

**MINISTRE DE L' ENSEIGNEMENT**

**SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

**REPUBLIQUE DU MALI**

**Un Peuple – Un But – Une Foi**

\*\*\*\*\*  
**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES**

**ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)**

\*\*\*\*\*



**Année universitaire 2011 - 2012**



**No....**

**FACULTE DE MEDECINE 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.....2012  
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.**

**Par Ousmane Tahirou Coulibaly.**

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

**JURY**

**PRESIDENT : Professeur Adama Diawara**

**Membres : Docteur Sory Ibrahima Diawara**

**Codirecteur de thèse : Docteur Modibo Dianguinè Soumaré.**

**Directeur de thèse : Professeur Samba Diop.**

## Dédicaces

Je dédie ce travail:

**A Dieu**, le tout puissant, le clément et la miséricorde Dieu, gloire à lui; et à Mahomet que la paix et le salut éternel soit sur lui et ses disciples.

Merci, de m'avoir donnée la vie, la santé et l'inspiration nécessaire pour mener à bien ce travail.

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

**A toutes les femmes** qui ont perdu leurs produits de conception en voulant donner la vie.

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

**Aux orphelins** dont les mères ont succombé en leur donnant naissance.

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

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

**A mon père Tahirou Coulibaly:** Tu es, par ta rigueur, ton courage, ta patience l'artisan de ce chemin épineux parcouru, plein d'obstacles. Tu resteras dans ma mémoire à tout jamais. Mon désir le plus ardent est que tu sois fier de moi à l'avenir, et que j'arrive à la hauteur de tes souhaits.

Que Dieu t'accorde une longue vie, une santé de fer à mes côtés. Que ce travail soit une source de satisfaction pour toi.

Sois assuré de mon affection et de ma sincère reconnaissance, merci.

**A ma mère Korotimi Dembélé:**

Je n'oublierai jamais les sacrifices que tu as faits pour moi et mes frères et sœurs. Ta combativité, ton courage, et ta générosité sont pour nous un espoir. Tu occupes et occuperas toujours une place importante dans ma vie ; je n'oublierai jamais tes bienfaits.

Que Dieu t'accorde une longue vie et en bonne santé

**A mes oncles et tantes:** Hamidou Dembélé, Madou Dembélé, Sidiki Dembélé, dama Dembélé, Aissata Sow dite gogo, Ina Sow, Aminata Goita, sans oublier les autres dont les noms ne sont pas cités. Ce travail est le vôtre. C'est grâce à vos conseils et à votre participation accrue dans ma vie, que j'ai pu réaliser ce travail. Je vous serai éternellement reconnaissant.

**A mes frères et sœurs:**

Merci pour votre inlassable soutien ; vous avez été présents durant toute mon existence ; ce travail est le vôtre. Merci de vos soutiens moraux et psychologiques ; je compte sur vous pour le reste de mon accomplissement.

**A mes cousins et cousines:** Je m'abstiens de citer des noms de peur d'en oublier. Ce travail est le vôtre. Je vous remercie tous et je vous suis très reconnaissante pour votre bonne volonté et vos soutiens de tous les jours.

**A l'économe de la FMPOS :** Très cher tante vous avez été pour moi un espoir de tous les jours. Votre simplicité, votre générosité resteront gravées dans ma mémoire. Que Dieu vous donne longue vie pleine de succès.

**Dédicace spéciale à mon oncle Seddiki Dembélé :**

Cher oncle, votre générosité sans réserve et votre simplicité font de vous un homme admirable par tous. Vous avez été un soutien incomparable dans ma vie. Vous avez occupé entièrement la place de mon père ; les mots me manquent pour vous exprimer ma confiance, mon estime à votre égard. Je ne saurais vous remercier

Pour tout ce que vous faites et avez fait pour moi, Dieu vous le rendra au centuple.

Merci que Dieu vous accorde la longévité, la santé, le succès et le bonheur dans votre famille.

**A grand-mère Bintou Coulibaly :** Je suis très heureux d'avoir partagé ces moments déterminants de ma vie avec vous. Sachez que je suis très fier d'être votre petit fils. Que le bon Dieu vous donne encore longue vie.

## **MES VIFS REMERCIEMENTS:**

### **A notre honorable Doyen et au corps professoral de la FMPOS:**

Merci de votre bonne gestion de cette faculté.

### **A tout le personnel de la FMPOS:**

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

### **A mes maîtres formateurs:**

#### **Dr Modibo Soumaré, Dr Dicko Modibo, Dr Traoré Alassane,**

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

### **A tous le personnel du CSREF de la commune I:**

Merci pour l'accueil et l'encadrement.

### **A Madame Koné Binta Sidibé dite yahi:**

Merci pour votre soutien inlassable. Vous êtes un repère sûr pour moi à travers votre générosité, votre courage, votre rigueur.

### **Un spécial remerciement à docteur Traoré Mamadou:**

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

### **A mon équipe de garde:**

Dr Camara Boubacar dit Paul, Benoit Sagara, Idrissa Souley, Mme Koné Binta Sidibé, Fatou Mangara, Modibo Bah, Josué Dembélé, Abel Guindo, Awa Sangaré, Fatou kané, Ibrahim yalcouyé.

### **A toutes les sages femmes du CSREF de la commune I:**

Merci pour votre accueil, collaboration et disponibilité.

### **A tout le personnel de l'unité CPN :**

Merci de votre bonne collaboration et du soutien que vous m'avez accordée; merci ce travail est le vôtre.

### **A toute ma promotion :**

Merci, courage et persévérance.

### **A tous mes aînés du centre:**

Merci de votre soutien et encadrement.

**A tous mes cadets du centre:**

Merci, patience, courage, persévérance.

**A tous mes amis (es):**

Du Grain : Moustapha ouendeno Keita, Siaka Ballo, Fah siby, Dr Abdou Coulibaly et sa femme.

Ce travail est le vôtre; je ne vous oublierai jamais; vous avez été des amis formidables exemplaires pour moi; avec vous je ne m'ennuyais pas du tout.

Je vous remercie infiniment.

**A Maimouna Idrissa Cissé :** Tu as été pour moi plus qu'une amie, tes conseils, ton encouragement et ta disponibilité entière pour moi, ont été le véritable moteur de ce travail. Les mots me manquent pour vous exprimer ma confiance, mon estime à votre égard.

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :**

**Professeur ADAMA DIAWARA**

- ✓ **Maître de conférences en santé publique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS), Université de Bamako.**
- ✓ **Directeur de l'Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux**
- ✓ **Ancien chef de division assurance qualité et économie du médicament à la direction de la Pharmacie et du Médicament.**

**Cher Maître,**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre générosité, votre disponibilité, votre souci du travail bien fait, votre rigueur scientifique font de vous un modèle à suivre.

Recevez cher maître, nos sincères remerciements pour tout ce que vous avez fait pour rehausser le niveau de ce travail dans l'intérêt de la science.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Docteur Sory Ibrahim DIAWARA.**

✓ **M D, MPH, Médecin chercheur à la FMPOS**

Cher maître,

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre disponibilité, votre humanisme et votre modestie forcent respect et incitent l'admiration.

Veillez trouvez ici le témoignage de notre profonde gratitude.

**A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE**

**Dr SOUMARE Modibo Dianguina**

- ✓ **Gynécologue obstétricien**
- ✓ **Chef de service de gynéco-obstétrique de centre de santé de référence de la commune I**

**Honorable maître,**

Vos conseils et vos suggestions nous ont été d'un apport bénéfique dans la réalisation de cette thèse.

Toujours disponible, vous avez été pour nous un bon guide; c'est le moment de le dire vous êtes un exemple à suivre, et c'est un honneur pour nous de vous voir siéger dans notre jury.

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

Trouvez ici l'expression de nos sincères remerciements.

Que le tout puissant vous garde longtemps auprès de nous.

## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

### **Professeur Samba DIOP**

- ✓ **Maître de conférences en anthropologie médicale**
- ✓ **Enseignant-chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique en santé au DER de santé publique de la FMPOS**
- ✓ **Responsable de l'unité de recherche formative en sciences humaines, sociales et éthique de SEREFO /VIH/SIDA/FMPOS**
- ✓ **Responsable du cours <<Anthropologie de la lutte contre la cécité : aspects sociaux et éthique >>, Centre hospitalier universitaire de l'institut d'ophtalmologie tropicale d'Afrique**
- ✓ **Responsable du cours <<Sciences et éthique>> du DEA d'anthropologie, Institut supérieur pour la formation à la recherche appliquée (ISFRA), Université de Bamako**
- ✓ **Responsable du cours << Culture et éthique>> du centre d'enseignement virtuel en Afrique, Ecole nationale des ingénieurs (ENI), Université de Bamako.**

Cher maitre,

L'occasion nous est offerte de vous remercier de votre spontanéité, votre générosité, votre modestie, et votre rigueur dans un désir permanent de perfectionnement en tout travail scientifique que nous devons accomplir, car vous êtes vous-même un exemple qui fait de vous un professeur émérite. Nous sommes reconnaissants pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail. Plus qu'un honneur, cela à été pour nous un plaisir de vous côtoyer. Votre immense savoir multidisciplinaire nous impose beaucoup de respect et une profonde admiration au vue de vos qualités humaines et d'enseignant. Merci pour toutes les entrevues chaleureuses, merci pour toutes vos critiques, merci pour votre



## **LISTES DES ABRÉVIATIONS :**

CPN: Consultation Prénatale;

