

**MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

**REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi**

UNIVERSITE DE BAMAKO



Année universitaire 2007 - 2008

No....

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

TITRE :

**Evaluation de la qualité des
consultations prénatales au centre de
santé de référence de la Commune I du
district de Bamako**

THESE:

**Présentée et soutenue publiquement le.....2008
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.**

Par Mme DIALLO Aïssatou Souleymane MAÏGA.

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)**

JURY

PRESIDENT : Professeur SY Aïda SOW

Membres : Professeur Mamadou TRAORE

Docteur Binta KEITA

Codirecteur de thèse : Docteur Youssouf TRAORE.

Directeur de thèse : Professeur Amadou Ingré DOLO.

Dédicaces :

A Allah le tout puissant qui, dans sa grâce et sa miséricorde, m'a donné la force nécessaire de pouvoir suivre mes études et élaborer ce travail.

A la mémoire de mon père feu Souleymane Karidjo Maïga, qui malgré que le destin a voulu qu'il soit séparé de ma mère juste quand je rentrais à l'école, et qui a su jouer non seulement son rôle de père, mais aussi occuper celui de mère pour moi. Il savait lire dans mon regard, mes gestes et ma timidité. En plus, il n'a ménagé aucun effort pour ma réussite dans la vie, que ce travail soit la récompense de tes immenses efforts consentis à ma personne et que la terre te soit légère Amen.

A ma mère Aminatou Moussa Diallo : voilà une mère exemplaire animée de courage, de patience, de tolérance ; toi qui m'as aidé à mieux comprendre mon père, à aimer mes proches et à cultiver en moi le sens élevé du pardon. Toi dont l'amour pour nous est inestimable, toujours animée d'espoir pour nous voir prospérer un jour ; que Dieu te donne longue vie et remplisse ton cœur de joie. Que DIEU, le tout puissant recompense tes nombreuses années de souffrance, en miséricordes.

A mes frères : Boubacar, Moussa, Nouhoum, Abdrahamane, Oumar et Ibrahim.

A mes sœurs : Salamata, Ramata, Balkissa ; je n'ai jamais douté de l'intérêt que vous accordez à ma personne, ce travail est le votre.

A mon mari Moussa Boubacar Diallo : toi qui n'a ménagé aucun effort pour la réalisation de ce travail, qu'il soit le fruit de ton soutien tant financier que moral.

Que Dieu bénisse notre mariage et nous donne longue vie.

A mes enfants : Ibrahim et Souleymane, et à leurs grands frères : Adjirata et Housseyni, vous êtes venus illuminer ma vie que Dieu vous bénisse.

A ma tante Hawa B Maïga : merci pour ta disponibilité et l'éducation reçue de toi que Dieu te donne longue vie.

Ce dedicace va également à l'endroit de toutes les femmes qui ont perdu la vie en donnant la vie, en particulier à ma très chère cousine, **feue Sakinatou Soumana** ; que la terre te soit légère, Amen.

Remerciements : s'adressent à

L'administration et au **corps professoral de la FMPOS**, pour le service rendu et pour la qualité de l'enseignement reçu.

Pr Abdoulaye Diallo et famille qui m'ont offert une vie familiale au Point G, je vous en suis infiniment reconnaissante.

Ma tante Aïssata Yacouba ton soutien dans ma vie a été immense que Dieu te donne longue vie.

Mes oncles : Feu Djibrila, Feu Bassiroun, Feu Ousmane, Abdoulaye, Abdoul Kadri, l'estime que vous avez portée à ma personne me comble.

Mes Tantes : Zouheiratou, Habibatou, Djènèba, Reiha, Hadjarata, Woygaya Fatoumata, Hourei, Feue Houweye, Votre admiration me va droit au cour.

Mes cousins : Abass, Nouhoum, Housseyni, Safiou, Hamadou, Mahamadou, Youssouf, Hassane, Abdoul, Douley, Feu Bouba Saïdou, Younoussa.

Mes cousines : Fanta, Djeinaba, Adidiatou.

Les enseignants qui m'ont enseigné de la 1^{ère} année fondamentale à la 12^{ème} année merci pour l'encadrement reçu, ce travail est le votre.

Mes formateurs :

Dr Soumaré Modibo, merci de m'avoir accepté dans votre service. Votre rigueur scientifique, vos compétences et votre courtoisie font de vous une référence.

Dr Mamadou DIASSANA : votre rigueur scientifique, votre disponibilité et votre humanisme, forgent l'admiration à l'égard de votre personnalité.

Mes autres formateurs, Dr Mahamane Maïga, Dr Traoré Samba, Dr Yattara Sidi, Dr Ouloguem, Dr Diaby, Dr Sidibé Alima, Dr Bamba Assan, Dr Bamba Harouna.

Mes amis : Pierre, Matou, Djènèba, Wassa, Atou, Lala, Rokia, Baye, Aya, Fata.

Mon équipe de garde : Seydou Tall, Abdoul Kader Sidibé, Ibrahim Konaté, Bakary Coulibaly, Mohamed Dembélé.

Tous les internes du CSRéfCI

Toutes les sages femmes de l'unité CPN : Mme Sanogo Mariam, Mme Doucouré Oumou, Mme Dembélé Sitan, Mme Traoré Romain, Mme Goïta Nafissatou, Mme Coulibay Fanta. Merci pour votre franche collaboration ce travail est le votre.

Toutes les sages femmes du CSRéfCI : vous êtes toutes admirables et disponibles, mercis infiniment. Je vous présente ce travail en guise de témoignage de votre gratitude.

Mes collègues internes : Souleymane B Cissouma, Fanta Sangaré, Siaka M Keïta, Yacouba Kassambara, Mohamed Diarra, Abdoul Karim Dit Z Samaké, Seydou Sidibé ; devant soutenir le même thème que moi et dont la qualité de la collaboration était sans faille.

Dr Danaya Koné merci pour ta participation à l'élaboration de ce document.

Mr Amadou Diakité merci pour ta participation à l'élaboration de ce document.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY**Professeur SY AÏDA SOW**

- **Professeur titulaire de Gynécologie Obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS).**
- **Chef de service de Gynécologie obstétrique au Centre de Santé de Référence de la Commune II.**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO).**
- **Membre de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique.**

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Véritable bibliothèque vivante, vous n'avez cessé de nous fasciner par votre simplicité, la splendeur de vos enseignements et l'ampleur de votre expérience. Nous avons très tôt compris et apprécié votre dévouement pour la formation des médecins.

Nous vous prions, cher maître, d'accepter nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur MAMADOU TRAORE

- **Professeur agrégé de Gynécologie Obstétrique,**
- **Médecin chef du Centre de Santé de Référence de la Commune V,**
- **Secrétaire Général Adjoint de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO),**
- **Membre du Réseau Malien de Lutte contre la Mortalité Maternelle,**
- **Trésorier de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO).**

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury de thèse. Vos qualités humaines et intellectuelles, mais aussi et surtout votre sens élevé de la responsabilité et de la rigueur dans le travail nous ont énormément impressionné. Nous admirons en vous la disponibilité et la cordialité.

En espérant que cet humble travail saura combler vos attentes.

Veillez recevoir, cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur BINTA KEITA

- **Médecin Gynécologue Obstétricienne,**
- **Chef de Division Santé de la Reproduction à la Direction Nationale de la Santé (DNS)**

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

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et Co-directeur

Docteur YOUSOUF TRAORE

- **Gynécologue Obstétricien,**
- **Médecin au service de Gynécologie et Obstétrique du Centre Hospitalo- universitaire (CHU) Gabriel Touré,**
- **Chargé de la PTME au service de Gynécologie et Obstétrique du Centre Hospitalo- universitaire (CHU) de Gabriel Touré,**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique.**

Cher maître, la rigueur scientifique, la simplicité, la disponibilité, l'esprit de tolérance et de la compréhension sont autant de qualités que vous incarnez, et qui font de vous un encadreur d'une rareté étonnante.

Passionné du travail bien fait, soucieux de notre formation et de notre réussite, vous êtes pour nous un modèle de courtoisie et surtout de courage.

Puisse Dieu vous garde en sa sainte protection et vous soutenir dans vos projets futurs.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**Professeur AMADOU INGRE DOLO,**

- **Professeur titulaire de Gynécologie et Obstétrique à la FMPOS,**
- **Chef de service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalo- universitaire (CHU) Gabriel Touré,**
- **Secrétaire Général de la Société Africaine de Gynécologie et Obstétrique (SAGO),**
- **Président de la Cellule Malienne du Réseau Africain de Prévention de la Mortalité Maternelle (RPMM),**
- **Père fondateur de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique,**
- **Point focal de la vision 2010 au Mali.**

Cher maître, c'est un grand privilège pour nous d'être parmi vos élèves. Votre rigueur scientifique, votre compétence, et la qualité de votre enseignements, font de vous un maître de référence.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, du travail bien fait et le respect de la vie humaine.

Merci cher maître pour vos précieux conseils qui ne cessent de nous guider.

Puisse le seigneur vous accorder santé et longévité afin de rendre encore plus performante l'école malienne de Gynécologie Obstétrique.

Listes des Abréviations :

CPN: Consultation Périnatale;

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

EDSM: Etude Socio Démographique du Mali;

OMS: Organisation Mondiale de la Santé;

SONU: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence;

VIH:Virus de l'Immuno déficience Humaine;

BW: Bordet Wasserman;

GE: Goutte Epaisse;

FM: Frottis Mince;

BIP: Bipanéral;

SP: Sulfadoxine Pyrimethamane;

ORL: Ortho Rhingo Laryngologie;

ASACOBA: Association Santé Communautaire de Banconi;

ASACOMSI: Association Santé Communautaire de Mekin Sikoro;

ASACODJE: Association Santé Communautaire de Djélibougou;

ASACOBOUL: Association Santé Communautaire de
Boukassoumbougou;

ASACOSA: Association Santé Communautaire de Korofina Sud+
Salembougou;

ASACODOU: Association Santé Communautaire de Doumanzana;

ASACOFADJI: Association Santé Communautaire de Fadjiguila;

ASACODIAN: Association Santé Communautaire de Dianguinebougou;

ASACKO-Nord: Association Santé Communautaire de Korofina Nord;

PMI: Protection Maternelle et infantile;

NPS: Numération Formule Sanguine;

VS: Vitesse de Sédimentation;

Tx HB: Taux d'Hémoglobine;

Tc- Ts: Temps de coagulation, Temps de saignement;

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

Selles POK: Parasites Oeufs Kystes;

ECBU: Etude Cyta Bactériologique des Urines;

FV: Frottis Vaginal;

PU:PrélevementUrétrale

SOMMAIRE

	Pages
1- INTRODUCTION	10
2-OBJECTIFS	13
3- GENERALITES	14
4- METHODOLOGIE	24
5- RESULTATS	32
6- COMMENTAIRES ET DISCUSSION	53
7- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	61

I- Introduction

La consultation prénatale est un acte médical préventif permettant de dépister et de traiter d'éventuelles complications survenues au cours de la grossesse, elle permet en outre de dicter la voie d'accouchement.

L'identification d'éventuelles complications, l'amélioration du confort et le vécu de chaque femme enceinte imposent un suivi régulier de la grossesse.

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 **[8]**.

A cet effet l'organisation mondiale de la santé et les gouvernements ont adopté la politique de la consultation prénatale (CPN) de qualité, les soins dispensés au cours de la grossesse et après l'accouchement.

Au Mali le taux de mortalité maternelle est de 582 pour 100 000 naissances vivantes alors que le taux de mortalité néonatale est de 60 pour 1 000 naissance **[24]**.

