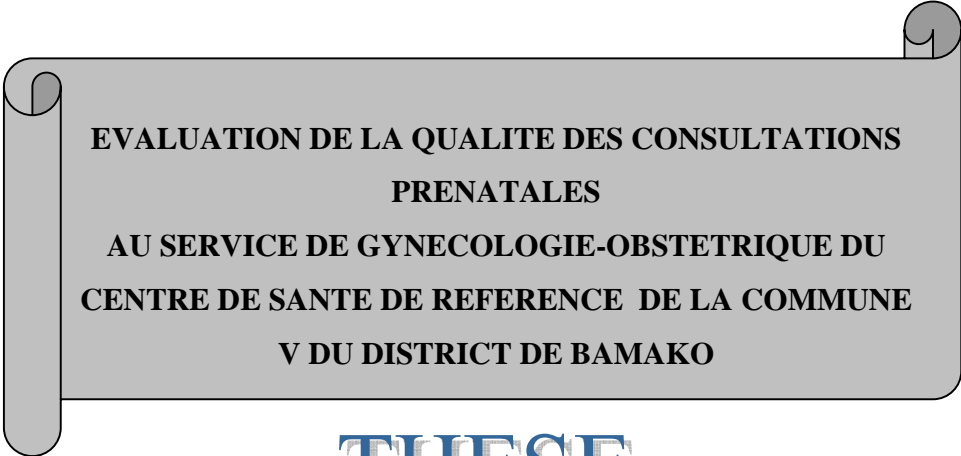
Un Peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2005-2006

N°/



EVALUATION DE LA QUALITE DES CONSULTATIONS
PRENATALES
AU SERVICE DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE
V DU DISTRICT DE BAMAKO

THESE

Présente et soutenue publiquement le/...../2006

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par

Mr Nagna GOITA

Pour Obtenir le Grade de Docteur en médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Jury

PRESIDENT :

Professeur Amadou Ingré DOLO

MEMBRE :

Docteur HAmadoun SANGHO

MEMBRE :

Docteur Soumana Oumar TRAORE

DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Agrégé Mamadou TRAORE

Dédicaces

Je dédie ce travail à :

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

A toutes les femmes qui ont perdu leur produit de conception en voulant donner la vie.

A toutes les femmes victimes des difficultés de la grossesse et de l'accouchement.

Aux orphelins dont les mères ont succombé en leur donnant 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 et surtout le temps nécessaire pour pouvoir le servir avec loyauté et dévouement exemplaire.

A mon père N'Go GOÏTA :

Tu es l'artisan de ce chemin parcouru ton courage, ta rigueur dans notre éducation ont fait de ton fils ce qu'il est aujourd'hui.

Tes peines, tes sacrifices n'ont de mesures à nos yeux

Que Dieu te donne longue vie auprès de nous.

Puisse ce travail être pour toi une source de satisfaction.

Soyez assuré de mon affection et de ma sincère reconnaissance.

A ma mère, Kakono GOÏTA :

Ta combativité, ton courage et ta générosité resteront pour nous un repère sûr.

Puisse ce travail être le début du couronnement de tes années de souffrance.

A mon oncle Feu Niantigui GOÏTA :

Ma joie serait plus grande si vous étiez présent parmi nous

-Qu'Allah vous récompense par le paradis.

A mes frères : Kassim, Ladj, Soumaïla, Yaya, Gaoussou, Soungalo.

Ce travail est le vôtre.

Sentiment fraternel.

A ma sœur : Porchô GOÏTA :

Merci pour l'attention que vous m'avez toujours accordée

Soyez assurée de mon affection. Toutes mes reconnaissances.

**A mes logeuses Feue Nieré DEMBELE, Feue Batata Minta, Assitan
COULIBALY.**

Merci pour l'accueil et les précieux conseils.

A mon Directeur du premier cycle Karamoko KONE :

Merci pour l'encadrement.

Remerciements

A tout le personnel de la FMPOS

Pour le noble et difficile service patriotique que vous rendez à ce pays tous les jours.

Au corps professoral de la FMPOS

Pour l'intérêt que vous accordez aux étudiants en plus de la qualité de l'enseignement dispensé.

A mes Maîtres formateurs : Dr TOGO Abdrahamane, Dr TRAORE Oumar, Dr SISSOKO Sara, Dr Pierre TOGO A, Dr BT

Merci pour l'encadrement.

A mon équipe de garde : Dr TRAORE Soumana Oumar, Dr Alidou MAÏGA.

Internes : Ibrim, Bekaye, Delle O, Awa K.Z, Nouhoum, Rokiatou, Sali, BERTHE, Yacouba, Sina Fatim. Ce travail est le votre.

Je vous en serai toujours reconnaissant.

Au Dr THIERO Médecin Chef de l'ASACOSAB1

Toute ma sympathie et reconnaissance.

A tout le personnel de l'ASACOSAB3 et l'ASACOSAB1

Pour l'accueil et l'encadrement.

A toutes les sages femmes du centre de santé de référence de la commune V.

Pour la collaboration et la disponibilité de tout.

A tout le personnel de l'unité CPN

Merci pour la collaboration.

Service de comptabilité

Merci pour le soutien moral et financier

Ce travail est le votre

Salle d'informatique : Cheick, Balkissa

Votre soutien logistique et vos conseils ont contribué à rendre meilleure la qualité de ce travail mais aussi à faciliter la réalisation de ce travail.

Que Dieu vous en récompense tous.

A tous les membres de l'ASSEK (Association des étudiants en santé de Kimparana et Sympathisants) dont je fus le 1^{er} secrétaire général. Ce travail est le votre.

Adama GOÏTA enseignant à l'école communautaire de Soumazangasso

Merci pour tout ce que tu fais pour la famille en général et pour moi en particulier. Ce travail est le tien.

A toute ma promotion

Courage et persévérance.

A Mademoiselle Djénéba Mariko pour l'aide précieuse que vous m'avez apporté pour la réalisation de ce travail.

Que Dieu exhausse nos vœux.

A mes ami (e) s : Bâ BERHTE, Abdoulaye SANOGO dit Tiéba, Nagazanga DAOU, Adama GOÏTA, Makan SISSOKO, Alou DIABY, Abdoul K KONE, Sidi COULIBALY, Djénéba DIALLO, Fatoumata TOGOLA, Elie COULIBALY, Kadidiatou CISSE, Fatoumata DIAWARA, Lassine BAGAYOKO, Seydou DEMBELE et Kaffa DEMBELE.

Je vous présente amicalement ce travail qui est le votre.

Que ceux ou celles qui n'ont pas été cités par oubli dans ces lignes trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude

A notre Maître et Président du Jury

Professeur Amadou Ingré Dolo

Professeur titulaire de gynécologie obstétrique à la FMPOS

Président fondateur de la SOMAGO

Secrétaire général de la SAGO

Président du réseau national de lutte contre la mortalité maternelle.

Chef de service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital Gabriel TOURE.

Cher Maître

Nous ne saurions jamais vous témoigner avec exactitude ce que nous ressentons.

Nous avons été témoins des qualités exceptionnelles d'un homme modeste, simple, mais rigoureux, soucieux de notre bonne formation, du travail bien fait et aussi en quête permanente de la perfection.

Vous resterez pour nous le modèle du combattant de nos populations à travers l'amélioration et le rehaussement du statut de la femme.

Nous prions l'éternel pour qu'il vous donne longue vie.

Enfin, nous vous témoignons de notre constante disponibilité pour tout.

A notre Maître et juge

Docteur Hamadoun SANGHO

Spécialiste en santé publique

Assistant chef de clinique en santé publique à la FMPOS.

Chef de département de la recherche au CREDOS.

Etre votre élève a été l'une de nos chances que nous avons su saisir.

A votre contact à un moment décisif de nos études, nous avons à travers votre humanisme élargi notre vision de l'homme.

Assurément cette empreinte guidera notre réflexion tout au long de notre carrière :

Votre simplicité, votre courtoisie, votre humilité, votre courage, votre compétence, votre esprit de recherche et votre très grande expérience de la santé publique font de vous une référence.

Veillez trouver dans la recherche de notre passé l'assurance que votre enseignement a été perçu.

Que le tout puissant vous garde longtemps de nous.

Amen !

A notre Maître et juge

Docteur Soumana Oumar Traoré gynécologue obstétricien

Praticien au service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V.

Vous nous faites honneur en acceptant malgré vos multiples occupations de siéger ce jury.

Nous avons bénéficié de votre enseignement de gynéco-obstétrique clair et précis.

En plus de vos qualités scientifiques, nous avons eu l'occasion d'apprécier vos qualités humaines au centre mais également en dehors de « celui-ci»

Cette thèse est l'occasion pour moi de vous remercier au nom de tous les étudiants en stage au centre de santé de référence de la commune V pour votre courtoisie.

Trouver ici l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

Que le tout puissant vous garde longtemps auprès de nous.

Amen !

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Mamadou TRAORE

Professeur Agrégé de gynécologie obstétrique.

Secrétaire général adjoint de la SAGO .

Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle.

Médecin-chef du centre de santé de référence de la commune V

Nous sommes très heureux de votre succès au CAMES pour
obtenir le grade de professeur agrégé en gynéco-obstétrique .

Nous nous réjouissons de la confiance que vous placez en
nous, en nous acceptant comme élève .

Vous êtes restés toujours disponibles et c'est le moment de vous
rendre cet hommage mérité.

Durant notre stage effectué auprès de vous, nous avons pu
apprécier et admirer le maître que vous êtes et nous ne
cesserons jamais d'évoquer votre compétence, vos qualités
scientifiques et humaines.

Puisse Dieu vous donner une longue vie pleine de santé, pour votre
formation mais aussi pour la santé de la population en générale
et de celle de la femme en particulier.

Amen !

LISTE DES ABREVIATIONS :

CPN :CONSULTATION PRENATALE.

SONU : SOINS OBSTETRIKAUX ET NEONATAUX D'URGENCES.

USA : ETATS-UNIS D'AMERIQUE.

OMS : ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

DCI : DENOMINATION COMMUNE INTERNATIONALE.

PPM : PHARMACIE POPULAIRE DU MALI.

ATCD : ANTECEDENTS.

HTA : HYPERTENSION ARTERIELLE.

IST : INFECTION SEXUELLEMENT TRANSMISIBLE.

TA : TENSION ARTERIELLE.

HU : HAUTEUR UTERINE.

BDCF : BRUITS DU CŒUR FŒTAL.

CAT : CONDUITE A TENIR.

NFS : NUMERATION FORMULE SANGUINE.

VIH : VIRUS DE L'IMMUNODEFICIENCE HUMAINE.

BW : BORDE WASSERMANN.

ECBU : EXAMEN CYTO BACTERIOLOGIQUE DES URINES.

SP : SULFADOXINE PYRE METHAMINE.

VAT : VACCIN ANTI TETANIQUE.

TPI : TRAITEMENT PREVENTIF IMMEDIAT.

CCC : COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT.

