

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

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



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

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N°.....

THESE

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA
CONSULTATION PRENATALE RECENTREE
AU CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE
DE YIRIMADJO EN 2023**

**Présentée et soutenue publiquement le 01/02/2024 devant la Faculté de
Médecine et d'Odonto-Stomatologie.**

Par : Mme FADIMATA DITE FAFA SARRO

**Pour obtenir le grade de Doctorat en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)**

Jury

Président : M. Bassirou DIARRA, Maître de Conférences

Membres : M. Moctar TOUNKARA, Maître de Conférence

M. Cheick Abou COULIBALY, Maître de Conférence

Co-Directeur : M. Moussa SANGARE Attaché de Recherche

Directeur : M. Housseini DOLO, Maître de Conférences Agrégé

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES :

Je dédie ce travail

A Allah, le miséricordieux, le tout puissant, le très clément pour sa grâce, son amour ; la santé, la force et le courage qu'il m'a donné pour mener à bout ce travail.

A notre Prophète MOHAMED ; paix et salut sur lui, à toute sa Famille, tous ses Compagnons.

A mon Père : Alhousseyni Sarro

Pour le soutien sans faille, pour l'éducation exemplaire, et surtout le sens du devoir et du travail bien fait : en ce jour de gloire, je suis fier de vous exprimer toute ma gratitude. Papa chéri, reçois à travers ce travail fini, l'expression des efforts consentis durant ces longues années d'étude : merci encore ; ce travail est le fruit de vos bénédictions ;

A ma mère : Zeinabou Cissé

Ta douceur et ton courage m'ont toujours fasciné ; merci pour l'amour, la disponibilité, la générosité et les sacrifices. Tu as su cultiver en nous le sens de la tolérance, de la patience, du partage et de l'amour ; qu'ALLAH te donne longue vie pour que tu puisses jouir du fruit de ce travail qui est le tien. Maman tu es unique, je t'adore. Trouve ici le témoignage de mon éternelle reconnaissance.

A mon mari : Ibrahim Dicko

Tu m'as toujours soutenu et accompagné dans tout ce que je fais, tu as été plus qu'un époux pour moi, un ami, un frère et même un père. Tu as déployé tous les moyens pour que ce travail soit mené jusqu'au bout. Je ne saurai te remercier pour toute l'aide que tu m'as apporté. Ce travail est le nôtre. Qu'ALLAH nous donne longue vie et nous permette de réaliser nos différents projets.

A mes enfants : Alhousseyni Dicko, Mamadou Dicko et Halimatou Dicko

Votre arrivé dans nos vies a été source de bonheur et de joie dans nous vie. Vous êtes ma force et ma motivation ; qu'ALLAH vous bénisse, vous protège et vous donner une longue vie.

A mes grands-parents : Feu Ousmane Sarro, Feu Kadidia Sarro, Feu Demba Cissé, et Fafa Nientao

Merci pour vos bénédictions et conseils, je ne saurai quels mots utilisés pour vous exprimer ma satisfaction et ma reconnaissance. Qu'ALLAH vous fasse miséricorde.

A mes tantes : Fatoumata Cissé, Agnia Cissé, Aminata Sinayoko

Très chères tantes, je ne cesserai jamais de vous remercier pour votre générosité et votre bienfaisance. Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A mes oncles: Yaya Nadio, Yeya Sarro, Ibrahima Kontao, Hamidou Cissé

En remerciement pour le soutien dont j'ai bénéficié auprès de vous tous. Vous vous êtes toujours souciés de ma réussite, soyez assurés de ma reconnaissance et mon respect. Puisse ALLAH vous prêter longue vie.

A mes frères et sœurs : Maimouna Sarro, Cheick oumar Nadio, Awa Sarro, Mamadou Sarro, Mohamed Nadio, Moussa Sarro, Maimouna Nadio, Oumar Nadio, Ousmane Sarro, et Fatoumata Nadio

Pour tout ce que nous avons partagé et partagerons encore. Puisse ALLAH nous garder dans l'union. Je vous aime.

A mes cousins et cousines des familles : Sarro, Cissé, Nadio, Kontao, Nientao

La vraie richesse d'une famille, c'est l'union. Recevez ce travail comme gage de mon attachement à cet idéal.

REMERCIEMENTS

Cette thèse m'offre l'heureuse opportunité d'adresser mes remerciements à toutes les mains visibles et invisibles qui ont contribué à sa réalisation. Mes sincères remerciements vont :

A Tout le personnel de la FMOS, particulièrement au corps Professoral.

Au Directeur Technique du CSCOM de Yirimadio Dr Ibrahima Cissé pour m'avoir accepté dans son centre.

Aux sages-femmes de l'unité CPN qui m'ont accueilli avec joie et abnégation. **Aux gestantes** qui ont accepté de se soumettre à notre interrogatoire.

Aux anciens internes du Csref de la commune 6

Votre soutien social et vos conseils ont contribué à rendre meilleure la qualité de ce travail mais aussi facilité sa réalisation. Que Dieu vous en récompense.

A ma belle-famille Samoura et Dicko

A tous mes amis et collaborateurs

A tous ceux qui de près ou de loin m'ont aidé pour la réalisation de ce travail.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury :

Professeur Bassirou Diarra

- ❖ **Maitre de conférence à la FMOS**
- ❖ **Titulaire d'un master en Médecine Tropicale de l'université de Nagasaki au Japon**
- ❖ **Titulaire d'un PhD à l'Institut de Médecine Tropicale et l'université d'Anvers en Belgique**
- ❖ **Senior chercheur et responsable du laboratoire P3 de Mycobactériologie et des Fièvres Hémorragiques de SEREFO/UCRC**
- ❖ **Membre de l'équipe d'intervention rapide de la CEDEAO contre les fièvres hémorragiques**
- ❖ **Responsable du diagnostic COVID-19 à SEREFO/UCRC**

Cher Maître,

Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury, malgré vos multiples occupations. Vos qualités humaine et scientifiques ainsi que votre modestie nous ont profondément marqué et nous servent d'exemple. Nous vous prions cher maître de trouver ici, l'expression de notre grand respect et nos vifs remerciements. Puisse le seigneur vous accorder santé et longévité.

A notre Maître membre du jury :

Professeur Moctar TOUNKARA

- ❖ **Docteur en Médecine ;**
- ❖ **Spécialiste en Epidémiologie ;**
- ❖ **Maître de Conférence au Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako (FMOS) ;**

Cher Maître,

Permettez-nous de vous remercier pour la spontanéité avec laquelle vous aviez accepté de siéger dans ce jury de thèse,

Vous nous avez impressionnés tout au long de ces années d'apprentissage

Merci de nous avoir fait partager votre expérience dans la bonne humeur et de nous avoir permis de faire le bon choix.

Nous avons toujours admiré vos qualités scientifiques et sociales, recevez ici cher maître toute notre reconnaissance et nos sincères remerciements.

A notre Maître membre du Jury

Professeur Cheick Abou COULIBALY

❖ **Maître de Conférence en épidémiologie au département de Santé Publique de la
Faculté de Médecine et d’Odontostomatologie de Bamako (FMOS) ;**

❖ **Médecin épidémiologie MPH**

Cher Maître,

C’est une chance pour nous de vous compter parmi les membres de ce jury malgré vos multiples occupations. Nous avons été impressionnés par votre qualité d’humanisme, votre disponibilité et votre simplicité. Retrouvez ici cher maître l’expression de nos sincères remerciements.

A notre Maître et Co-Directeur de Thèse

Dr Moussa SANGARE

- ❖ **Docteur en Médecine ;**
- ❖ **Attaché de recherche à la Faculté de Médecine et d’Odontostomatologie ;**
- ❖ **Chercheur à l’Unité de Recherche et de Formation sur les Maladies Tropicales Négligées (URF-MTN).**

Cher Maître,

C’est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de faire partir de ce jury et d’améliorer ce travail, ce qui nous donne l’opportunité de vous exprimer notre profonde admiration et notre profonde gratitude, votre gentillesse et votre accessibilité font de vous un enseignant de qualité.

Veillez accepter cher maître, l’expression de notre admiration et nos vifs remerciements.

A notre Maître et Directeur de Thèse

Professeur Housseini DOLO

- ❖ **Docteur en Médecine ;**
- ❖ **Master en Santé Publique contrôle des maladies ;**
- ❖ **Maitre de conférences agrégé en Epidémiologie à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) ;**
- ❖ **Chercheur à l'Unité de Recherche et de Formation sur les Maladies Tropicales Négligées (URF-MTN).**

Cher Maitre,

Transmettre sa connaissance aux autres est un acte de foi.

En vous, nous avons trouvé l'amour du travail bien fait et le sens élevé du devoir.

Ce travail est le fruit de votre volonté parfaite et de votre savoir-faire.

Votre caractère social hautement apprécié fait de vous un personnage de classe exceptionnelle.

Compter sur notre disponibilité et notre profonde gratitude.

LISTES DES SIGLES ET ABREVIATIONS

Listes des sigles et abréviations :

AG : Age de la Grossesse

ASACOBABA : Association de santé communautaire de Banankabougou et Faladiè

ASACOCY : Association de santé communautaire de la Cité de Yirimadjo

ASACOYIR : Association de santé communautaire de Yirimadjo

ATCD : Antécédent

BCF : Bruit du Cœur Fœtal

BIP : Bipariétal

BW : Bordet et Wassermann

C VI : Commune VI du district de Bamako

CAT : Conduite à tenir

CCC : Communication pour le Changement de Comportement

CPN : Consultation Périnatale

CPNR : Consultation Périnatale Recentrée

CPS : Cellule de Planification et de Statistique

CS Com : Centre de Santé Communautaire

CS Réf : Centre de Santé de Référence

CUD : Contraction Utérine Dououreuse

DCI : Dénomination Commune Internationale

DDR : Date des dernières règles

DNSI : Direction Nationale de la Statistique et de l'informatique

DPA : Date Probable d'Accouchement

DTC : Directeur Technique de CSCom

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

EDSM : Enquête Démographique et de Santé au Mali

FM : Frottis Mince

FV : Frottis Vaginal

GE : Goutte Epaisse

HTA : Hypertension Artérielle

HU : Hauteur Utérine

IMC : Indice de Masse Corporelle

IO : Infirmière Obstétricienne

IST/MST : Infection/Maladie Sexuellement Transmissible

MAF : Mouvements actifs du fœtus

MII : Moustiquaires Imprégnées d'insecticides
MSSPA : Ministère de la Santé de la Solidarité et des Personnes Agées.
NFS : Numération Formule Sanguine
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
ONU : Organisation des Nations Unies
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
PMA : Paquet Minimum d'Activité
PMI : Pharmacie Populaire du Mali
PNP : Politiques Normes et Procédure
PPM : Protection Maternelle et Infantile
PPTE : Pays Pauvres Très Endettés
PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PU : Prélèvement Urétral
RAC : Réseau Administratif de Communication.
RPMM : Réseau africaine de Prévention de la Mortalité Maternelle
Selles POK : Parasites Œufs Kystes
SF : Sagefemme
SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SP : Sulfadoxine-Pyriméthamine
SPSS : Statistical Package for the Social Sciences
TA : Tension Artérielle
TE : Test d'Emmel
TPI : Traitement Préventif Immédiat
UNICEF : Fond des Nations Unies pour l'Enfance
USA : United State of America / États-Unis d'Amérique
VAT : Vaccin Anti Tétanique
VATR : Vaccin Anti Tétanique Rappel
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
VS : Vitesse de Sédimentation