Les chiffres de mortalité maternelle demeurent obstinément et tragiquement élevés. Toutes fois il est désormais possible de signaler des changements prometteurs. En effet le consensus s'élargit sur l'importance des soins qualifiés.

Pour prévenir et prendre en charge les complications obstétricales, un nombre croissant de rapports et d'exposés plaide en faveur de la formation des accoucheuses qualifiées ; ce qui est une bonne nouvelle à la fois pour les mères et les enfants **[4]**.

Les personnes qualifiées plus spécialisées, telles que les médecins doivent pouvoir prendre en charge les complications liées à la grossesse en fournissant des soins obstétricaux essentiels et notamment des actes chirurgicaux **[1]**.

Le 10 décembre 1990 le Mali a adopté la politique sectorielle et communautaire de santé de la reproduction (création et

opérationnalisation des structures de santé communautaire ainsi que le renforcement et la redynamisation des structures) [24].

Par la suite en 1994 il a adopté le concept de santé de la reproduction tel défini par la conférence internationale pour la population et le développement (CI P D) dont les «soins de qualité» en est l'une de ses composantes [25]

Selon l'OMS, au Mali le pourcentage de femmes ayant fait au moins une CPN pour raison liée à la grossesse par du personnel qualifié en soins obstétricaux est de 13% en milieu rural et de 83% bamako.

Selon l'EDSM 2001, pour 1990-2000 sur 100.000 naissances le taux de mortalité maternelle et infantile variait de 500 à 600, autrement dit au Mali une femme court un risque de 1/24 de décès pendant les âges de procréations (15-49 ans)

Au cours de la même période 1997-2001 pour 57% des naissances la mère avait seulement bénéficié d'au moins une CPN auprès du personnel formé. Par contre environs 3/5 naissances [60%] se sont déroulées à domicile et 2/5 naissances (40%) ont été assistées par du personnel de santé. Si dans l'ensemble la mise en œuvre de la politique de santé de la reproduction est jugée satisfaisante, les données que nous rapporte l'EDSM III 2001 énoncés ci dessus nous amène à poser des questions sur les activités prénatales dans nos centres de santé. Malgré la valeur et l'intérêt accordés à la santé de la reproduction et les multiples travaux réalisés sur la CPN, le Mali connaît une situation sanitaire maternelle, néonatale et infantile préoccupante [26].

L'OMS recommande 4 CPN au moins pendant la grossesse à intervalle régulier tout au long de la grossesse.

Dans les pays industrialisés presque toutes les femmes reçoivent des soins prénataux de qualité.

En Afrique de l'Ouest une étude effectuée en 1997 dans certains capital (Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint Louis, Kaolack) a montrer que plus de 80% des femmes enceintes

comptaient faire la CPN et que celle-ci était assurée a 94,6% par une sage femme.

- Exemple a Bamako au Mali 86,5% par les sages femmes 2,8% par les infirmiers et 1,6% par les médecins.

Vu l'importance de la consultation prénatale dans la réduction de la morbidité, la mortalité maternelle et néonatale nous avons initié ce travail dans le cadre des objectifs suivants.

II OBJECTIFS

Objectif général :

Evaluer la qualité de la CPN dans le centre de santé de référence de la commune I.

Objectifs spécifiques :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des gestantes.
- Décrire les procédures de la CPN dans le CSREF de la commune I.
- Déterminer le niveau de performance des prestataires.
- Corréler la performance des prestataires et la compliance des femmes.

III-GENERALITES :

1- Historique de la consultation prénatale :

La mise en place de programmes de santé publique destinés à améliorer la santé des femmes et des enfants a vu le jour en Europe vers la fin du XIXe siècle. Avec le recul, les raisons de cette sollicitude dévoilent leur cynisme : à l'époque, les gouvernements voyaient dans la bonne santé des mères et des enfants un moyen de soutenir leurs ambitions économiques et politiques. Nombre de responsables politiques européens estimaient que la santé déficiente des enfants de leur nation sapait leurs aspirations culturelles et militaires. Ce sentiment était particulièrement marqué en France et en Grande Bretagne qui avaient de la peine à recruter des hommes suffisamment valides, bons pour le service militaire. Dans les années 1890, les initiatives de précurseurs français tels que Léon Dufour (la goutte de lait), et Pierre Budin (la consultation des nourrissons) ont été une source d'inspiration pour les gouvernements. Ces programmes constituaient un moyen scientifique convainquant d'avoir des enfants en bonne santé, susceptible de devenir des travailleurs productifs et des soldats robustes. Ces programmes pouvaient également s'appuyer de plus en plus sur les réformes sociales et les mouvements qualitatifs qui se faisaient toujours à l'époque. C'est ainsi que tous les pays industrialisés et leurs colonies, de même que la Thaïlande et de nombreux pays d'Amérique latine, avaient mis en place dès le début du XXe siècle au moins un embryon de service de santé maternel et infantile. La première guerre mondiale a accéléré le mouvement et voilà comment Joséphine Baker, alors responsable de la division de l'hygiène infantile de la ville de New York résumait les choses : (au risque d'être taxé d'insensibilité, on est bien obligé de dire que la guerre a constitué une rupture équivoque dans la situation des enfants).

C'est après la seconde guerre mondiale que ces programmes ont véritablement commencé. A la lumière des événements mondiaux, on s'est vite rendu compte qu'il était dans l'intérêt public, que les gouvernements jouent un rôle et prennent leurs responsabilités à cet égard et, en 1948, la déclaration universelle des droits de l'homme proclamé par l'organisation des nations unis nouvellement créer leur a fixé l'obligation d'assurer une aide et une assistance spéciale aux

mères et aux enfants. Cette question de la santé maternelle et infantile avait par là acquis une dimension internationale et morale, ce qui représentait une avancée durable par rapport aux préoccupations d'ordre politique et économique qui prévalait cinquante ans auparavant.

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

Au cours du XXème siècle, plusieurs traités internationaux sur les droits de l'homme sont entrés en vigueur, rendant ainsi les pays signataires comptables des droits de leurs citoyens. Depuis deux décennies, les organes des nations unies ainsi que les juridictions internationales, régionales et nationales se préoccupent de plus en plus des droits de la mère et de l'enfant.[24].

Malgré ses différentes interventions et l'implication des gouvernements, la mortalité maternelle et infantile constituait une immense tragédie dans le monde.

Les premières estimations de l'étendue de la mortalité maternelle dans le monde ont été faites à la fin des années 80. Elles ont montré que 500.000 femmes mouraient chaque année dans le monde de causes liées à la grossesse. [7].

En 1987, la première conférence internationale sur la maternité sans risque, convoquée à Nairobi, s'est fixée pour objectif de réduire de moitié d'ici l'an 2000 les taux de mortalité maternelle par rapport à 1990. Cet objectif a été adopté par la suite par les gouvernement et d'autres conférences internationales dont le sommet mondial pour les enfants de New York en 1990, la conférence internationale sur la population et le développement du Caire en 1994 et la quatrième conférence internationale sur les femmes de Beijing en 1995. .

En 1996, l'OMS et l'UNICEF ont révisé ces estimations pour 1990, le volume des informations sur l'étendue du problème ayant nettement augmenté ces dernières années. Ces nouvelles estimations ont montré que ce problème a une ampleur bien plus importante qu'on ne l'avait soupçonné à l'origine et que le nombre

annuel des décès maternels est plus proche de 600.000 dans les pays en développement [8, 24].

2. La consultation prénatale :

2.1 Les objectifs de la CPN :

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

2.2 Calendrier de CPN :

Les normes et procédure recommandent au moins 4 CPN

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

2.3 Matériel de CPN :

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

Les matériels nécessaires sont:

- Une table de consultation gynécologique
- Une source lumineuse
- Un appareil à tension, un stéthoscope médical
- Une toise et une pèse personne
- Un mètre ruban
- Un stéthoscope obstétrical de pinard.
- Des spéculums
- Des gants stériles
- Matériel pour réaliser un frottis vaginal, Spatules d'Ayres

- Lames fixatrices
- Tubes stériles plus écouvillons pour des prélèvements bactériologiques
- Verre à urine plus bandelettes pour la recherche de sucre, d'albumine de nitrite, Solutions anti septiques
- Un Seau contenant une solution désinfectante

Les activités préventives:

- La vaccination anti tétanique
- Le dépistage du VIH
- La supplémentation martiale (fer)
- La prophylaxie anti-paludisme

2.4. Le bilan prénatal:

2.4 a) Les examens complémentaires indispensables sont:

- Le groupe sanguin rhésus
- Le test d'Emmel et ou électrophorèse de l'Hémoglobine
- Albuminurie, glycosurie
- Le Bordet Wasserman (BW)
- Numération formule sanguine (taux d'hémoglobine)

L'échographie pelvienne:

Il est recommandé de faire trois échographies :

- Une première échographie dite de diagnostic et de datation (avant la seizième semaine d'aménorrhée).
- Une deuxième échographie qui apprécie la morphologie et le développement du fœtus et de ses annexes, recherche les malformations fœtales (deuxième trimestre)
- Une échographie du troisième trimestre qui permet d'estimer le poids fœtal, de préciser le type de présentation et éventuellement de degré de flexion de la tête fœtale, de calculer le diamètre bipariétal (BIP, qui doit être inférieur ou égale à 95 millimètres) cette dernière échographie permet combinée à l'examen clinique de faire le pronostic de l'accouchement.

2.4 b) Les examens complémentaires non indispensables: ils sont très nombreux et seront demandés dans les situations spécifiques on peut énumérer : sérologie rubéole, la sérologie toxoplasmose, la goutte épaisse (GE) frottis mince (FM), l'examen cyto bactériologique des urines, le prélèvement

cervical, vaginal plus antibiogramme, la protéinurie de 24 heures le test de Coombs indirect, la radio du contenu utérin glycémie à jeun, la créatinémie etc. La tendance actuelle de la politique sanitaire nationale propose la CPN recentrée pour l'amélioration de sa qualité.

3. La consultation prénatale recentrée

3.1. Concept

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

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

3.2 Principes de la CPN recentrée

- La détection et le traitement précoce des problèmes et complications.
- La promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticides.
- Le traitement préventif intermittent à la sulfadoxine pyriméthamine.
- La préparation à l'accouchement.

3.3 Les étapes de la CPN recentrée

3.3.1 préparer la CPN

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

3.3.2 Accueillir la femme avec respect aimabilité :

- saluer chaleureusement la femme ;
- souhaiter la bien venue ;
- offrir un siège ;
- se présenter à la femme ;
- demander son nom ;
- assurer la confidentialité (le prestataire qui examine la femme doit remplir les supports).

NB : Les clientes seront prises par ordre d'arrivée, excepté

Les cas urgents qui sont prioritaires.

3.3.3 Procéder à l'interrogatoire / Enregistrement

- Informer la femme de l'importance et du déroulement de la consultation (avec un ton aimable)
- Recueillir les informations sur l'identité de la gestante

- Rechercher les antécédents médicaux
- Rechercher les antécédents obstétricaux
- Rechercher les antécédents chirurgicaux
- Demander l'histoire de la grossesse actuelle ;
- Rechercher et enregistrer les facteurs de risque
- Noter les informations recueillies dans le carnet, le registre de consultations et les fiches opérationnelles.

3.3.4 Procéder à l'examen :

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

3.3.5 Demande des examens complémentaires.

- A la première consultation :
 - . Demande le groupe sanguin rhésus
 - . Demande le test d'Emmel, le taux d'hémoglobine le BW (titrage)
 - . Albumine / sucre dans les urines
 - . Demande / faire le test VIH après counseling
- Les autres consultations :
 - . Demande Albumine / sucre dans les urines et les examens

complémentaires orienté par l'examen de la gestante peut nécessiter.