ANDEM : AGENCE NATIONAL POUR LE DEVELOPPEMENT DE L'EVALUATION
MEDICALE

ONU : ORGANISATION DES NATION UNIES

CSREF : CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V

CV : COMMUNE V

SOMMAIRE

1) INTRODUCTION.....	1
2) OBJECTIFS.....	4
3) GENERALITES.....	5
4) METHODOLOGIE.....	12
5) RESULTATS	20
6) COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	48
7) CONCLUSION	59
8) RECOMMANDATIONS.....	61
REFERENCES.....	63
ANNEXES.....	

1- INTRODUCTION

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

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 suite à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement, soit un décès par minute ; ce qui représente 585.000 décès maternels par an [1]. Un quart des femmes souffrent toute leur vie de lésions douloureuses, dégradantes et humiliantes suites à des accouchements (fistule vesico-vaginales).

-En Afrique de l'Ouest, une étude effectuée en 1997 dans certaines capitales (Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou Saint Louis et Kaolack), 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 infirmiers et 1,6% par les médecins. [29]

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 [10] dans les communes V et VI du District de Bamako a montré que les services souffraient de l'insuffisance de l'accueil et de l'exécution de certains gestes dangereux ou inadaptés aussi de la très faible productivité du personnel et le manque de formation permanente [10].

-En 2001 une étude faite par Konaté 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 comme l'absence de préparation à l'accouchement et à l'allaitement, la faible qualité des dimensions humaines et des gestes techniques, l'absence d'un centre d'accueil et d'orientation, le faible niveau de la qualité de la continuité des soins et l'autonomisation de la femme enceinte et un faible équipement de l'unité de la C.P.N [9].

-Au Mali, de nombreux efforts ont été faits pour réduire les 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'existence de la couverture sanitaire, le renforcement de la performance des services de santé ;

-La lutte contre la pauvreté et l'exclusion ; le 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 [6] :

◇ -Taux de mortalité maternelle : 582 pour 100.000 naissances vivantes

◇ -Taux de mortalité néonatale : 71,57 pour 1000,

- ◇ -Taux de mortalité infantile 133,76 pour 1000,
- ◇ -Taux de mortalité périnatale : 55,76 pour 1000,
- ◇ -Taux de mortalité juvénile : 131,86 pour 1000,
- ◇ -Taux de mortalité infanto-juvénile : 242,23 pour 1000.

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

Au Mali, de nombreux travaux ont été consacrés à l'étude de la qualité de la surveillance prénatale [9] [10] des soins procurés pendant l'accouchement [30].

Mais aucun d'entre eux n'a été réalisé spécifiquement dans le service de gynécologique obstétrique du centre de santé de référence de la commune V ; la nôtre vient donc combler ce vide.

2 -OBJECTIFS

2-1- Objectif général :

- Evaluer la qualité des CPN (consultations prénatales) au service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

2-2-Objectifs spécifiques :

- Déterminer le niveau actuel des structures au service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V
- Décrire les procédures en consultations prénatales.
- Analyser les résultats.

Proposer des recommandations

3- GENERALITES

3-1. Historique de la consultation prénatale :

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

Malheureusement dans nos pays en voie de développement, la grossesse constitue encore un problème de santé publique à cause des conditions socio-économiques défavorables. Elle peut engendrer des complications graves pour la vie de la mère et de l'enfant [1].

La mortalité maternelle dans les pays en voie de développement constitue une immense tragédie. En effet, le risque de mourir d'une grossesse en Afrique atteint 100.000 naissances [1] [8] alors que celui du Canada était de deux décès pour 100.000 naissances en 1985 [8]

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 ne se peut que je ne revienne pas » [8].

Au Mali, les femmes en âge de procréer (15-49 ans) représentent 21,28% de la population [2].

Dans ce groupe, le taux de mortalité est de 582 pour 100.000 naissances vivantes [3]. 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 telle que l'éclampsie.

Ces taux élevés de la mortalité maternelle pourraient 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 le personnel médical à l'intérieur du pays et 46% à Bamako [3].

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 :

- 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 a été observé entre 1930 et 1960 comme en témoignent les chiffres publiés :

En Suède : 7 pour 100.000 naissances entre 1976 et 1980 contre 300 pour 100.000 naissances vivantes en 1930 [4].

En Angleterre et au pays des Galles : 11 pour 100.000 naissances vivantes en 1976 contre 341 pour 100.000 naissances vivantes en 1930 [7].

Aux USA 12 pour 100.000 naissances vivantes en 1974 contre 300 pour 100.000 en 1930 [7].

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 (médicales et sociale) a réellement changé les résultats. Le progrès est venu de leur association [5].

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

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

- ✓ Interventions chirurgicales ;
- ✓ Anesthésie ;
- ✓ Traitements médicaux ;
- ✓ Transfusion sanguine ;
- ✓ Techniques manuelles ;
- ✓ Planification Familiale ;
- ✓ Prise en charge des grossesses à hauts risques ;
- ✓ Soins néonataux spéciaux.

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, Lacronique Armogathe et Weeil.

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

3-2. 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 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 risque et bénéfices « **(DONABEDIAN)** » [25].

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

*** L'évaluation :**

C'est une procédure scientifique et systématique qui consiste à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'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 :

- Vérifier le bon déroulement de la grossesse et de dépister tous les facteurs de risque 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.

***Les normes :**

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

***Les procédures**

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

***La mortalité maternelle :**

C'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délais 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 naissances vivantes, parfois exprimé pour 100.000 femmes en âge de procréer.

***La grossesse :**

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

***Facteurs de risque :**

Un facteur de risque pendant la grossesse est une caractéristique qui, 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 risques.

***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 besoins et à des soins après la naissance, de manière à éviter les risques de décès ou d'incapacités liés aux complications de la grossesse et de l'accouchement [30]. Cette définition coïncide avec 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 du post-natale et d'éviter les risques de décès ou d'incapacités liés à la grossesse.

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

Elle représente une zone géographique desservie par une 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 :**

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

***Référence :**

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

4. METHODOLOGIE

4-1. Cadre de l'étude :

Nôtre étude a été menée à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Le centre de santé de référence de la commune V a été créé en 1982 avec un plateau minimal pour assurer les activités courantes. Cette structure s'est imposée par ses prestations de qualité surtout dans le domaine de la gynéco-obstétrique. Le fonctionnement du CSRéf de la commune V est animé par un personnel administratif, un personnel paramédical et un personnel médical.

4-2. Composition de la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune V:

- Unité grossesses à risque ;
 - Unité accouchements /suites de couches ;
 - Unité néonatalogie ;
 - Unité CPN (consultations prénatales) ;
 - Unité PF (planning familial) et consultations post-natales ;
 - Unité chirurgie gynécologique ;
 - Unité urgence gynécologique.
- L'unité de consultation prénatale est dirigée par le chef d'unité et son adjointe qui assurent la permanence tous les jours ouvrables, elles sont épaulées par les matrones et les stagiaires (infirmières obstétriciennes), les autres sages femmes (1-3) font un système de rotation par mois.

Tous les jours le travail est organisé de la manière suivante :

A 7 h 30 mn les séances de CCC ;

A 7 h 45 mn les matrones infirmières prennent les constantes des gestantes ;

A 8 h 30 les CPN commencent par ordre d'arrivée, mais cet ordre est souvent perturbé par le système de protégé.

Elles font en moyenne 15 CPN par jour.

4-3. Les populations étudiées :

4-3-1- Etude des structures

- Médecin chef
- Personnel socio sanitaire
- Président, trésorier et autres membres du bureau de gestion du centre. Le plan de la structure et l'inventaire de matériel seront fait.

4-3-2- Etude des procédures et résultats :

- Les personnes ayant assurées les CPN
- Les gestantes.

4-4. Période de l'étude :

Elle s'est déroulée du 01 Août au 31 Décembre 2005.

4-5. Unité statistique /critère d'inclusion et de non inclusion :

Notre étude a porté systématiquement sur 200 gestantes qui se sont présentées au centre pour la consultation prénatale (CPN) pendant notre période d'étude. Elle a concerné l'accueil, les gestes techniques réalisés par le personnel au cours de la CPN et l'opinion de la gestante sur la qualité de ces activités.

N'ont pas été incluses dans notre étude ; toute gestante ayant refusé de se soumettre à notre questionnaire, toute gestante ayant refusé l'examen obstétricale pour raison de pudeur.

4-6- Type d'étude :

L'étude étant qualitative, nous avons recensé 200 cas de CPN pendant la période d'étude. Elle s'est inspirée de ce fait du postulat d'Adevis DONABEDIAN sur l'évolution de la qualité des soins et des services et comporte :

- une étude des structures
- une étude des procédures et résultats

4-7- Critères de jugement :

- La politique sectorielle de santé ;
- Les normes et procédures en C.P.N.

4-8. Taille de l'échantillon :

Comme l'étude était qualitative, elle a porté sur 200 gestantes qui se sont présentées au centre pour solliciter les soins à évaluer et qui ont accepté de se soumettre à l'observation et à nos questions. Il a consisté en une étude transversale de la CPN avec recueil prospectif des données sur la réalisation des gestes techniques et l'opinion des usagers.

4-9. Support des données ou 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.

4-10. Techniques de collecte :

Elle a consisté dans un premier temps en une observation des agents du centre (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 gestantes de façon discrète. Toutes les gestantes qui se

sont présentées pour la CPN au cours de la période d'enquête ont été interrogées :

4-11. Les variables étudiées :

Les variables étudiées sont :

➤ **Etude des structures :**

Elle est basée sur un recueil rétrospectif des données du service de gynéco-obstétrique : du centre.

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

Une présentation du système de tarification des soins.

➤ **Les CPN comportaient :**

- les caractéristiques de la gestante ;
- La qualification de la personne qui a pris en charge la gestante ;
- l'accueil ;
- la quantité CPN ;
- la réalisation des gestes techniques d'examen cliniques ;
- 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 femme sur la qualité des prestations.

➤ **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.

4-12. L'organisation des enquêtes :

Les observations pour les CPN et les fiches d'enquête établies permettaient des réponses rapides.

4-13. Plan d'analyse et de traitement des données :

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

4-14. Niveau de qualité de la structure :

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

- **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.
- **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.
- **Etat des toilettes :**
 - Normes architecturales ;
 - Equipement ;
 - Propreté.
- **Le système d'approvisionnement en eau et l'élimination des déchets :**
 - Robinet ou puits ;
 - Poubelles ;
 - Incinérateur.
- **Système d'éclairage et la communication :**
 - Téléphone (fixe et mobile), fax, Internet ;
 - réseau public, groupe électrogène.

4-15. 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 a permis d'évaluer le niveau de qualité de la structure. Le maximum de score que l'on peut enregistrer pour les treize références est de 47. Le détail sur les cotations est représenté dans le tableau I en annexe. L'échelle d'évaluation se présente comme suit :

- **Niveau IV** : 95 à 100% de score maximal soit un score total de 45 à 47
- **Niveau III** : 75 à 94% de score maximal soit un score total de 37 à 44,99

- **Niveau II** : 50 à 74% de score maximal soit un score total de 27 à 36,99
- **Niveau I** : < 50% de score maximal soit un score total < à 27:

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

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)** : 75,99% 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 s'applique aux dimensions qui ont quatre variables et plus. C'est ainsi que cette deuxième échelle a permis de déterminer pour le centre la promotion de gestantes 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 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.