Listes des tableaux

Tableau I : Répartition des patientes en fonction de leur tranche d'âge en 2023.....	28
Tableau II: Répartition des patientes en fonction de leur ethnie en 2023	28
Tableau III: Répartition des patientes en fonction de leur profession en 2023	29
Tableau IV : Répartition des patientes en fonction de leur niveau de scolarisation en 2023.	29
Tableau V : Répartition des patientes en fonction de leur statut matrimonial en 2023.....	30
Tableau VI : Répartition des patientes en fonction de leur résidence en 2023.....	30
Tableau VII: Répartition des prestataires selon la qualification en 2023.....	31
Tableau VIII: Répartition des patientes en fonction de la qualité de l'accueil en 2023	31
Tableau IX : Répartition des patientes en fonction de la gestité en 2023	32
Tableau X: Répartition des patientes en fonction de leur parité en 2023.....	32
Tableau XI: Répartition des patientes en fonction du nombre de CPN au moment de l'enquête en 2023	33
Tableau XII: Répartition des patientes en fonction de l'âge de la grossesse en 2023.....	33
Tableau XIII: Les moyens utilisés pour la détermination de l'âge gestationnel en 2023.....	33
Tableau XIV: Répartition en fonction de la qualité du respect de l'intimité en 2023	34
Tableau XV: Demande des examens complémentaires selon les normes en 2023.	34
Tableau XVI: Prescription de soins préventifs en fonction des éléments de la prévention délivrée en 2023.....	35
Tableau XVII: Répartition des patientes en fonction des explications données sur la prescription des soins préventifs et leur intérêt en 2023.....	35
Tableau XVIII: Répartition des patientes en fonction des explications données sur le plan d'accouchement en 2023	36
Tableau XIX: Répartition des patientes selon la conclusion du praticien en fonction du risque en 2023	36
Tableau XX: Répartition des patientes en fonction de leur opinion sur l'état des locaux et la qualité des prestations en 2023.....	37
Tableau XXI: Répartition des critères d'appréciation de la qualité de la CPN en 2023	38

Table des matières

1. INTRODUCTION.....	1
2. OBJECTIFS	4
2.1. Objectif général	4
2.2 Objectifs spécifiques.....	4
3. GENERALITES	6
4. METHODOLOGIE.....	19
4.1. Cadre d'étude	19
4.2. Type d'étude.....	20
4.3. Période d'étude.....	20
4.4. Population d'étude.....	20
4.4.5. Critères de jugement.....	21
4.4.6. Variables étudiées	21
4.5. Collecte des données	22
4.6. Plan d'analyse des données	22
4.7. Système de classement	22
4.8. Définitions opérationnelles	25
4.9. Aspect éthique et déontologique	26
5. RESULTATS.....	28
6. COMMENTAIRE ET DISCUSSION	40
7. CONCLUSION ET RECOMMANDATION :	45
8. REFERENCES :	48
ANNEXES :	52

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

Les soins prénataux (CPN), qui sont les soins qu'une femme reçoit pendant sa grossesse, concourent à une issue favorable de l'accouchement. L'approche traditionnelle aux soins prénatals présume que davantage de consultations assurent de meilleurs soins pour la femme enceinte.

La Consultation Périnatale Recentrée (CPNR) se définit comme l'ensemble des soins médicaux qu'une femme reçoit pendant la grossesse, aidant à s'assurer qu'elle et son nouveau-né survivent à la grossesse et à l'accouchement en bonne santé [1]. C'est une pratique médicale qui s'organise autour d'un ensemble de gestes techniques contribuant à trois fins essentielles qui sont de :

- Vérifier le bon déroulement de la grossesse et de dépister tous les facteurs de risque antérieurs ou contemporains ;
- Traiter ou d'orienter la femme dans le cas échéant vers une surveillance ou une thérapie spécialisée en raison d'un des facteurs précédents ;
- Etablir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions d'accouchement et s'il faut le transfert dans un centre équipé pour faire face à d'éventuelles complications [2].

Il s'agit d'une approche actualisée, appelée soin prénatal recentré, mettant l'accent sur la qualité des consultations plutôt que sur le nombre. Cette approche reconnaît que les consultations fréquentes n'améliorent pas nécessairement les résultats de la grossesse et que, dans les pays en développement, elles sont souvent impossibles à réaliser du point de vue logistique et financier. Beaucoup de femmes identifiées comme étant « à haut risque » ne développent pas nécessairement de complications, tandis que des femmes qui sont censées être « à faible risque » peuvent en développer [3].

La grossesse est un événement naturel qui se déroule normalement pour la majorité des femmes enceintes. L'identification d'éventuelles complications, l'amélioration du confort et le vécu de chaque femme enceinte imposent la nécessité d'un suivi régulier de la grossesse. L'information délivrée par les professionnels de la santé, le plutôt possible à l'occasion des consultations prénatales, a une incidence positive sur le déroulement de la grossesse et sur la santé de l'enfant à venir.

En Afrique de l'Ouest, une étude effectuée en 1997 dans certaines capitales et villes (Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint Louis et Kaolack), a montré que plus de 80% des femmes comptaient faire la C.P.N et que celle-là était assurée à 94% par des sages-femmes. A Bamako au Mali, 86,5% par les sages-femmes ; 2,8% par les infirmières et 1,6% par les médecins [4].

Pour réduire les risques de décès maternels liés à la grossesse, l'accouchement et dans le post partum, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande que toute femme enceinte doit se faire examiner dans un établissement de santé au moins quatre fois pendant sa grossesse, tous les accouchements doivent être effectués dans un milieu surveillé au niveau des structures d'accouchement et quatre consultations postnatales sont préconisées pour assurer les suites de l'accouchement.

En effet, toute grossesse non suivie est une grossesse à risque qui pourrait porter préjudice à la vie de la femme et de son enfant.

Au Mali, le taux de mortalité est passé de 582 à 464 pour cent mille naissances vivantes (EDSM-IV 2006), soit un décès maternel toutes les trois heures [5]. Malgré cette tendance à la baisse de la mortalité maternelle et le recours aux soins liés à la grossesse, la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale demeurent élevées, constituant toujours un problème de santé publique. Selon l'EDSM-IV de 2006, 70 % de femmes ont consulté un professionnel de santé durant la grossesse et cette proportion a légèrement augmenté avec l'EDSM-V de 2012- 2013 (74 %) [6]. Le recours aux consultations prénatales varie peu par rapport à l'âge de la femme. Cependant, on observe un écart important entre les lieux de résidence. En effet, les femmes vivant en milieu urbain (93 %) ont plus fréquemment consulté un professionnel de santé que celles résidant en milieu rural (69 %). Le niveau des consultations prénatales est pratiquement le même pour les femmes de Bamako (95 %) que pour celles des autres villes (92 %) [7].

L'ensemble des femmes enceintes doit par conséquent bénéficier d'une surveillance prénatale et un suivi obstétrical de qualité. C'est compte tenu de ce qui précède, qu'un nouveau modèle de consultation prénatale a été préconisé par l'OMS. Il met l'accent sur les éléments essentiels qui ont prouvé qu'ils amélioreraient le résultat de la grossesse. Cette nouvelle politique, focalisée sur l'essentiel, a été adoptée par le gouvernement malien en quête d'un système de santé qui répondrait mieux aux besoins des citoyens.

Au regard de tous ces résultats, une évaluation périodique de la qualité de la CPNR s'avère nécessaire. Les centres de santé communautaires (CSCOM) sont les lieux de premier contact du système de santé avec les populations ; malgré l'intérêt accordé à la santé de la reproduction au Mali, on ne sait pas encore avec précision le niveau réel de la qualité de la CPNR au Mali. C'est dans le but d'apporter notre contribution à l'amélioration de la surveillance de la grossesse que nous avons décidé de faire cette étude pour évaluer la qualité de la consultation prénatale recentrée au centre de santé communautaire de Yirimadjo en 2023.

OBJECTIFS

2. OBJECTIFS

2.1. Objectif général

Evaluer la qualité de la consultation prénatale recentrée (CPNR) au centre de santé communautaire de Yirimadjo 2023

2.2 Objectifs spécifiques

- ✓ Décrire les caractéristiques sociodémographiques des gestantes.
- ✓ Déterminer le niveau de qualification des prestataires de service de la CPN au CSCOM de Yirimadjo
- ✓ Déterminer le niveau de respect des normes et procédures de la CPN recentrée au CSCOM de Yirimadjo.

GENERALITES

3. GENERALITES

3.1. Historique de la consultation prénatale

L'histoire de la CPN moderne semble débiter en occident au début du siècle dernier. Les Britanniques ont attribué la conception à John William Ballantyne en 1901, les Australiens à Wilson en 1910 [8] et les Américains à leur instructive District Nursing Association du Boston Lying-In Hospital, aussi en 1901[9].

C'est en 1929 que le contenu standard de la consultation prénatale a été mis au point par le ministère de la santé du Royaume Uni, et il ne changera plus fondamentalement, même si de temps en temps une technique était ajoutée ou remplacée, une autre jugée dépassée. Ses principes étaient les suivants :

- Prédire les difficultés à l'accouchement par l'examen clinique de la femme enceinte ;
- Détecter et traiter la toxémie ;
- Prévenir, diagnostiquer et traiter les infections (cervicales, urinaires, etc.) ;
- Diagnostiquer et traiter les maladies vénériennes ;
- Assurer la coopération la plus étroite entre l'hôpital et les personnes chargées des soins prénataux ;
- Reconnaître l'effet éducationnel d'une consultation bien organisée.

Le programme de consultation prénatale prévoyait en moyenne une douzaine de visites dont trois au moins devaient être faites par le médecin.

Au début des années 1930, la CPN a été remise en question parce que la mortalité maternelle ne diminuait pas. F. Neon Reynolds dans une lettre au Lancet le 29 Décembre 1934 précisait que 80% des décès maternels étaient dus à des états (asepsie, hémorragies, choc) non détectables en prénatale. La réponse des promoteurs de la consultation prénatale a été qu'on n'avait pas donné de chance à un essai randomisé bien conduit sur la consultation prénatale.

Les arguments invoqués pour expliquer que cette stratégie n'avait pas eu la réponse magique escomptée étaient :

- La faible proportion de femmes enceintes fréquentant les centres de consultation prénatale ;
- Le nombre insuffisant de visites prénatales ;
- Le standard de soins inadéquats [8].

Il est vrai qu'en 1935 en Angleterre, la proportion de femmes ayant suivi au moins une consultation prénatale était en moyenne de 50% (73% en milieu urbain et 27% en milieu rural).

Dans les années 1960, l'évaluation du risque individuel à la consultation prénatale était devenue habituelle. Les enquêtes confidentielles de décès maternels au Royaume-Uni avaient

objectivé et quantifié dès 1955-57 le risque maternel lié à l'âge et à la parité [10]. L'inférence aux pays en développement était considérée raisonnable en dépit du fait qu'aucune étude épidémiologique n'avait été menée dans ce contexte. Les livres d'obstétrique des années 1960-70, destinés à un public de médecins exerçant dans le tiers monde, ont contribué à graver dans les habitudes médicales l'utilisation de la consultation prénatale pour sélectionner les femmes à risque, que ce soit pour éviter les décès périnataux ou maternels [10,11]. C'est durant la même période que progressivement ont été mises au point des méthodes de mesure du risque dans lesquelles plusieurs facteurs sont agrégés pour fournir un index (risk scoring system) [12].