3.3.6 Prescrire les soins Préventifs :

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

(la dose recommandée en traitement préventif lors de la CPN 3 comprimés de sulfadoxine pyriméthamine soit 300 mg en prise unique, 2 prises au cours de la grossesse ; la 1^{ère} prise après la 16^{ème} semaine d'aménorrhée après perception des mouvements actifs du fœtus par la gestante ; 2^{ème} prise à partir de la 28^{ème} SA et pas après la 32^{ème} semaines d'aménorrhée).

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

3.3.7 Prescrire le traitement curatif, si nécessaire :

Expliquer à la femme la prise des médicaments prescrits.

- Identifier un prestataire compétent

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

- Identifier un prestataire compétent
- Identifier le lieu d'accouchement
- Clarifier les conditions de transports même en cas d'urgence
- Prévoir les ressources financières nécessaires pour l'accouchement et la prise en charge des situations d'urgence.
- Identifier les donneurs de sang, les accompagnateurs et les personnes de soutien lors de l'accouchement.
- Identifier les articles nécessaires. Pour l'accouchement (mère et nouveau-né)
- Renseigner la femme sur les signes du travail et les signes de danger.

Signes du travail:

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

Signes de danger chez la femme enceinte

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

3.3.9 Donner le prochain rendez-vous :

- Expliquer à la femme que la fréquence des visites est de 4 au moins :
 - + Une au 1^{er} trimestre
 - + Une au 2^{er} trimestre
 - + Deux au 3^{er} trimestre

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

3.3.10 Raccompagner la gestante après l'avoir remercié

3.3.11 Consultation Périnatale de suivi :

- En plus des gestes de la CPN initiale
- Recherche les signes de danger :
 - + Symptômes et signes de maladies
 - + Identifier une Présentation viscieuse
 - + Problèmes / changement depuis la dernière consultation
 - Sensibiliser la gestante sur les mesures préventives
 - Sensibiliser la gestante sur la planification familiale
 - Ajuster ou maintenir le plan de l'accouchement
 - Raccompagner la femme après l'avoir remerciée.

3.4.Prise en charges les pathologies et des complications.

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

Définitions :

- **la consultation prénatale recentrée** : c'est une approche actualisée sur la qualité des consultations prénatales plutôt que sur le nombre des visites. Elles reconnaissent que les consultations fréquentes n'améliorent pas nécessairement l'issue de la grossesse et que dans les pays en voie de développement elles sont souvent impossibles à réaliser au point de vue logistique et financier.

La consultation prénatale ou surveillance prénatale (CPN) : la CPN est une pratique médicale qui s'organise autour d'un ensemble de gestes techniques contribuant à trois fins essentielles :

- vérifier le bon déroulement de la grossesse et de dépister tous les facteurs de risque antérieurs ou contemporains ;
- traiter ou orienter la gestante vers un prestataire plus spécialisé en raison d'un des facteurs de risques ;
- établir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions de l'accouchement et si nécessaire le transfert dans un centre équipé pour faire face à d'éventuelles complications.

La qualité des soins : 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 impacte 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.

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.

Aire de santé : 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 utilisation optimale des ressources.

La mortalité maternelle :

C'est le décès d'une femme survenue au cours de la grossesse ou dans un délais de 42 jours après la fin de la grossesse qu'elle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle à 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 :** est un état physiologique qui débute avec la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde et se termine par l'expulsion ou l'extraction du produit de conception (accouchement).

*** Facteur de risque:**

Pendant la grossesse se définit comme étant un élément dont la présence fait que la grossesse a de forte probabilités de se compliquer ou de se terminer par la naissance d'un enfant anormal.

*** Grossesse à risque:**

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

*** L'évacuation :**

C'est le transfert en urgence d'une gestante qui présente une complication vers une structure spécialisée.

La référence :

C'est l'orientation vers un centre spécialisé d'une pathologie dont la prise en charge dépasse les compétences de l'équipe de la consultation prénatale.

IV- Méthodologie :

1. Cadre d'étude : l'étude a eu lieu en commune I créée par l'ordonnance N°78-32/CMLN du 18 août 1978 précisément au centre de santé de référence de la commune I qui a été créée dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé du gouvernement malien.

La commune I est située à l'Est du district de Bamako sur la rive gauche du fleuve Niger.

Elle comprend 9 quartiers et 10 aires de santé.

Elle est limitée

- Au Nord et à l'Est par le cercle de Kati ;
- Au Sud par le fleuve Niger ;
- A l'Ouest par la commune II.

Sa superficie est de 34,26 km² avec une population totale de 261.942 habitants soit une densité moyenne de 7.331 habitants / km² en 2004.

2. Le Personnel du Centre : est composé de :

* 13 médecins dont un médecin chef, un gynécologue-obstétricien, un pédiatre, un ophtalmologue, un chirurgien, un odonto-stomatologiste, un agent de santé publique. Six médecins généralistes

* 23 sages femmes

* 7 assistants médicaux (4 anesthésistes, 2 agents de santé publique et 1 odonto-stomatologiste.

* 9 Techniciens supérieurs spécialistes (2 ophtalmologues, 1 odonto-stomatologiste, 1 agent de santé publique, 2 ORL, 3 agents de laboratoire.

11 infirmiers (es) du 2^{ème} cycle.

8 infirmiers (es) du 1^{ère} cycle.

1 technicien de santé

15 matrones / aides soignantes

2 comptables.

2 chauffeurs.

2 manoeuvres.

4 Agents d'assainissement

1 Gardien

1 secrétaire

* 19 contractuels

Ce personnel est aidé dans la tâche par :

Les thesards (faisant fonction d'interne) et les stagiaires.

3. Infrastructures :

Il est doté d'infrastructures faites de :

- d'un bureau des entrée
- une pancarte d'orientation
- un service de gyneco-obstetrique
- un service de médecine général
- un service de pédiatrie
- un service de chirurgie général
- un service d'ophtalmologie
- un service d'odonto-stomatologie
- un service de la tuberculose. / lèpre
- un service d'hospitalisation (Gyneco-obstetrique médecine chirurgie)
- un bloc opératoire
- un laboratoire d'analyse
- une pharmacie
- l'administration
- une morgue

4. Composition de la maternité du C.S Réf CI :

- une unité de consultation en Gyneco-obstetrique
- une unité de consultation prénatale
- une unité de planification familiale / consultations post natales
- une unité d'accouchement / suites de couches immédiates
- une unité de césarienne et hospitalisation

L'unité CPN est dirigée par le chef d'unité qui assure la permanence en compagnie de 4 autres sages femmes tous les jours ouvrables. Elles sont

épaulés par une matrone et les stagiaires (matrônes ; infirmières obstétriciennes)

La matrone s'occupe de l'accueil ; de la pesée et de l'orientation des gestantes vers la salle de CPN

La consultation commence après le staff quotidien qui se tient dans la salle de CPN, et se fait par ordre d'arrivée.

5. Période de l'étude :

Elle s'est déroulée du 01 septembre au 26 octobre 2006.

6. Les populations étudiées :

L'étude a concerné le personnel médical et para médical, ainsi que les gestantes.

7. Echantillonnage :

7.1 Critères d'inclusion :

Nous avons inclus dans l'étude toutes les gestantes venues à la consultation durant notre période d'étude et qui ont accepté de participer à l'étude.

7.2 Critères de non inclusion :

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

7.3 Technique et déroulement de l'échantillonnage :

C'est une étude qualitative ayant porté sur 200 gestantes qui se sont présentées au centre pour solliciter des soins et qui ont accepté de se soumettre à l'observation et à nos questions. C'est une étude transversale sur la CPN avec recueil prospectif des données sur la réalisation des gestes techniques et l'opinion des gestantes.

Elle a consisté à observer la praticienne (sage-femme, infirmière, obstétricienne) dans la réalisation des gestes techniques et à noter ce qui est fait et ce qui ne l'a pas ; dans une grande discrétion à questionner la gestante sur ses opinions.

8. Type d'Etude :

Il s'agit d'une étude qualitative descriptive transversale qui concerne 200 cas de CPN recensées systématiquement pendant la période d'étude.

Cette étude s'est donc inspirée du postula d'ADEVIS DONABEDIAN sur l'évolution de la qualité des soins et services et comporte :

- une etude des structures
- une étude de procédures et resultats.

9. Critère de jugement :

Nous nous sommes référés de la politique sectorielle de santé au Mali et de la politique des normes et procédures en CPN au Mali.

10. Collecte des données:

Elle a été faite selon des questionnaires individuels:

- 1 questionnaire pour l'étude de la structure sanitaire.
- 1 questionnaire pour l'opinion des gestantes.
- 1 questionnaire pour l'observation des consultations prénatales.

L'ensemble de ces questionnaires est annexé à ce document.

La technique de collecte des données a été faite par une interview et une lecture des documents tels que les carnets et ou les registres des sages femmes.

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

L'étude des procédures a consisté en une observation transversale de la CPN avec recueil prospectif des données sur la réalisation des gestes techniques et sur l'opinion des gestantes en ce qui concerne les prestations qui leur sont offertes par le personnel du centre de santé.

Ces supports des données ont été portés à l'annexe.

11. Les variables étudiées :

L'étude a porté sur :

11.1 La structure :

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

- les normes architecturales (matériaux de construction, état du local, système de protection contre la poussière et la clôture) ;
- Le dispositif d'accueil et d'orientation (existence d'un service d'accueil, qualification du personnel d'accueil, existence d'une pancarte pour l'orientation dans le centre)
 - La structure et l'équipement de l'unité de consultation (état et équipement de la salle, équipement pour examen physique, dispositif d'accueil) ;
 - L'équipement de la salle d'attente (pour l'accouchement, la consultation médicale, la CPN et hangar de vaccination) ;
 - Les autres salles du centre (salle d'injection, salle de pansement, salle de stérilisation, salle de petite chirurgie) ;
 - La fonctionnalité de la pharmacie (normes architecturales, équipement, qualification du personnel et mode d'approvisionnement) ;
 - La fonctionnalité du laboratoire (normes architecturales, équipement et qualification du personnel) ;
 - L'état des toilettes (normes architecturales, équipement et propreté) ;
 - Le système d'approvisionnement en eau et le mécanisme d'élimination des déchets (existence de robinet ou de puits, de chasses eaux et de poubelles) ;
 - Le système d'éclairage et la communication (existence de téléphone, fax, Internet, éclairage par un réseau publique, un groupe électrogène ou des panneaux solaires).

11.2 Procédure de la CPN :

L'observation : portait sur :

- Les caractéristiques sociodémographiques de la gestante
- La qualification de la personne qui a pris en charge la gestante
- L'accueil
- Le nombre de CPN réalisées
- La réalisation des gestes techniques de l'examen clinique
- Les soins préventifs
- Les relations humaines

- La prescription
- Les conseils données à la gestantes
- Les rendez-vous

L'opinion de la gestante sur la qualité des soins

12. La Procédure de l'enquête :

Le déroulement de l'étude a été le suivant :

~Les observations ont été faites dans la plus grande discrétion possible et en restant totalement passive. Les fiches d'enquêtes utilisées ont permis de répondre rapidement aux questions.

~L'opinion des gestantes a été demandée à la sortie de la salle de consultation après l'observation.

13. Plan d'analyse des données :

Les données ont été saisies sur le logiciel EPI info 6.04 version française et analysées sur le logiciel SPSS.11.0.