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: Bipanétal;

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 Boulkassoumbougou;

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'Hémoglobune;

Evaluation de la qualité de la consultation prénatale au CSREF de la commune I du district de Bamako

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

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

## SOMMAIRE

### Pages

I- INTRODUCTION:  
.....1

II- OBJECTIFS:  
.....  
.....4

III- GENERALITES:  
.....5

IV- METHODOLOGIE:.....  
..... 18

VI- RESULTATS:.....  
..... 38

VII- COMMENTAIRES ET DISCUSSION:.....  
..... 67

VIII- CONCLUSION:  
.....75

**IX- RECOMMANDATIONS:**  
.....77

**X- REFERENCES:**  
.....78

**XI- ANNEXES:**

## INTRODUCTION

La grossesse est un état physiologique chez la femme, durant la période qui s'étend de la fécondation à l'accouchement. Elle est vécue en Afrique comme un événement qui permet à la femme de se valoriser, de s'affirmer, de garder ou de conforter sa place au sein de la famille en donnant naissance à un nouveau né qui est accueilli avec joie et allégresse dans la société. [1]

Mais au cours de la grossesse ou de l'accouchement beaucoup de femmes perdent la vie ou sont victimes de complications comme : l'anémie, les fistules vésico-vaginales l'éclampsie, ou le prolapsus utérin. [1]

La consultation prénatale (CPN) est un acte médical préventif permettant de dépister et de traiter d'éventuelles complications survenant au cours de la grossesse. Elle permet en outre de dicter la voie d'accouchement. Dans les pays développés 99% des femmes reçoivent des soins prénatals de qualité tandis que dans les pays en voie de développement, cette proportion est de 1% [22]

Selon l'EDSM IV 2006, le taux de mortalité maternelle est de 464 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Autrement dit au Mali le risque de Décéder pour cause maternelle pendant les âges de procréation est de 1/33. [9]

Il est estimé que dans le monde chaque année 4 millions de nouveaux nés meurent avant d'avoir 1 mois et que 4 millions d'autres sont morts nés (Ils meurent entre la 22<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée et la naissance), et 90% de ces décès ont lieu dans les pays en voie de développement [26].

La majorité des décès maternels et néonataux pourraient être évités, si pendant la grossesse, les femmes observaient régulièrement les CPN et recevaient des soins prénatals appropriés, si leur accouchement était assisté par du personnel médical formé et si après l'accouchement, elles bénéficiaient d'un suivi postnatal. Pour être efficaces, les soins prénatals doivent être effectués à un stade précoce de la grossesse et surtout ils doivent se poursuivre avec une régularité jusqu'à l'accouchement.

L'OMS recommande au moins quatre visites prénatales à intervalles réguliers tout au long de la grossesse [21].

Au Mali on estime que sept femmes sur dix (70%) se rendent en CPN dispensée par un personnel formé. Ces consultations sont effectuées principalement par les sages – femmes ou les infirmières dans 36% des cas et par des matrones dans 33%. Dans une proportion beaucoup plus faible, elles sont fournies par des médecins (1, 4%). En outre dans un peu moins de 3 cas sur 10 (29%), les mères n'ont effectué aucune CPN [9]

Certaines études faites sur les connaissances attitudes et pratiques des gestantes et des personnels de santé montrent que des efforts sont à faire pour améliorer cette situation : (15, 24,2)

En 2004 Mahamat Nour Azalo rapporte 0,00% des soignantes ne connaissaient pas les indications de césarienne, de ventouse et de forceps. [15]

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

A Bougouni en 2008 Samaké A - K dit Z a observé des lacunes sur le plan des procédures comme l'intervalle des consultations qui était le plus fréquemment de deux mois au lieu d'un mois. [24]

En Décembre 1990, le Mali a adopté la politique sectorielle de santé et de population. Cette politique est caractérisée par le développement décentralisé des services de santé sur la base de la concentration de la population. Elle définit le cadre d'information en matière de santé de population au Mali. [2]

Les objectifs spécifiques de cette politique sont :

Etendre la couverture sanitaire ;

Instituer un système de santé viable et performant ;

Réduire la morbidité et la mortalité de la population ;

Développer les services de planning familial.

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

Le paquet minimum d'activité (PMA) comporte des soins de qualité avec des activités curatives, préventives, promotionnelles couvrant les besoins fondamentaux de la population [5]. Les CPN constituent l'un des volets essentiels de ce PMA. Elles occupent une place de choix dans les besoins prioritaires de santé de la mère et de l'enfant.

La mise en œuvre de la politique sectorielle de santé a été satisfaisante dans l'ensemble (création et opérationnalisation des structures de santé communautaire ainsi que le renforcement et la redynamisation des structures construites). [2]

Malgré ces efforts déployés le Mali connaît une situation sanitaire maternelle, néonatale et infantile préoccupante. C'est pourquoi la qualité des soins dispensés pendant la grossesse et pendant son dénouement pourrait y avoir un impact important.

Des études sur la qualité de la surveillance prénatale ont été menées au Cscm ASACOBakon aux centres de santé de Bougouni et de MIPROMA à Magnambougou, et au CSREF de la Commune I de Bamako ( la dernière étude remonte en 2008 )dont les résultats montrent des lacunes sur le plan de procédure d'où l'instauration de notre étude.

## **II-OBJECTIFS**

### **- Objectif général**

Evaluer la qualité de la consultation prénatale au Centre de Santé de Référence de la Commune I du district de Bamako.

### **–Objectifs spécifiques**

Décrire l'infrastructure, les équipements et matériels du centre de Santé de Référence de la Commune I du district de Bamako

Décrire les caractéristiques sociodémographiques des gestantes venant en CPN au Centre de Santé de Référence de la Commune I

Analyser les procédures de CPN au CSREF de la Commune I

Déterminer la perception des gestantes sur la qualité de la CPN réalisée au CSREF de la Commune I



### **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. [13]

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. [24]

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 maternelle 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). [11]

C'est après la seconde guerre mondiale que ces programmes ont véritablement commencé. A la lumière des évènements mondiaux, on s'est vite rendu compte qu'il était dans l'intérêt public, que les gouvernements jouent un rôle et prennent leurs responsabilités à cet égard et, en 1948, la déclaration universelle des droits de l'homme proclamé par l'organisation des nations unies nouvellement créée leur a fixé l'obligation d'assurer une aide et une assistance spéciale aux mères et aux enfants. Cette question de la santé maternelle et infantile avait par là acquis une dimension internationale et morale, ce qui représentait une avancée durable par rapport aux préoccupations d'ordre politique et économique qui prévalait cinquante ans auparavant. [14]

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 » [14]

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. [22].

En 1987, la première conférence internationale sur la maternité sans risque, convoquée à Nairobi, s'est fixée pour objectif de réduire de moitié d'ici l'an 2000 les taux de mortalité maternelle par rapport à 1990. Cet objectif a été adopté par la suite par les gouvernements et d'autres conférences internationales dont le sommet mondial pour les enfants de New York en 1990, la conférence internationale sur la population et le développement du Caire en 1994 et la quatrième conférence internationale sur les femmes de Beijing en 1995. [14-24]

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 [7-22].

## 2. La consultation prénatale :

### 2.1 Les objectifs de la CPN SONT:

Faire le diagnostic de la grossesse

Surveiller et promouvoir l'état de santé de la mère

Surveiller le développement du fœtus

Dépister et prendre en charge les facteurs de risque et les pathologies de la grossesse

Préparer l'accouchement et en faire le diagnostic

Faire le pronostic de l'accouchement

Eduquer et informer les mères.

### 2.2 Calendrier de CPN :

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

1ère CPN avant le 3e mois (pour diagnostiquer la grossesse et les facteurs de risque) ;

2e CPN vers le 6e mois ;

3e CPN vers le 8e mois (pour surveiller le développement du fœtus ainsi que l'état de la gestante et prendre en charge les complications de la grossesse) ;

4e CPN vers le 9e mois (pour faire le pronostic de l'accouchement).

### 2.3 Matériel de CPN :

La consultation prénatale se déroule dans un endroit éclairé sans bruit et respectant les droits de la gestante.

Les matériels nécessaires sont:

- Une table de consultation gynécologique
- Une source lumineuse
- Un appareil à tension, un stéthoscope médical
- Une toise et une pèse personne
- Un mètre ruban
- Un stéthoscope obstétrical de pinard.
- Des spéculums
- Des gants stériles
- Le matériel pour réaliser un frottis vaginal, des Spatules d'Ayres
- Des lames fixatrices
- Des tubes stériles plus écouvillons pour des prélèvements bactériologiques
- Des verres à urine plus bandelettes pour la recherche de sucre, d'albumine de nitrite, Solutions anti septiques
- Un Sceau contenant une solution désinfectante

Les activités préventives:

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

### 2.4. Le bilan prénatal:

2.4 a) Les examens complémentaires indispensables sont:

- Le groupe sanguin rhésus ;
- Le test d'Emmel et ou électrophorèse de l'Hémoglobine ;
- L'albuminurie, la glycosurie ;
- Le Bordet Wassermann (BW) ;
- La numération formule sanguine (taux d'hémoglobine) ;
- L'échographie pelvienne : nécessaire mais pas obligatoire

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 95millimètres) cette dernière échographie combinée à l'examen clinique permet de faire le pronostic de l'accouchement.