A la fin des années 1970, l'Organisation Mondiale de la Santé publiait « Pour une approche des soins de santé maternelle et infantile fondée sur la notion de risque » [13] et en 1984, son prolongement méthodologique et conceptuel « L'approche fondée sur la notion de risque et les soins de santé. Notamment la santé maternelle et infantile (y compris la planification familiale) » [14].

Les années 1980, à part quelques remises en question sporadiques [8 ;15], furent les années d'engouement pour ce nouveau paradigme mais la nouveauté résidait dans la mise au point de méthode de quantification du risque. Cette approche devait, « par la mesure exacte de la probabilité avec laquelle un événement futur du domaine de la santé ou de la maladie, a de se produire » [14], permettre d'identifier les femmes à risque et de les orienter vers les services de santé appropriés.

Les pays en développement disposeraient ainsi d'un outil de prise de décisions pour les priorités nationales et locales. L'instrument n'avait donc plus un objectif d'évaluation du risque individuel mais devenait un outil de prise de décisions programmatiques. L'espoir était de réduire le nombre de femmes à prendre en charge dans les hôpitaux de référence, grâce à un tri basé sur l'approche de risque.

Evolution :

De nos jours, la couverture par les soins prénatals est élevée en général en Afrique ; à peu près 70% des femmes enceintes assistent à une consultation prénatale au moins une fois pendant leur grossesse (OMS 2005). Les soins prénatals qu'elles reçoivent au cours de ces consultations aident à assurer qu'elles et leurs nouveau-nés survivent à la grossesse, l'accouchement et les périodes postnatales et du post-partum en bonne santé.

Une nouvelle approche, appelée soins prénatals recentrée (SPR) est un moyen très efficace pour prodiguer les soins prénatals. Les soins prénatals recentrée se veulent à des interventions visant spécifiquement les besoins et les préoccupations de la femme gestante selon l'âge de la grossesse.

3.2. Définitions usuelles

a) Evaluation

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.

b) Qualité des soins

La qualité des soins consiste à appliquer des sciences et des technologies médicales de manière à arriver au maximum des bénéfices pour la santé sans augmenter pour autant de risques. Le niveau de qualité est alors la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable de risques et bénéfices [16].

Selon l'OMS, la qualité des soins de santé consiste à exécuter correctement (selon les normes) des interventions dont on sait qu'elles sont sans risque, d'un coût abordable pour la société en question, et susceptible d'avoir un impact sur la mortalité, les invalidités et la malnutrition. Les soins de qualité sont le résultat d'une dynamique complexe comportant des dimensions multiples. L'entité « soins » comporte des aspects indissociables qui sont :

- La relation soignante soignée (respect de la dignité humaine) ;
- La démarche clinique et thérapeutique dont la qualité dépend de l'efficacité théorique, du protocole des soins, de la compétence du personnel, de l'organisation du service et de l'acceptabilité par le patient ;
- La continuité des soins ;
- Les conseils donnés à la patiente pour un bon déroulement de la grossesse ;
- L'autonomisation [17].

c) Consultation prénatale (CPN)

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

- Vérifier le bon déroulement de la grossesse et de dépister tous les facteurs de risques antérieurs ou contemporains ;
- Traiter ou orienter la femme dans le cas échéant vers une surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison d'un des facteurs précédents ;
- Etablir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions d'accouchement et s'il faut le transfert dans un centre équipé pour faire face à d'éventuelles complications [3].

d) 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.

e) Politique et normes des services

▪ Politique

Elle définit la mission de la santé de la reproduction, indique les bénéficiaires, décrit les activités, les prestataires et les responsabilités pour l'offre des services de qualité. [6]

▪ Normes

Elles précisent les types de services offerts, les conditions minimales acceptables des performances et des qualifications requises exigées pour chaque service offert [6].

f) Procédures

Elles décrivent des gestes logiques indispensables et nécessaires à l'offre des services de qualité par les prestataires [6]

g) Grossesse

C'est l'état physiologique de la femme durant la période qui s'étend de la fécondation à l'accouchement [6].

h) Facteurs de risque au cours de la grossesse

Un facteur de risque pendant la grossesse est une caractéristique qui, lorsqu'elle est présente, indique que cette grossesse a des chances d'être compliquée [3]

Les facteurs de risque se classent en 3 catégories :

• Facteurs de risque antérieurs à la grossesse

Il s'agit de :

- L'âge (inf à 16ans ou sup à 30ans)
- La taille : inférieure à 1,50m
- La grande multiparité (parité sup ou égal à 6)
- Le niveau d'instruction
- Le statut matrimonial
- Les conditions socioéconomiques défavorables
- Intervalle inter génésique inférieure à 24 mois
- Les antécédents obstétricaux : mort-né, mort fœtale intra utérine, les antécédents d'extraction instrumentale (Ventouse, forceps), les antécédents de césarienne, déchirure périnéale complète compliquée ou d'excision rituelle)

- Le diabète
- Les pathologies cardio-respiratoires ou cardio-vasculaires sévères, etc...

- **Facteurs de risque qui apparaissent au cours de la grossesse**

Il s'agit de :

- Métrorragies (avortement précoce ou tardif, hématome déciduale, placenta prævia, hématome retro placentaire)
- La prise brutale et importante de poids
- L'hypertension artérielle
- L'éclampsie
- La présentation de l'épaule ou du siège chez la primipare
- Des grossesses multiples
- L'anémie ou de la malnutrition etc...

- **Facteurs de risque qui apparaissent au cours de l'accouchement**

Il s'agit de :

- La rupture utérine
- La souffrance fœtale aiguë
- La dystocie mécanique ou dynamique
- L'hémorragie de la délivrance...

i) Grossesse à haut risque

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

j) La maternité sans risque

C'est créer des conditions dans lesquelles une femme peut choisir d'avoir un enfant, et si elle le fait, est assurée de recevoir des soins pour la prévention et le traitement des complications de la grossesse, d'avoir accès à l'assistance d'un personnel qualifié à l'accouchement, à des soins obstétricaux d'urgence en cas de besoin et des soins après la naissance, de manière à éviter le risque de décès ou d'incapacité liée aux complications de la grossesse et de l'accouchement [18].

Cette définition est la même que celle de l'OMS à la conférence de l'I.C.P.D du programme d'action de la conférence de l'ONU sur les femmes (1995) et d'autres institutions et conventions. Elle rappelle que toutes les femmes doivent pouvoir choisir d'avoir des enfants et que celles qui font ce choix doivent être assurées de bénéficier d'une surveillance prénatale de

qualité, d'une assistance qualifiée à la naissance et pendant la période du post-natal et d'éviter les risques de décès ou d'incapacités liées à la grossesse [18].

k) Mortalité maternelle

C'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite [18].

l) Taux de mortalité maternelle

C'est le nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes [18].

m) Aire de santé ou secteur sanitaire

Elle représente une zone géographique desservie par une ressource sanitaire [3].

n) Carte sanitaire

C'est la répartition géographique actuelle de l'ensemble des soins d'une circonscription sanitaire. Elle est un instrument de planification pour une utilisation optimale des ressources [19].

o) Paquet minimum d'activité (PMA)

Il signifie l'offre d'activités intégrées de soins de santé. Il comporte des activités préventives, curatives et promotionnelles. Il s'agit entre autres de traitement des maladies courantes, consultation prénatale et post-natale avec accouchements et vaccinations [19].

p) Centre de santé communautaire

C'est un centre de santé privé sans but lucratif qui regroupe un dispensaire, une maternité et un dépôt pharmaceutique et dont la gestion est assurée par une association d'usagers dénommé ASACO.

q) Référence

C'est l'orientation d'une patiente vers un service spécialisé en absence de toute situation d'urgence [19]

r) Evacuation

C'est le transfert d'une urgence vers une structure spécialisée d'une patiente qui présente une complication [19].

4. Aspects techniques de la consultation prénatale

La grossesse a trois sortes de conséquences sur l'organisme maternel :

- L'ovulation et la menstruation sont supprimées, le cycle menstruel est remplacé par le cycle gravidique.
- La présence de l'œuf entraîne des modifications générales de l'organisme maternel.

○ Le développement de l'œuf entraîne des modifications locales de l'utérus et des seins. Le diagnostic de la grossesse est très facile même dans les deux premières semaines. Une fois cette grossesse découverte, il faut maintenant évaluer le pronostic de cette grossesse débutante, en recherchant tous les facteurs de risques qui peuvent en compromettre l'évolution, tout ce qui peut retentir sur la santé maternelle ou fœtale [20].

La CPN est une pratique médicale qui s'organise autour d'un ensemble de gestes techniques simples mais rigoureux, aboutissant à trois fins essentielles :

- Vérifier le bon déroulement de la grossesse et dépister tous les facteurs de risque antérieurs et contemporains ;
- Traiter ou orienter la femme dans le cas échéant vers une surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison d'un des facteurs de risque décelé ;
- Etablir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions de l'accouchement de manière à ce que toutes les dispositions pratiques soient prises pour éviter les errements dangereux en urgence [21].

4.1. Consultation prénatale recentrée

4.1.1 Concepts [7]

Les soins prénatals recentrés partent du principe que toute femme enceinte est à risque de complications et que toute femme devrait donc recevoir les mêmes soins de base y compris un suivi pour les complications. Cette approche ne se fie pas à certains facteurs de risque et mesures qui font partie de la routine des soins prénatals traditionnels parce que ces indicateurs ne se sont pas avérés efficaces pour améliorer les résultats de la grossesse. Par contre, les soins prénatals focalisés se fient aux interventions prouvées et orientées selon un objectif, qui sont appropriées à l'âge de la grossesse, et qui visent les problèmes de santé les plus prédominants affectant les femmes et les nouveau-nés. Dans les zones à haute prévalence de paludisme, de telles interventions portent également sur le diagnostic, la prévention et le traitement du paludisme et ses complications. Une autre stratégie clé des soins prénatals recentrés est que chaque consultation doit être menée par un prestataire de soins de santé compétent, c'est à dire une infirmière, une sage-femme, un médecin ou bien par un autre prestataire qualifié ayant les connaissances, compétences et attitudes nécessaires pour œuvrer vers l'accomplissement des buts des soins prénatals, tels que décrits ci-dessous.

4.1.2. Eléments de la CPN recentrée

- La détection et le traitement précoce des problèmes et complications
- La prévention des maladies et des complications
- La préparation à l'accouchement et les éventuelles complications

- La promotion de la santé

4.1.3. Etapes de la CPN recentrée [22]

1) Préparer la CPN

Préparer le local, l'équipement et les fournitures nécessaires

2) Accueillir chaleureusement la femme avec respect et amabilité

- Saluer chaleureusement la femme ;
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Se présenter à la femme ;
- Demander son Nom ;
- Assurer la confidentialité ;

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

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 femme ;
- 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 ;

4) Procéder à l'examen

Examen général, examen des seins, examen obstétrical et examen du bassin (uniquement au 3ème Trimestre)

5) Demander les examens complémentaires

A la première consultation qui a lieu au premier trimestre :

- Demander le Groupage Rhésus ;
- Demander le test d'Emmel, la NFS, le BW (titrage), albumine/sucre systématiquement dans les urines ;
- Demander/faire le test VIH après counseling ;
- Demander l'échographie pour préciser le siège de la grossesse et dater précisément.