5-RESULTATS

5-1. Etude des structures.

L'étude a comporté :

- Les données physiques (locaux, équipements), les données humaines ;
- La description des capacités de production (locaux, équipements, ressources humaines).

L'unité de consultation prénatale est constituée de :

- ✓ Une salle d'attente (hangar) avec quatre bancs servant d'accueil des gestantes, une pèse personne ;
- ✓ Une pièce pour la consultation prénatale ;
- ✓ Une pièce servant de salle de counseling qui est systématique chez toutes les nouvelles gestantes (première consultation prénatale). Le counseling se fait dans la plus grande discrétion.

* Inventaire des mobiliers non spécifiques et techniques :

Unité de CNP compte : 2 armoires, 2 bureaux, 4 bancs, 1 table gynécologique.

* Inventaire des petits équipements : il y a 1 tensiomètre, 1 téthoscope biauriculaire, 1 téthoscope obstétrical, 1 pèse personne, 15 spéculums de bonne qualité.

Le personnel de l'unité de CNP est composé de :

2 sages femmes qui assurent la permanence tous les jours ouvrables, (1-3) sages femmes font un système de rotation par mois, et les stagiaires.

Les locaux sont en bon état.

Système de tarification pour les consultations prénatales : 500 Fcfa pour le carnet et 500Fcfa pour la consultation prénatale.

Le carnet de vaccination coûte 100Fcfa donc d'un coût total de 1100 Fcfa pendant toute la période des C.P.N.

Il y a un dépôt de médicaments où l'on trouve des médicaments en D.C.I.

La source d'approvisionnement est la PPM (Pharmacie populaire du Mali) et d'autres marchés privés.

Les moyens de transport sont :

- Deux ambulances servant la liaison entre le centre et les autres structures de santé.

Tableau I : Niveau de la qualité des structures au CSREF CV.

Références	Niveau de la qualité				Score	Observations
	A	B	C	D		
1. Normes architecturales	+				4	Protection contre la poussière et les moustiques satisfaisants
2. Dispositif d'accueil et d'orientation	+				4	Dispositif du personnel assistant
3. Structure/équipement unité CPN		+			3	Matériels techniques de bonne qualité mais incomplets (absence de toise)
4. Equipement de la salle d'attente	+				4	Salle d'attente équipée de bonne qualité.
5. Unité annexe de consultation gynécologique	+				4	Matériel complet Salle de consultation avec box Salle de garde tous de bonne qualité.
6. Unité d'hospitalisation suites de couche		+			3	16 lits pour 4 salles de propreté d'aération et de ventilation suffisantes matelas défectueux
7. Dépôt de médicaments normes architecturales et coût des médicaments	+				4	Protection suffisante contre la poussière Initiative de Bamako (IB) est appliquée
8. Laboratoire/fonctionnalité	+				4	Fonctionnel pour les examens complémentaires les plus courants tels que : groupage sanguin Rhésus ; goutte épaisse ; taux d'hémoglobine.
9. Etat des toilettes		+			3	Intimité respectée Propreté insuffisante
10. Bloc opératoire		+			3	Matériel technique complet Absence de service de réanimation adéquat
11. Système d'approvisionnement en eau et d'élimination des déchets.	+				4	- Existence d'un incinérateur - D'un réseau public - Déchets régulièrement déversés pour traitement biomédical
12. Unité d'hospitalisation du bloc opératoire	+				4	19 lits pour 7 salles 3 salles uniques propre, ventilation avec climatisation et protection anti-moustiques
13. Système d'éclairage et de communication		+			3	- Réseau public - Téléphone pour la réception - Un groupe électrogène

Score maximal (Sc.Max) = 47

Niveau de qualité :

Niveau 4 = 95-100% SC. Max.soit 45 à 47

Niveau 3 : 75-94% SC.Max soit 37 à 44,99

Niveau 2 : 50-74% SC.Max soit 27à 36,99

Niveau 1 : moins de 50% SC.Maxb soit moins de 27bbbbbbbbbbbbbbbbbb

Le centre est de niveau 4, c'est-à-dire que les références/ évaluées sont très satisfaisantes.

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

5-2- Etude des procédures

5-2-1- Etude descriptive :

-Caractéristique sociodémographique de l'échantillon :

Tableau II : Répartition des gestantes en fonction des tranches d'âge.

Tranches d'âge (ans)	Effectif absolu N = 200	Pourcentage
Moins de 15 ans	5	2,5
15- 19 ans	20	10
20-24 ans	25	12,5
25- 29 ans	90	45
30-34 ans	27	13,5
35-39 ans	22	11
40 et plus	11	5,5
Total	200	100

La tranche d'âge 25-29 ans est la plus représentée avec 45% des cas; 2,5% des gestantes avaient moins de 15 ans et 5,5% avaient un âge supérieur ou égal à 40 ans

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

Niveau d'instruction	Effectif absolu N = 200	Pourcentage
Non scolarisée en français	135	67,50
Etudes coraniques	5	2,50
Primaire (français)	40	20,00
Secondaire (français)	14	7,00
Supérieur (français)	6	3,00
Total	200	100

67,50 des gestantes n'étaient pas scolarisées en français.

Tableau IV : Répartition des gestantes en fonction de la profession

Profession	Effectif absolu N = 200	Pourcentage
- femmes au foyer	143	71,5
- Vendeuses	42	21
- Fonctionnaires	8	4
- Aides ménagères	1	0,5
- Commerçantes	2	1
- Autres	4	2
Total	200	100

Les gestantes sans profession ont été les plus représentées dans notre échantillon avec 71,5%.

Autres : teinturières, élève, étudiantes.

Tableau V : Répartition des gestantes en fonction de la Gestité

Gestité	Effectif absolu N = 200	Pourcentage
- Primigestes	25	12,50
- Paucigestes	86	43,00
- Multigestes	57	28,50
- Grande multigestes	32	16,00
Total	200	100

Les primigestes représentaient 12,5%

Tableau VI : Répartition des gestantes en fonction du nombre de CPN

Nombre de CPN effectuées	Effectif absolu N = 200	Pourcentage
1	15	7,5
2-3	150	75
4 et plus	35	17,5
Total	200	100

75% des gestantes avaient entre 2 à 3 CPN ;

7,5% des gestantes avaient fait au moins 1 CPN.

Tableau VII : Répartition des gestantes en fonction de la période de la grossesse

Age de la grossesse	Effectif absolu N = 200	Pourcentage
Premier trimestre	50	25,00
Deuxième	120	60,00
Troisième trimestre	30	15,00
Total	200	100

15% des gestantes étaient au troisième trimestre de la grossesse.

2.2 Domaine de qualité

-Respect physique et psychique

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

Durée de la CPN en mn	Effectif absolu N = 200	Pourcentage
Moins de 5 mn	34	17,00
5-10 mn	113	56,50
Plus de 10	53	26,50
Total	200	100

17% des CPN se sont déroulées en moins de 5 minutes.

Tableau IX : Répartition des gestantes en fonction des conditions d'accueil.

Conditions d'accueil	Effectif absolu N = 200	Pourcentage
- Salutations	200	100
- Invite à s'asseoir	192	96,00
- Attitude de la gestante	171	85,50
- Gentillesse du ton	198	99,00
- Manifestation d'intérêt pour la consultante	165	82,50
- Le praticien fait des salutations d'usage au départ de la gestante	185	92,50

L'accueil était de bonne qualité.

Tableau X : Répartition des gestantes selon le respect de l'intimité de la consultante.

Respect de l'intimité	Effectif absolu N = 200	Pourcentage
- Absence de tierce personne pendant la consultation	16	8,00
- Présence de plusieurs sages femmes		
- Présence d'autres membres du personnel	13	6,50
- Présence des accompagnatrices	173	86,50
- Présence d'autres gestantes	3	1,50
- Entrées et sorties injustifiées	191	95,50
- Examen à l'abri des regards indiscrets.	45	22,50
	198	99,00

En dehors de la présence d'autres gestantes dans la salle pendant la CPN (95,50%), d'accompagnatrices (1,5%), les entrées et sorties injustifiées (22,50%) ; les autres paramètres du respect de l'intimité de la CPN étaient de bonne qualité.

5-2-3- Démarche clinique et thérapeutique

Tableau XI : Répartition des gestantes en fonction du recueil des paramètres de l'identification, de la situation personnelle.

Paramètres d'identification de la situation personnelle de la gestante	Effectif absolu N = 200	Pourcentage
- Age	200	100
- Situation socioéconomique de la famille	0	0
- Profession de la gestante	200	100
- Niveau de scolarité	0	0
- Profession du conjoint	200	100
- Lieu de résidence (ville)	200	100
- Durée de présence à Bamako	115	57,50
- Distance parcourue pour arriver au centre	126	63
- Moyen de transport utilisé pour venir au centre	111	55-50
- Echange avec la consultante pour mieux la connaître.	16	8,00

Ce tableau montre qu'en dehors de la situation socio-économique et du niveau de scolarité les autres paramètres ont été identifiés.

Tableau XII : Répartition des gestantes en fonction du recueil des ATCD obstétricaux.

Interrogatoire sur les ATCD obstétricaux	Effectif absolu N = 200	Pourcentage
- Nombre de grossesse	200	100
- Nombre d'accouchement	200	100,00
- Nombre de mort nés	0	0
- Nombre de naissances vivantes	200	100
- Demande état de santé des enfants	0	0
- Césarienne	0	0
- Forceps ou ventouse	0	0
- Nombre d'enfants décédés	200	100
- Nombre d'avortement	200	100
- Histoire des accouchements	0	0
- Hémorragie au cours de la grossesse ou après accouchement	0	0

Les ATCD comme :le nombre de mort-né,état de santé des enfants,notion de césarienne, d'application de ventouse ou de forceps ,histoire des accouchements,notion d'hémorragie au cour de la grossesse ou après l'accouchement n'ont pas été demandés au cour des entretiens.

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

ATCD médicaux	Effectif absolu N = 200	Pourcentage
- Infection urinaire	191	95,50
- HTA/Eclampsie	196	98,00
- Diabète	4	2,00
- Affection cardiaque	195	97,50
- Tuberculose	3	1,50
-IST	0	0
- Drépanocytose	111	55,5
- Autres	2	1

L'ATCD d'HTA/Eclampsie a été recherchée contre seulement 2% pour le diabète.

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

Paramètres	Effectif absolu N = 200	Pourcentage
- Vomissement	33	16,50
- Fatigue	23	11,50
- Survenue de palpitation	12	6,00
- Survenue de dyspnée	27	13,50
- Survenue d'œdème	0	0
- Perception de mouvements actifs du fœtus	134	67,00
- Pertes liquidiennes	2	1,00
- Leucorrhées	41	20,50
- Métrorragies	1	0,50
- Troubles urinaires	25	47,50
- Fièvre	4	2,00
- Douleur abdominale	50	25
- Autres	42	21,00

Les cinq éléments fondamentaux (douleur abdominale, notion de fièvre, notion d'écoulement liquidien ,notion de métrorragie, présence des mouvements actifs du fœtus) ont été tous pris en compte.