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 de 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
- Ce système d'approvisionnement en eau et élimination des déchets
- Robinet ou puits,
- Poubelles ;
- Incinérateur
- ⇒ **Système d'éclairage et de communication :**
- Téléphone (fixe et mobile) fax, Internet ;
- Réseau Public ; groupe électrogène

15. Système de classement :

Une cotation (0 ; 1) a été faite pour critère de l'observation et l'opinion de la gestante. Chaque référence compose de critère a été coté de 0 à 4 la somme des scores réalisés appliqué 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 réaliser pour les treize références est de 52 le détail sur les cotations est représenté dans le **tableau I en annexe**. L'échelle de l'évaluation se représente comme suite.

Niveau IV: 95 à 100% de score maximal soit un score total de 49,5 à 52.

Niveau III: 75 – 94% de score maximal. Soit un score total de 39 – 49,3

Niveau II: 50 – 74% de score maximal soit un score total de 26 – 38,99.

Niveau I: moins de 50% de score maximal soit un score total de moins de 26.

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 à porter sur deux types d'échelle :

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

- de Bonne qualité si toutes les variables discriminatoires sont réalisées;
- de moins bonne qualité si une au moins des variables discriminatoire n'est pas réalisée

- **une deuxième échelle où les CPN seront classés en quatre niveaux de qualité :**

- Elevé (Q4) 95 –100% des gestes de la réalisation sont réalisés
- Assez élevé (Q3) 75 – 94, 99% des gestes de la dimension sont réalisés
- Moyen (Q2) 50 – 74,99% des gestes de la dimension sont réalisés.
- Faible Q1 moins de 50% des gestes de la dimension sont réalisés.

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

C'est ainsi que cette deuxième échelle à permis de déterminer pour le centre la proportion de gestantes recevant des soins de bonne ou d'assez bonne qualité (Q4 ; Q3) et d'avoir un classement par le niveau du dit centre ces critères du classement ont été

Niveau IV : 75 à 100% des gestantes recevaient des soins de bonne et d'assez bonne qualité

Niveau III : 50 – 74,99% des gestantes recevaient des soins de bonne et assez bonne qualité

Niveau II : 25 à 49,99% des gestantes recevaient des soins de bonne au assez bonne qualité.

Niveau I : moins de 25% des gestantes recevaient des soins de bonne ou d'assez bonne qualité.

V- Résultats :

1- Etude des structures :

L'étude comporte:

- Les données physiques (locaux, équipements), les données humaines
- La description des capacités de protection (locaux et équipement) et des ressources humaines

L'unité de consultation prénatale est constituée de :

- Une salle d'attente (hangar) servant de lieu d'accueil avec 3 bancs et une pèse personne, y siège l'unité de vaccination antitétanique.
- Une pièce pour l'interrogatoire / l'enregistrement des gestantes cette salle est dotée d'une toise, d'un appareil à tension (elle est climatisée)
- Une pièce pour l'examen physique et le counseling car le dépistage du VIH est systématique chez les nouvelles après counseling.

NB: Chaque fois que la sage femme rentre avec une gestante dans la salle de consultation, cette salle est fermée à clé jusqu'à la fin de la consultation et ou du counseling.

La protection contre la poussière et les mouches est de bonne qualité au niveau des 2 salles.

- ↗ Inventaire des mobiliers non spécifiques et techniques. L'unité de CPN compte : un bureau, 2 bancs, une armoire, une table métallique, une table gynécologique.
- ↗ Inventaire des petits équipements : une pèse personne une toise, un tensiomètre, un stéthoscope médical, un stéthoscope obstétrical, 12 spéculums de bonne qualité, un mètre ruban le personnel est composé de 5 sages-femmes assurant la permanence tous les jours ouvrables une matrone et les stagiaires.
- ↗ Les locaux sont en très bon état : Vitre, grillage, rideau, ventilateur, climatiseur, un lavabo avec un robinet fonctionnel.

Systeme de tarification:

- ✦ La 1^{ère} visite la gestante paye 1 000 FCFA (500 FCFA pour le carnet de suivi et 500 FCFA pour la consultation) et 100 F CFA si elle n'a pas de carnet de vaccination,
- ✦ 500 FCFA pour chaque consultation ultérieure.

Une pharmacie : avec des médicaments en DCI approvisionnée essentiellement par la Pharmacie Populaire du Mali (PPM) et accessoirement par d'autres marchés privés.

Les moyens de transports :

Une ambulance, deux véhicules TOYOTA doubles cabines assurant la liaison entre le centre et les autres structures de santé.

V RESULTATS

1. ETUDE DES STRUCTURES :

1.1 Etude descriptive de la structure :

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

Références	Niveau de la qualité				Score	Observations
	A	B	C	D		
1. Norme Architecturale	+				4	Protection contre la poussière et les moustiques, satisfaisante.
2. Dispositif d'accueil et orientation	+				4	Disposition du personnel assistant
3 Structure / équipement CPN		+			3	Matériel technique de bonne qualité mais incomplet (Absence de baladeuse)
4. Equipement de la salle d'attente		+			3	Nombre de bancs insuffisants
5. Unité de consultation – Gynécologique	+				4	Matériel complet (salle de consultation avec boxe salle de garde équipe)
6. Unité suite de couche immédiate		+			3	1 salle avec 2 lit aération et ventilation suffisantes (capacité limitée)
7. Dépôt de médicaments normes architecturales et coût des médicaments	+				4	Protection suffisante contre la poussière, climatisation satisfaisante. Initiative de Bamako IB) est appliqué
8. Laboratoire fonctionnalité	+				4	Fonctionnel pour les examens biologiques les plus courants : groupage rhésus tx Hb, BW, HIV, Goutte épaisse.
9. Etat des toilettes		+			3	Intimité respecter propriété insuffisante
10. Bloc opératoire		+			3	Matériel technique complet absence de service de réanimation adéquate
11. Système d'approvisionnement en eau et élimination des déchets	+				4	Existence d'incinérateur; d'un réseau public d'approvisionner en eau potable. Déchet régulièrement déverses pour traitement biomédical.
12. Unité d'hospitalisation		+			3	3 grandes salles avec 6 lits chacun 2 salles à 2. Avec 22 lits au total. Propreté, ventilation, protection anti-moustique satisfaisant.
13. Système d'éclairage et de communication			+		2	Réseau public. Téléphone pour la réception groupe électrogène non fonctionnelle.

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

+ = désigne le niveau de qualité coché.

Score maximal (SC.Max)=52

1.2 Etude analytique de la structure :

Niveau de la qualité :

Niveau 4 : 95-100%SC.MAX soit 48 à 52

Niveau 3 : 75-94%SC.MAX soit 40 à 47,99

Niveau 2 : 50-74%SC.MAX soit 30 à 39,99

Niveau 1 : moins de 50%SC.MAX soit moins de 30

Le centre est de niveau III en rapport avec la qualité satisfaisante des références évaluées soit un score de 44/52 (85%).

2. Etude des procédures

2.1 Etude descriptive :

2.1.1 Caractéristiques sociodémographiques des gestantes :

Tableau II : Répartition de la population selon l'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
≤18 ans	24	12,0
19-24 ans	65	32,5
25-29 ans	48	24,0
30-34 ans	40	20,0
35-39 ans	18	9,0
40 ans et plus	5	2,5
Total	200	100

La tranche d'âge de 19-24 ans est la plus représentée avec un taux 32,5%.

Tableau III: Répartition de la population selon le niveau de scolarisation

Niveau scolaire de la femme	Effectif	Pourcentage
Non scolarisé	111	55,5
Primaire	47	23,5
Secondaire	18	9,0
Supérieur	10	5,0
Enseignement coranique	14	7,0
Total	200	100

Plus de la moitié (55,5%) des gestantes ne sont pas scolarisées.

Tableau IV: Répartition de la population selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	186	93,0
Célibataire	13	6,5
Veuve	1	0,5
Total	200	100

La quasi-totalité (93,0%) des gestantes est mariée. Aucun cas de divorcée n'a été enregistré au cours de notre étude.

Tableau V: Répartition des gestantes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Femme au foyer	167	83,5
Elève/Etudiante	12	6,0
Vendeuse	11	5,0
Commerçante	5	2,5
Fonctionnaire	3	1,5
Autres	2	1,0
Total	200	100

Autres : Teinturière (01) coiffeuse (01).

La plus part des gestantes sont des femmes au foyer soit 83,5%

Tableau VI: Répartition des gestantes selon le nombre de CPN réalisées.

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
Aucune CPN au préalable	30	15,0
1-3 CPN	134	67,0
4 et plus	36	18,0
Total	200	100

La plus grande partie des gestantes (soit 67,0%) ont un nombre de CPN compris entre un et trois.

2.1.2 Antécédents

2.1.2.1 Antécédents obstétricaux évoqués par les gestantes:

Tableau VII: Répartition des gestantes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigeste	58	29,0
Paucigeste	68	34,0
Multigeste	60	30,0
Grande multigeste	14	7,0
Total	200	100

Les paucigestes sont les mieux représentées avec un taux de 34%

Tableau VIII: Répartition de la population selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	54	27,0
Primipare	40	20,0
Paucipare	58	29,0
Multipare	36	18,0
Grande multipare	12	6,0
Total	200	100

Le taux des paucipares est de 29%

Tableau IX: Répartition de la population selon le moyen de transport

Moyens de transport	Effectif	Pourcentage
A pied	95	47,5
Véhicule collectif (Bus)	70	35
Taxi	17	8,5
Véhicule personnel	12	6
Autres	6	3
Total	200	100

Près de la moitié (47,5%) des gestantes est venue au centre à pied

2.1.2.2 Antécédents médicaux évoqués par les gestantes:

Tableau X: Répartition des gestantes selon les antécédents de pathologies médicales évoquées par les gestantes

Pathologies médicales	Effectif (N=200)	Pourcentage
Drépanocytose	3	1,5
HTA	4	2,0
Infection urinaire	3	1,5
Diabète	1	0,5
MST/IST/VIH	5	2,5

Les MST/IST sont plus évoqués avec un taux de 2,5% suivi de l'HTA 2%

2.1.3 Les facteurs de risques recherchés par l'agent de santé:

Tableau XI: Facteurs de risque retrouvés chez les consultantes

Facteurs de risque	Effectif (N=200)	Pourcentage
Grande multipare	12	6
Utérus cicatriciel	12	6
Dernier accouchement dystocique	8	4
Antécédent de mort né	6	3
Age<16	2	1
Taille <1,5m	4	2
HTA	2	1
Poids<45kg	0	0
Primipare âgée	1	0.5

Près de 23,5% (47/200) des gestantes sont déclarées à risque. La grande multiparité ainsi que l'utérus cicatriciel étaient les facteurs de risques dominants avec un taux de 25,5% chacun.

Tableau XII: Répartition de la population selon les antécédents obstétricaux évoqués par les gestantes

Antécédents obstétricaux	Effectif (N=200)	Pourcentage
Césarienne	12	6,0
Mort-nés	6	4,0
Fausse couche	5	2,5
Forceps/Ventouse	4	2,0
Eclampsie	4	2,0

6% des antécédents obstétricaux sont des césariennes.

2.1.4 Etude descriptives de la CPN :

2.1.4.1 Caractéristiques des CPN :

Tableau XIII: Répartition des prestataires selon la qualification

Qualification	Effectif	Pourcentage
Sage femme	133	66,5
Infirmière obstétricienne	67	33,5
Total	200	100

NB : Aucun cas de consultation par une matrone n'a été signalé
Dans 66,5% des cas les CPN sont réalisées par les sages femmes.