Les autres examens seront demandés selon le besoin. Pour les autres consultations

- Demander albumine/sucre systématiquement dans les urines et d'autres examens complémentaires au besoin.

- Demander l'échographie :

- A 22 SA pour la morphologie fœtale (élimine les malformations) ;
- A 32 SA pour la croissance fœtale.

6) Prescrire les soins préventifs

- Vacciner la femme contre le tétanos :

- VAT 1 (0,5 ml) : Dès le 1^{er} contact ou 1^{ère} consultation au cours d'une grossesse et le plus tôt ;
- VAT 2 (0,5 ml) : 1 mois après VAT1 ;
- VATR1 (0,5 ml) 6 mois après VAT2, ou au cours d'une grossesse ultérieure ;
- VATR2 (0,5 ml) 1 an après VATR1 ou au cours d'une grossesse ultérieure ;
- VATR3(0,5 ml) 1 an après VATR2 ou au cours grossesse ultérieure ;

- Prescrire la Sulfadoxine-Pyriméthamine :

Demander à la femme de prendre les trois comprimés de SP en prise unique :

✓ 1^{ère} Prise : 4^{ème} mois de la grossesse ou hauteur utérine à 16 cm + sensation des mouvements fœtaux. Dans les régions de transmission modérée à élevée du paludisme, le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse (TPIg) avec SP est recommandé pour toutes les femmes enceintes, lors de chaque consultation prénatale prévue.

- Chaque dose de TPIg-SP devrait être donnée à un mois au moins d'intervalle.
- La dernière dose du TPIg-SP peut être administrée jusqu'au moment de l'accouchement sans qu'il y ait de risques pour la santé.
- Le TPIg devrait être administré, dans l'idéal, comme traitement sous observation directe (DOT).
- La SP peut être donné à jeun ou avec des aliments.
- L'acide folique à une dose quotidienne égale ou supérieure à 5 mg ne devrait pas être donné avec la SP car cela interfère avec son efficacité comme antipaludique.
- La SP ne doit pas être donnée aux femmes sous prophylaxie à base de cotrimoxazole.

- Prescrire le fer acide folique :

✓ Du 1^{er} trimestre de la grossesse à 3 mois après accouchement : donner 60 mg de fer élément + 400 µg d'acide folique par jour (1 cp) ;

✓ Du 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre de la grossesse à 3 mois après accouchement : donner 120 mg de fer élément + 800 µg d'acide folique par jour (2 cp) ; si la supplémentation ne couvre pas 6 mois de la grossesse, continuer la prise au moins 6 mois après l'accouchement. Si la femme se présente au moment de l'accouchement, commencer la supplémentation après l'accouchement et durant au moins 6 mois.

- Donner des conseils sur l'hygiène alimentaire (œufs, lait, poissons, viande, feuilles vertes, fruit etc), l'hygiène de vie (repos, dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide, éviter les excitants) et sur la planification familiale.

- Donner à la femme séropositive toutes les informations sur les risques et les avantages des différentes options d'alimentation et ensuite soutenir son choix.

7) Prescrire le traitement curatif, si nécessaire

Expliquer à la femme la prise des médicaments prescrits.

8) Préparer un plan pour l'accouchement avec la femme/famille

- Identifier un prestataire compétent ;

- Identifier le lieu de l'accouchement ;

- Clarifier les conditions de transport même en cas d'urgence ;

- Prévoir les ressources financières nécessaires pour l'accouchement et la prise en charge des situations d'urgence ;

- Identifier la personne qui doit prendre la décision de recours aux soins ;

- Informer de la nécessité de recourir tôt aux soins adéquats (notion de retard) ;

- 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 utérines régulières progressivement douloureuses

✓ Glaires striées de sang (bouchon muqueux)

✓ Modification du col (effacement et dilatation).

○ Signes de danger chez la femme enceinte :

✓ Saignements vaginaux

✓ Respiration difficile

✓ Fièvre

✓ Douleurs abdominales graves

✓ Maux de tête prononcés/vision trouble

- ✓ Vertiges, bourdonnements d'oreilles
- ✓ Convulsions/pertes de conscience
- ✓ Douleur de l'accouchement avant la 37^{ème} semaine
- ✓ Rupture prématurée des membranes (pertes liquidiennes avant tout début de travail).

9) Donner le prochain rendez-vous

- Expliquer à la femme que la fréquence des visites est de 4 au moins :
 - Une au 1er trimestre
 - Une au 2^{ème} trimestre
 - Deux au 3^{ème} trimestre dont une au 9^{ème} mois
- Insister sur l'importance du respect de la date de rendez-vous et la nécessité de revenir avec le carnet de grossesse et les résultats des analyses demandées.

10) Accompagner la femme après l'avoir remerciée

11) Consultation prénatale de suivi

- Demander l'histoire depuis la dernière consultation ;
- Rechercher les signes de danger ;
- Procéder à l'examen physique ciblé ;
- Demander les examens complémentaires au besoin ;
- Prescrire les soins préventifs ;
- Prescrire les soins curatifs au besoin.
- Donner des conseils, y compris la révision du plan pour l'accouchement et l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide, la PF, les mesures préventives ;
- Rappeler la date probable de l'accouchement ;
- Informer la femme sur la date de la prochaine consultation prénatale ;

12) Liste de grossesse à risque nécessitant une référence vers une structure de niveau supérieur (recommandations faites par le niveau national et adressées à tous les CSCoM de la Commune)

- Grossesse sur utérus cicatriciels (antécédents de césarienne, antécédents de myomectomie);
- Grossesses multiples (gémellaire, triple etc.) ;
- Hypertension artérielle et grossesse ou antécédents d'hypertension artérielle sur grossesse ;
- Diabète et grossesse ;
- Hémoglobinopathie et grossesse ;
- Grossesses induites ;
- Cardiopathies et grossesse ;
- Asthme et grossesse ;
- Anémie sur grossesse ;

- Antécédents d'avortement à répétition ;
- Antécédents de mort fœtale in utéro ou de mort intrapartum;
- Antécédents d'accouchements dystociques ;
- Fibrome utérin et grossesse ;
- Antécédents obstétricaux chargés ;
- Paludisme grave et grossesse ;
- Morts fœtales in utero ;
- Les présentations fœtales anormales en fin de grossesse : siège, transversale, oblique etc ;
- Les bassins anormaux : bassin généralement rétréci, bassin limite, bassin asymétrique ;
- Mère rhésus négatif ;
- Primigeste âgée : première grossesse à 30 ans ou plus ;
- Primigeste jeune : grossesse chez les femmes de moins de 18ans ;
- Les hauteurs utérines excessives ($HU \geq 36\text{cm}$) ;
- Petite taille : taille inférieure à 1m50 ;

NB :

- Cette liste n'est pas exhaustive, toute grossesse que l'agent de santé juge à risque doit être référée.
- Le respect de cette liste de grossesses à risque contribue à la réduction de la mortalité maternelle et périnatale.
- Pas d'utilisation de misoprostol ou de perfusion d'ocytocine dans un CSCom.
- Il est à rappeler que cette référence doit être faite dès le 1er contact avec la patiente et cela doit être mentionné sur son document de suivi de grossesse. Cette liste doit être affichée dans toutes les unités où il y a une prise en charge des femmes enceintes.

METHODOLOGIE

4. METHODOLOGIE

4.1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée à Yirimadio qui est l'un des dix (10) quartiers de la commune VI du district de Bamako. Avec une superficie de 350 hectares, Yirimadio est limité à l'Est par le village de Niamana ; au Nord par Missabougou ; au Sud par le village de Sirakoro Méguetana ; à l'Ouest par Banankabougou Faladié.

La population de Yirimadjo est composée de Bambara, Peulh, Sonrhai, Dogon, Soninké, Senoufo, Malinké, Bobo. La langue la plus parlée est le Bambara. Les principales activités menées par la population sont le transport, le commerce, l'agriculture, l'élevage, et l'artisanat etc.

Le climat est tropical, de type soudanais caractérisé par une saison sèche (décembre-mai) et une saison pluvieuse (juin-novembre).

Présentation du Centre de santé communautaire (CSCOM) de Yirimadio

Le Centre de santé communautaire de Yirimadio a été créé en 1997 par ordonnance n°383/MATS-DNAT et est inscrit au journal officiel. Le bureau élu pour un mandat de 3 ans a eu trois renouvellements par assemblée générale. Le dernier renouvellement a été fait en 2016, il se compose de 11 membres qui ont bénéficié de la confiance de la population pour un 2^{ème} mandat. Deux nouveaux membres ont été ajoutés à la commission de surveillance. Le centre de santé communautaire de Yirimadio (CSCOM) est l'un des 11 centres de santé communautaire (CSCOM) de la commune VI. L'aire de santé de l'ASACYOYIR est limitée au Nord par l'aire de santé de Missabougou, à l'Est et au Sud par le cercle de Kati, à l'Ouest par l'aire de santé de l'ASACOBABA (association de santé communautaire de Banankabougou Faladié).

La Structure du centre de santé communautaire (CSCOM) de Yirimadio comprend :

- **Une unité de médecine** composée de quatre salles de consultations ; quatre salles d'observations (homme et femme) ; deux salles de soins infirmiers ; trois salles de dépôt des médicaments ; un magasin ; trois toilettes ; un hangar ; une terrasse.

- **Une maternité** comprenant :

Une salle de consultation ; une salle d'hospitalisation ; un magasin ; - un bureau pour Sage-femme ; deux salles de consultation Prénatale, une salle de consultation Postnatale, une salle Planning Familiale, une salle Programme Elargi de Vaccination ; une salle d'attente ; une salle d'accouchement, une salle de suite de couche, une salle de travail, une salle de réunion, une salle de garde, un couloir.

- **Un hangar** : utilisé pour les activités de vaccination, les séances de Communication pour le Changement de Comportement, de promotion nutritionnelle et de formation continue.
- **Une Unité de Récupération d'Education Nutritionnelle Intensive (URENI)** composés :
 - Une terrasse ; un hangar ; un laboratoire ; un bureau pour le point focal ; un magasin pour le stockage des intrants ; une salle de préparation de lait ; deux salles d'hospitalisation.
 - Toilettes externes.

Les activités du centre de santé communautaire (CSCOM) de Yirimadio :

Le paquet minimum d'activité comprend :

- Les activités curatives qui couvrent la prise en charge des cas de maladies aiguës et chroniques et la référence de certains cas.
- Les activités préventives qui portent sur la consultation prénatale (CPN), le planning familial (PF), la surveillance et la vaccination des enfants ainsi que les femmes en âge de procréer.
- Les activités promotionnelles qui se résument essentiellement à la CCSC (Communication pour le Changement social de Comportement).

4.2. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude transversale chez les gestantes en consultation prénatale au CSCOM de Yirimadjo.

4.3. Période d'étude

Notre étude s'est déroulée du 01 janvier au 31 décembre 2023 soit une durée d'un an.

Les données ont été collectées du 01 septembre au 30 septembre, soit une durée d'un mois.

4.4. Population d'étude

Toutes les femmes enceintes ayant effectué au moins une CPN au CSCOM de Yirimadjo et les prestataires durant la période d'étude.