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

La tendance actuelle de la politique sanitaire nationale propose la CPN recentrée pour l'amélioration de sa qualité. [2]

### 3. La consultation prénatale recentrée [2] :

#### 3.1. Concept

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

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

#### 3.2 Principes de la CPN recentrée

La détection et le traitement précoce des problèmes et complications.

La promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticides.

Le traitement préventif intermittent à la sulfadoxine pyriméthamine.

La préparation à l'accouchement.

#### 3.3 Les étapes de la CPN recentrée

##### 3.3.1 préparer la CPN

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

##### 3.3.2 Accueillir la femme avec respect et amabilité :

Saluer chaleureusement la femme ;

Souhaiter la bien venue ;

Offrir un siège ;

Se présenter à la femme ;

Demander son nom ;

Assurer la confidentialité (le prestataire qui examine la femme doit remplir les supports).

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

##### 3.3.3 Procéder à l'interrogatoire / Enregistrement

Informez la femme de l'importance et du déroulement de la consultation (avec un ton aimable) ;

Recueillir les informations sur l'identité de la gestante ;

Rechercher les antécédents médicaux ;

Rechercher les antécédents obstétricaux ;

Rechercher les antécédents chirurgicaux ;

Demander l'histoire de la grossesse actuelle ;

Rechercher et enregistrer les facteurs de risque ;

Noter les informations recueillies dans le carnet, le registre de consultations et les fiches opérationnelles.

3.3.4 Procéder à l'examen :

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

3.3.5 Demande des examens complémentaires.

A la première consultation :

Demander le groupe sanguin rhésus

Demander le test d'Emmel, le taux d'hémoglobine le BW (titrage)

Albumine / sucre dans les urines

Demander le test de VIH après counseling

Les autres consultations :

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

3.3.6 Prescrire les soins Préventifs :

Vacciner la femme contre le tétanos

Prescrire la sulfadoxine Pyriméthamine (SP) la dose recommandée en traitement préventif lors de la CPN est 3 comprimés de sulfadoxine pyriméthamine soit 300 mg en prise unique, 2 prises au cours de la

grossesse ; la 1ère prise après la 16ème semaine d'aménorrhée ou à un mois d'intervalle après perception des mouvements actifs du fœtus par la gestante.

Prescrire le fer acide folique

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

3.3.7 Prescrire le traitement curatif, si nécessaire :

Expliquer à la femme la prise des médicaments prescrits.

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

Préciser un prestataire compétent

Préciser le lieu d'accouchement

Clarifier les conditions de transports même en cas d'urgence

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

Identifier les donneurs de sang, les accompagnateurs et les personnes de soutien lors de l'accouchement.

Identifier les articles nécessaires. Pour l'accouchement (mère et nouveau-né)

Renseigner la femme sur les signes du travail et les signes de danger.

Signes du travail:

Contractions régulières et douloureuses

Glaire striées de sang (bouchon muqueux)

Signes de danger chez la femme enceinte :

Saignements vaginaux

Respiration difficile



## Fièvre

Douleurs abdominales graves ;

Maux de tête prononcés/vision trouble ; vertige, bourdonnement d'oreille

Convulsion / Perte de conscience

Douleurs de l'accouchement avant la 37<sup>ème</sup> 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<sup>er</sup> trimestre

Une au 2<sup>er</sup> trimestre

Deux au 3<sup>er</sup> 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 remerciée

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

Rechercher les signes de danger :

Symptômes et signes de maladies

Identifier une Présentation vicieuse

Problèmes / changement depuis la dernière consultation

Sensibiliser la gestante sur les mesures préventives

Sensibiliser la gestante sur la planification familiale

Ajuster ou maintenir le plan de l'accouchement

Raccompagner la femme après l'avoir remerciée.

#### 3.4. Prise en charge des pathologies et des complications.

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

## 4. Définitions opérationnelles :

### 4.1 L'évaluation :

C'est une procédure scientifique et systématique qui consiste à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'actions atteint avec succès un ou des objectifs préalablement fixés. [3]

### 4.2 La qualité des soins :

La qualité des soins techniques consiste à appliquer des sciences et technologies médicales de manière à arriver au maximum des bénéfices pour la santé sans augmenter pour autant de risques. Le niveau de qualité est alors la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable de risques et bénéfices (DONABEDIAN) [10].

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. [5]

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

-la relation soignant soignée (respect de la dignité humaine) ;

La démarche clinique et thérapeutique dont la qualité dépend de l'efficacité théorique du protocole des soins, de la compétence du

personnel, de l'organisation du service et de l'acceptabilité par le patient ;

-la continuité des soins ;

-les conseils donnés à la patiente pour un bon déroulement de la grossesse ;

-l'autonomisation [10].

#### 4.3 Surveillance prénatale ou consultation prénatale (CPN) :

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

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

Traiter ou orienter la femme dans le cas échéant vers une surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison d'un des facteurs précédents,

Etablir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions d'accouchement et s'il faut le transfert dans un centre équipé pour faire face à d'éventuelles complications [6].

#### 4-4 Politique et normes des services :

La politique définit la mission de la santé de la reproduction, indique les bénéficiaires, décrit les activités, les prestataires et les responsabilités pour l'offre des services de qualité. [3]

#### 4.5 Normes :

Elles précisent les types de services offerts, les conditions minimales acceptables des performances et des qualifications requises exigées pour chaque service offert [3].

#### 4.6 Les procédures :

Elles décrivent de gestes logiques indispensables et nécessaires à l'offre des services de qualité par les prestataires [3].

#### 4.7 La grossesse :

C'est l'état physiologique de la femme durant la période qui s'étend de la fécondation à l'accouchement [3].

#### 4.8 Facteurs de risque au cours de la grossesse :

Un facteur de risque pendant la grossesse est une caractéristique qui, lorsqu'elle est présente, indique que cette grossesse a des chances d'être compliquée [6].

#### 4.9 Grossesse à haut risque :

C'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risques. Elle entraîne un risque élevé soit pour la mère soit pour le fœtus, vital ou non, pouvant se manifester pendant la grossesse ou au cours de l'accouchement. [1]

#### 4.10 La maternité sans risque :

C'est créer des conditions dans lesquelles une femme peut choisir d'avoir un enfant, et si elle le fait, est assurée de recevoir des soins pour la prévention et le traitement des complications de la grossesse, d'avoir accès à l'assistance d'un personnel qualifié à l'accouchement, à des soins obstétricaux d'urgence en cas de besoin et des soins après la naissance, de manière à éviter le risque de décès ou d'incapacité liée aux complications de la grossesse et de l'accouchement [2].

Cette définition est la même que celle de l'OMS à la conférence de l'I.C.P.D du programme d'action de la conférence de l'ONU sur les femmes (1995) et d'autres institutions et conventions. Elle rappelle que toutes les femmes doivent pouvoir choisir d'avoir des enfants et que celles qui font ce choix doivent être assurées de bénéficier d'une surveillance prénatale de qualité, d'une assistance qualifiée à la naissance et pendant la période post-natale et d'éviter les risques de décès ou d'incapacités liées à la grossesse [2].

La mortalité maternelle:

C'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite. [23]

#### 4.12 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. [23]

#### 4.13 L'aire de santé ou secteur sanitaire :

Elle représente une zone géographique desservie par une ressource sanitaire [8].

#### 4.14 La carte sanitaire :

C'est la répartition géographique actuelle de l'ensemble des soins d'une circonscription sanitaire. Elle est un instrument de planification pour une utilisation optimale des ressources [8].

#### 4.15 Le paquet minimum d'activité (PMA) :

Il signifie l'offre d'activités intégrées de soins de santé. Il comporte des activités préventives, curatives et promotionnelles. Il s'agit entre autres de traitement des maladies courantes, consultation prénatale et post-natale avec accouchements et vaccinations [8].

#### 4.16 L'évacuation :

C'est le transfert d'une urgence vers une structure spécialisée d'une patiente qui présente une complication au cours du travail d'accouchement [6].

4.17 Référence : C'est l'orientation d'une patiente vers un service spécialisé en absence de toute situation d'urgence [6].

## **IV. METHODOLOGIE**

### **MATERIELS ET METHODES:**

#### **1. Cadre d'étude :**

L'étude s'est déroulée en commune I du District de Bamako.

##### **1.1-Présentation de la commune :**

###### **1.1.1-Historique :**

La commune I a été créé par l'ordonnance n° 78-32/CMLN du 18 Août 1978, abrogée par la loi n° 96-025 du 18 Février 1996 fixant le statut spécial du district de Bamako. Elle est constituée de neuf quartiers dont le plus ancien du district autour duquel s'est construit jadis le village de Bamako : Sikoroni.

###### **1.1.2 Situation géographique :**

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

Elle est limitée :

Au Nord par le cercle de Kati ;

Au Sud par le fleuve Niger ;

A l'Ouest par la commune II (le marigot de Korofina limitant les deux collectivités) ;

A l'Est par le cercle de Koulikoro.

Elle comprend neuf (9) quartiers qui sont :

Korofina (Nord et Sud) ;

Djelibougou ;

Boukassoumbougou ;

Doumanzana ;

Fadjiguila ;

Banconi ;

Sikoro ;

Sotuba.

Elle couvre une superficie de 34,26km<sup>2</sup> soit 12,83% de la superficie totale de Bamako, pour une population totale de 323 316 habitants en 2010. Sa densité moyenne est de 9436 habitants/km<sup>2</sup>.