Tableau XIV: Répartition de la population selon la durée de la CPN

Durée de la CPN	Effectif	Pourcentage
Moins de 5min	16	8,0
5-10 min	128	64,0
Plus de 10 min	56	28,0
Total	200	100

La grande majorité des CPN (64%) se sont déroulées dans une durée moyenne de 5-10min.

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

Histoire de la grossesse	Effectif (N=200)	Pourcentage
Détermination de l'âge de la grossesse	160	80
Détermination de la date probable d'accouchement	144	72
Détermination de la date des dernières règles	98	49

L'âge a été déterminé dans 80% des cas.

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

Conditions d'accueil	Effectif (N=200)	Pourcentage
La consultante a-t-elle été invitée à s'asseoir	200	100
Salutations conformes aux convenances sociales	198	99
Manifestation d'intérêt pour la gestante	198	99
Salutations d'usage au départ	192	96
Bonne attitude envers la gestante	188	94
Les conditions d'accueil sont satisfaisantes dans plus de 90% des cas.		

Tableau XVII: Répartition des gestantes selon l'application des mesures d'hygiène.

Hygiène hospitalière	Effectif (n=200)	Pourcentage
As-t-il utilisé des gants ou un doigtier	200	100
Matériel changé à la fin de la consultation	200	100
Matériel correctement nettoyé	200	100
Matériel correctement désinfecté	200	100
Le praticien s'est-il lavé les mains avant d'examiner la consultante	79	38,5
Faute d'hygiène	93	46,5

Certains aspects de l'hygiène hospitalière sont bien respectés.

Tableau XVIII: Répartition des gestantes selon leur interaction avec les soignants.

Impression des gestantes	Effectif (n=200)	Pourcentage
Confidentialité	192	96,0
Respect de l'intimité	176	88,0
Satisfaction des consultantes	188	94,0
Attente confortable	108	54,0
Agréable réception	194	97,0

L'impression de la gestante sur les prestataires est bonne dans la majorité des cas.

Tableau XIX: Répartition des gestantes selon le déroulement de la consultation prénatale.

Déroulement de la consultation	Effectif (N=200)	Pourcentage
Recherche de la boiterie	200	100
Mesure de la taille	192	96
Pesée	196	98
Prise de la tension artérielle	110	55
Aide à monter sur la table	0	0,0
Explication du déroulement de la consultation	188	94,0
Examen des conjonctives	200	100
Consultation pulmonaire	0	0
Consultation cardiaque	0	0
Mesure de la hauteur utérine (n= 188)	184	97,8
Palpation de l'abdomen	194	97,0
*Auscultation des BDCF (n=188)	170	90,4
Toucher vaginal	196	98,0
Utilisation du speculum	44	22,0
Recherche d'œdème	144	72,0

* : Cette question prend en compte seulement les 188 gestantes des 2 derniers trimestres selon l'âge théorique de la grossesse.

Tableau XX: Répartition des gestantes selon les explications données sur la prescription.

Explication sur la prescription	Effectif (n=200)	Pourcentage
Oui	195	97,5
Non	5	2,5
Total	200	100

Sur les 200 gestantes qui ont reçu une ordonnance 197 (soit 97,5%) ont bénéficié d'explication.

Tableau XXI: Répartition des gestantes selon la conclusion de l'agent de santé (groupe à risque).

Conclusion de l'agent de santé	Effectif	Pourcentage
Non classées dans un groupe à risque	153	76,5
Classement dans un groupe a risque	47	23,5
Total	200	100

23,5% sont classées à risque.

Tableau XXII: Répartition des gestantes selon la molécule prescrite

Molécule prescrite	Effectif (n=200)	Pourcentage
SP	110	55
Fer/Acide folique	164	82
VAT	148	74
Autres	9	4,5

La prescription du fer/acide folique veint en tête avec un taux de 82%

Tableau XXIII: Répartition des gestantes en fonction des critères de choix du centre.

Critères de choix	Effectif	Pourcentage
Proximité	22	11.0
Connait quelqu'un	17	8.5
Personnel compétent	100	50.0
Personnel accueillant	28	14.0
Sur conseil	19	9.5
Autres raison	14	7,0
Total	200	100

La compétence du personnel veint en tête des critères de choix du centre (50%).

Tableau XXIV: Répartition des gestantes en fonction des examens complémentaires demandés.

Examens complémentaires	Effectif (N=200)	Pourcentage
Groupage rhésus	168	84,0
BW	148	74,0
HIV	132	66,0
Taux d'hémoglobine	103	51,5
Test d'Emmel	160	80,0
Echographie	136	68,0
Albumine sucre	49	24,5
Toxoplasmosse	4	2,0
NFS	6	3,0

Le groupe sanguin a été déterminé chez 84% des femmes.

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

Etat des locaux et toilette	Fréquence	
	(N=200)	Pourcentage
<i>Etat des locaux :</i>		
- Nouveaux et propres	194	97
- Vieux et propres	6	3
<i>Etat des toilettes :</i>		
- salle	34	17.0
- propre	108	54.0
- Ne sait pas	58	29.0

Selon 97% des gestantes les locaux sont nouveaux et propres.

Plus du quart des gestantes (29%) ignorent l'existence des toilettes au sein du centre.

3 Etude analytique :

Tableau XXVI: Répartition de la population selon qualité de l'accueil

Qualité de l'accueil	Effectif	Pourcentage
Mauvaise	4	2,0
Passable	2	1,0
Bonne	142	71,0
Très bonne	52	26,0
Total	200	100.0

La qualité de l'accueil est bonne dans environ 97% des cas.

Tableau XXVII: Répartition de la population selon qualité de l'examen physique

Qualité de l'examen physique	Effectif	Pourcentage
Mauvaise	12	6,0
Passable	186	93,0
Bonne	2	1,0
Total	200	100

Dans 93% des cas la qualité de l'examen physique est passable.

Tableau XXVIII: Répartition de la population selon la qualité des conseils

Qualité des conseils	Effectif	Pourcentage
Mauvaise	4	2,0
Passable	145	72,5
Très bonne	51	25,5
Total	200	100

La qualité des conseils prodigués au cours de la CPN est passable dans la majorité des cas avec un taux de près de 73% (72,5%)

Tableau XXIX: Répartition de la population selon la qualité de l'hygiène

Qualité de l'hygiène	Effectif	Pourcentage
Mauvaise	93	46,5
Passable	54	27,0
Bonne	53	26,5
Total	200	100

Près de la moitié des cas (soit 46,5%) la qualité de l'hygiène n'est pas bonne.

Tableau XXX: Répartition de la population selon la qualité du respect physique et psychique de la gestante

Qualité du respect physique et psychique de la gestante	Effectif	Pourcentage
Mauvaise	2	1,0
Passable	48	24,0
Bonne	90	45,0
Très bonne	60	30,0
Total	200	100

Globalement le physique et le psychique de la gestante sont respectés.

Tableau XXXI: Répartition de la population selon la qualité du respect de l'intimité de la gestante.

Qualité du respect de l'intimité du malade	Effectif	Pourcentage
Mauvaise	4	2,0
Passable	10	5,0
Très bonne	186	93,0
Total	200	100

Le respect de l'intimité atteint 93%.

Tableau XXXII: Répartition de la population selon la qualité du respect de la confidentialité

Qualité du respect de la confidentialité	Effectif	Pourcentage
Mauvaise	2	1,0
Passable	8	4,0
Très bonne	190	95,0
Total	200	100

La quasi-totalité des CPN se sont déroulées dans la plus grande confidentialité (soit 95%).

Tableau XXXIII: Répartition de la population selon la qualité de la relation humaine

Qualité de la relation humaine	Effectif	Pourcentage
Mauvaise	2	1,0
Passable	10	5,0
Bonne	37	18,5
Très bonne	151	75,5
Total	200	100

Nous avons noté une très bonne qualité des relations humaines dans près de 76% des cas (75,5%)

Tableau XXXIV: Répartition des gestantes selon la conclusion de l'agent de santé.

Conclusion de l'agent de santé	Effectif	Pourcentage
	N= 200	
RAS	153	76,5
Classement dans un groupe a risque	47	23,5
Annonce de la DPA	144	72,0
*Groupe a risque annoncé	23	48,9
*Proposition du lieu d'accouchement	31	65,9
*Explication de la proposition du lieu d'accouchement	23	48,9

* questions en rapport avec les 47 gestantes classées à risque.

Environ le quart (23,5%) des gestantes de notre population d'étude est classé à risque.

VI- Commentaire et discussions :

1- Méthodologie :

Il s'agit d'une étude qualitative descriptive transversale qui concerne 200 cas de CPN recensées systématiquement pendant la période de l'étude.

Cette étude s'est inspirée du postula d'ADEVIS DONABEDIAN sur l'évolution de la qualité des soins et service, elle comporte :

- Une étude des structures
- Une étude de procédures et résultats.

L'étude a bénéficié d'une franche collaboration du personnel médical et para médical.

Pour ce qui concerne la discussion des résultats, nous avons trouvé principalement des études faites au Mali.

2- Qualité des structures :

En ce qui concerne la qualité des structures. Nous avons hiérarchiser ces niveaux de qualité qui sont aux nombres de 4 cette hiérarchisation a été faite selon les références aux quelles un score a été attribué (voir Tableau I).

Une observation était faite pour chaque référence.

Ainsi pour la norme architecturale le niveau de qualité dans CSRéfCI a été scoré à 4 c'est-à-dire qu'il y avait une protection satisfaisante contre les moustiques, niveau 4. En 2005 Goita N. [5] avait trouvé le même résultat. Le dispositif d'accueil et d'orientation a été scoré à 4. Les équipements de la salle de CPN ainsi que ceux de la salle d'attente ont été scorés chacun à 3, c'est-à-dire matériels techniques de bonne qualité mais incomplets (absence de baladeuses = lampes électriques, nombre de bancs insuffisants).

Ce résultat concorde avec celui de Goita N. [5] qui avait trouvé 3 mais elle avait été scorée 0 par Fomba S. [13] en 2003 et par Konaté Segá [12] en 2002 respectivement dans le CSREF commune VI et II.

Le dépôt de médicaments ; les normes architecturales et le coût des médicaments ont été scorés à 4, car il y avait une protection satisfaisante contre la poussière, une climatisation satisfaisante, initiative de Bamako (IB) est appliquée. Goita N. [5] avait trouvé le même résultat tandis que Fomba S. [13] et Konaté S. [12] avaient trouvé chacun 3 car la protection des médicaments et du local contre la poussière était insuffisante et l'initiative de Bamako n'était pas appliquée.

Le laboratoire était fonctionnel pour les examens complémentaires les plus courants, octroyant au centre le score 4; comme chez Goita N. [5] qui avait aussi trouvé 4 pour cette référence; par contre chez Fomba S. [13] le laboratoire était en cours d'aménagement dont le score est 0.

Le système d'approvisionnement en eau et l'élimination des déchets a été scoré à 4. On note l'existence d'incinérateur, d'un réseau public d'approvisionnement en eau potable. Les déchets régulièrement déversés pour traitement biomédical. Ce résultat est identique à ceux de Goita N. [5], Fomba S. [13], Konaté S. [12] qui avaient tous eu le score 4.

Le système d'éclairation et de communication est scoré à 2, car groupe électrogène non fonctionnel et non disponibilité des moyens de communication en dehors des heures de service.