4.4.1. Critères d'inclusion

Sont incluses dans l'étude toutes les femmes enceintes venues en CPN au CSCOM de Yirimadjo et les prestataires durant la période d'étude.

4.4.2. Critères de non-inclusion

Ne sont pas incluses dans l'étude :

- Les femmes enceintes ne répondant pas aux critères de la CPNR
- Les femmes enceintes ayant fait leurs CPN dans d'autres structures et venues consultées pour pathologies sur grossesse
- Les femmes en travail d'accouchement.

4.4.3. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée selon la formule de Schwartz : La taille minimale de l'échantillon n

$$n = Z^2 \frac{p \cdot q}{i^2}$$

Avec :

Z : écart réduit = 1,96 correspondant au risque α de 5%

Une précision : i = 8%

p = 70%. Selon EDSM IV, on relève que 70 % des femmes enceintes se sont rendues en consultation prénatale, dispensée par du personnel formé.

q = 1 - p = 30%

$$\text{La taille de l'échantillon } n = (1,96)^2 \frac{0,70 \times 0,30}{(0,08)^2} = 126,05 = 126$$

En prenant 10% de cette taille comme taux de non-réponse possible soit 13, nous avons comme taille minimale de l'échantillon n = 126 + 13 = 139.

4.4.5. Critères de jugement

Nous nous sommes référés sur la politique sectorielle du Mali et sur les normes et procédures en CPNR au Mali.

4.4.6. Variables étudiées

○ Structure

Toutes les maternités doivent posséder :

- Une table de consultation ;
- Une chaise de consultation pour praticien ;
- Des armoires de rangement ;
- Des chaises pour les femmes enceintes ;
- Des bancs pour les salles ou halls d'attente ;
- Une table d'examen gynécologique ;
- Un tensiomètre couplé d'un stéthoscope biauriculaire ;
- Un stéthoscope obstétrical ;
- Un mètre ruban ;
- Une pèse-personne de bonne qualité ;
- Une toise ;

- Des spéculums gynécologiques à usage unique vendus dans la pharmacie à défaut des spéculums métalliques ;
- Une eau de décontamination bien constituée ;
- Une lampe d'examen ; Un stérilisateur fonctionnel ; Des alèzes ;
- Des paravents

○ **Procédure de la CPNR**

L'observation a porté sur

- L'accueil ;
- Les caractéristiques sociodémographiques de la gestante ;
- La qualification de la personne qui a pris en charge la gestante ;
- Le nombre de CPN réalisées ;
- Le déroulement de l'examen clinique ;
- Les soins préventifs ;
- L'attitude du praticien ;
- Le respect de la dignité et la confidentialité ;
- La prescription ;
- Les conseils donnés à la gestante ;
- Les rendez-vous ;
- L'opinion de la gestante sur la qualité des soins

4.5. Collecte des données

Les techniques utilisées ont été :

- L'entretien individuel ;
- L'observation ;
- L'exploitation documentaire (Registres de CPN, Fiches individuels, Bulletins d'analyse, Ordonnance...)

Elles sont recueillies sur les fiches d'évaluation.

4.6. Plan d'analyse des données

Les données ont été saisies et analysées sur les logiciels SPSSversion21.0.

4.7. Système de classement

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

L'analyse a porté sur 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 discriminatoires n'est pas réalisée
- **Une deuxième échelle où les CPN seront classées en quatre niveaux de qualité**

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

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

C'est ainsi que cette deuxième échelle a permis de déterminer pour le centre la 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 et assez bonne qualité.
- Niveau I : **moins de 25%** des gestantes recevaient des soins de bonne et d'assez bonne qualité.

Ainsi nous avons évalué le niveau de qualité des prestations suivant certaines rubriques. Pour chaque item nous avons adopté la cotation de 0 à 1. Pour chaque rubrique le score total attendu dépendait du nombre des questions en faveur.

Notre appréciation a été relevée par le taux de bons scores sur le total des points attendus multiplié par 100. Ainsi nous avons retenu les rubriques suivantes :

a) Au niveau de l'accueil

- Se présente à la femme ?
- Salutation conforme aux convenances sociales ?
- Offre un siège à la patiente ?
- Demande son nom ?

Score maximum attendu = 4

Score minimum attendu = 0.

b) Au niveau de l'examen physique

- Expliquer le déroulement de la consultation
- Pesée
- Mesure de la taille
- Aider à monter sur la table

- Examen des conjonctives
- Mesure de la TA (mmHg)
- Enlève le soutien-gorge
- Auscultation cardiaque
- Auscultation pulmonaire
- Palpation de l'abdomen
- Mesure de la hauteur utérine (HU)
- Position du fœtus
- Auscultation du bruit du cœur fœtal
- Examen au spéculum
- Toucher vaginal
- Examen du bassin au 9ème mois
- Recherche des œdèmes
- Aider à descendre de la table.
- Dire le résultat de l'examen à la gestante

Score maximum attendu =19

Score minimum attendu = 0.

c) Relations humaines

- Gentillesse du ton
- Attitude envers la gestante
- Au décours de l'examen a-t-on expliqué à la gestante l'évolution de la grossesse ?
- A-t-on demandé à la consultante de revenir ?
- Lui a-t-on précisé quand ?
- Présence de tierce personne pendant la consultation.

Score maximum attendu =6

Score minimum attendu = 0.

d) Au niveau des conseils

- A-t-on prodigé des conseils
- A-t-on expliqué les signes d'alerte ? Et que faire s'ils survenaient ?
- Si oui quels sont les signes d'alerte ?
- Vous a-t-on prodigé des conseils pour l'accouchement ?

Score maximum attendu = 4

Score minimum attendu = 0

e) Au niveau de l'hygiène

- Si oui est-il fourni par le centre ?
- Est-il différent de celui des femmes précédentes ?
- Le praticien s'est-il lavé les mains avant d'examiner une autre consultante ?
- Le praticien a-t-il utilisé des gants ou un doigtier ?
- À la fin de la consultation le praticien change-t-il le matériel ?
- Le matériel est-il correctement nettoyé ?
- Le matériel est-il correctement désinfecté ?
- Le praticien a-t-il commis une faute d'hygiène ?
- Si oui laquelle ?

Score maximum attendu = 9

Score minimum attendu = 0.

f) Au niveau de la conclusion :

- Le praticien a-t-il tiré une conclusion ?
- Référence vers un autre établissement +Nom de l'établissement de référence.
- Le praticien a-t-il annoncé à la gestante la DPA ?
- Si elle appartient à un groupe à risque, le lui a-t-il annoncé ?
- Lui a-t-il dit où aller accoucher ?
- Lui a-t-il dit pourquoi ?

Score maximum attendu = 6

Score minimum attendu = 0.

g) Respect de l'intimité

- Y'avait t-il d'autres personnes dans la salle de consultation ?
- Y avait-il eu des entrées et sorties non justifiées pendant le déroulement de consultation.

Score maximum attendu =2

Score minimum attendu = 0 [3]

4.8. Définitions opérationnelles

- **Grossesse multiple** : c'est une grossesse au cours de laquelle se développent dans l'utérus au moins deux fœtus ;
- **Gestité** : nombre total de grossesses contractées par une femme ;
- **Primigeste** : il s'agit d'une femme qui fait sa première grossesse ;
- **Paucigeste** : c'est une femme qui est à sa deuxième ou troisième grossesse ;
- **Multigeste** : c'est une femme qui est à sa quatrième, cinquième ou sixième grossesse ;
- **Grande multigeste** : il s'agit d'une femme qui a fait sept grossesses ou plus ;
- **Accouchement** : terminaison de la grossesse après 6 mois révolus ;

- **Parité** : nombre total d'accouchements d'une femme ;
- **Nullipare** : il s'agit d'une femme qui n'a jamais accouché ;
- **Primipare** : c'est une femme qui a accouché une fois ;
- **Paucipare** : c'est une femme qui a accouché deux ou trois fois ;
- **Multipare** : c'est une femme qui a accouché quatre, cinq ou six fois ;
- **Grande multipare** : il s'agit d'une femme qui a accouché sept fois ou plus.

4.9. Aspect éthique et déontologique

Pour notre étude nous avons cherché l'accord du Directeur Technique du CSCOM de Yirimadjo. Avant l'inclusion de l'étude, chaque participante a été informée de l'étude pour l'obtention du consentement éclairé après leur avoir décliné notre identité, les raisons et les exigences de l'étude, ce qui sera fait des résultats, l'anonymat sera respecté.

RESULTATS

5. RESULTATS

5.1. Caractéristiques sociodémographiques des patientes

Tableau I : Répartition des patientes en fonction de leur tranche d'âge en 2023.

Age (ans)	Effectifs	Pourcentage (%)
15-24	81	56,3
25-34	55	38,2
35-44	8	5,5
Total	144	100,0

Dans notre étude, la tranche d'âge la plus dominante était 15-25 ans avec 56,3% avec des extrêmes de 15 ans et de 40 ans et un âge moyen de 24,32 ans

Tableau II: Répartition des patientes en fonction de leur ethnie en 2023

Ethnie	Effectifs	Pourcentage (%)
Bambara	63	43,8
Bozo	7	4,9
Dogon	16	11
Malinké	11	7,6
Peulh	12	8,3
Senoufo	5	3,5
Soninké	5	3,5
Sonrhai	7	4,9
Autres	18	12,5
Total	144	100,0

Autres : samoko, Bobo, Kakolo, Mossi

L'ethnie Bambara était la plus représentée avec 43,8% des cas

Tableau III: Répartition des patientes en fonction de leur profession en 2023

Profession	Effectifs	Pourcentage (%)
Ménagère	93	64,6
Vendeuse	31	21,5
Autre	20	13,9
Total	144	100,0

Autres : Aides ménagères, Coiffeuse, Couturière

Les ménagères étaient les plus représentées avec 64,6% des cas.

Tableau IV : Répartition des patientes en fonction de leur niveau de scolarisation en 2023.

Niveau de scolarisation	Effectifs	Pourcentage (%)
Analphabètes	48	33,3
Primaire	54	37,5
Secondaire	27	18,8
Supérieur	6	4,2
Ecole coranique	9	6,2
Total	144	100,0

Le niveau primaire était le niveau de scolarisation le plus représenté avec 37,5% des cas.

Tableau V : Répartition des patientes en fonction de leur statut matrimonial en 2023

Statut matrimonial	Effectifs	Pourcentage (%)
Célibataire	7	4,9
Mariée	137	95,1
Total	144	100,0

Les mariées étaient les plus représentées avec 95,1% des cas.

Tableau VI : Répartition des patientes en fonction de leur résidence en 2023

Résidence	Effectifs	Pourcentage (%)
Bakorobabougou	6	4,1
Magnambougou	2	1,4
Missabougou	13	9,0
Niamana	9	6,3
Tièguena	4	2,8
Yirimadjo	103	71,5
Yorodjambougou	7	4,9
Total	144	100,0

La majorité des patientes résidaient à Yirimadjo avec 71,5% des cas.