Le relief de la commune I est caractérisé par des plateaux et des collines de type granitique avec un sol accidenté de type latéritique, ce qui représente quelques difficultés pour l'aménagement d'infrastructures d'assainissement tandis que sa végétation est de type Soudano-sahélien par les grands arbres comme Cailcedrat, Karité, Manguier, etc.

Le climat de type tropical est caractérisé par :

Une saison sèche ;

Une saison froide : de Novembre à Janvier ;

Une saison chaude : de Février à Mai ;

Une saison des pluies : de Juin à Octobre.

1.1.3 Description de la situation socio sanitaire :

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé de gouvernement et après le premier plan de développement de la commune de 1995 à 1999 qui avait prévu la création de onze aires de santé dont dix (10) sont fonctionnelles ; un deuxième plan a été élaboré pour la période 2002-2006 dans lequel il est prévu la création de six (06) nouveaux centres de santé communautaire (CSCOM) et le renforcement des capacités du Centre de Santé de Référence de la commune I.

Il existe en commune I : un CS Réf, 10 CSCOM, des Cabinets et Cliniques privés.

Le centre de santé de référence de la commune I comprend actuellement plusieurs services et unités qui sont :

L'administration ;

Le service de gynécologie obstétrique ;

Le service de chirurgie générale ;

Le service de pédiatrie ;

Le service d'ophtalmologie ;

Le service de médecine générale ;

L'unité d'odontostomatologie ;

L'unité d'oto-rhino-laryngologie (ORL) ;

Le service social ;

L'unité d'imagerie médicale (Echographie et Mammographie)

Le système d'information sanitaire (S.I.S) ;

Le laboratoire d'analyses médicales ;

L'unité de prise en charge des personnes vivant avec le VIH (USAC) ;

Le bloc opératoire ;

La pharmacie ;

La brigade d'hygiène ;



La morgue.

Le personnel est composé de :

13 médecins dont un médecin chef, deux gynécologues-obstétriciens, un ophtalmologue, un chirurgien, un agent de santé publique, cinq médecins généralistes ;

23 sages-femmes ; 02 infirmières obstétriciennes

06 assistants médicaux (03 Anesthésistes, 02 agents de la santé publique et 01 odonto-stomatologiste) ;

10 techniciens supérieurs spécialistes (02 ophtalmologues, 01 anesthésiste, 01 odonto-stomatologiste, 01 agent de santé publique, 02 techniciens supérieurs spécialistes en ORL, 03 agents de laboratoire).

Présentation du service de gynécologie et d'obstétrique :

Le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune I fait partie des services les plus fréquentés du centre.

Ce service comprend :

Une salle de consultation externe ;

Une salle pour les urgences gynécologiques et pour les soins après avortement (S.A.A) ;

Une salle d'accouchement à trois lits ;

Une salle d'attente qui sert également de salle pour les suites de couches et la surveillance post-partum ;

Une unité de consultation prénatale /PTEME

Une unité de planification familiale (PF) et post-natale ;

Une unité de dépistage de cancer du col de l'utérus ;

Un bloc d'hospitalisation comprenant :

Trois grandes salles avec une capacité de six (06) lits ;

Deux salles à deux (02) lits ;

Une salle pour les thésards (faisant fonction d'internes) ;

Une salle pour le major du bloc d'hospitalisation ;

Une salle de soins.

Un bloc opératoire comprenant :

Deux salles d'interventions pour les interventions gynéco obstétricales chirurgicales et ophtalmologiques ;

Une salle de stérilisation des instruments ;

Une salle contenant l'autoclave pour la stérilisation des champs et des blouses opératoires ;

Une salle de réveil ;

Une salle de préparation des patients ;

Une salle de préparation des opérateurs (chirurgiens ; gynécologues-obstétriciens) ;

Un bureau pour les anesthésistes ;

Un bureau pour les aides de bloc.

La maternité :

Elle est située vers le côté Sud du CS Réf entre le bloc d'hospitalisation à l'Ouest, la pharmacie à l'Est et le bloc opératoire au Nord.

Elle reçoit les gestantes et parturientes issues de toutes les couches sociales. Les parturientes venant y accoucher sont suivies soit dans notre service, soit dans les autres services de gynécologie et obstétrique publics ou privés, soit

dans les centres de santé communautaire.

Le personnel de la maternité est composé de :

Un gynécologue-obstétricien, chef de service qui coordonne et supervise toutes les activités du service ;

Un autre gynécologue-obstétricien ;

Deux DES en gynéco-obstétrique ;

Cinq médecins généralistes (ancien thésard et également personnel d'appui) ;

Quinze sages femmes réparties entre les différentes unités de la maternité ;

Huit thésards (faisant fonction d'internes) ;

Des matrones et aides soignantes.

Les activités sont programmées comme suit :

Les consultations sont assurées par les médecins gynécologues obstétriciens, ainsi que par les médecins généralistes, principalement lors des gardes ;

L'échographie est réalisée tous les jours ouvrables dans l'après midi sauf les cas d'urgences ;

Deux journées consacrées aux activités chirurgicales surtout celles programmées ;

La garde est assurée par une équipe dirigée par un DES en gynéco-obstétrique et composée de thésards (ou faisant fonction d'internes), d'une sage-femme, d'une aide-soignante et de deux manoeuvres ;

Un des gynécologues est appelé au besoin.

La formation continue du personnel est pérennisée par un staff quotidien sur les dossiers journaliers et principalement ceux de la garde, ainsi que par un exposé hebdomadaire sur les pathologies gynécologiques et obstétricales fréquemment rencontrée Il s'en suit la visite aux malades hospitalisées, visite au cours de laquelle le gynécologue obstétricien donne les instructions et enseignements nécessaires à la formation continue des étudiants (thésards).

Les accouchements eutociques, les consultations prénatales et post natales, les consultations pour la planification familiale, le dépistage du cancer du col de l'utérus sont du ressort de la sage-femme.

Les grossesses à risque ainsi que les accouchements dystociques sont pris en charge par les médecins spécialistes

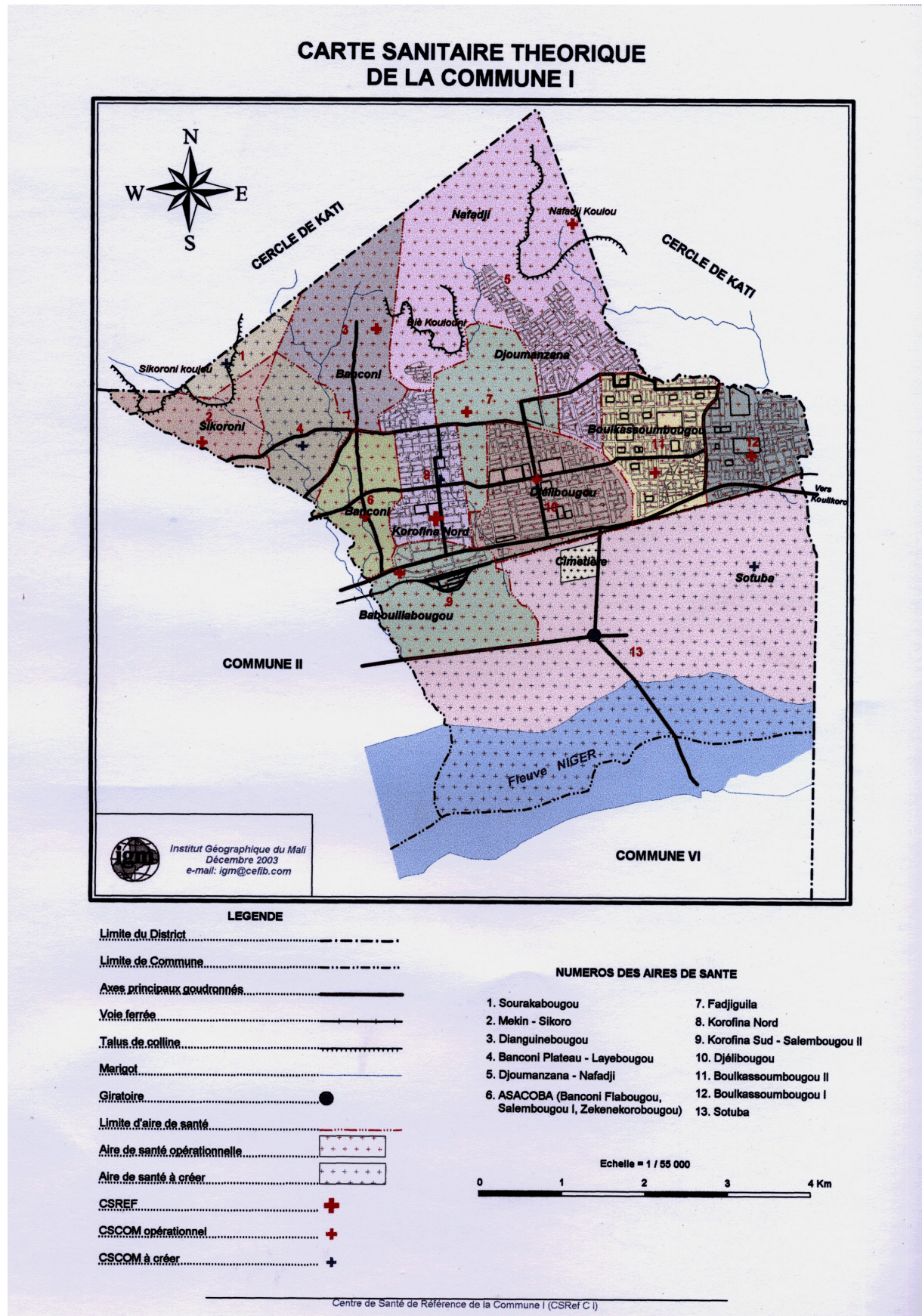


Figure III la carte sanitaire de la commune I

## 2. Période d'étude

Notre étude s'est déroulée de novembre à décembre 2011

## 3. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale portant sur la qualité de la CPN effectuée chez les gestantes venues au CSREF de la Commune I. Elle a été inspirée du postulat d'Adevis DONABEDIAN sur l'évaluation de la qualité des soins et des services.