L'interrogatoire sur l'hygiène de vie pendant la grossesse. Cet interrogatoire était très rare 5%.

Tableau XV : Répartition des gestantes en fonction du recueil des paramètres de l'examen physique.

Paramètre de l'examen physique	Effectif absolu N = 200	Pourcentage
- Pesée	200	100
- Mesure de la taille	0	0
- Recherche de boiterie	0	0
- Aide à monter sur la table	51	25,50
- Examen des conjonctives	200	100
- Mesure de la TA	200	100
- Enlève soutien gorge	30	15,00
- Auscultation cardiaque	0	0
- Auscultation pulmonaire	0	0
- Appréciation du bassin	0	0
- Mesure de la HU	200	100
- Auscultation des BDCF	175	87,50
- Recherche œdème	200	100
- Détermination de la présentation du fœtus	196	98,00
- Examen au spéculum	40	20
- Toucher vaginal	200	100
- Aide à descendre	6	3
- A l'abri regards indiscrets	200	100
-Prise de poids	00	00

La mesure de la taille et l'appréciation clinique du bassin n'ont nulle part été prises en compte.

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

Paramètre de l'hygiène de la CPN	Effectif absolu N = 200	Pourcentage
-Le tissu à usage unique posé sur la table d'examen.	00	00
- Le tissu (pagne) appartient à la gestante.	200	100
- Le praticien se lave les mains après chaque examen.	00	00
- Utilisation de doigtiers	200	100
-Au moins une faute d'asepsie	200	100
- Spéculum	40	20

Le tissu posé sur la table d'examen appartenait aux gestantes, le praticien ne se lavait pas les mains d'un examen à un autre ; au moins une faute d'asepsie avait été causée par examen.

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

Conseils	Effectif absolu N = 200	Pourcentage
- Evolution de la grossesse	186	93,00
- Rendez vous	200	100
- Date de rendez vous	196	98,00
- Il a dit où aller accoucher	18	9
- Pourquoi dans tel ou tel lieu	20	10
- Explique les signes d'alerte et la conduite à tenir	191	95,50

Les signes d'alerte et la conduite à tenir avaient été précisés aux gestantes dans 95,50% des cas.

5-2 -4- Autonomisation :

Tableau XVIII : Répartition des gestantes en fonction de la réalisation des paramètres relatifs à « l'autonomisation de la consultante prénatale »

Paramètre d'autonomisation	Effectif absolu N = 200	Pourcentage
- Date probable d'accouchement	8	4,00
- Expliquer comment évoluait la grossesse	186	93,00
- Expliquer les signes d'alerte et la CAT	191	95,50
- Demande d'examens para cliniques	191	95,50
- Expliquer les raisons de cette demande	191	95,50
- lui dire où aller accoucher	18	9,00
- lui a dit pourquoi	20	10,00
- Il lui a expliqué le déroulement de la consultation	17	8,50

L'explication du déroulement de l'examen obstétrical qui est une étape capitale n'a été retrouvée que dans 8,50% des cas.

Tableau XIX : Analyse discriminatoire de la qualité de l'interaction gestante soignant

Qualité de l'interaction gestante soignante	Effectif absolu N = 200	Pourcentage
- Respect physique et psychique	100	50,00
- Respect de l'intimité	160	80,00
- Respect de la confidentialité.	154	77,00

L'observation du tableau montre que la qualité de l'interaction gestante soignante était satisfaisante

Tableau XX : Répartition des gestantes en fonction des moyens de transport utilisés pour venir

Moyens de transport utilisés	Effectif absolu N = 200	Pourcentage
- Venue à pied	115	57,5
- Transport en commun (SOTRAMA)	55	27,5
- Taxi	5	2,5
- Véhicule personnel	4	2
- Autres moyens de transport	11	5,5
Total	200	100

Une forte proportion des gestantes venait à pied au centre avec 57,5 % des cas.

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

Questionnaires explorés	Effectif absolu N = 200	Pourcentage
- Respect de l'ordre de passage		
- Mode d'installation :	100	50,00
. Très inconfortable	2	1,00
. Assez inconfortable	15	7,5
. Assez confortable	133	66,5
. Très confortable	50	25,00
_ Ignore l'existence de toilettes.-	89	44,5
Affirme l'existence de toilettes.	51	25,5
- Affirme l'existence de toilettes propres.	45	27,5
- Affirme l'existence de toilettes sales	15	7,5

50% des gestantes affirmaient que l'ordre de passage était respecté.

Seul 1 % des gestantes déclaraient être assises de façon inconfortable.

5-2-5- Critères de choix du centre de santé de référence de la CV

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

Critères de choix	Effectif absolu N= 200	Pourcentage
- Proximité du domicile	27	13,5
- Connaissance d'un personnel au centre	12	6,00
- Prise en charge rapide	3	1,5
- Compétence du personnel	114	57
- Personnel accueillant	37	18,5
- Bon tarif des médicaments	2	1,00
-sur conseil d'une connaissance	5	2,5

La compétence du personnel a été le motif essentiel évoqué avec 57%.

Tableau XXIII : Demande des examens para cliniques

Nature de l'examen demandé	Effectif absolu N= 200	Pourcentage
- NFS	0	0
- Taux d'hémoglobine	8	4
- Taux d'hématocrite	0	0
- Groupe rhésus	198	99
- Sérologie VIH	192	96,00
- Echographie obstétricale	58	29
- Goutte épaisse	3	1,5
- BW	199	99,5
- Prélèvement vaginal	0	0
- Toxoplasmose	7	3,5
- Test d'Emmel	200	100
- Albumine sucre dans les urines	80	40,00
_ ECBU	00	00

La recherche de l'albumine et du sucre dans les urines qui devrait être systématique ne l'a été que dans 40% des cas.

Par contre la sérologie VIH réalisée normalement après consentement a été recherchée dans 96% des cas.

Tableau XXIV : Répartition des gestantes en fonction de fréquentation antérieure

Fréquentation du centre	Effectif absolu N= 200	Pourcentage
- N'avait jamais fréquenté le centre	46	23
- Est venue une fois dans le centre	54	27
- Est venue plusieurs fois dans le centre	100	50,00
Total	200	100

50% des gestantes avaient déjà fréquentées le centre plusieurs fois.

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

Motif de fréquentation	Effectif absolu N= 200	Pourcentage
- Consultations médicales	32	16,00
- Consultations prénatales (CPN)	141	70,50
- Accouchement	27	13,5
Total	200	100

La CPN a été le motif de fréquentation antérieur le plus souvent évoqué avec 70,50%.

5-2 -6 -Satisfaction des gestantes sur l'état des locaux abritant la CPN et la qualité des prestations.

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

Opinions des gestantes	Effectif absolu N= 200	Pourcentage
Etat des locaux :		
- vieux et sales	0	0
-Récent et sales	50	25
- Vieux et propres	25	17,5
- Récents et propres	125	62,5
Satisfaction par rapport aux prestations :-		
- non satisfait	0	0
- Peu satisfait	2	1
- Satisfait	38	19
- Très satisfait	160	80
Consultation antérieure :		
- dans la même unité prénatale	123	61,5
- Dans l'unité prénatale d'un autre service	77	38,5
Motif de changement :		
- coût trop élevé dans l'autre centre	5	2,5
- Déménagement	89	44,5
Autres raisons	106	53,00

62,5% des gestantes trouvent les locaux récents et propres. 80% des gestantes ont eu beaucoup de satisfaction par rapport aux prestations.

Tableau XXVII: Répartition des gestantes en fonction des mesures préventives et thérapeutiques.

Médicaments prescrits	Effectif absolu N= 200	Pourcentage
SP	50	25
Fer	52	26
Acide folique	13	6,5
VAT	50	25
Autres	35	17,5
Total	200	100

L'observation des mesures préventives a été décevante avec prophylaxies anti- palustre 25%, anti-anémique 26% et anti-tétanique 25%.

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

Groupe à risque	Effectif absolu N= 200	Pourcentage
- Aucun	103	51,50
- Classement dans un groupe à risque.	93	46,50
- Référence vers un médecin.	4	2
- Référence vers un autre établissement.	0	0
Total	200	100

58% des gestantes ont présenté un facteur de risque, seulement 2% des gestantes ont été référées au médecin.

5-2-7-Etude analytique :

La qualité de la dimension humaine de la CPN.

Appréciation du niveau de qualité dans le centre de santé de référence de la commune V par rapport à l'interaction patient soignant.

Tableau XXIX : distribution de fréquence et niveau de qualité de l'interaction patient- soignant.

NIVEAU 0	Q1		Q2		Q3		Q4	
Respect physique et psychique	0 %	0	50%	100	30%	60	20%	40
Respect de l'intimité	0%	0	20%	40	0%	0	80%	160
Respect de la confidentialité de l'examen	0%	0	23%	46	0%	0	77%	154

Tableau XXX : Niveau de qualité du centre de santé de référence de la commune V sur le plan de la qualité du «respect physique et psychique du malade » ; «du respect de l'intimité» et «du respect de la confidentialité de l'examen» des gestantes.

Niveau	Q3		Q4		Q3 +Q4		Niveau			
							I	II	III	IV
Respect physique et psychique	30%	60	20%	40	50%	100				
Respect de l'intimité	0%	0	80%	160	80%	160				
Respect de la confidentialité de l'examen	0%	0	77%	154	77%	154				

L'observation du tableau montre que le csréf de la commune V est de niveau IV pour le respect de l'intimité et la confidentialité de l'examen ; niveau III pour le respect physique et psychique.

L'indice synthétique de qualité de l'interaction patient-soignant est d'assez bonne qualité 69%.

Qualification du personnel

Tableau XXXI : Analyse discriminatoire de la qualité de la « qualification du personnel de santé au cours des visites prénatales» dans le csréf.

Qualification du personnel	Effectif N=200	Pourcentage
Médecin	0	0
Sage femme	150	75%
Infirmière obstétricienne	50	25

L'observation du tableau montre que les CPN ont été effectuées à 100% par du personnel qualifié. Il s'agit de sage femme et infirmières obstétriciennes. Les CPN effectuées dans le csréf de la commune V étaient de niveau IV.

Tableau XXXII : Niveau de qualité de l'examen physique des consultantes prénatale au centre.

Niveau	Q1		Q2		Q3		Q4	
Examen physique	0%	0	75%	150	25%	50	0%	0

L'examen discriminatoire de la qualité montre que l'examen physique était de « moins bonne qualité » au cour de la CPN

La distribution de fréquence du niveau de qualité de l'examen physique montre que le csréf de la commune V était de niveau II.