Tableau VII: Répartition des prestataires selon la qualification en 2023

Qualification de l'agent	Effectifs	Pourcentage (%)
Médecin généraliste	6	4,2
Sage-femme	112	77,8
Infirmière obstétricienne	26	18,0
Total	144	100,0

La majorité des consultations prénatales était réalisée par des sages-femmes soit 77,8%

Tableau VIII: Répartition des patientes en fonction de la qualité de l'accueil en 2023

Qualité de l'accueil	Effectifs	Pourcentage (%)
Saluer de la patiente	144	100,0
Offrir un siège	144	100,0
Demande son nom	144	100,0
Se présenter à la patiente	100	69,4

L'accueil était conforme aux normes chez pratiquement toutes les patientes donc de ce fait le CS Com de Yirimadjo est de niveau IV dans ce domaine

Tableau IX : Répartition des patientes en fonction de la gestité en 2023

Gestité	Effectifs	Pourcentage (%)
Primigeste	25	17,4
Paucigeste	53	36,8
Multigeste	52	36,1
Grande multigeste	14	9,7
Total	144	100,0

Les paucigestes étaient les plus représentées soit 36,8 %

Tableau X: Répartition des patientes en fonction de leur parité en 2023

Parité	Effectifs	Pourcentage (%)
Nullipare	27	18,8
Primipare	29	20,1
Paucipare	58	40,3
Multipare	30	20,8
Total	144	100,0

Les paucipares étaient les plus représentées avec 40,3% des cas.

Tableau XI: Répartition des patientes en fonction du nombre de CPN au moment de l'enquête en 2023

Nombre de CPN	Effectifs	Pourcentage (%)
1	75	52,1
2	24	16,7
3	24	16,7
≥4	21	14,5
Total	144	100,0

La majorité des patientes était à leur première CPN soit 52,1%.

Ces chiffres concernent toutes les patientes vues durant notre période d'étude et qui pouvaient être à tout âge de la grossesse.

Tableau XII: Répartition des patientes en fonction de l'âge de la grossesse en 2023

Age de la grossesse	Effectifs	Pourcentage (%)
1 ^{er} trimestre	23	16,0
2 ^{ème} trimestre	66	45,8
3 ^{ème} trimestre	55	38,2
Total	144	100,0

La majorité des patientes était au 2^{ème} trimestre de leur grossesse soit 45,8%

Tableau XIII: Les moyens utilisés pour la détermination de l'âge gestationnel en 2023

Moyen utilise	Effectifs	Pourcentage (%)
Mesure de la HU	120	83,3
Echographie	24	16,7
Total	144	100,0

L'âge gestationnel était déterminé dans la majorité des cas à partir de la hauteur utérine.

Tableau XIV: Répartition en fonction de la qualité du respect de l'intimité en 2023

Respect de l'intimité	Effectifs	Pourcentage (%)
OUI	96	66,7
NON	48	33,3
Total	144	100

Le respect de l'intimité était assuré dans 66,7% des cas

Tableau XV: Demande des examens complémentaires selon les normes en 2023.

Examens complémentaires	Effectifs	Pourcentage (%)
Groupage/Rhésus	75	52,1
Taux d'hémoglobine	75	52,1
Glycémie à jeun	75	52,1
Test d'Emmel	75	52,1
AgHbs	75	52,1
BW	75	52,1
Albumine/Sucre	75	52,1
SRV	75	52,1
Echo 1 ^{er} trimestre	23	15,9
Echo 2 ^{ème} trimestre	66	45,8
Echo 3 ^{ème} trimestre	55	38,2

La majorité des patientes ont réalisé les bilans recommandés par les politiques, normes et procédures et donc le CSCOM de Yirimadjo est de niveau III dans ce domaine

Tableau XVI: Prescription de soins préventifs en fonction des éléments de la prévention délivrée en 2023

Soins préventifs au cours de la grossesse	Effectifs	Pourcentage (%)
SP (1ère, 2ème, 3ème dose)	121	84,03
Fer acide folique	144	100
Albendazole	77	53 ,5
Vaccin antitétanique	144	100
Moustiquaire imprégnée d'insecticide	144	100

La prescription des soins préventifs était réalisée selon les normes et procédures chez la majorité des patientes. Le CSCOM de Yirimadjo est de niveau IV dans ce domaine.

Tableau XVII: Répartition des patientes en fonction des explications données sur la prescription des soins préventifs et leur intérêt en 2023

Explication sur les prescriptions	Effectifs	Pourcentage(%)
OUI	135	93,7
NON	9	6,3
Total	144	100

La plupart des patientes avaient reçu des explications par rapport à la posologie, aux effets bénéfiques et secondaires des médicaments soit 93,7%

Tableau XVIII: Répartition des patientes en fonction des explications données sur le plan d'accouchement en 2023

Explication sur le plan d'accouchement	Effectifs	Pourcentage (%)
OUI	91	63,2
NON	53	36,8
Total	144	100,0

La plupart des patientes ont reçu des explications sur le plan d'accouchement soit 63,2% des cas. Le CSCOM de Yirimadjo est de niveau III dans ce domaine.

Tableau XIX: Répartition des patientes selon la conclusion du praticien en fonction du risque en 2023

Conclusion du praticien	Effectifs	Pourcentage (%)
Grossesse normale	113	78,5
Grossesse à risque	31	21,5
Référence au Csref	12	8,3
Total	144	100,0

Près de 21,5% des patientes avaient été classés comme faisant partir des grossesses à risque, parmi lesquelles 12 ont été référées à l'unité gynécologique du CSRéf

Tableau XX: Répartition des patientes en fonction de leur opinion sur l'état des locaux et la qualité des prestations en 2023

Opinion des patientes	Effectifs	Pourcentage (%)
Etat des locaux		
Vieux sales	10	6,9
Vieux propres	125	86,8
Récents et propres	9	6,3
Récents et sales	00	00
Qualité de la prestation		
Non satisfait	00	00
Peu satisfait	18	12,5
Satisfait	102	70,8
Très satisfait	24	16,7
Total	144	100,0

La majorité des patientes avaient trouvé les locaux vieux et propres soit 86,8% ; et 70,8% des patientes sont satisfaites des prestations

Tableau XXI: Répartition des critères d'appréciation de la qualité de la CPN en 2023

Critères d'appréciation de la qualité de la CPNR	Pourcentage(%)	Niveau de classement
Accueil	100	IV
Réalisation de l'examen physique	78,95	IV
Respect de l'intimité	66,7	III
Respect de l'hygiène	66,7	III
Demande des examens complémentaires,	72,73	III
Soins préventifs au cours de la grossesse	100	IV
Explication sur la prescription	93,7	IV
Explications sur le plan d'accouchement	63,2	III
Satisfaction des patientes	70,8	III

L'accueil et les soins préventifs au cours de la grossesse ont été les gestes techniques réalisés selon les normes chez pratiquement toutes les patientes

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6. COMMENTAIRE ET DISCUSSION

Notre étude s'est déroulée dans le centre de santé communautaire de yirimadjo sur l'évaluation de la qualité de la CPN recentrée. Elle a été faite selon le modèle d'Avedis DONABEDIAN [17] et a porté sur 144 gestantes. Au cours de notre étude, nous avons rencontré certaines difficultés qui sont le faible niveau de scolarisation de la majorité de nos patientes, l'étroitesse de la salle de consultation prénatale et le fait que plusieurs consultations ont lieu simultanément par plusieurs sagefemmes ce qui a rendu l'enquête difficile.

Caractéristiques sociodémographiques

Dans notre étude, la tranche d'âge la plus dominante était 15-25 ans avec 56,3% avec des extrêmes de 15 ans et de 40 ans et un âge moyen de 24,32 ans. Ce résultat est meilleur à celui de **GUITTEYE.A [23]** qui a trouvé que la tranche d'âge de 20 à 24 ans a été la plus représentée avec un taux de 30,7% avec des âges extrêmes allant de 15 à 38 ans. Seul 27,3% des gestantes avaient un âge inférieur ou égal à 20 ans et 17,0% avaient un âge supérieur ou égal à 30 ans.

Les ménagères étaient les plus représentées avec 64,6% des cas. Chez **KUATE.K.C [22]**, **GUITTEYE.A [23]**, **ThiamA[3]**, le taux de ménagère représentait respectivement 41,9% ; 70% ; 71,5%.

Le niveau primaire était le niveau de scolarisation le plus représenté avec 37,5% des cas, ce résultat est inférieur à celui de **KUATE.K.C [22]** qui a trouvé 55,2% de 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 non scolarisées avaient en moyenne 2 fois plus d'enfants que celles qui ont eu 7 années ou plus de scolarité [24].

Les mariées étaient les plus représentées avec 95,1% des cas. Ce taux est supérieur à celui de **KUATE.K.C [22]** avec 93,3% et de celui de **GUITTEYE.A [23]** avec 92%.

La majorité des patientes résidaient à Yirimadjo avec 71,5% des cas.

Les paucigestes étaient les plus représentées avec 36,8% des cas ce qui est inférieur à celui de **KUATE.K.C [22]** avec 38,1% et supérieur à celui de **ThiamA [3]** avec 33,5%. Les paucipares étaient les plus représentées avec 40,3%.

La majorité des patientes était à leur première CPN soit 52,1% dont 14,7% étaient au 3^{ème} trimestre.

La majorité des patientes était au 2^{ème} trimestre de leur grossesse avec 45,8%. La mesure de la hauteur utérine était la méthode la plus utilisée pour déterminer l'âge de la grossesse soit 83,3%.

Qualité de consultation prénatale

Accueil des patientes

L'accueil était conforme aux normes chez pratiquement toutes les patientes avec 93,9%. Ce résultat se rapproche de celui de **KUATE.K.C [22]** qui a trouvé 98,8%. Nous nous sommes référés aux domaines comme la salutation conforme aux convenances sociales, la présentation du praticien, la demande du nom et l'invitation à prendre un siège. Ce résultat n'est que le reflet de la qualité de l'hospitalité du peuple malien.

Qualité de la CPN

Il en ressort au terme de notre étude que la CPN était majoritairement effectuée par les sages-femmes soit 77,8%, 14,1% par les infirmières obstétriciennes et 4,2% par les médecins. Ce résultat est identique à celui de **KUATE.K.C [22]** qui avait trouvé 81,4% des CPN étaient réalisées par les sages-femmes, 14,8% par les infirmières obstétriciennes, et 3,8% par les médecins ; Et de celui de **Thiam A [3]** qui avait trouvé que 90% des CPN étaient effectués par les sages-femmes et 10% par les infirmières obstétriciennes. Aucun cas de CPN n'avait été effectué par les matrones. La réalisation de la majorité des CPN par les sages-femmes et les médecins s'explique par le fait que l'Etat a recruté un nombre élevé de sages-femmes et de médecins sur le fond PPTE dans le district de Bamako afin de réduire considérablement la mortalité maternelle et néonatale.

Informations recueillies lors de l'interrogatoire

L'interrogatoire sur les ATCD obstétricaux a été fait chez la majorité des patientes mais jamais selon les normes. En ce qui concerne les ATCD médicaux, nous nous sommes référés sur les variables telles que l'HTA, diabète, asthme drépanocytose, IST/VIH, anémie, et la tuberculose. Ces ATCD étaient recherchés chez 75,5% des patientes mais jamais selon les normes.

Par contre, **Wokden J S [25]** a trouvé que l'interrogatoire sur les ATCD médicaux, et obstétricaux étaient toujours fait selon les normes.

Réalisation de l'examen physique

L'examen a été fait chez 84,28% des patientes. Cet examen a été fait selon les normes dans 4,2% des cas. **Wokden J S [25]** a trouvé que l'examen physique était fait selon les normes chez toutes les patientes. Nous avons constaté que l'auscultation cardio-pulmonaire et l'examen au spéculum n'étaient pas toujours effectués. Ainsi, dans notre étude, nous avons noté que seulement 45,1% des gestantes ont bénéficié d'un examen au spéculum. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que dans certains cas, les indications d'un examen au spéculum n'étaient pas retrouvées.