A l'analyse de la qualité de notre structure, le CSREF de la commune I a été classé niveau 3 car le score total a été de $44/52=0,846$ soit 84,6 % ce qui correspondait au niveau III donc le centre est de bonne qualité dans ce domaine. En 2006 Goita N. [5] a trouvé un niveau VI au CSRef de la Commune V tandis que Konaté S. [12] avait trouvé en 2002 que le centre de santé de référence de la commune II était de niveau 2. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les centres de santé au fil des années sont entrain de s'améliorer.

VI-1) Caractéristiques socio – démographique des gestantes :

3- Caractéristiques sociodémographiques :

Dans notre étude la tranche d'âge 19 à 24 ans a été la plus représentée avec un taux de 32,5%. L'âge moyen a été de 23,64 ans avec des âges extrêmes allant de 15 à 45 ans. 12% avaient un âge inférieur ou égal à 18 ans et 2,5% ont un âge supérieur ou égal à 40 ans. Chez GOITA N. [5] 12,5% des gestantes avaient moins de 18 ans et 5,5% avaient un âge supérieur ou égal à 40 ans. Des études ont montré que ces deux couches sont les plus touchées par la mortalité maternelle et périnatale pour les enfants qui en sont issus [32].

Cependant la majorité de nos gestantes étaient non scolarisées ou de niveau primaire soient respectivement 55,5%; 23,5%. Le taux de non scolarisées est inférieur à celui de Goita. N [5] qui avait trouvé 67,50% de gestantes non scolarisées et 20% ayant le niveau primaire. Une enquête mondiale sur la fécondité a permis de constater que la fécondité était inversement proportionnelle au niveau d'instruction des femmes. Les femmes sans instruction ont en moyenne 2 fois plus d'enfants que celles qui ont eu 7 années ou plus de scolarité [33].

34% de nos gestantes étaient à leur deuxième grossesse et 20% avaient déjà fait une maternité. Cela facilite la tâche aux prestataires car les femmes sont déjà imprégnées.

L'exploration de la situation socio-économique de la gestante permet de connaître son statut social (indigentes, revenus satisfaisants ou pas). Au cours de notre enquête nous avons recensé 93% de gestantes mariées de même que chez Konaté S. [12] qui était de 93,5%. Cela est une bonne chose car favorable pour une issue meilleure de la grossesse.

Les femmes au foyer ont été les plus nombreuses soit 83,5% des cas, tandis que les fonctionnaires ne constituaient que 1,5%. Cela s'expliquerait par le fait que les non scolarisées étaient les plus représentées. Chez Goita N. [5] et Fomba S. [13] ces taux présentent des disparités avec respectivement 71,5%; 84,5%. 47,5% des gestantes

venaient à pied au centre. Ce groupe social ne bénéficiant pas d'assez de repos en général constitue un groupe à risque ; et le revenu de la famille provient du mari.

Parmi les 16,5% des gestantes ayant évoqué des antécédents obstétricaux 12,76% avaient donné naissance à des enfants morts nés, soit 6 gestantes. 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.

4. Etude des procédures :

4.1 Etude descriptive :

4.1.1 Données des CPN :

Dans notre étude la majorité de nos CPN ont été faites par les sages femmes soit 66,5% ; 33,5% par les infirmières obstétriciennes.

Les consultations en majorité ont été faites par le personnel qualifié et cela a un impact favorable sur la qualité des CPN. Goita N. [5] avait trouvé 65% de cas de CPN faites par les sages femmes et 10% des CPN ont été faites par les matrones; ce qui pourrait mettre en cause la qualité de la CPN.

Par ailleurs 84% des gestantes ont bénéficié d'un examen complémentaire ; ce résultat est inférieur à celui de Goita N [5] 99% ; de Fomba S [13] 96,6% mais supérieur à celui de Konaté S [12] qui avait trouvé 41.5%. Nous avons enregistré 84% de femmes ayant bénéficié du groupage sanguin rhésus; Goita N. [5] avait eu 99% cela s'expliquerait par le fait que le groupage sanguin est systématique. (Il a été demandé aux 16% des gestantes d'amener leurs anciens carnets).

Seulement 24,5% des gestantes avaient bénéficié de la prescription d'albumine/sucre dans les urines; Goita N. [5] avait trouvé 40%. Au cours de la consultation la demande de cet examen n'était pas systématique.

La sérologie VIH a été demandée chez 66% des cas. Cet examen devrait être systématiquement demandé et effectué selon l'accord des gestantes.

Par contre chez Goita N. [5] 96% en ont bénéficié. Les raisons de cette insuffisance peuvent être multiples (réactif en rupture).

L'échographie étant un moyen important de diagnostic et de surveillance de la grossesse toutes les femmes devaient en bénéficier au moins 3 fois au cours de leur grossesse:

~ 1^{ère} échographie (de datation) à 12 SA (11-13 SA) au moindre doute sur le terme, systématiquement.

~ 2^{ème} échographie (morphologique) à 22 SA (21-23 SA): biométrie, vélocimétrie (Doppler) des artères utérines et ombilicales, n'est pas systématique.

~ 3^{ème} échographie (pronostic d'accouchement).

Dans notre enquête elle a été demandée dans 68% des cas. Par contre chez Goita N. [5] elle n'a été demandée que dans 29% de cas. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les sages femmes ne maîtrisent pas tout le contour de l'importance de cet examen.

Les mesures préventives portant sur la supplémentation en fer acide folique (anti anémique), en sulfadoxine pyriméthamine (anti palustre) et en vaccin antitétanique ont été respectivement 82%, 55%, 74%. Chez Goita N. [5] ces taux étaient respectivement 100% (fer acide folique et sulfadoxine pyriméthamine) et 28.5%. Des efforts restent à fournir quant à la prévention contre le paludisme et à la supplémentation en fer et en acide folique.

Dans 64% de cas les CPN ont été faites entre 5 à 10 minutes ; dans 8% des cas elles ont durées moins de 5 minutes. La courte durée d'une consultation met en cause la qualité de celle-ci; cela veut dire que des étapes n'ont pas été respectées. D'une manière générale nous dirons que la durée des CPN est meilleure par rapport à celle de Goita N [5] qui avait 17% des CPN déroulées en moins de 5 minutes, ainsi qu'à celle de Fomba S [13] qui avait 60% de CPN réalisées en moins de 5 minutes.

Selon nos observations au cours de l'enquête l'accueil a été satisfaisant dans 97% de cas, et le personnel avait une bonne conduite envers les

gestantes dans 75%. Ceci est une bonne chose qui permet de diminuer le taux d'abandon.

Les examens se faisaient toujours à l'abri des regards; cela se justifiait et à l'observation et au près de l'opinion des gestantes.

Au cours du déroulement de la consultation l'auscultation pulmonaire et cardiaque n'a été faite chez aucune de nos gestantes. Cette même observation a été faite dans les séries de Goita N [5], Fomba S [13] et de Konaté S [12], chez qui aucun de ces examens n'avaient été faits.

22% des gestantes avaient bénéficié de l'examen au spéculum. Notre taux est assimilable à celui de Goita N. [5], et inférieur au taux obtenu par Konaté S. [12] (34,5%). Ce temps capital de l'examen gynécologique n'était pratiqué que lors de la première CPN.

Par ailleurs les mesures d'hygiène ont été observées dans la grande majorité des cas bien que le praticien ne se soit lavé les mains entre deux consultations que dans 38,5% des cas. On note une amélioration de la qualité de l'hygiène, contrairement à la situation constatée chez Goita N. [5] 23,8%.

Par rapport à l'opinion des gestantes, 97% des femmes ont trouvé les locaux vieux et propres, par contre 17% des gestantes ont trouvé que les toilettes sont sales.

4.1.2 Résultats de la CPN :

Dans les antécédents constituant les facteurs de risque recherchés chez les femmes enceintes, la grande multiparité ainsi que l'utérus cicatriciel étaient les facteurs de risque dominant avec 25,5% suivi du dernier accouchement dystocique 17,0% et antécédent de morts nés avec 12,7% ; des primipares jeunes (âge inférieur à 16 ans) soit (4,2%). Cependant 8,5% des gestantes ont une taille inférieure à 150 cm. Ce résultat est meilleur à celui de Fomba S [13] chez qui aucun de ces paramètres n'était exploré.

A la fin de chaque consultation l'agent de santé doit tirer une conclusion. Au cours de notre enquête 23,5% ont été classées dans un groupe à risque. Parmi ces femmes classées à risque, 48,9% ont reçu l'information sur le facteur de risque, cela veut dire que les praticiennes communiquent avec les consultantes. Mais seulement 4,2% ont été référées chez le gynécologue obstétricien. On a observé le même cas chez Goita N. [5] bien qu'il y a eu plus de femmes classées à risque, où les références des gestantes à risque ont été très minimales 2% sur 46,5% de femmes présentant un facteur de risque.

4.2 Etude analytique:

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

Le respect physique et psychique a été bonne dans 75% et confère au CSREF le niveau III comme chez Goita N. [5] qui avait aussi classé le CSREF de la commune VI de niveau III dans ce domaine.

Par contre sur le plan de l'intimité et de la confidentialité, nous avons trouvé respectivement 98% et 99% c'est-à-dire très bonne, donc le CSRéf est classé niveau IV pour ce volet. Cela se justifiait à l'observation. Ce résultat concorde avec celui de Goita N. [5] et de Fomba S [13].

A l'observation nous avons constaté que la relation humaine était bonne dans 94% des cas donc le centre était de niveau III.

Par ailleurs nous avons constaté que le centre était de niveau II sur le plan de l'examen physique (passable dans 93%), A ce niveau Goita N. [5] avait classé son centre de niveau III. Des efforts doivent être fournis à ce niveau. L'hygiène de la consultation (mauvaise dans 46,5%) donc concernant ce volet, le centre est de niveau II. **Conseils donnés**
La qualité des conseils donnés aux femmes (bonne dans 98%). Quant à l'accueil il est bon dans 97%; donc le centre est classé niveau IV, contre un niveau III chez Goita N. [5].

Ces opinions discordent un peu par rapport aux observations faites. Les « Protégées » sont mieux accueillies et ces dernières perturbent souvent l'ordre de passage.

VII- Conclusion :

Il s'agit d'une étude prospective transversale sur la qualité de la surveillance prénatale qui s'est déroulée du 01 septembre au 26 octobre 2006 au Centre de Santé de Référence de la Commune I du District de Bamako. Au cours de l'étude on a pu analyser la qualité de la structure sanitaire, la qualification et les prestations du personnel et enfin l'opinion des gestantes sur la qualité des soins reçus.

Evaluation de la structure :

L'analyse du niveau de qualité de la structure montre que le centre est de niveau III certaines références évaluées sont de bonne qualité, mais il existe des défaillances à résoudre entre autre : salle de réanimation non équipée, manque de groupe électrogène fonctionnelle, système de communication de capacité limitée.

Evaluation des procédures :

L'étude a révélé que la CPN était assurée à 33,5% des cas par les infirmières obstétriciennes (niveau III) 45% des gestantes n'ont pas bénéficié de prise de la tension artérielle tout ceux-ci sont des facteurs pouvant porter préjudice à la qualité de la CPN lors du remplissage du carnet de suivi, l'état du bassin ainsi que le pronostic de l'accouchement ont été ignorés l'accueil était bon dans 71% des cas et très bon dans 26% des cas.

Le respect physique et psychique était globalement bon dans 95% des cas.

L'intimité a été très bien respectée dans 93% des cas.

Le bilan prénatal a été demandé dans la majorité des cas c'est surtout le groupage rhésus, le BW, le test d'Emmel l'échographie, la sérologie VIH qui ont été demandés mais l'albumine – sucre n'a pas été systématique.