## 4. Echantillonnage

Nous avons réalisé un échantillonnage avec la méthode aléatoire.

A partir d'une proportion, on peut calculer la taille de l'échantillon à partir de cette formule :

$$n = \frac{t^2 \times p(1-p)}{e^2}$$

n= taille de l'échantillon attendu

t= niveau de confiance déduit du taux de confiance (traditionnellement 1,96 pour un taux de confiance de 95%)

p= proportion estimative de la population présentant la caractéristique étudiée dans l'étude (p=0,5) [14]

e= marge d'erreur (traditionnellement fixée à 5%).

### 4.1 Critères d'inclusion

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

### 4.2 Critères de non inclusion

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

### **4.3 Technique et déroulement de l'échantillonnage**

Il s'agit d'un recrutement systématique de toutes les gestantes se présentant en consultation prénatale au cours de la période d'enquête et qui ont accepté de se soumettre à nos questionnaires et trouvant l'enquêteur en place.

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

Et l'administration d'un questionnaire à une gestante sur deux sur leurs opinions sur les prestations reçues.

## **5. Collecte des données**

Elle a été faite selon des questionnaires individuels:

Une fiche pour les infrastructures, matériels et équipements de la structure sanitaire.

Un questionnaire pour les gestantes.

Un questionnaire pour l'observation des consultations prénatales.

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

L'étude de la structure a reposé sur un recueil 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 de la CPN avec recueil 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 se trouvent à l'annexe.

## **6- population d'étude:** Il s'agit:

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

### 6-1- Les variables étudiées:

#### 6-1-1 Sur la structure:

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

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



- Le système d'approvisionnement en eau et le mécanisme d'élimination des déchets (existence de robinet ou de puits, de chasses eaux et de poubelles);

- Le système d'éclairage et la communication (existence de téléphone, fax, Internet, éclairage par un réseau publique, un groupe électrogène ou des panneaux solaires).

#### 6.1.2 Sur les procédures de la CPN:

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

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

- L'enregistrement des données de la gestante.

### 6.1.3 Sur l'opinion des gestantes:

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

Les paramètres étudiés ont été:

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

## 7. La 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 passif. 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, après avoir obtenu leur consentement

## 8. Plan d'analyse des données:

Les données ont été saisies sur Microsoft office Excel 2007, analysées sur le logiciel SPSS 18 version française et traitées sur Microsoft World 2007

## 9. Niveau de la qualité de la structure:

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

~Les normes architecturales:

Le Matériaux de construction ;

Etat du local;

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

~ Le dispositif en place pour l'accueil:

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

Présence et qualification du personnel d'accueil;

Existence de pancarte pour l'orientation dans le centre.

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

Structure de la salle ;

Matériel technique de bonne qualité ;

~L'existence et la fonctionnalité du laboratoire :

Equipement;

Personnel;

Formation du personnel ;

Faisabilité du bilan de CPN.

~Le dépôt de médicaments :

Normes architecturales ;

Equipement ;

Mode d'approvisionnement ;

Formation du personnel.

~Etat des toilettes :

Normes architecturales ;

Equipement

Propreté.

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

Robinet ou puits ;

Poubelles ;

Incinérateur.

~Le système d'éclairage et la communication :

Téléphone (fixe et mobile), fax, Internet ;

Réseau public, groupe électrogène.

## 10. Système de classement

Une cotation (0; 1) a été faite pour les critères ci-dessus identifiés. Chaque référence composée de critères a été aussi cotée de 0 à 4. La somme des scores réalisés appliqués à l'échelle d'évaluation pour un centre donné a permis d'évaluer le niveau de qualité de la structure. Le maximum de score que l'on peut enregistrer pour les dix références est de 40.

L'échelle d'évaluation se présente comme suit:

-Niveau IV: 95 à 100% de score maximal soit un score total de 38 à 40

-Niveau III: 75 à 94% de score maximal soit un score total de 30 à 37

- Niveau II: 50 à 74% de score maximal soit un score total de 20 à 29

- Niveau I: inférieur à 50% de score maximal soit un score total inférieur à 20

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

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

Une première échelle 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 ont été classées en quatre niveaux de qualité:

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

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

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

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

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

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

Elevé (Q4) : Score = 3

Assez élevé (Q3) : Score = 2

Moyen (Q2) : Score = 1

Faible (Q1) : Score = 0

C'est ainsi qu'elle a permis de déterminer pour le centre la promotion de gestantes recevant des soins de bonne ou d'assez bonne qualité (Q4 et Q3) et d'avoir un classement par niveau du dit centre

Les critères de ce classement ont été:

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

Niveau III: 50 à 74,99 des gestantes reçoivent des soins de bonne et d'assez bonne qualité.

Niveau II: 25 à 44,99% des gestantes reçoivent des soins de bonne ou d'assez bonne qualité.

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

## 10. Pour l'étude analytique:

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

questions en faveur. Notre appréciation a été relevée par le taux de bons scores sur le total des points attendus multiplié par 100.

Ainsi nous avons retenu les rubriques suivantes:

- Au niveau de l'accueil:

Q12- Salutation conforme aux convenances sociales

Q13- La consultante a-t-elle été invitée à s'asseoir ?

Q14- Demande du carnet de grossesse précédente.

Score maximum attendu = 3

Score minimum attendu = 0.

- Au niveau de l'examen physique:

Q39- Avez-vous expliqué le déroulement de la consultation

Q40- Pesé

Q41- Mesure de la taille

Q42- Recherche d'une boiterie

Q43- Aider à monter sur la table

Q44- Examen des conjonctives

Q45- Examen des seins

Q46- Mesure de la TA (cm hg)

Q47- Consultation cardiaque

Q48- Consultation pulmonaire

Q49- Palpation de l'abdomen

Q50- Mesure de la hauteur utérine (HU)

Q51- Auscultation du bruit du cœur fœtal

Q52- Position du fœtus

Q53- Examen au spéculum

Q54- Toucher vaginal

Q55- Examen du bassin

Q56- Recherche des œdèmes

Q57- Aider à descendre de la table.

Q58- Eclairage était-il suffisant

Score maximum attendu =20

Score minimum attendu = 0.

- Relations humaines:

Q64- Gentillesse du ton

Q65- A-t-elle fait des salutations d'usage à son départ ?

Q66- Pendant ou au décours de l'examen a-t-on expliqué à la gestante l'évolution de la grossesse ?

Q67- A-t-il demandé à la consultante de revenir ?

Q68- Lui a-t-il précisé quand ?

Score maximum attendu =5

Score minimum attendu = 0.

- Au niveau des Conseils:

Q69- A-t-on donné des conseils

Q70- A-t-on expliqué les signes d'alerte ? Et que faire s'ils survenaient ?

Q71- Si oui quels sont les signes d'alerte ?

Score maximum attendu = 3

Score maximum attendu =0.

- Au niveau de l'hygiène:

Q72- Un tissu est-il posé sur la table d'examen ?

Q73- Si oui est-il fourni par le centre ?

Q74- Est-il différent des femmes précédentes ?

Q75- Le praticien s'est-il lavé les mains avant d'examiner une autre consultante ?

Q76- Le praticien a-t-il utilisé des gants ou un doigtier ?

Q77- À la fin de la consultation le matériel est-il changé ?

Q80- Le praticien a-t-il commis une faute d'hygiène ?

Score maximum attendu = 7

Score minimum attendu = 0.

- Au niveau de la conclusion:

Q82- Le praticien a-t-il tiré une conclusion ?

Q83- Si elle appartient à un groupe à risque, le lui a-t-il annoncé ?

Q84- Référence vers un autre établissement +Q85- Nom de l'établissement de référence.

Q86- Le praticien a-t-il annoncé à la gestante la DPA ?

Q87- Préparation d'un plan pour l'accouchement ?

Score maximum attendu = 5

Score minimum attendu = 0.

- Respect physique et psychique:

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

OPC4- Comment étiez vous installé pendant l'attente ?

OPC6- Avez-vous trouvé l'attente longue ?

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



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

OPC12- Avez-vous été satisfaite ?

Score maximum attendu = 6

Score minimum attendu = 0.

- Respect de l'intimité:

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

OPC81- Examen à l'abri des regards ?

Score maximum attendu =2

Score minimum attendu = 0.

- Respect de la confidentialité:

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

Score maximum attendu = 1

Score minimum attendu = 0.

## **1. Considérations éthiques**

Le présent protocole a été soumis à la revue critique du comité d'éthique de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako et a reçu l'autorisation. Il s'agit d'une étude purement prospective par questionnaire qui n'a nécessité donc ni prélèvement ni intervention.