6-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre étude rétrospective des données de la structure et prospective des observations et de l'opinion des consultantes prénatales, s'est déroulé dans le csréf de la commune V de Bamako d'Août décembre 2005 sur la qualité des consultations prénatales.

L'étude a été faite selon le modèle d'Avedis DONABEDIAN : évaluation des structures, des procédures et des résultats.

Elle nous a permis :

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

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

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

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

6-1. Monographie des structures de soins et étude des procédures :

Interaction gestante personnel de soins prénatals :

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

*** Respect physique et psychique :**

Le respect physique et psychique était faible 50% donc de niveau III .Ce volet est un atout majeur traduisant la chaleur de l'accueil et permet ainsi de diminuer le taux d'abandon.

La présence d'escalier pour aider la gestante à monter sur la table d'examen est un élément de respect physique et psychique à l'égard de cette dernière.

*** Respect de l'intimité :**

Les examens se faisaient toujours à l'égard des regards derrière un paravent. L'éclairage des opinions était favorable quant au respect de l'intimité. Ce résultat concorde avec celui constaté au cours de l'observation.

*** Respect de la confidentialité :**

La CPN a été confidentielle dans 77% des cas. Cependant les quelques entrées et sorties injustifiées (22,5%) pourraient porter préjudice au respect de la confidentialité. Au total, il y avait une bonne interaction gestante personnel soignant. Ce constat est similaire à ceux de KOÏTA M [10] ; de KONATE S [9] et de FOMBA S. [8].%

*** Démarche clinique et thérapeutique :**

Qualification du personnel

Il ressort de notre étude que la CPN était assurée dans 75% des cas par les sages-femmes, « niveau IV » et les infirmières obstétriciennes 25% «niveau III»; ce qui pourrait porter préjudice à la qualité de la CPN.

58% des gestantes présentaient un facteur de risque et seulement 2% de l'ensemble des gestantes ont été référées à un médecin. Dans les normes de l'OMS la première CPN doit être faite par le médecin (gynécologue-obstétricien) et cela pour confirmer la grossesse et prendre en charge les grossesses à risque [13].

La situation personnelle de la gestante :

De nombreux paramètres tels que l'âge, la profession de la gestante et du mari ainsi que la résidence de la gestante (identité) étaient demandés à 100%, la durée de présence dans la capitale, la distance parcourue pour arriver au centre, le moyen de transport utilisé pour se rendre au centre étaient explorés à 50% contrairement aux études de FOMBA S. [8] où aucun de ces paramètres n'étaient explorés.

En revanche, l'exploration de la situation socio-économique de la gestante permet de connaître son statut social (indigentes, revenus satisfaisants). Cela nous permettait de mieux identifier les cas sociaux en vue de leur prise en charge dans la mesure des possibilités du service social du centre. La durée de présence dans la capitale, la distance parcourue et les moyens de transport utilisés permettaient de s'orienter sur d'éventuels risques pouvant menacer l'évolution de la grossesse. Il ressort donc que ce volet était exploré par les praticiennes dans 50% des cas.

***Antécédents obstétricaux et médicaux :**

Les antécédents obstétricaux ont été recherchés, mais les praticiennes ne se renseignaient jamais sur l'état de santé des enfants, sur le nombre de mort-nés, sur la notion de césarienne, sur la notion d'extraction instrumentale chez les gestantes et la notion d'HTA et ou d'éclampsie, surtout l'histoire du dernier accouchement et son issue.

De même, les antécédents médicaux étaient rarement recherchés.

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

***Date probable d'accouchement**

La DDR n'était pas connue en général car seulement 11% des gestantes connaissaient leur DDR. Ce taux est plus élevé que celui de Konaté.S [9] et Fomba S. [8] qui avaient trouvé respectivement 0 ; 5% et 7.9%. Cependant, il est inférieur à celui de Koita M [10]. Qui avait trouvé 12%. Connaître le début de la grossesse permet un meilleur suivi : dépistage des cas de retards de croissances intra- utérine ;d' éviter les erreurs du terme ;de dépister les cas de dépassement de terme, de préciser la date probable d'accouchement .Les praticiennes ne marquaient pas l'âge de la grossesse dans le carnet de CPN des gestantes. Seulement 3% des gestantes avaient une idée sur la date probable d'accouchement. Cette faible proportion des gestantes de notre série connaissant leur DDR et leur date probable d'accouchement est due au faite que 67,5% de l'échantillon n'étaient pas scolarisé.

*** Le déroulement de la grossesse :**

L'œdème n'a pas été recherché. En revanche, les notions de fatigue ; de survenue de dyspnée ; leucorrhées ; fièvre, métrorragies ; pertes liquidiennes étaient moins explorées dans la salle de consultation tout au long de notre enquête. Les algies pelviennes étaient explorées.

***Hygiène de vie pendant la grossesse :**

31,5% des gestantes ont bénéficié d'une sensibilisation par rapport à l'hygiène de la grossesse ; Contrairement aux travaux de Fomba S[8] et Konaté S[9] où les gestantes n'avaient pas reçu d'information portant sur l'hygiène de la grossesse. Les mesures préventives : supplémentation en fer et acide folique (antianémique) , anti palustre(SP), antitétanique (VAT) étaient mal observées, loin au deçà de la moyenne avec respectivement, 26% (Fer), 6,5% (acide folique), 25% (SP) 25% (VAT) .

Ces faibles taux de couverture préventive sont dus d'abord au faible niveau d'instruction du personnel soignant puis au taux élevé de gestante non scolarisés (67,5%)

***Analyse discriminatoire de l'examen physique :**

-Les paramètres comme la recherche de boiterie, l'auscultation pulmonaire, cardiaque n'ont pas été explorés. Ce constat est similaire à celui de Fomba S [8] et de Konaté S [9] où aucun de ces paramètres n'avaient été exploré.

20% des gestantes ont bénéficié de l'examen au spéculum. Cet examen a été réalisé surtout en cas d'infection génitale suspectée. Notre taux est inférieur à celui avancé par Konaté S [9] avec 34,5% de gestantes ayant bénéficié d'un examen au spéculum. Ce faible taux d'utilisation du spéculum dans notre série est dû à l'ignorance par le personnel soignant de l'importance des renseignements fournis par cet examen.

-La mesure de la taille : dans notre série aucune gestante n'a bénéficié de la mesure de la taille à cause de l'inexistence d'une toise dans les locaux de la consultation prénatale .Cet état de fait est une lacune qu'il doit falloir corriger rapidement quant on connaît l'importance de la taille dans le pronostic de l'accouchement .La taille inférieure à 1m 50 est un élément de présomption d'une viciation pelvienne.

- 100% des gestantes ont été pesées, ce qui est une œuvre salubre, mais en revanche, la prise de poids entre deux consultations prénatales successives (à un mois d'intervalle) n'a pas été prise en compte par les praticiennes .Ceci aussi est une faille à combler quant on sait qu'en moyenne une gestante ne doit pas prendre plus de 2000 grammes par mois. Toute prise de poids de plus de 2000 grammes par mois doit faire penser à un œdème «inapparent ».

-Les muqueuses (conjonctives) ; la coloration des muqueuses n'a pas été appréciée par les praticiennes. Cela pourrait être dû au fait qu'aucune place n'est réservée pour les muqueuses dans le carnet de surveillance prénatale.

- Appréciation clinique du bassin par pelvimétrie interne (au toucher vaginal) : pendant notre étude 15% des gestantes (30 gestantes) ont été vues au troisième trimestre de la grossesse. Elles devraient logiquement bénéficier de l'appréciation du bassin au terme de l'examen obstétrical. Mais nous avons constaté avec regret que parmi ces 30 gestantes, aucune n'a bénéficié de l'appréciation clinique du bassin. L'Examen prénatal du dernier mois de la grossesse est un examen capital ;car permet d'établir le pronostic de l'accouchement .Or, nous savons tous que le bassin est un élément précieux de ce pronostic de l'accouchement .A partir du moment où il n'est pas apprécié ,nous disons sans risque de se tromper que l'objectif

de la consultation prénatale n'est pas atteint .Le bassin n'a pas été apprécié à cause de la rapidité de l'examen obstétrical (17%en moins de cinq minutes),à la négligence de ce temps capital de l'examen obstétrical mais aussi et surtout de l'incapacité de certaines de nos praticiennes à faire un examen clinique correcte du bassin.

*** Décision et diagnostic.**

Analyse par rapport aux examens complémentaires.

Ils représentent une arme pour la détection des pathologies associées à la grossesse. Au total, les gestantes en ont bénéficié dans 99% des cas. Ce taux est similaire à celui de Fomba S. [8] qui avait trouvé 96,6%, mais supérieur à ceux de Konaté [9] et de Koïta [10] qui étaient respectivement : 41,5% et 38,5%.

L'échographie, bien que moyen précieux de diagnostic et de surveillance de la grossesse, n'a été demandée que dans 29% des cas. Cet examen est indispensable à plus d'un titre pour un bon suivi de la grossesse. Toute gestante doit bénéficier au moins de 3 échographies :

-Au premier trimestre pour confirmer d'abord la grossesse, vérifier la vitalité embryonnaire, de préciser l'âge gestationnel, préciser le nombres d'embryons, préciser la nature de l'œuf (grossesse molaire) et de son siège (grossesse intra ou extra-utérine) [12].

-Au deuxième trimestre, elle permet un examen minutieux de tous les organes fœtaux (étude morphologique).

- Au troisième trimestre, elle doit être demandée surtout entre 30-35 SA, elle apprécie la biométrie fœtale (ce qui permet de s'assurer de son état eutrophique par rapport au terme), apprécie l'insertion placentaire, la présentation et la quantité du liquide amniotique [12].

La sérologie VIH était demandée dès la première consultation prénatale après un counseling. Les prélèvements vaginaux n'ont pas été demandés malgré les signes d'appel.

L'instauration systématique et de façon gratuite de la recherche d'albumine et de sucre dans les urines chez toutes les gestantes hypertendues au cours de cette étude fut l'œuvre du professeur Agrégé Mamadou Traoré (gynécologue obstétricien, Médecin chef du centre de santé de référence de la commune V).

Le groupe sanguin rhésus était demandé chez 99% des gestantes mais celui du mari n'a jamais été demandé, même en cas de gestantes de rhésus négatif. [21].

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

*** Les soins préventifs**

Par rapport à l'anémie : 100% des gestantes ont bénéficié d'une supplémentation en fer. Ce taux est supérieur à ceux de Fomba S. [8] (9,2,3%) , de Konaté S [9] (22%) et Koita M [10] (20,2%) . Mais l'acide folique n'avait été prescrit que dans 6,5% des cas.

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

Des efforts sont à faire à ce niveau à cause de la fréquence des malformations du tube neural dans les anémies par carence en acide folique.

-La chimioprophylaxie anti palustre :

28.5% des gestantes ont reçu une chimioprophylaxie à la SP. Ce taux est inférieur à ceux de Konaté S [9], de Koita M [10] et de Fomba S qui étaient respectivement : 85% ; 57,8 % 50,3 à la chloroquine.