Les gestantes à travers leurs opinions ont exprimé leur entière satisfaction par rapport à l'accueil et la prestation des soins mais quelque fois se plaignent des privilèges accordés aux « protégées » devant

tout ces éléments nous pouvons classer les prestations faites au CSRéf CI en matière de surveillance prénatale à un niveau III.

A la suite de ces remarques, nos résultats peuvent être utilisés pour améliorer la qualité des soins dans le CSREF de la commune I d'où les recommandations suivantes:

Les recommandations :**Les recommandations suivantes s'adressent :****Aux personnels socio – sanitaire du CSRéf CI :**

- Eviter le « système de protégée » en assurant une bonne autonomisation des gestantes.
- Instaurer un système d'identification et de prise en charge des personnes démunies.
- Instaurer une collaboration franche entre sage-femme et médecin (gynécologue – obstétricien dans le suivi des gestantes à risque (utérus cicatriciel, hypertension artérielle, antécédents de mort né, d'éclampsie.
- Apprécier le bassin en fin de grossesse afin de faire le pronostic d'accouchement.
- Bien équipe la salle de CPN (bancs, tensiomètre)
- Lors des CCC sensibiliser les femmes pour qu'elles se présentent aux Centre de Santé dès le début de la grossesse.
- Renforcer les formations post universitaires dans le cadre de la formation continue.

Aux autorités sanitaires et politiques :

- Améliorer l'état des structures du centre selon les norms de reference.
- Assurer une formation continue des sages-femmes des CSCOM pour une amélioration de la qualité des CPN à ce niveau.
- Remplacer les fiches individuelles de CPN par des carnets de suivi de grossesse.
- Instaurer un système de la communication fonctionnel 24/24 heures pour faciliter les références évacuation.
- Equiper le centre d'un groupe électrogène fonctionnel.
- **A la population: de:**
- Etre consciente qu'elle est la première responsable et la première bénéficiaire de son bon état de santé.

- Se présenter tôt aux centres de santé pour diagnostiquer leur grossesse et de faire une surveillance correcte.
- Suivre correctement les instructions reçues lors des CPN.

Références:

- 1- J. Lansac. G. Body :** avec collaboration de CH Berger / M Berland. A Fournie / E Gald / B. Jacquetin / G. Magin / F Peuch / J. M. Thoulon : Pratique de l'accouchement. SIMEPSA 1988 – Paris, France.
- 2- Bagayogo. NS :** Pronostic materno-foetal des grossesses non suivies à propos d'une étude cas – Temain. Dans le service de Gynécologie – obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse de Médecine 2004 N° 39.
- 3- Traoré MK :** Qualité de la surveillance prénatale au Centre de Santé Communautaire de Banconi thèse de médecine 2001 ; N° 49.
- 4- Maternité sans risque :** « des accoucheuses qualifiées un pas dans la bonne direction N° 29 2002.
- 5- Goïta N. :** évaluation de la qualité des consultations prénatales au service de gynécologie – obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako. Thèse de médecine 2006 ; M210 102 P.
- 6- Merger R / LEV J / MELCHIOR. J :** Précis obstétrique 5ème Edition revue et augmentée, Edition Masson Paris, Malan Barcelone Mexico 1989.
- 7- Kamina. P :** Dictionnaire d'anatomie Atlas / Pierre Kamina – Paris Malaine SA 1983 gynéco – obstétrique, Prierre Kamina Paris Maloine ; 1996.
- 8- OMS :** chronique mortalité maternelle : soustraire les femmes de l'engrenage Fatal, Genève OMS 1986 40 (5) 193 – 202.
- 9- Division Santé familiale :** programme de santé familiale plan quinquennal 1988 – 1992 Mali décembre 1987.
- 10- Fenersteine MT** Furning the tide safe Mother lood à districtation manual London.
- 11- Hogberg and wall. S** secular trend in maternal mortality in Sweden from 1750 to 1980 Bull OMS 1986 P: 647 984.
- 12- 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 N°33.

13-Fomba S : qualité de la consultation prénatale et de l'accouchement au Centre de Santé niproma de magnambougou en commune VI du District de Bamako, thèse de médecine 2002 ; 203 N° 64.

14- 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 de l'OMS Genève 1989.

15- Kamissoko. M. Qualité de la surveillance prénatale au centre santé de santé communautaire de Kalabancoro Zone peri urbaine de Bamako. Thèse de médecine 2004. n° 87.

16- Rougemant (A) Brunet (J) et Jarlly : planifier, gerer, évaluer la santé en pays tropicaux doin Editeurs Paris P : 751

17- Direction Nationale de la santé publique / Mission Française de coopération et d'action culturelle au Mali, Ecole secondaire de la santé, Projet : « Maternité à risque », formation continue des sages femmes.

18- Donabedian Adevis: Exploration incassissement and monitoring the djinité of quality and approaches to it's assessment heath administration presse an Aror, Michigan 1980.

19- Ogga A; DIARRA A.J ; Koadio KL : Evaluation de la situation sanitaire dans une region du centre Nord de la côte d'ivoire en 1994 Revue de médecine noire N° 07

20- Surveillance échographique de la grossesse : DMC obstétrique (B. SEGUY) ancien chef de chimique à la faculté de médecine de Paris Malouine SA Editeur 27, rue de l'école de médecine 75. 000 page 67.

21- Unicef OMS FNUAP : Elimination du tétanos maternel et néonatal d'ici l'an 2005 stratégie permettant d'éliminer le tétanos et d'éviter sa réapparition.

22- Mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest : résultat d'un enquête à Abidjan, Bamako, Niamey Nouakchot, (nav 1997) OMS bureau Afrique Division Santé de la famille.

23- Division Santé de la reproduction : Procédure en santé de la reproduction soins prénatales recentrés, soins prénatales, soins post natal, soins après avortement, pathologie Génitales et dysfonctionnement sexuel chez la femme juin 2005 219P.

24- OMS rapport sur la société dans le monde, donnons la chance à chaque mère et chaque enfant. Edition de 2005 26 1P

25- Anonyme : politique des normes et procédures pour la surveillance prénatale, Ministère de la santé et des affaires sociales de la république du Mali 2005 ;

26- Source d'information DNSI – CPS/MSSPA : information générale sur les données des communes du district de Bamako année 2003.

27- Drabo A : Les ruptures utérines à l'Hospital sominé Dolo de Mopti : facteurs influençant le pronostic materno fœtal et mesures prophylactiques à propos de 25 cas. Thèse de médecine 2000 M 07 131 Pages.

28- POP Sahel CER POD INSAH CICSS : fécondité de l'adolescente Drame d'une maternité précoce population à l'an 2000 Bamako 2^{ème} ed. Août 1990. N3.

29- Ahmed, Sidi Mohamed oul : Evaluation de la qualité de l'accouchement au centre de santé communautaire de Doumanzana (ASACODOU) en commune I du district de Bamako. Thèse de médecine Bamako 05 – M – 22 P109.

30- Monographie du district de Bamako novembre 1994. Gouvernorat du district de Bamako cellule technique mission française de coopérative et d'action culturelle au Mali projet Fac n°1152/CD/92.

31- Sacko M. Evaluation de la surveillance prénatale dans le district de Bamako république du Mali, 02 mars 1988 n°68

32- Boiré M : Evaluation de la qualité des soins dans certains services médicaux : médico-techniques et pharmaceutiques de l'HGT thèse de médecine 2000 M 69 79 Pages.

33- M S.F. , Balladur O., Bizieau O. : Obstétrique en situation d'isolement ; 1^{er}éd. Paris: Hatier; 1992. P. 222.

34- OMS : Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle. 1^{ère} éd. Nouvelle méthodologie OMS/UNICEF Avril 1996. Genève. P : 16.

Fiche signalétique**Nom** : MAIGA**Prénom** : Mme DIALLO Aïssatou Souleymane**Titre de la thèse** : Evaluation de la Qualité des Consultations Périnatales au centre de santé de référence de la Commune I du District de Bamako.**Année universitaire** : 2007-2008**Pays d'origine** : République du Mali**Lieu de dépôt** : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto – Stomatologie 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.

L'objectif de cette étude est d'évaluer le niveau actuel de la qualité des CPN au centre de santé de référence de la commune I 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 sur le plan structural, le centre de santé de référence de la commune I du District de Bamako a été classé à un niveau III. C'est-à-dire que les références évaluées étaient satisfaisantes à 85%, avec un score de 44.

En ce qui concerne la qualité des prestations, celle-ci est de niveau III car l'examen physique souffre souvent de certaines défaillances telles que :

- La prise de la tension artérielle ;
- L'appréciation de l'état du bassin ainsi que le pronostic de l'accouchement dans le carnet.

Par contre, les gestantes ont exprimé leur entière satisfaction par rapport à l'accueil, qui était bon dans 97% des cas, de même que pour la qualité du respect de l'intimité 98% et la confidentialité 95% . Plus de la moitié des gestantes recevaient des soins de bonne et d'assez bonne qualité.

FICHE D'ENQUETE**I-OBSERVATION DES CPN**

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

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

Q2 2 = Heure de la visite :.....

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

Caractéristiques de la gestante (Si demandées)

Nom :..... ; Prénom :.....

Q3 Age (ans) : ans

Q4 Ethnie 1=Bambara ; 2=Peulh ; 3=Malinké ; 4=Bozo ;
5=Sonrai ;

6 = Soninké ; 7 = Dogon ; 8 = Autre (à
préciser).....

Q5 profession : 1=ménagère ; 2=vendeuse ;
3=fonctionnaire ;

4 = aide ménagère ; 5 = commerçante ; 6 = autre (à
préciser).....

Q6 Niveau scolaire : 1 = Analphabète ; 2 = primaire ; 3 = secondaire ;
4 = supérieur ;

5 = coran

Q7 Etat matrimonial : 1 = célibataire ; 2 = mariée ; 3=veuve ;
4=divorcée

Q8 Résidence :.....

Q9 Numéro de la grossesse ou de la CPN :.....

Q10 A-t-elle été identifiée pendant sa grossesse comme appartenant un
groupe à risque ?

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

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

5 = ATCD de mort-né ; 6 = Taille inf 150cm ; 7 = HTA ; 8 = Poids inf 45kg ; 9 = Autre :

Q11 Nombre de CPN réalisées :

Caractéristique de la personne qui a pris en charge la parturiente

Q12 Qualification : 1= Médecin ; 2 = Sage femmes ; 3 = Matrone ; 4 = Infirmière

obstétricienne ; 5 = Autres(à préciser) :.....

Q13 Statut : 1 = Fonctionnaire ; 2 = Contractuel ; 3 = Stagiaire ; 5 =Autre :.....

Accueil :

Q14 Langue de communication : 1 = Français ; 2 = Bambara ; 3 = Autre :.....

Q15 Consultante comprenait-elle la langue : 1 = oui ; 2 = non

Q16 Si non a-t-on fait appel à un interprète ? : 1 = oui ; 2 = non

Q17 Salutation conforme aux convenances sociales : 1 = oui ; 2 = non

Q18 Consultante a-t-elle été invitée à s'asseoir : 1 = oui ; 2 = non

Q19 Demande du carnet de la grossesse précédente : 1 = oui, présent ; 2 = non, absent

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

Q20 Situation socio-économique de la famille : 1 = Bas niveau ; 2 = Moyen ; 3 = Favorable

Q21 Profession du mari : 1 = Cultivateur ; 2 = commerçant ; 3 = Fonctionnaire ;

4 = Manœuvre ; 5 =

Autre :.....