Les éléments de nature éthique suivants ont été pris en considération dans l'élaboration du protocole :

- Cette étude répond à une question de santé publique majeure au Mali en rapport très étroit avec des soins qui ont une grande importance. La consultation prénatale joue un rôle important dans la réduction de la mortalité materno-fœtale. L'étude débouchera sur des définitions opérationnelles qui seront des recommandations.
- L'enquête était basée uniquement sur l'observation et l'interrogatoire ne comportant pas de danger et d'inconvénient pour les personnes interrogées.
- Les résultats ont permis de connaître les compléments de formations qu'il serait nécessaire d'apporter aux personnels.
- L'adhésion à l'enquête était libre et sans contrainte et toute personne volontairement pouvait arrêter sa participation à n'importe quel moment de l'étude.

## **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 conseling car le dépistage du VIH est systématique chez les nouvelles après conseling.

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

La protection contre la poussière et les mouches sont 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<sup>ère</sup> visite la gestante paye 500 FCFA pour le carnet de suivi et la consultation est gratuite

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.

### 1.1 Etude descriptive de la structure :

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

Evaluation de la qualité de la consultation prénatale au CSREF de la commune I du district de Bamako

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		+			3	Réseau public. Téléphone pour la réception, groupe électrogène 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 :

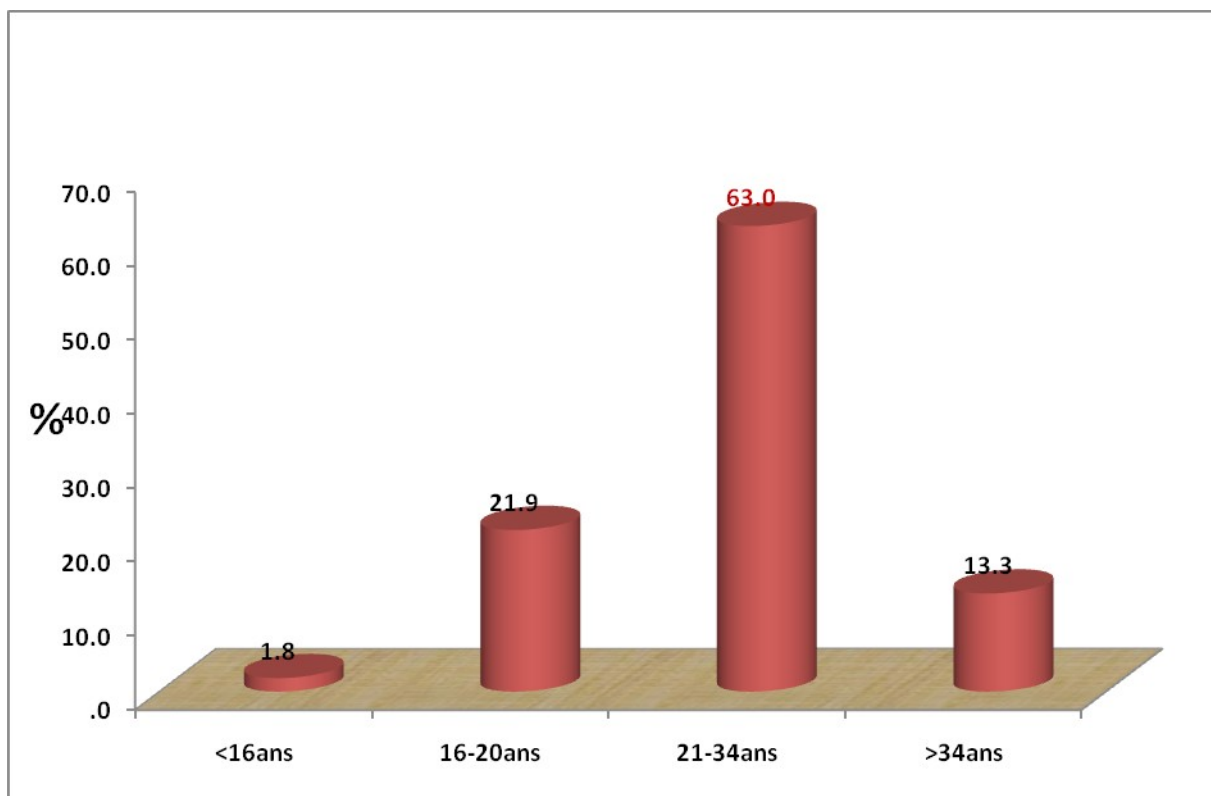
Niveau 4 : 95-100%SC.MAX soit 48 à 52

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 45/52 (86,5%).



**Figure 1 : Répartition des gestantes selon l'âge : L'âge moyen de consultation**

Prénatale était de 21-34 ans.

## 1.2. Caractéristiques socio démographique des gestantes

**Tableau II : Répartition des gestantes selon la résidence**

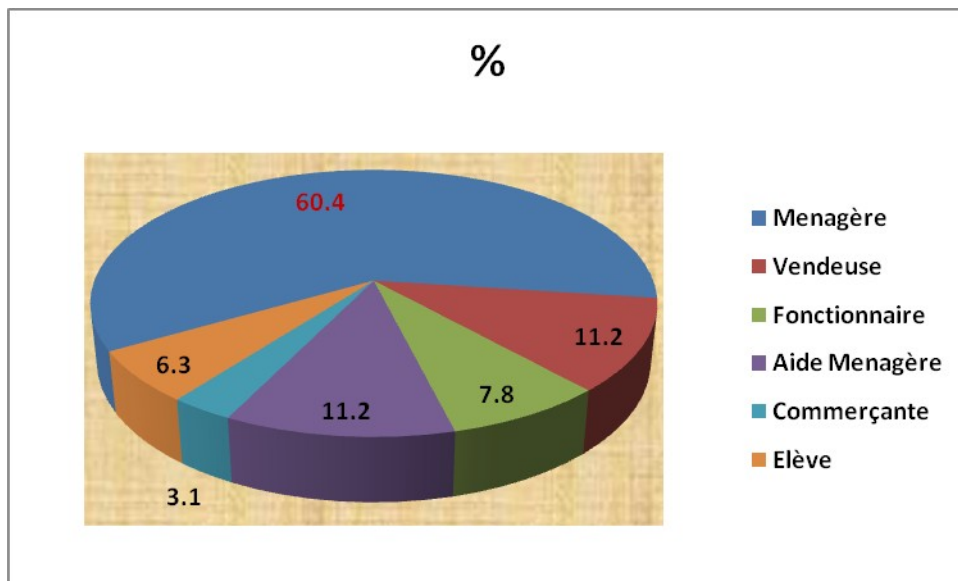
Résidence	Effectifs	Pourcentage
Boukassoumbougou	75	19,5
Korofina	105	27,3
Banconi	69	18,0
Djelibougou	44	11,5
Doumazana	31	8,1
Moriba	16	4,2
Fadjiguila	13	3,4
Titibougou	5	1,3
Sangarebougou	14	3,6
Autres	12	3,1
Total	384	100,0

Autres : Hippodrome, Dialakorodji, Missira, Baco Djicoroni, Zone Industrielle

27,3 des gestantes résident à korofina

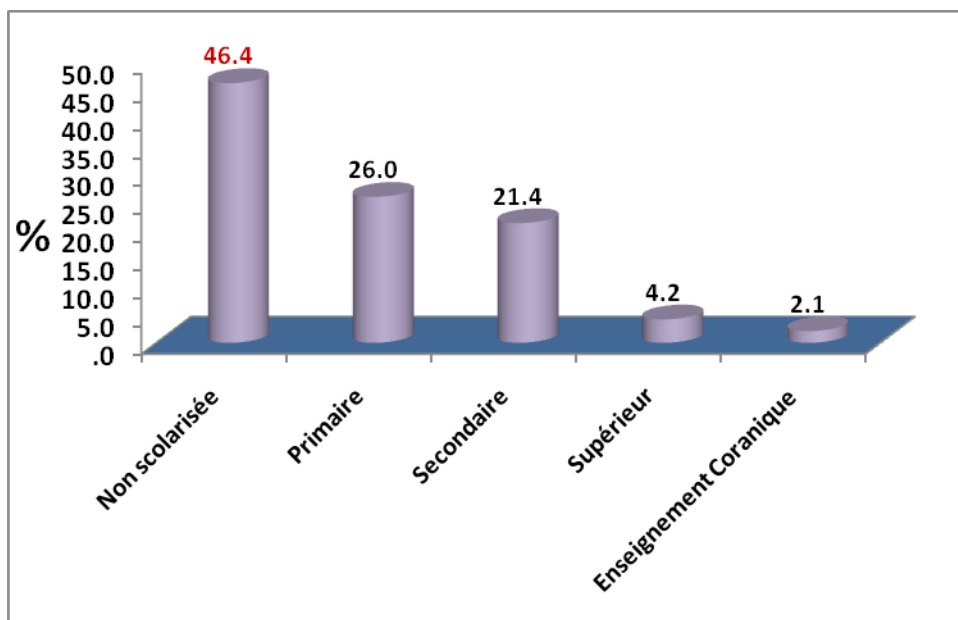
NB/ Titibougou, Sangarébougou, et Moribabougou ne font pas partir de l'aire de santé du CSREF de la commune I