La dose recommandée est de : traitement préventif immédiat (T.P.I)

3 comprimés de S.P soit 300 mg en prise unique

Deux prises au cours de la grossesse

Première prise après la 16^e Semaines d'aménorrhée

Deuxième prise après la 32^e Semaines d'aménorrhée

Notre faible taux s'explique par le fait qu'il s'agisse d'une nouvelle méthode qui n'est pas encore tout à fait entrée dans les habitudes de la pratique médicale chez certaines praticiennes.

Les résultats analytiques de la décision et diagnostic basés sur la prescription de médicaments et d'examens au laboratoire, montrent que le csréf de la commune V était de niveau III

Les groupes à risque (notion de risque) :

Nous avons enregistré 46,50% des gestantes ayant été classées dans un groupe à risque (ATCD de mort-nés, femmes de petite taille, HTA, primigeste, multi gestes, utérus cicatriciels.) ce taux est supérieur à celui de Konaté S [9] qui était de 22,5%.

Par rapport à l'âge :

Les plus jeunes avaient 14 ans soit 2,5% et les plus âgé plus de 40 ans 5,5% de l'échantillon.

Ces taux sont inférieurs à celui de Fomba S [8] qui avait trouvé 24,13% pour les jeunes de 14ans et 5,17% pour les plus âgés 40ans.

Risques liés au nombre de CPN :

Une grande proportion des femmes étaient à leur première CPN soit 47,5%. Ce taux est semblable à celui de Konaté S [9] qui était de 49% mais supérieur à celui de Fomba S [8] qui était de 24,1%.

Risque lié à la gestité :

Les primigestes représentaient 12,5% de notre échantillon, contre 20,68 % pour Fomba S [8].

Quant aux multigestes, elles représentaient 28,50 % de notre échantillon contre 46,50% pour Koita M [10].

Par rapport à la profession :

Les femmes aux foyers étaient fortement représentées avec 71,5% de notre série. Ce taux est inférieur à ceux de Fomba S. [8] et de Konaté S [9] qui étaient respectivement 84,5% et de 80%. Ce groupe social ne bénéficiant pas assez de repos, constitue un groupe à risque.

Par rapport à l'hygiène de la consultation.

Les praticiennes utilisaient des doigtiers pour faire les touchers vaginaux, certaines femmes ont été examinées sur la table d'examen non protégée par le moindre tissu ; ce qui peut favoriser certaines infections nosocomiales.

Le tissu posé sur la table d'examen appartenait toujours aux femmes.

Par rapport à la durée des CPN :

17% des CPN se sont déroulées en moins de 5 minutes

56,5% entre 5 et 9 minutes. D'une manière générale la durée des CPN était meilleure à celui de Fomba S [8] qui était 60% de ces CPN se sont déroulées en moins de 5 minutes.

6-2. Etude des résultats :

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

6-2-1. Modalité de transport et critères de choix du centre.

La plupart des gestantes venaient à pied avec 57,5%. Ce taux est supérieur à celui de Konaté S [10], qui était de 48,5% mais inférieur à celui de Fomba S [8] qui était de 88,8%.

57% des gestantes avaient comme critère de choix la compétence du personnel.

6-2-2. Opinion des gestantes sur l'hygiène dans le centre;

62,5% des gestantes avaient affirmé que les locaux étaient récents et propres.

7,5% des gestantes ont affirmé que les toilettes étaient sales contre 27,5% des gestantes qui affirmaient connaître l'existence de toilettes propres.

6-2-3. opinion des gestantes sur la dimension humaine :

Dans notre étude 91,5% ont affirmé qu'elles étaient confortablement installées ; 50% des gestantes affirmaient que l'ordre de passage était respecté. De même, 80% des gestantes étaient satisfaites par rapport :

A la politesse affichée par le personnel ; au respect de la confidentialité et au respect de l'intimité. 100% des gestantes nous ont confirmé, qu'une prochaine consultation les a été proposée avec une date précise. 93% des gestantes ont reçu d'information sur leur grossesse. Cependant, nous constatons une discordance de l'opinion des usagers et l'observation réelle. On assistait souvent à un retard du début de la consultation (retard accusé par les praticiennes), parfois une perturbation de l'ordre de passage, qui était source de dispute entre gestantes, due à une priorité accordée à leur «fameuse protégée».

7- CONCLUSION

L'étude faite au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako du 01 Août au 31 Décembre 2005 a permis une analyse des structures, une observation des CPN et l'opinion des gestantes concernant la qualité des soins reçus.

7-1. Evaluation des structures :

Cette étude confirme l'hypothèse qui évoque que c'est « la structure qui offre des conditions médicales suffisantes pour assurer des soins de qualité sur le plan de la dimension humaine et technique ».

A cet effet, l'analyse du niveau de qualité de la structure montre que le centre de santé de référence de la commune V est de niveau IV où les références sont satisfaites mais souvent limitées par des problèmes d'infrastructures (salle de réanimation non équipée), salles d'hospitalisation insuffisantes.

7-2. Evaluation des procédures :

L'étude a également révélé que la CPN au niveau du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako est assurée à 25% par des infirmières obstétriciennes et 10% par les matrones ce qui pourrait porter préjudice à la qualité. Ainsi des éléments tels que la taille, le bassin ont été ignorés lors des CPN.

L'analyse discriminatoire des différentes variables de la CPN révèle des soins de niveau III ou 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 la confidentialité.

L'interrogatoire dans son ensemble a été moins riche, il a été sous exploré laissant échapper certains facteurs de risques.

Tous les gestes de l'examen physique étaient exécutés par des bénévoles il s'agit d'aides soignantes qui accompagnaient le personnel de CPN.

C'est pourquoi l'examen physique de notre échantillon était de moins bonne qualité.

Le bilan prénatal : ce bilan était fortement demandé seulement pour les groupes rhésus, BW, test d'Emmel ; sérologie VIH.

IL n'y avait pas de collaboration étroite entre la sage-femme et le médecin (gynéco-obstétricien) pour la prise en charge des gestantes ayant certains facteurs de risques tel que :HTA, ATCD de mort-nés,utérus cicatriciels).

L'opinion des gestantes sur les prestations reçues révèle dans une très faible proportion des cas, une attitude vexatoire du personnel, cependant, certaines se plaignaient du "système de protégé".

Aux termes de cette étude, nous avons remarqué que sur le plan structurel le csréf de la commune V est de niveau IV ; mais beaucoup de lacunes ont été observés sur le plan des procédures (niveau II).

A la suite de ces remarques, nous nous proposons de faire certaines recommandations non seulement aux autorités, mais surtout aux prestataires et aux bénéficiaires, afin que le csréf de la commune V puisse répondre aux normes et procédures en vigueur.

8-Recommandations

Les recommandations suivantes s'adressent :

8-1. Aux personnels de santé

- Assurer une collaboration étroite entre les sages-femmes et le médecin (gynécologie obstétricien) en associant ce dernier aux prises de décisions,
- Insister lors des séances de la CCC portant sur le planning familial, les facteurs de risques et les avantages de se rendre dans un service de santé dès le premier trimestre de la grossesse,
- Renforcer les formations post universitaires dans le cadre de la formation continue,
- Respecter les normes et procédures en CPN
- Insister sur l'interrogatoire, l'examen clinique et para clinique au cours des CPN,
- Assurer une bonne autonomisation des gestantes en évitant le système « protégé ».

8-2. Aux autorités sanitaires et politiques :

- Retour au carnet de CPN ancien modèle qui devra être revu et amélioré, car le model disponible est pauvre en renseignements (fiche de rendez-vous) ,
- Recruter un nombre suffisant de personnel qualifié,
- Améliorer les conditions de prise en charge des gestantes dans les CSCOM,
- Améliorer l'état des structures à hauteur des normes de références,
- Assurer la disponibilité du plateau technique..

8-3. Aux populations :

- Faire les CPN dès le début de la grossesse dans le cadre de l'amélioration de leurs états de santé.
- Fréquenter les services de santé pour les CPN

- Faire le bilan délivré par le personnel de CPN au cour de leurs grossesses
- Respecter les conseils donnés par le personnel de santé.

REFERENCES

1. **OMS (chronique) :** Mortalité maternelle : soustraire les femmes de l'engrenage fatal 40(5) 193-202 (Genève 1986)
2. **Cellule de planification et de statistique :** Plan de formation et de perfectionnement du personnel socio-sanitaire Bamako (Koulouba) 1995-2000.
3. **Division santé familiale :** Programme de santé familiale. Plan quinquennal 1988-1992. Mali décembre 1987.
4. **Fenersteine MT :** Furning the Tide Safe Mother lood A districtation manual London MC Millan 1993.
5. **Parpiernik :** Réduire la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement pour un programme d'action.
6. **DNSI-CPS/MSSPA :** Enquête démographique et de santé III Mali janvier à mai 2001.
7. **Hogberg. and wall.S :** Secular trend in maternal mortality in Sweden from 1750 to 1980. Bull OMS 1986 P 647-984.
8. **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.
9. **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.
10. **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.

11. **Traoré MK** : Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Banconi. Thèse médecine 2001 ; 121 pages N 49
12. **Angoulvent P** : La grossesse collection encyclopédique. Presse universitaire de France, 1990.
13. **OMS : série de rapport technique 780(1989)** : Amélioration des prestations des agents de santé communautaire dans les soins de santé primaires rapport d'un groupe d'étude de l'OMS Genève 1989.
14. **Coordination. Thoulon. JM, Puech.f; Boog.g** : Llipses au Pelf/Uref.1995 (p ; 867) universités Francophones-obstétrique.
15. **Sankale M et Mazer A** : Guide médicale de la famille Afrique et océan Indien
1991. France EDICEF, P : 143.
16. **Bernard et Genvieve P** : Dictionnaire médical pour les régions tropicales sous la direction de Jean Courte Joie, Hamartant, Paris, 1984
17. **Considération pratique: Hart. RH, Belsey MA et Tarimo.E** : Intégration des soins de santé maternel et infantile dans les SSP.
18. **MSF Ballardur O. B.Zieau O** : Obstétrique en situation d'isolement ; 1^{er} Edition Hatier Paris, 1992, P 222.
19. **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.
20. **SACKOM** : 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 N 68
21. **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.

22 Monographie du District de Bamako Novembre 1994 : Gouvernorat du District de Bamako cellule technique.

Mission Française de coopération et d'action culturelle au Mali projet fac n°1152/CD/92.

23. 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

24 Blum C : L'évaluation médicale à l'hôpital

In Creen hébert. Première séminaire d'évaluation en gynéco-obstétrique à l'APHP résumé des interventions et des débats. Paris delegation a l'évaluation.

25 Donabedian Adevis: Exploration incassment and monitoring. The definition of quality and approaches to it' is assessment health administration presse an Arbor, Michigan 1980.

26 Surveillance échographique de la grossesse : DMC obstétrique (B. SEGUY) ancien chef de clinique à la faculté de médecine de Paris. Malouine SA. Editeur 27, rue de l'école de médecine 75.000 paris page 67.

27. 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 noire n°07.

28. 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.

29. 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.