Q22 Distance parcourue pour venir au centre : km

Antécédents obstétricaux

Q23 Gestivité : 1 = oui ; 2 = non R =

Q24 Parité : 1 = oui ; 2 = non R =

Q25 fausses couches : 1 = oui ; 2 = non R =

Q26 Vivants : 1 = oui ; 2 = non R =

Q27 Mort-nés : 1 = oui ; 2 = non R =

Q28 Décédés : 1 = oui ; 2 = non R =

Q29 Causes des décès : 1 = Infection néonatale ; 2 = Paludisme ;
3 = Autre

Q30 Age des décès :

Q31 Césarienne : 1 = oui ; 2 = non R =

Q32 Forceps, ou Ventouse : 1 = oui ; 2 = non

Q33 Eclampsie : 1 = oui ; 2 = non R =

Q34 Autres :.....

Antécédents médicaux :

Q35 Infection urinaire : 1=oui ; 2=non R=

Q36 HTA 1 = oui ; 2 = non R =

Q37 Diabète : 1 = oui ; 2 = non R =

Q38 Affection cardiaque : 1=oui ; 2 =non R=

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

Q40 MST : 1 = oui ; 2 = non R =

Q41 Drépanocytose : 1 = oui ; 2 = non R =

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

Q43 Si autres précisions :

Détermination de la date d'accouchement :

Q44 Détermination de la date probable d'accouchement : 1 =
Connue ; 2 = Inconnue

Q45 Détermination de la date des dernières règles : 1 =
Connue ; 2 = Inconnue

Q46 Détermination de l'âge de la grossesse : 1 = Connue ; 2
= Inconnue

Déroulement de la grossesse

Q47 Fièvre : 1 = oui ; 2 = non R =

Q48 Vomissement : 1 = oui ; 2 = non R =

- Q49** Fatigue : 1 = oui ; 2 = non R =
- Q50** Vertiges : 1 = oui ; 2 = non R =
- Q51** Survenue des palpitations : 1 = oui ; 2 = non R =
- Q52** Survenue de dyspnée : 1 = oui ; 2 = non R =
- Q53** Perception mouvement bébé (MAF) : 1 = oui ; 2 = non R =
- Q54** Survenue d'œdèmes : 1 = oui ; 2 = non
- Q55** Pertes liquidiennes : 1 = oui ; 2 = non R =
- Q56** Écoulement vaginal : 1 = oui ; 2 = non R =
- Q57** Métrorragie 1 = oui ; 2 = non R =
- Q58** Troubles urinaires 1 = oui ; 2 = non R =

Hygiène de vie pendant la grossesse

- Q59** Questions sur le travail professionnel ménager : 1 = oui ; 2 = non
- Q60** Questions sur le travail ménager : 1 = oui ; 2 = non
- Q61** Alimentation : 1 = oui, adaptée à la grossesse ; 2 = non adaptée
- Q62** Repos (importance, modification activités à cause de la grossesse) : 1 = oui ; 2 = non

Examens cliniques :

- Q63** Avez vous expliqué le déroulement de la consultation ? 1=oui ; 2=non
- Q64** Pesée : 1 = oui ; 2 = non R =
- Q65** Mesure de la taille 1 = oui ; 2 = non R =
- Q66** Recherche d'une boiterie 1 = oui ; 2 = non R =
- Q67** Aider à monter sur la table : 1 = oui ; 2 = non
- Q68** Examen des conjonctives : 1 = Pale ; 2 = Moyennement colorées ; 3 = Colorées
- Q69** Mesure de la TA : cm 1 : oui ; 2 : non R =
- Q70** Consultation cardiaque : 1 = oui ; 2 = non R =

Q71 Consultation pulmonaire : 1 = oui ; 2 = non R =

Q72 Palpation de l'abdomen : 1 = oui ; 2 = non R =

Q73 Mesure HU (hauteur utérine) : 1 = oui ; 2 = non R =

Q74 Auscultation bruit du cœur fœtal : 1 = oui ; 2 = non R =

Q75 Position fœtus : phalique : 2 = Siège ; 3 =

Transversal ; 4 = Autres

Q76 Examen au spéculum : 1 = oui ; 2 = non R =

Q77 Toucher vaginal : 1 = oui ; 2 = non R =

Q78 Recherche oedèmes : 1 = oui ; 2 = non R =

Q79 Aider à descendre : 1 = oui ; 2 = non R =

Q80 L'éclairage était-il suffisant : 1 = oui ; 2 = non R =

Q81 Examen à l'abri des regards : 1 = oui ; 2 = non R =

Examen para clinique

Q82 A-t-on demander des examens para cliniques : 1 = oui ; 2 = non

Q83 A-t-on expliqué pourquoi 1 = oui ; 2 = non

Q84 Si oui à-t-on expliquer ou aller ? 1 = oui ; 2 = non

Vaccination

Q85 A-t-on demandé le carnet de vaccination ? 1 = oui ; 2 = non

Q86 A t-on proposé une vaccination ? 1 = oui ; 2 = non

Q87 La consultation a-t-elle classé la grossesse à risque ? 1 = oui ; 2 = on

Prescription :

Q88 Une prescription a-t-elle été faite : 1 = oui ; 2 = non

Q89 A-t-on expliqué pourquoi ? 1 = oui ; 2 = non

Relations humaines

Q90 Gentillesse du ton : 1=Bon ; 2 = Mauvais

Q91 Attitude envers la gestante : 1 = Bon comportement ; 2 = Mauvais comportement

Q92 Manifestation d'intérêt pour la consultante : 1 = oui ; 2 = non

Q93 A-t-elle fait des salutations d'usage à son départ ? 1 = oui ; 2 = non

Q94 Pendant ou au décours de l'examen a-t-on expliqué à la gestante l'évolution de la grossesse ?
1 = oui ; 2 = non

Q95 A-t-il demandé à la consultante de revenir ? 1 = oui ; 2 = non

Q96 Lui a-t-il précisé quand : 1 = oui ; 2 = non

Q97 Présence de tierce personne pendant la consultation :
1 = non 2 = oui plusieurs sages femmes 3 = oui d'autres membres du personnel
4 = oui, par des accompagnants ; 5 = oui ; d'autres personnes (à préciser) :

Q98 Nombre total de personnes dans la salle :

Q99 Y a-t-il eu des entrées et sorties non justifiées pendant le déroulement de la consultation :
1 = oui ; 2 = non

Conseils

Q100 A-t-on donné des conseils : 1=non ; 2=Sur le repos ; 3=alimentation ; 4=planning familial ; 5=MST/SIDA ; 6=Autres :

Q101 A-t-on expliqué les signes d'alerte et que faire s'il survenait :
1 = oui ; 2 = non

Q102 Si oui quels sont les signes d'alerte : 1=Métrorragie ; 2=Douleur abdominale intense ; 3 = Perte liquidienne ; 4 = Autre (à préciser) :

Hygiène de la consultation

Q103 Un tissu est-il posé sur table d'examen ? 1 = oui ; 2 = non

Q104 Si oui est-il fourni par le centre ? 1 = oui ; 2 = non

Q105 Est-il différent des femmes précédentes : 1 = oui ; 2 = non

Q106 Le praticien s'est-il lavé les mains avant d'examiner la consultante ? 1 = oui ; 2 = non

Q107 Le praticien a-t-il utilisé des gants ou un doigtier : 1 = oui ; 2 = non

Q108 A la fin de la consultation le matériel est-il changé ? 1 = oui ; 2 = non

Q109 Le matériel est-il correctement nettoyé ? 1 = oui ; 2 = non

Q110 Le matériel est-il correctement désinfecté ? 1=oui ; 2=non

Q111

Le praticien a-t-il commis une faute d'hygiène ? 1 = oui ; 2 = non

Q112 Si oui laquelle ? 1 = Matériel souillé ; 2 = Autre

Conclusion

Q113 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.

Q114 Référence vers un autre établissement : 1 = oui ; 2 = non

Q115 Nom de l'établissement de référence :

Q116 Le praticien a-t-il annoncé à la gestante la DPA : 1 = oui ; 2 = non

Q117 Si elle appartient à un groupe à risque, le lui a-t-il annoncé ? : 1 = oui ; 2 = non

Q118 Lui a-t-il ou aller accoucher ? 1 = oui ; 2 = non

Q119 Lui a-t-il dit pourquoi ? 1 = oui ; 2 = non

II Opinion sur les CPN

1. Examen du carnet de la grossesse

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

Terme de la grossesse

OPC2 Date des dernières règles : 1 = oui ; 2 = non

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

2. Modalité du transport

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

3. Critères de choix du centre

OPC5 Pourquoi avez vous choisi ce centre

- 1 = Parce que cet établissement est proche de mon domicile
- 2 = Parce que je connais quelqu'un dans cet établissement
- 3 = Parce que l'attente n'est pas trop longue
- 4 = Parce que le personnel est compétent
- 5 = Parce que le personnel est accueillant
- 6 = Parce que les tarifs sont peu élevés
- 7 = Parce que ici on peut acheter les médicaments à bon tarif
- 8 = Parce qu'une connaissance me l'a conseillé
- 9 = Autres raisons :

OPC6 Etes vous déjà venue dans cette formation sanitaire ?

- 1 = non ; 2 = oui ;
- 3 = Oui, plusieurs fois

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OPC17 Avez vous été satisfaite ? 1 = oui; 2 = non
3 = Si non Pourquoi ? :

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

OPC19 Si non ou avez vous consulté la première fois
1 = Dans le service prénatal d'un autre établissement ; 2 = Dans ce même service

OPC20 Pourquoi avez vous changé de service prénatal ?
1 = J'ai payé trop cher dans le service précédent
2 = j'ai été mal accueilli dans le service précédent
3 = j'en connais une sage femme ou une autre personne qui peut 'aider dans cet établissement
4 = j'ai déménagé ; 5 = autre, expliquer :

OPC21 Depuis combien de mois êtes- vous enceinte :mois

OPC22 Vous a-t-on prescrit des examens para cliniques : 1 = oui ; 2 = non

OPC23 Si oui, lesquels ? 1 = NFS ; 2 = Taux d'hémoglobine ; 3=groupe rhésus
 4 = BW ; 5 = HIV ; 6 = Toxoplasmose ; 7 = Test d'Emmel ; 8 = Echographie ; 9 = albumine sucre ; 10 = Autre (à préciser) :.....

OPC24 Si oui, vous a-t-on expliqué pourquoi : 1 = oui ; 2 = non

OPC25 Avez vous l'intention d'effectuer ces examens para cliniques ?
 1 = non ; 2 = oui, certains ; 3 = oui, tous

OPC26 Si non Pourquoi ?:.....

OPC27 Vous a-t-on prescrit des médicaments ? 1=oui ; 2=non

OPC28 Si oui lesquels : 1=SP ; 2=Fer ; 3=Acide folique ;
 4 = Autres(à préciser) : :.....

OPC29 Avez vous fait le VAT ? 1 = oui ; 2 = non

OPC30 Comment devrez vous vous procurez de ces médicaments ?
 1 = Moi même ; 2 = Mon mari; 3 = Mes parents ; 4 = Autre :

OPC31 Vous a-t-on dit de revenir pour une prochaine CPN ?
 1=oui ; 2=non

OPC32 Vous a-t-on donné des conseils pour l'accouchement ?
 1 = non, on ne m'a rien dit de particulier
 2 = on m'a dit de ne pas accoucher à domicile
 3 = on m'a dit de venir accoucher à la maternité et d'y venir dès le début du travail
 4 = on m'a dit d'aller accoucher dans un service spécialisé
 5 = Césarienne prophylactique

SERMENT D'HIPPOCRATE :

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je 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 favoriser le crime.

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

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

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

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

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

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

JE LE JURE.