**FIGURE 3 : Répartition des gestantes selon la profession**

Les ménagères ont été les plus représentées avec 232 sur 384 soit 60,4%

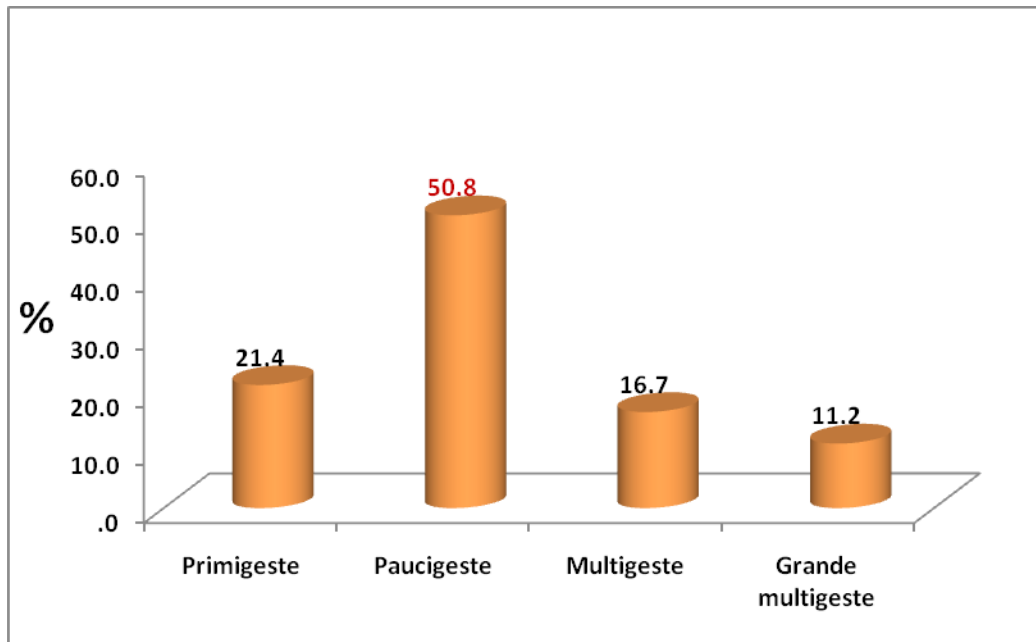


**Figure 4 : Répartition des gestantes selon le niveau de**

**scolarisation**

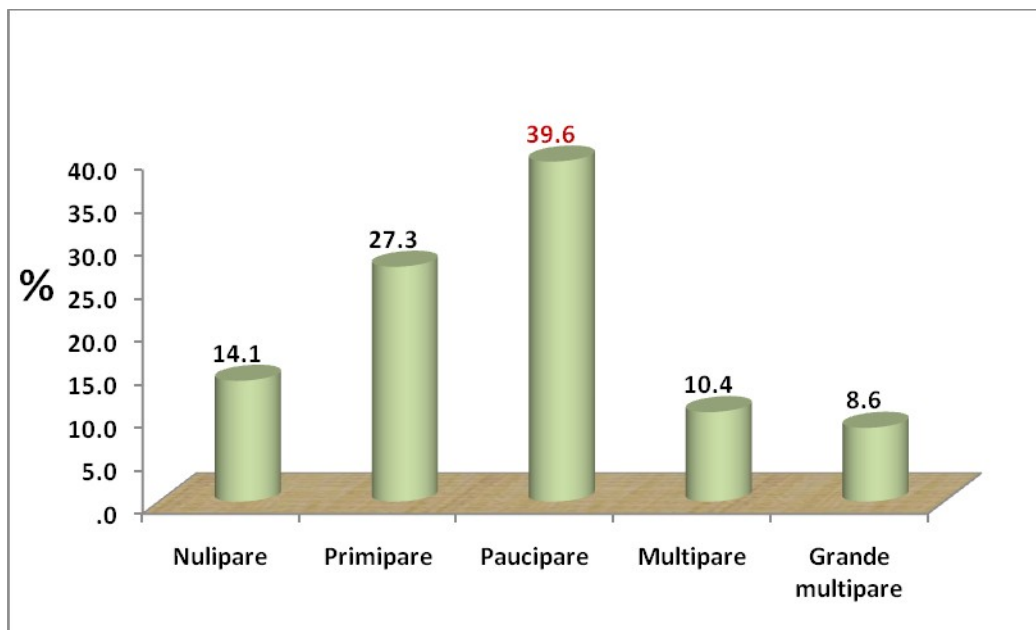
Les non scolarisés étaient les plus représentés soit 46,4%.

Le niveau enseignement coranique était moins représenté soit 2,1%



**Figure 5 : Répartition selon la gestité.**

Les pauci gestes étaient les plus représentés avec 50,8% contre 11,2% de grande multi geste



**Figure 7 : Répartition selon la parité : Le taux des pauci pares est de 39,6%**

### Tableau III : Répartition selon le statut matrimonial

Etat matrimonial	Effectifs	Pourcentage
Célibataire	55	14,3
Mariée	329	85,7
Total	384	100,0

Les femmes mariées étaient les plus représentées avec 85,7%

## 2- Etude des Procédures

### 2-1 Etude descriptive :

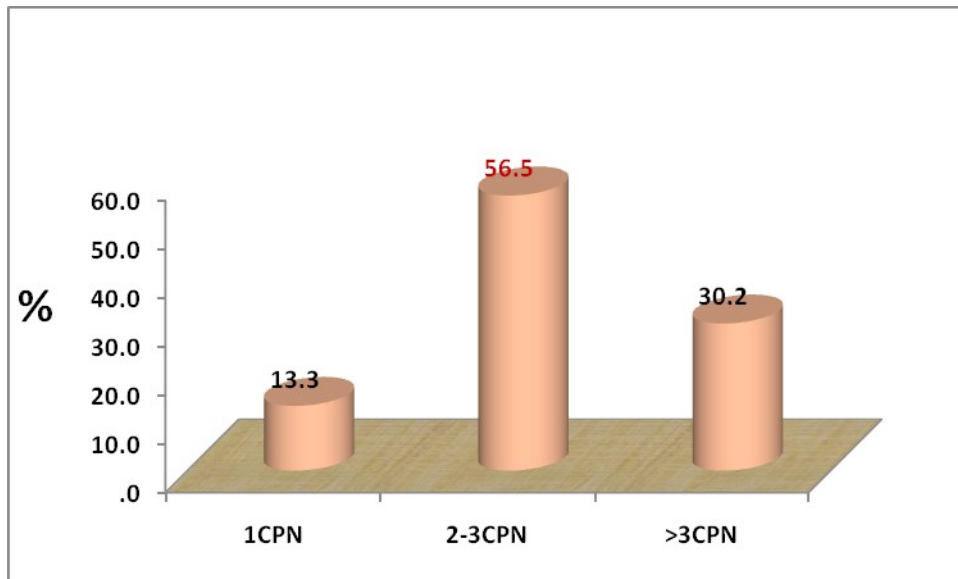
#### 2-1-1 Données des CPN :

### Tableau IV : Répartition des prestataires selon leur qualification

Qualification	Effectifs	Pourcentage
Médecin	19	4,9
Sage femme	324	84,4
Infirmière Obstétricienne	41	10,7
Total	384	100,0

NB/ Aucun cas de consultation par un interne ou une aide soignante

La majorité des consultations ont été faite par les sages femmes (84,4%)



**Figure 7 : Répartition des gestantes selon le nombre de CPN.**

Le nombre moyen de CPN était de 2-3.

**Tableau V : Répartition des gestantes selon la durée des CPN en minute**

Durée de la CPN	Effectifs	Pourcent
<5mn	40	10,4
5-10	262	68,2
>10mn	82	21,4
<b>Total</b>	<b>384</b>	<b>100,0</b>

La durée des CPN était comprise entre 5 – 10 min dans 68,2 % des cas

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

Histoire de la grossesse	Effectif N=384	Pourcentage
Détermination de l'âge de la grossesse	329	85,5
Détermination de la date probable d'accouchement	294	76,6
Détermination de la date des dernières règles	119	31,0

L'âge a été déterminé dans 85,5 %.

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

Conditions d'accueil	Effectif N=384	Pourcentage
La consultante a-t-elle été invitée à s'asseoir	384	100,0
Salutations conformes aux convenances sociales	346	90,1
Gentillesse du ton	379	98,7
Salutations d'usage au départ	384	100,0

Les conditions d'accueil sont satisfaisantes dans plus de 90 % des cas.

**Tableau VIII : Répartition des gestantes selon les antécédents Obstétricaux demandés**

Antécédents obstétricaux	Effectif N=384	Pourcentage
Gestité	384	100
Parité	384	100
vivant	367	95,6
Fausses couches	354	92,2
Mort-nés	324	84,4
Décès	291	75,8
Césarienne	216	56,3
Forceps/Ventouse	113	29,4
Eclampsie	93	24,2

Les antécédents obstétricaux de césarienne, de forceps, de ventouse ont été demandés respectivement dans 56 ,3 % et 29,4 % L'antécédent d'éclampsie n'a été demandé que dans 24,2 % des cas.

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

Antécédents Médicaux	Effectif N= 384	Pourcentage
Infection urinaire :	279	72, 7
HTA :	346	90, 1
Diabète :	334	87,0
Affection cardiaque :	138	35, 9
Tuberculose :	158	41, 1
IST :	211	54,9
Drépanocytose :	345	89, 8

Les antécédents d'affection cardiaque et de Tuberculose n'ont été demandés respectivement que dans 35,9% et 41,9% des cas.