30. 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.

31. UNICEF/OMS/FNUAP : Elémmination du tétanos maternel et néonatal d'ici à l'an 2005. Stratégie permettant d'éliminer le tétanos et d'éviter sa réapparition.

Fiche signalétique :

Nom : GOITA

Prénom : Nagna

Titre de la thèse : Evaluation de la Qualité des consultations prénatales au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

Année Universitaire : 2005-2006.

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 : En matière de naissance, toute femme a le droit fondamental de bénéficier des soins prénataux adéquats. «Donner la vie en vie et sans séquelles graves» est le slogan de tout gynécologue obstétricien. Cette étude a pour but d'évaluer le niveau actuel de la qualité des CPN au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako, 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 la commune V a été classé au niveau IV c'est-à-dire que les références évacuées étaient satisfaites soit un niveau de 95-100% SC Max de 38 à 40 sur le plan structurel avec un système de tarification jugé abordable selon l'opinion des gestantes. Mais beaucoup de lacunes sur le plan des procédures (niveau II). L'analyse du niveau de la dimension humaine révèle le centre de santé de référence de

niveau III où 50-74,99% 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.

OBSERVATION DES CPN

Q1 1= Date d'observation.....

Q2 2=Heure de la visite / ___/

3=Durée de la visite / ___/

3.1Heure début / ___/

3. 2 Heure fin

3..3 Durée CPN en minutes

3. Caractéristiques de la parturiente (Si demandées)

Q3 Age / ___/ ans

1=13-19 ; 2=20-35 ; 3 sup. 35

Q4 Profession / ___/

1=ménagère ; 2=vendeuse ; 3= fonctionnaire ; 4= aide ménagère ; 5= commerçante ; 6=Autre

Q5 Niveau scolaire / ___/

1=Analphabète ; 2=Primaire ; 3=Second ; 4= Supérieur ; 5=Coran

Q6 Etat matrimonial/ ___/

1= Célibataire ; 2=Vie maritale ; 3=Mariée ; 4=Veuve ; 5=Divorcée

Q7 Résidence habituel / ___/

1=Bamako ; 2Ville de l'intérieur ; 3= Village ; 4= Ne sait pas

A-t-elle été identifiée pendant sa grossesse comme appartenant à un groupe à risque / ___/

1= Oui ; 2= Non

Q8 Si Oui quel facteur / ___/

1= ATCD césarienne ; 2= ATCD mort né ; 3= Taille ; 4=HTA ; 5=

Autre

Q9 Nombre de CPN réalisées / ___/

1= 1 ; 2= 2 ; 3=3 ; 4=4 et plus

4 Caractéristiques de la personne qui a pris en charge la parturiente

Q10 Qualification / __/

1= Médecin ; 2= Sage-femme ; 3= Matrone ; 4= infirmière

Q11 Statut / __/

1=Fonctionnaire ; 2= Contractuel ; 3= Remplaçant ; 4= Stagiaire ; 5=

Autre

Q12 Dure de présence dans le centre / __/ ans

0 1=1 ; 2=2 ; 3=3 ; su p 3=4 inf=0 5 Accueil

Q13 Langue de communication / __/

1= Français ; 2= Bambara ; 3= Autre

Q14 Consultante comprenant la langue / __/

0=Non ; 1=Oui un peu ; 2 oui très bien

Q15 Si non a-t-on fait appel à un interprète / __/

1= Oui ; 2 Non

Q16 Salutation conformes aux convenances sociales / __/

1= Oui ; 2 Non

Q17 Consultante est invitée à s'asseoir / __/

1= Oui ; 2 Non

Q18 Demande le carnet de la grossesse précédente / __/

1= Présent ; 2= Absent

7 Interrogatoire

7.1 Sur la situation personnelle de la consultante

Q19 Age / __/

1= -15 ; 2=15-19 ; 3=20-24 ; 4=25-29 ; 5=30-34 ; 6=35-39 ; 7=40 et plus

Q20 2= Situation socio-économique de la famille

1= Bas niveau ; 2=Moyen ; 3=Favorable

Q21 3 Niveau d'alphabétisation / __/

1= Primaire ; 2= Secondaire ; 3= Etudiante ; 4=Autre

Q22 4= Profession de la consultante / __/

1= Ménagère ; 2= Aide ménagère ; 3= Etudiante ; 4= Fonctionnaire ;

5= Commerçante ; 6= Autre

Q23 5 Profession du mari / __/

1= Manœuvre ; 2 = Commerçant ; 3= Fonctionnaire 4= Etudiant

Q24 1= ComI ; 2= ComII ; 3= ComIII ; 4= ComIV ; 5= ComI V ; 6=

ComlVI ; 7= Autre

Q25 7= Durée de lieu de présence dans la capitale / __/ ans

1= 1-5 ; 2= 6-10 ; 3=11-15 ; 4= 16-20 ; 5= sup 20

Q26 8 Distance parcourue pour venir au centre / __/

0=1nf ; 1-5 ; 2=6-10 ; 3=sup 10

Q27 9 Moyen de transport utilisé pour venir au centre / __/

1= Pied ; 2= Véhicule collectif ; 3= Taxi ; 4= Véhicule personnel ; 5=

Vélo ; 6=Mobylette ; 7=Autre

Q28 10 Echange avec la consultante pour mieux la connaître / __/

1= Bambara ; 2=Français ; 3=Autre

Antécédents obstétricaux

Q29 Gestité / __/

1=Primigeste ; 2=Paucigeste ; 3= Multigeste ; 4=Grande multipare

Q30 Parité / __/

1=Primigeste ; 2=Paucigeste ; 3= Multigeste ; 4=Grande multipare

Q31 Avortement

1=0 ; 2= 1-3 ; 3=4-6 ; 4 sup 7

Q32 Vivant / __/

1=0 ; 2= 1-3 ; 3=4-6 ; 4 sup 7

Q33 Morts nés / __/

- Q34 Décédés / __/
1=0 ; 2= 1-3 ; 3=4-6 ; 4 sup 7
- Q35 Causes des décès / __/
1= Infection néonatale ; 2= Paludisme ; 3=Autre
- Q36 Age des décès / __/ ans
1= 0 ; 2=1-3 ; 3 sup 4
- Q37 Demande état de santé des enfants / __/
1= Malade ; 2= Bien portant
- Q38 Césarienne / __/
1=Oui ; 2= Non
- Q39 Forceps ou ventouse
1= Oui ; 2= Non
- Q40 Eclampsie / __/
1= Oui ; 2= Non
antécédents de maladies
- Q41 Infection urinaire
1=Oui ; 2= Non
- Q42 HTA / __/
1=Oui ; 2= Non
- Q43 Diabète / __/
1=Oui ; 2= Non
- Q45 Affection cardiaque / __/ 1=Oui ; 2= Non
- Q46 Tuberculose / __/ 1=Oui ; 2= Non
- Q47 MST / __/ 1=Oui ; 2= Non
- Q48 Drépanocytose / __/ 1=Oui ; 2= Non
- Q49 Autres / __/ 1=Oui ; 2= Non
- Q50 Si autres précision

Q51 Détermination de la date probable d'accouchement / __/

1= Commune ; 2= Inconnue

Q52 Détermination date des dernières règles / __/

1= Connue ; 2= Inconnue

Q53 Détermination âge de la grossesse / __/

1= Connue ; 2= Inconnue

déroulement de la grossesse

Q54 Vomissements / __/ 1=Oui ; 2= Non

Q56 Fatigue / __/ 1=Oui ; 2= Non

Q57 Survenue des palpitations / __/ 1=Oui ; 2= Non

Q58 Survenue dyspnée / __/ 1=Oui ; 2= Non

Q59 Perception mouvement bébé / __/ 1=Oui ; 2= Non

Q60 Pertes liquidiennes / __/ 1=Oui ; 2= Non

Q61 Pertes vaginales / __/ 1=Oui ; 2= Non

Q62 Métrorragie / __/ 1=Oui ; 2= Non

Q63 Troubles urinaires / __/ 1=Oui ; 2= Non

Hygiène de vie pendant la grossesse

Q64 Questions sur le travail professionnel ménager / __/ 1=Oui ; 2= Non

Q65 Questions sur le travail ménager / __/ 1=Oui ; 2= Non

Q66 Repos / __/ 1=Oui ; 2= Non

Q67 Alimentation / __/ 1=Oui ; 2= Non

Q68 Avez-vous expliqué le déroulement de la consultation / __/ 1=Oui ;
2= Non

Q69 Pesée / __/ Kg

1= 30-50 ; 2=51-100 , 3= sup 100

Q70 Mesure de la taille / __/ m

1= 1-1,49 ; 2= 1,50-2 ; 3= sup 2 m

- Q71 Recherche d'une boiterie / __/
1=Oui ; 2= Non
- Q72 Aider à monter sur la table / __/
1=Oui ; 2= Non
- Q73 Examens des conjonctives / __/
1= Pale ; 2= Moyennement colorées ; 3= Colorées
- Q74 Mesure de la Ta / __/ cmttg
1= Normal ; 2= Hypertendue ; 3= Autre
- Q75 consultation cardiaque / __/
1= Normal ; 2= Pathologique
- Q76 Consultation pulmonaire
1= Normal ; 2= Pathologique
- Q77 Palpation de l'abdomen / __/
1= Normal ; 2= Pathologique
- Q78 1= Normal ; 2= Pathologique
- Q79 Mesure hauteur utérine / __/ cm
1= inf = 36 ; 2 sup ou égal 36
- Q80 Consultation des bruits cœur foetal / __/
1=Oui ; 2= Non
- Q81 Position foetus / __/
1= Céphalique ; 2= Siège ; 3= Transversal ; 4 Autres
- Q82 Examen au spéculum / __/
- Q83 Toucher vaginal / __/
- Q84 Aider à descendre / __/
1=Oui ; 2= Non
- Q85 L'éclairage était-il suffisant / __/
1=Oui ; 2= Non
- Q86 Examen à l'abri des regards / __/

1=Oui ; 2= Non

Examen para cliniques

Q87 A-t-on demandé des examens paracliniques / __/

1=Oui ; 2= Non

Q88 Si oui a-t-on expliqué ou aller / __/

1= Au centre ; 2= Ville

Vaccination

Q89 A-t-on demande le carnet de vaccination / __/

1=Oui ; 2= Non

Q90 A-t-on proposé une vaccination / __/

0= Non ; 1= sur le champ ; 2= une date ultérieur

Q91 La consultation a-t-elle été classée dans une grossesse à risque / __/

1= Oui ; 2= 2

Q92 Une prescription a-t-elle été fait / __/

1=Oui ; 2= Non

Q93 A-t-on expliqué pourquoi ? / __/

1=Oui ; 2= Non

Q94 Gentillesse du ton

1= Bon ; 2 = Mauvais

Q95 Attitude parturiente / __/

1= Bon comportement ; 2= Mauvais comportement

Q96 Manifestation d'intérêt pour la consultante / __/

1=Oui ; 2= Non

Q97 A-t-il fait les salutations d'usage à son départ / __/

1=Oui ; 2= Non

Q98 Pendant ou au décours de l'examen le praticien a-t-il expliqué

clairement à la consultante comment évoluait sa grossesse ? / __/

1=Oui ; 2= Non

Q99 A-t-il demandé à la consultante de revenir ? / __/

1=Oui ; 2= Non

Q100 Lui t-il précisé quand / __/

1=Oui ; 2= Non

Q101 Présence de tierce personne pendant la consultante / __/

1=Oui ; 2= Non

0=Non

1= Oui plusieurs sages femmes

2= Oui d'autres membres du personnel

3= Oui par des accompagnants

4= Oui d'autres personnes

Q102 Lesquels / __/

1= Infirmières

2= Sages-femmes stagiaires

3=Autres

Q103 Nombre total de personnes dans la salle / __/

1= 1-2 ; 2= 3-4 ; 3= sup 5

Q104 Y-a-t-il des entrées et sorties non justifiées pendant le déroulement de la consultation / __/