La prise régulière du poids oriente sur l'état nutritionnel des gestantes, notamment son augmentation au cours de la grossesse. Les autres examens tels que le toucher vaginal, la prise de la TA, la mesure de la taille, la mesure de hauteur utérine et la recherche de la vitalité fœtale ont été réalisés chez la quasi-totalité des gestantes. Ce résultat est similaire à celui de **GUITTEYE.A [23]**.

Concernant le respect de l'intimité lors de l'examen, il en ressort qu'il était conforme dans 66,7% des cas, ceci dû aux entrées et sorties des agents de santé. Ce résultat est inférieur à celui de **Badiaga C [19]** qui a trouvé 99,7% du fait de la présence des accompagnatrices.

Réalisation des examens complémentaires

La demande des examens était faite selon les normes dans 47% des cas, contre 68,6 chez **KUATE K C [22]**, 75,3% chez **ThiamA [3]**, et 85% chez **Wokden J S [25]**. Ce taux peut s'expliquer par le fait que nous avons comptabilisé uniquement les gestantes dont les examens paracliniques ont été demandés en notre présence. Les différentes échographies étaient systématiquement demandées en fonction du terme de la grossesse et selon les normes et procédures ; mais toutes n'étaient pas faites. Les raisons évoquées étaient le manque de moyens financiers.

Soins préventifs

Les mesures préventives portaient sur la supplémentation en fer-acide folique (100%), la prévention du tétanos maternel et néonatal (100%), la prévention du paludisme par de la sulfadoxine-pyriméthamine (84,03%) dont 03 doses au maximum étaient données, le déparasitage par de l'albendazole (53,5%) et la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticides (100%). Les explications sur la prescription étaient données dans 93,7% des cas. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'au cours de certaines CPN, vu le nombre élevé des patientes et dans le souci de consulter toutes les gestantes, l'agent de santé omettait souvent de donner des explications. **ThiamA [3]** a trouvé que la prophylaxie antianémique était prescrite chez 95% des patientes, la prophylaxie anti palustre chez 90% des patientes et la prophylaxie antitétanique chez toutes les patientes. **Wokden J S [25]** a trouvé que le VAT, SP et FAF étaient prescrits chez toutes les patientes.

Plan d'accouchement

Nous nous sommes référés sur les domaines tels que l'explication sur les signes d'alerte, la conduite à tenir s'ils survenaient, le lieu d'accouchement et la raison de ce choix. Il en ressortait que les explications sur le plan d'accouchement étaient données dans 63,2% des cas. Ce résultat se rapproche de celui de **KUATE K C [22]** avec 61,4% des cas. **Wokden J S [25]** a trouvé que les conseils pour la préparation de l'accouchement étaient donnés chez 72,5% des

patientes ; ceci peut s'expliquer par le fait que certains prestataires expliquent seulement le plan d'accouchement lorsque la grossesse est à terme. Un plan d'accouchement est la préparation pour l'accouchement qu'une mère et sa famille mettent en place pendant la grossesse. Le but du plan d'accouchement est d'assurer un accouchement à moindre risque ; une action prompte en cas de problèmes. Il n'est pas nécessaire que le plan d'accouchement soit un document écrit, mais plutôt une discussion entre toutes les parties concernées. La forme et le contenu dépendent du niveau d'éducation de la femme, des pratiques locales communautaires, du lieu de l'accouchement et des prestataires de soins de santé [26].

Classification des patientes au terme de la CPN

La majorité des gestantes soit 78,5% était sans aucun risque, mais dans 21,5% des cas, les gestantes étaient à risque dont 8,3% ont été référés à l'unité gynécologique du CSRéf commune IV. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que certaines sages-femmes étaient réticentes à la référence. Les facteurs de risque étaient l'âge inférieur à 16 ans, la grande multipare, les ATCD de mort-nés, l'utérus cicatriciel, les ATCD d'avortement, l'anémie, l'asthme... etc. Chez **KUATE K C [22]** 16,2% des cas ont été classés à risque dont 5,7% ont été référés à l'unité gynécologique, et chez **Thiam A [3]**, 25% des gestantes ont été classés à risque et 30% d'entre elles étaient référés à l'unité gynécologique.

Opinion des patientes sur l'état des locaux et la qualité des prestations

Les locaux ont été trouvés vieux et propres chez 86,8% des patientes et 70,8% des patientes ont été satisfaits des prestations reçues. Ce résultat est similaire à celui de **KUATE K C [22]** qui a trouvé que 84,7% des patientes ont trouvé que les locaux étaient vieux et propres et 86,7% des patientes étaient satisfaisantes de la qualité des prestations.

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

7. CONCLUSION ET RECOMMANDATION :

7.1. Conclusion

Au terme de cette étude, il en ressort qu'avec un niveau de performance moyen selon nos critères, la qualité de la consultation prénatale recentrée (CPNR) dans le centre de santé communautaire de Yirimadjo a été classé niveau III c'est-à-dire moyen et que d'importants efforts sont encore à faire sur l'interaction patiente-praticien, la prévention des infections et l'examen physique, les aspects qui permettront une réduction considérable du taux de morbidité et de mortalité materno-infantile ; qui est l'objectif premier du ministère de la santé.

7.2. Recommandations

Elles s'adressent

- Aux autorités sanitaires et politiques :
 - ✓ Assurer la formation continue des sages-femmes et infirmières obstétriciennes pour une amélioration de la qualité de la CPNR ;
 - ✓ Remplacer les fiches individuelles de CPN par des carnets de suivi de grossesses ;
 - ✓ Bien équipé les centres par les matériels nécessaires pour la bonne réalisation des CPN
- Au personnel de santé :
 - ✓ Respecter les normes lors de la consultation prénatale ;
 - ✓ Assurer une collaboration étroite entre les sages-femmes et les médecins en associant ces derniers aux prises de décision.
 - ✓ Renforcer davantage l'implication des personnels qualifiés aussi bien dans l'interrogatoire que l'examen physique.
- A la population et aux femmes enceintes :
 - ✓ Favoriser la scolarisation des filles ;
 - ✓ Suivre les conseils prodigués par les agents de santé lors des CPN.

REFERENCES

8. REFERENCES :

1. Gomez P, Kinzie B : Basic Maternal and Newborn Care: A Guide for Skilled Providers. Maternal and neonatal health. (2002) [http:// pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnada598](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnada598)
2. Thiam A. Evaluation de la qualité des CPN au CSRéf Commune II du district de Bamako. Thèse Med Bamako 2011
3. O.M.S: Rapport sur la santé dans le monde, donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève 2005 : 2-4
4. Mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest. Résultat d'une enquête à Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, OMS bureau Afrique Division santé de la famille.1997 ; P40-05.
5. D NSI-CPS /MINISTERE DE LA SANTE-Enquête Démographique et de Santé Mali (EDSM-III), Bamako, Ministère de la santé, Juin 2002,450p.
6. Enquête démographique et de santé au Mali V. EDSM2012-2013 : 20- 21
7. JHPIEGO/Programme de Santé maternelle et néonatale. CPN Recentré y compris le contrôle du paludisme pendant la grossesse au Mali : Manuel de référence pour les prestataires de soins de santé. Bamako 2015
8. Oakley A. The capture womb. A history of the medical care of pregnant women, Oxford 1984.Basil Blackwell
9. Kessel E. Maternity care: its opportunity and limit to improve pregnancy outcome. In: Omran A.R, Martin J. and Aviado D.M. (Eds.) High risk mothers and newborns: detection, management and prevention, Ott Publishers Thun Switzerland 1987 pp. 375-393.
10. Lawson J.B. and Stewart D.B. Obstetrics and Gynecology in the Tropics and Developing Countries, Edward Arnold. London 1967.
11. Ross D.A The trained traditional birth attendant and neonatal tetanus. In: Mangay-Maglacas A. and Simons J. (Eds.) the potential of the traditional birth attendant, Geneva 1986: WHO. pp. 8-20.
12. Nian M. Approche épidémiologique-clinique de la grossesse chez l'adolescente à l'hôpital régional de Kayes. Thèse méd, Bamako 2000. (00M99)
13. OMS. Pour une approche des soins de santé maternelle et infantile fondée sur la notion de risque. OMS, (Ed) 1 Genève 1978.
14. Backett M, Davies A.M. and Petros-Barvazian A. L'approche fondée sur la notion de risque et les soins de santé. Notamment la santé maternelle et infantile (y compris la planification familiale), Genève: OMS. 1984.

15. Donabedian A. Exploration in assessment and monitoring, vol I-the definition of quality and approches to it's assessment. Health administration press an arbor, Michigan, 1980.
16. Ministère de la santé et des affaires sociales de la république du Mali. Politique des normes et procédures pour la surveillance prénatale ; 2005
17. OMS Mortalité maternelle : soustraire les femmes de l'engrenage fatal 40(5) ;1986 : 193-202
18. OMS. Estimations révisées pour 2005 de la mortalité maternelle : 10-29
19. Badiaga C. Evaluation de la qualité des consultations prénatales à la maternité du CSRéf de Kati A propos de 380 cas. Thèse Med Bamako 2008
20. Merger R, Levy J, Melchior J. Précis d'obstétrique. 6ème éd, Paris, Masson, 1995 : 571- 597
21. Traoré MK. Qualité de la surveillance prénatale du centre de santé de la Commune de Banconi. Thèse Med Bamako2001, N° 49
22. KUATE K C. Evaluation de la qualité de la consultation prénatale recentrée dans les centres de santé communautaire de la commune II du district de Bamako. Thèse de Médecine 2016-2017
23. GUITTEYE A. Evaluation de la qualité de la prise en charge des consultations prénatales au centre de santé communautaire de yirimadjo en commune VI du district de Bamako. Thèse de Médecine 2012-2013
24. OMS Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle.1ère éd.Nouvelle méthodologie OMS/UNICEF Avril 1996 : 16-17
25. Wokden J S. Evaluation de la qualité de la consultation prénatale dans les CSCOM de la commune III du district de Bamako en 2013. Thèse Med Bamako 2014
26. Ministère de la santé. Procédures en santé de la reproduction, gravidopuerpéralité, soins prénatals Vol 3 ;Juin 2013
27. Traore B, Thera TA, Kokaina C1, Beye SA, MounkoroN, Teguetel, Dolo A. Mortalité maternelle au service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier régional de Ségou au Mali. Etude rétrospective sur 138 cas Rev. Mali. Gynéco. Obstet 2010 : 4-5
28. Hart RH, Belsey MA, Tarino E.Intégration des soins de santé maternelle et infantiledans les soins de santé primaire. Considération pratique. OMS Genève 1991 : 101-10
29. Prual A, Huguet D, Gabin O, Rabe G. Severe obstetric morbidity of the third trimester, delivery and early puerperium in Niamey (Niger). Afr J Reprod Health. 1998;2:10-9.
30. Traore Y, Teguetel I, Thera AT, Mulbah JK. Aspects sociodémogra phiques et pronostic des grossesses non suivies chez les patientes admises dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré. Mali Médical. 2007;T XXII:39-43.