1= Oui un peu ; 2= Oui beaucoup

Conseils

Q105 A-t-on donné des conseils / __/

0= Non ; 1= Sur le repos ; 2 = Sur l'alimentation ; 3= Sur le planning familial ; 4= Sur les MST/SIDA ; 5 =Autre

Q106 A-t-il expliqué les signes d'alerte et que faire si le survenait / __/

1= Niveau 2 ; 2= Niveau 3

Q107 Si oui quels sont les signes d'alerte / ___/

1= ATCD de césarienne ; 2= ATDC morts nés ; 3= HTA

Hygiène de la consultation

Q108 Un tissu est /il posé sur la table d'examen ? / ___/

1=Oui ; 2= Non

Q109 Si oui est-il fourni par le centre (si non , il s'agit du pagne de la femme / ___/

1=Oui ; 2= Non

Q110 Est-il différent des femmes précédentes / ___/

1=Oui ; 2= Non

Q111 Le praticien s'est-il lavé les mains avant d'examiner la consultante / ___/

1=Oui ; 2= Non

Q112 Le praticien a-t-il utilisé des gants ou un doigtier / ___/

1=Oui ; 2= Non

Q113 A la fin de la consultation le matériel est -il changé / ___/

1=Oui ; 2= Non

Q114 Le matériel est-il correctement nettoyé ?/ ___/

1=Oui ; 2= Non

Q115 Le praticien a-t-il commis une faute d'hygiène / ___/

1=Oui ; 2= Non

Q116 Si oui laquelle / ___/

1= Matériels souillé ; 2= Matériels ; 3= Autre

Conclusion

Q117 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.

Opinions sur les CPN

Identité :

1 Caractéristiques de la parturiente

Q₁ Age : / __/ 1=13-19 ; 2= 20-35 ; 3=sup 35

Q₂ Profession / __/

1= Ménagère ; 2= vendeuse ; 3= fonctionnaire ; 4=Commerçant ;
5=Employé ; 6= autres

Q₃ Niveau scolaire / __/

1= Analphabète ; 2=Primaire ; 3= Second cycle ; 4=Supérieur ;
5=Coran

Q₄ Etat matrimonial / __/

1=Célibataire ; 2=Vie maritale ; 3=Mariée ; 4=Veuve; 5=Divorcée

Q₅ Résidence habituelle / __/

1=Commune ; 2=Village ; 3=Bamako ; 4=Autres ville de
l'intérieur ; 5=Ne sais pas

Q₆ Numéro de la grossesse / __/

Q₇ A-t-elle été identifiée pendant sa grossesse comme appartenant
à un groupe de risque / __/

1=ATCD césarienne ; 2=ATCD de mort né ; 3=Taille ; 4=HTA ;

5=Autre

Q₈ Si oui, Quels facteurs / __/

Q₉ Nombre de CPN réalisées / __/

3 Caractérisation de la personne qui prend en charge la
parturiente

Q₁₀ Qualification / __/

1= Médecin ; 2= Sage femme ; 3= Matrone ; 4=Autre

Q₁₁ Si autre la quelle / __/

Q₁₂ Statut / __/

1=Fonctionnaire ; 2= Contractuel ; 3= Remplaçant ; 4 autre

Q13 Si autre, précisions / __/

Q14 Durée de présence dans le centre / __/ ans Si < an ; noter "o"

4 Examen du carnet de grossesse

Q15 Profession d'un carnet de grossesse / __/

0= pas de carnet ; 1= Carnet mais inutilisable ; 2=Carnet utilisable.

Q16 Terme de la grossesse / __/

Q17 DDR / __/ 1=Oui ; 2=Non

Q18 DPA/ __/

Groupe à risque

Q19 A-t-elle été identifiée pendant sa grossesse comme appartenant à un groupe à risque?

/ __/ 0 ou 1

Q20 Si oui Quels facteurs/ __/ 1=ATCD césarienne ; 2=ATCD de mort né ; 3=Taille ; 4=HTA ; 5= Autre

Q21 Nombre de CPN réalisées / __/

4 Modalité de transport

Q22 Etes-vous venues / __/

1= à pied ; 2= en véhicule collectif (durudurni) ; 3= Taxi ; 4= en véhicule personnel ; 5= en vélo ; 6= en mobylette ou en moto ; 7 avec un autre moyen de transport ; 8= Si autre ; le quel ?

5 Critère de choix du centre

Q23 Pourquoi avez-vous choisi l'établissement où nous sommes? (Plusieurs réponses possibles / __/

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 la conseillé

9= Autre raison

Si oui, la quelle

Q24 Etes-vous déjà venu dans cette formation sanitaire ? / __/

0= Non ; 1= oui ; plusieurs fois ; 2= oui, plusieurs fois

Q25 Pour quelles raisons (0à 4) ? / __/

0= je ne sais pas ; 1=Consultation médicale ; 2=Consultation prénatale ; 3= Accouchement ; 4=Autre.

Q26 L'ordre de passage a-t-il été respecté / __/

1= Oui ; 2= Non

Q27 Comment étiez-vous installé (e) pendant l'attente? / __/

0=Très inconfortablement ; 1= Assez inconfortablement ; 2= Assez inconfortablement ; 3= Très confortable.

Q28 Y avait-il des toilettes accessibles dans le service / __/

0= Je ne sais pas ; 1= Non ; 2=Oui mais sales ; 3= Oui et propres

Q29 Avez-vous trouvé l'attente longue / __/

1=Oui ; 2=Non

Q30 Qui vous a reçu en consultation / __/

1=Un agent de santé, mais je ne connais pas précisément sa fonction ; 2=Un infirmier ou une infirmière ; 3= une sage femme ; 4=Un médecin ; 5=Autre

Q31 Si autre le quel.....

Q32 La personne qui vous a reçu a-t-elle été / __/

1= Désagréable ; non coopérative ; 2= Indifférente ; 3=Attentive
et police.

Q33 Pensez-vous que la personne qui vous a reçu a prêté
suffisamment attention a vous ?

1= Oui ; 2= Non

Q34 Avez-vous trouvé que la consultation était suffisamment
confidentielle? (Secret médical)

1= Oui ; 2= Non

Q35 Votre intimité a-t-elle été respecté / __/

1= Oui

2=Non, il y avait beaucoup de monde dans la salle

3=Non, il y avait sans cesse des entrées et sorties

4=Non, 1 + 2

Q36 Avez-vous bien parlé dans une langue avec l'agent de santé? (1
à 2) / __/

1=Non ; 2=Oui ; 3= Oui mais avec difficultés

Q37 Avez -vous tout dit ? (0 à 2) / __/

0=Non ; 1=Oui ; 2=Oui mais avec difficultés

Q38 Comment avez-vous trouvé les locaux (0 à 3) / __/

0= Vieux et sales ; 1=Récents mais sales ; 2=Vieux mais propres ;
3=Récents et propres.

Q39 Avez-vous été satisfaite ? / __/

0=Pas satisfaite ; 1=Pas satisfaite ; 2=Satisfaite ; 3=Très
satisfaite ; 4=Ne sait pas

Q40 Pourquoi

Q41 S'il ne s'agit pas de la première consultation ou avez-vous consulté auparavant? / __/

0= Dans le service prénatal d'un autre établissement.

1=Dans le même service prénatal

Q42 Pourquoi avez-vous changé de service prénatal ? (Plusieurs réponses) / __/

0=J'ai payé trop cher dans le service précédent

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

2=Je connais une sage femme ou une autre personne qui peut m'aider dans ce établissement

3=J'ai de ménage ; 4=Autre raison

Q43 Si autre expliquer.....

Q44 Depuis combien de mois êtes-vous enceinte/ __/

Q45 Vous a-t-on prescrit des examens para cliniques / __/

1=Oui ; 2=Non

Q46 Si oui les quels / __/

1=NFS ; 2=Taux d'hémoglobine ; 3=BW ; 4=Groupe Rhésus ;
5=HIV ; 6=Toxoplasmose ; 7=Echographie ; 8=Test d'Emmel ; 9=Autres ;
10=Précision.

Q47 Si oui vous-a-t-on expliqué pourquoi / __/

1=Oui ; 2=Non

Q48 Vous avez l'intention d'effectuer ces examens para cliniques ?
/ __/

0=Non ; 1=Oui ; certain ; 2=Oui, tous

Q49 Pourquoi non.....

Q50 Vous-a-t-on prescrit des médicaments ? / __/

1=Oui ; 2= Non

Q51 Si oui les quels

1= SP ; 2=Fer ; 3=Aide folique ; 4=Autres

Q52 Si autre précision

Q53 Avez-vous fait le VAT ? / __/

1=Oui ; 2= Non

Q54 Comment devez-vous procurer ces médicaments / __/

1=On me les a déjà donnés 2=On doit me les donner ; 3=Je dois les acheter ; 4= Je ne sais pas

Q55 Si vous devez les acheter savez-vous où / __/

1=Pharmacie du centre ; 2=Autre pharmacie

Q56 Vous a-t-on dit de revenir pour une prochaine CPN / __/

0=On ne m'a rien dit ; 1=Oui on m'a dit de revenir pour une autre consultation sans préciser quand ? ; 2=Oui on m'a de revenir pou une autre et on a dit quand ; 3=On m'a dit de venir accoucher dans l'établissement ; 4=On m'a dit d'aller accoucher dans un service spécialisé

Q57 Si 4 le quel ?

Q58 Vous a-t-on dit que votre grossesse présentait un risque ? / __/

0=On ne m'a rien dit de particulier

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

2=On m'a dit que je risquais d'avoir des problèmes comme lors des accouchements précédents

3=Très satisfaite

Q59 Vous a-t-on dit de vous présenter la prochaine fois dans une consultation spécialisée / __/

0=Non ; 1=Oui mais je n'ai pas bien compris et je préfère revenir ici

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

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

Q60 Si 3 le quel ?

Q61 Vous a-t-on donné des conseils pour l'accouchement ? / __/

0=Non on ne m'a rien dit de particulier

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

2=On m'a dit de venir accoucher à la maternité

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.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hypocrate, 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.