31. Ngy MH, Nakamura K, Ohnishi M, Kizuki M, Suyama S, Seino K, et al. Improved perinatal health through qualified antenatal care in Urban Phnom Penh, Cambodia. *Environmental Health And Preventive Medicine*. 2007;12:193-201.
32. Carroli G, Rooney C, Villar J. Who Programme to map the best reproductive health practices: how effective in antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? *Paed Perinat Epidemiol*. 2001;15:1-42.
33. Gerein N, Mayhew S, Lubben M. A framework for a new approach to antenatal care. *International Journal Of Gynaecology And Obstetrics*. 2003;80:175-82.
34. Prual A, Touré A, Huguet D, Laurent Y. The quality of risk factor screening during antenatal consultations in Niger. *Health Policy Plan*. 2000;15:11-6

ANNEXES

ANNEXES :

QUESTIONNAIRES

N° fiche : ; N° dossier ou carnet CPN : Date
d'observation.....

I) Caractéristiques de la gestante :

Q1 : Nom : ; Prénom :

Q2 : Age : ans ;

Q3 : Ethnie : ; 1=Bambara ; 2=Peulh ; 3=Malinké ; 4=Bozo ; 5=Sonrai ; 6 =
Soninké ; 7 = Dogon ; 8 = Autre (à préciser).....

Q4 : Profession : ; 1=Femme au foyer ; 2=vendeuse ;
3=fonctionnaire ; 4 = aide-ménagère ; 5 = commerçante ; 6 = autre (à préciser).....

Q5 : Niveau scolaire : ; 1 = Analphabète ; 2 = primaire ; 3 =
secondaire ; 4 = supérieur ; 5 = coran

Q6 : Etat matrimonial : ; 1 = célibataire ; 2 = mariée ; 3=veuve ;
4=divorcée ;

Q7 : Profession du mari :

Q8 : Résidence :

Q9 : A-t-elle été identifiée pendant sa grossesse comme appartenant un groupe à risque ?
1= oui ; 2 = non ;

Q10 : Facteurs de risque identifiés :

1= Age inf 16ans ; 2= Primipare âgée (âge sup 30ans) 3= Grande multiparité (sup ou = 6
accouchements) 4= Dernier accouchement dystocique (césarienne, ventouse, forceps) 5=
ATCD d'avortement 6= ATCD de mort-né 7= Autres :

Q11 : Nombre de CPN réalisées :

II) Caractéristique de la personne qui a pris en charge la parturiente :

Q1 : Qualification : ; 1= Médecin généraliste ; 2 = Sage femmes ; 3 =
Matrone ; 4 = Infirmière obstétricienne ; 5 = Autres(à préciser) :

Q2 : Statut : 1 = Fonctionnaire ; 2 = Contractuel ; 3 = Stagiaire ; 5
=Autre :

III) Accueil :

Q1 : Langue de communication : ; 1 = Français ; 2 = Bambara ; 3 = Autre
:

Q2 : Consultante comprenait-elle la langue : 1 = oui ; 2 = non

Q3 : Si non a-t-on fait appel à un interprète ? : 1 = oui ; 2 = non

Q4 : Salutation conforme aux convenances sociales : 1 = oui ; 2 = non **Q5** : Consultante a-t-elle été invitée à s’asseoir : 1 = oui ; 2 = non **Q6** : Demande du carnet de la grossesse précédente : 1 = oui, présent ; 2 = non, absent

I. Interrogatoire :

1. Antécédents :

1.1. Antécédents obstétricaux :

Q1 : Nombre de grossesse :.....

Q2 : Nombre d’accouchements :.....

Q3 : Nombre d’avortements :.....

Q4 : Nombre de mort-nés :.....

Q5 : Nombre de naissances vivantes :.....

Q6 : Nombre d’enfants décédés :.....

Q7 : A quel âge et dans quel contexte sont survenus les décès cités plus haut :.....

Q9 : Césarienne :.....

Q10 : Forceps ou ventouse :.....

Q11 : Eclampsie :.....

Q12 : Autre à préciser :.....

1.2. Antécédents médicaux :

Q1 : Infection urinaire :.....

Q2 : Hypertension artérielle :.....

Q3 : Diabète :.....

Q4 : Affection cardiaque :.....

Q5 : Tuberculose :.....

Q6 : IST :.....

Q7 : Drépanocytose :.....

Q8 : Anémie et autres :.....

2. Détermination de l’Age gestationnel et moyen utilisé :.....

3. Pathologies au cours de la grossesse :

Q1 : Saignement vaginaux :.....

Q2 : Respiration difficile :.....

Q3 : Fièvre :.....

Q4 : Douleurs abdominales graves :.....

Q5 : Perception mouvements actifs fœtus :.....

Q6 : Maux de tête prononcés/ vision troubles :.....

Q7 : Vertiges, bourdonnements d'oreilles :.....

Q8 : Convulsions / perte de connaissance :.....

Q9 : Rupture prématurée des membranes :.....

Q10 : Autres à préciser :.....

II.Examens cliniques :

Q1 : Le praticien a-t-il expliqué à la patiente le déroulement de l'examen ?
.....

Q2 : Prise du poids :.....

Q3 : Mesure de la taille :.....

Q4 : Mesure de la tension artérielle :.....

Q5 : Aide à monter sur la Table :.....

Q6 : Examen des conjonctives :.....

Q7 : Le soutien-gorge a été enlevé :.....

Q8 : Auscultation cardiaque :.....

Q9 : Auscultation pulmonaire :.....

Q10 : Palpation de l'abdomen :.....

Q11 : Mesure Hauteur Utérine :.....

Q12 : Position du fœtus :.....

Q13 : Auscultation bruits du cœur fœtal :.....

Q14 : Recherche œdèmes :.....

Q15 : Examen au spéculum :.....

Q16 : Examen du bassin au 9ème mois :.....

Q17 : Toucher vaginal :.....

Q18 : Aide à descendre :.....

Q19 : Eclairage était-il suffisant ? :.....

Q20 : Examen à l'abri des regards :.....

Q21 : Autre :.....

Q22 : Dire le résultat de l'examen à la gestante :.....

III.Examens para cliniques :

Q1 : A-t-on demandé des examens para cliniques :.....

Q2 : Si oui a-t-on expliqué pourquoi ?

Q3 : Si oui a-t-on expliqué où aller ?

IV. Vaccinations :

Q1 : A-t-on demandé le carnet de vaccination ?

Q2 : A-t-on proposé une vaccination ?..... ; 0 : non 1 : sur le champ ; 2 : à une date ultérieure

V. Grossesse à risque :

Q1 : La grossesse a-t-elle été classée comme « grossesse à risque » ?

VI. Prescription :

Q1 : Une prescription a-t-elle été faite ? et à quel rythme :.....

Q2 : A-t-on expliqué pourquoi ?

Q3 : A-elle reçu du SP ?

Q4 : A-elle reçu du fer ?

Q5 : A-elle reçu de l'albendazole ?

Q6 : A-elle reçu de MII ?

VII. Relations humaines :

1. Attitude praticien

Q1 : Gentillesse du ton :

Q2 : A-t-il rassuré la patiente ?

Q3 : A-t-il fait les salutations d'usage à son départ ?

2. Pendant ou au décours de l'examen, le praticien a-t-il expliqué clairement à la consultante ?

Q1 : Les modifications physiologiques de la grossesse ?

Q2 : A-t-il donné un rendez-vous à la patiente ?

Q3 : Si oui, lui a-t-il dit dans combien de temps et pourquoi ?

Q4 : Y-avaient-ils d'autres personnes dans la salle de consultation ? 0 :

Non ; 1 : Oui d'autres membres du personnel ; 2 : Oui, des accompagnants

Q5 : Nombre total de personnes dans la salle :

Q6 : Y-avait-il des entrées et sorties non justifiées pendant le déroulement de la consultation :.....

VIII. Conseils :

Q1 : A-t-on donné des conseils ? 0 : Non ; 1 : Sur le repos ; 2 : Sur l'alimentation ; 3 : Sur les IST/Sida ; 4 : Autre, à préciser :.....

Q2 : A-t-on expliqué les signes d'alerte et que faire s'ils survenaient ?

Q3 : Si oui, quels signes d'alerte ?

IX. Hygiène de la consultation :

Q1 : Oui, est-il fourni par le centre ? (sinon, il s'agit du pagne de la femme)

Q2 : Est-il différent des femmes précédentes ?

Q3 : Le praticien s'est-il lavé les mains avant d'examiner la gestante ?.....

Q4 : Le praticien a-t-il utilisé des gants ou un doigtier ?.....

Q5 : A la fin de la consultation, le praticien change t-il le matériel ?

Q6 : Le matériel est-il correctement nettoyé ?.....

Q7 : Le matériel est-il correctement désinfecté ?.....

Q8 : Le praticien a-t-il commis une faute d'hygiène ?

Q9 : Si oui, laquelle ?

X. Conclusion :

Q1 : Le praticien a-t-il tiré une conclusion ?

Q2 : Si oui, laquelle ? ; 0= RAS ; 1=Classement dans un groupe à risque ;
2= Référence vers l'unité de gynécologie du CS Réf ;

Q3 : Le praticien a-t-il annoncé à la consultante la date probable d'accouchement ?
.....

Q4 : Si elle appartient à un groupe à risque, le lui a-t-il annoncé ?.....

Q5 : Lui a-t-il dit où aller accoucher ?

Q6 : Lui a-t-il dit pourquoi ?

Q7 : Dire le résultat de l'examen à la gestante ?

XI. Opinion de la gestante sur la qualité des prestations et sur l'état des locaux :

Q1 : Etat des locaux : Vieux sales :.....; Vieux et propres :.....; Récents et sales :.....; Récents et propres :..... ;

Q2 : La patiente est-elle satisfait de la qualité des soins reçu : Très satisfait :.....;
Satisfait :.....; Peu satisfait :.....; Non satisfait :..... ;

Fiche signalétique

Nom : SARRO

Prénom : Fadimata dite Fafa

Titre de la thèse : Evaluation de la Qualité de la consultation prénatale recentrée au centre de santé communautaire de yirimadjo en 2023

Année universitaire : 2022-2023

Pays d'origine : République du MALI

Lieu de dépôt : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie du Mali

Secteur d'intérêt : Gynécologie et obstétrique ; urgences médico-chirurgicales ; santé publique

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 était d'évaluer le niveau actuel de la qualité de la consultation prénatale recentrée au centre de santé communautaire de yirimadjo. Il s'agissait d'une étude transversale allant du 01 Septembre au 30 Septembre 2023 qui a porté sur 144 gestantes. A l'issue de cette étude, il ressort que :

- Les normes et procédures de la CPN étaient en majorité respectées par les prestataires ;
- Les moyens nécessaires pour une CPN de qualité étaient disponibles ;
- Les CPN ont toutes été effectuées par du personnel qualifié (médecins, sages-femmes, infirmières obstétriciennes) ;
- L'accueil des gestantes à la maternité était de bonne qualité
- Le déroulement de l'examen était fait selon les normes ;
- Les explications sur le plan d'accouchement étaient en majorité données par les prestataires ;
- La plupart des patientes était satisfaite des prestations ;
- La qualité de la CPNR dans le centre de santé communautaire de yirimadjo a été classé niveau III c'est-à-dire moyen ;

Mots clés : évaluation, qualité, consultation prénatale recentrée.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maitres de cette faculté de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passera, 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 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 maitres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père. 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