**Tableau X: Répartition des gestantes selon le déroulement de l'examen clinique.**

Déroulement de la consultation	Effectif	Pourcentage
--------------------------------	----------	-------------

	(N=384)	
Explication déroulement de la consultation	341	88,8
Mesure de la taille	15	3,9
Pesée	384	100
Recherche de boiterie	264	68,8
Aide à monter sur la table	367	95,6
Examen des conjonctives	384	100
Examen des seins	376	97,9
Consultation cardiaque	173	45,1
Consultation pulmonaire	145	37,8
Palpation de l'abdomen	343	89,3
Mesure de la hauteur utérine	354	92,2
Auscultation des BDCF	362	94,3
Position du fœtus	280	72,9
Examen au spéculum	22	5,7
Toucher vaginal	384	100
Examen du bassin	384	100
Recherche d'œdème	340	88,5
Aide à descendre de la table	372	96,9
Eclairage était il suffisante	384	100
Examen à l'abri du regard	384	100

La mesure de la taille et l'examen au speculum n'ont été faites respectivement que dans 3,9% et 5,7% des cas.

**TABLEAU XI: Répartitions des gestantes selon les examens complémentaires**



Examens complémentaires	Effectifs N=384	absolus	Pourcentage %
Albumine/Sucre dans les urines	317		82,6
Test d'Emmel	320		83,3
Groupage rhésus	371		96,6
Taux d'hémoglobine	95		24,7
BW	319		83,1
Sérologie toxoplasme	82		21,4
Dépistage du VIH	52		13,5
Echographie	313		81,5

Le groupage rhésus a été demandé dans 96,6% des cas. Le dépistage volontaire du VIH n'a été demandé que chez 52 gestantes soit 13,5% des cas.

**TABLEAU XII : Répartition des gestantes en fonction de la pathologie rencontrée au cours de la grossesse actuelle**

Pathologie rencontrée	Effectifs absolus N=384	Pourcentages %
Paludisme	95	24,7
Infection urinaire	40	10,4
IST-VIH/SIDA	8	2,0
Anémie	107	27,8
Menace d'accouchement prématuré	37	3,6
Menace d'avortement tardif	17	4,4
Autres	28	7,2

Autres : Drépanocytose, HTA, Diabète

L'anémie a été la pathologie la plus rencontrée au cours de la grossesse avec 27,8% et les IST-VIH/SIDA la moins rencontrée soit 8 cas .

### **TABLEAU XIII : Répartition des gestantes selon les prescriptions des traitements préventifs**

Prescription des traitements préventifs	Effectifs absolus N=384	Pourcentage %
Fer/acide folique	384	100
SP + MII	366	95 ,3
VAT	303	78,9

Le vaccin anti tétanique était la moins demandée dans 78,9% des cas.

**TABLEAU XIV : Répartition des gestantes selon les conseils donnés**

Conseils donnes	Effectifs absolus N=384	Pourcentages %
IST/SIDA	211	54,9
Sur le repos	248	64,6
Sur l'alimentation	230	59,9
Planning familial	76	19,8

Plus de la moitié des gestantes ont reçu des conseils sur les IST/SIDA soit 54,9% des cas.

**TABLEAU XV : Répartition des gestantes selon le recueil des paramètres de continuités de soins**

Paramètre de la continuité des soins	Effectifs absolus N=384	Pourcentages %
--------------------------------------	-------------------------	----------------

---

Pourquoi examens complémentaires	les	366	95,3
Où aller les faire		371	96,6
Date de la prochaine consultation a été précisé		194	50,5
L'évolution de la grossesse a été expliquée		384	100
Signes d'alertes ont été expliqué		337	87,8
Préparation d'un plan pour l'accouchement		325	84,6

---

Les signes d'alertes ont été expliqués dans 87,8% des cas, une date de la prochaine consultation n'a été précisée que dans 50,5% des cas.

**TABLEAU XVI : Répartition des gestantes en fonction de la réalisation des gestes liées à l'hygiène de la consultation.(qualité des soins)**

Gestes liés à l'hygiène de la CPN	Effectifs N=384	absolus	Pourcentages %
Le praticien a porté des gants ou un doigtier	384		100
Le matériel a-t-il été changé à la fin de l'examen physique (gants, doigtier)	384		100
Tissu posé sur la table	376		97,9
Tissu est –il différent d'un examen à l'autre	377		98,2
Le praticien s'est lavé les mains avant l'examen	48		12,5
Fautes d'asepsie	336		87,5

Dans 87,5% des cas les praticiennes ne se sont pas lavées les mains avant d'examiner une nouvelle cliente.

**TABLEAU XVII: Répartition des gestantes selon les facteurs de risque retrouvés**

Facteurs de risque	Effectifs	Pourcentage %
Age < 16 ans	2	11,1

Grande multipare	3	16,6
HTA	6	33,3
Dernier accouchement dystocique	1	5,6
Taille < 150 cm	1	5,6
Antécédent de mort né	2	11,1
Antécédent de fausse couche	2	11 ,1
Cardiopathie	1	5,6
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

L'antécédent d'HTA (33,3%) a été le facteur de risque le plus retrouvé.

**TABLEAU XVIII : Répartition des gestantes selon le pronostic d'accouchement lors de la dernière CPN**

<b>Pronostic d'accouchement</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage %</b>
Césarienne prophylactique	14	8,3
Epreuve utérine	30	17,9
Epreuve de Travail	4	2,4

Voie basse normale	108	64,3
Autres	4	2,4
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100</b>

64,3% des gestantes vu au cours du 3<sup>em</sup> trimestre de la grossesse avaient un pronostic d'accouchement par voie basse normale.

Autres : Césarienne d'urgence ( placenta preavia recouvrant hémorragique, utérus bicatriciel en travail)

NB/ Ce tableau ne concerne que les gestantes vu au 3<sup>em</sup> trimestre de la grossesse

**TABLEAU XIX : Analyse discriminatoire de la qualité de l'interaction gestantes prestataires.**

Interaction gestantes prestataires	Effectifs N=192	absolus	Pourcentages %
Réception agréable	192		100
Ordre de passage respecté	187		97,4
Attente confortable	154		80,2
Confidentialité respectée	192		100
Attention portée	188		97,9
Satisfaction des	192		100

---

gestantes

---

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

**TABLEAU XX : Répartition des gestantes en fonction de leur opinion sur l'état des locaux.**

Locaux	Effectif	Pourcentage
Vieux et sales	9	4,7
Nouveaux, sales	34	17,7
Vieux, propres	15	7,8
Nouveaux et propres	134	69,8
Total	192	100

-Les gestantes ont apprécié l'état des locaux du CSREF de la commune I Nouveaux et propres dans 69,8% des cas.

**TABLEAU XXI : Répartition des gestantes en fonction de leur opinion sur l'accessibilité et l'état des toilettes.**



Toilettes	Effectif	Pourcentage
Non accessible	47	24 ,5
Accessible	102	53,1
Accessible, mais salle	5	2,6
Accessible, mais propre	38	19,8
Total	192	100

Plus de la moitié des gestantes trouve que les toilettes sont accessibles et seulement 19,8% trouvent qu'elles sont propres.

**TABLEAU XXII: Répartition des gestantes selon le type de conseils reçus sur les conditions de l'accouchement**

Type de conseils reçus sur les conditions de l'accouchement	Effectifs absolus	Pourcentages %
Non on ne m'a rien dit de particulier	49	25,5
On m'a dit de ne pas accoucher à domicile	5	2,6
On m'a dit de venir accoucher à la maternité	138	71,9
On m'a dit d'aller accoucher dans un service spécialisé	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>192</b>	<b>100</b>

Plus de la moitié des gestantes (71,9% des cas) ont affirmé qu'on leur a dit de venir accoucher à la maternité.

### 3. Etude analytique:

#### 3.2.1 Qualité de la dimension humaine de la CPN :

**Tableau XXIII : Niveau de qualité du centre de santé de référence de la commune I sur le plan de la qualité de l'accueil.**

N=384

Variable	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3 + Q4	Niveau de qualité			
						I	II	III	IV
Accueil	0		124	260	384 100%				+

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

**Tableau XXIV: Niveau de qualité du centre de santé de référence de la commune I sur le plan de la qualité de l'examen physique.**

N=384

Variable	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3 + Q4	Niveau de qualité			
						I	II	III	IV
Examen physique	0	104	280	0	64 72,9 %			+	

Le centre de santé de référence de la commune I est de niveau III sur le plan de la qualité de l'examen physique

**Tableau XXV: Niveau de qualité du centre de santé de référence de la commune I sur le plan de la qualité des examens complémentaires obligatoires demandés et des soins préventifs.**

N=384

Le centre de santé de référence de la commune I est de niveau IV sur le plan de la prescription des examens complémentaires obligatoires et des soins préventifs, de niveau III sur le plan de la prescription des examens complémentaires facultatifs.

**Tableau XXVI: Niveau de qualité du centre de santé de référence de la commune I sur le plan de la qualité des conseils donnés par les prestataires.**

N=384

Variable	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3 + Q4	Niveau de qualité			
						I	II	III	IV
Conseils	32	44	300	8	308 80,20 %				+

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

**Tableau XXVII: Niveau de qualité du centre de santé de référence de la commune I sur le plan de la qualité de l'hygiène.**

N=384

Variable	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3 + Q4	Niveau de qualité			
						I	II	III	IV

Hygiène au cours des CPN	8	34 9	37	0	37 9,63%	+			
--------------------------	---	---------	----	---	-------------	---	--	--	--

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

**Tableau XXVIII: Niveau de qualité du centre de santé de référence de la commune I sur le plan de la qualité du respect physique et psychique.**

N=192

Variable	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3 +Q4	Niveau de qualité			
						I	II	III	IV
Respect physique et psychique	0	27	0	16 5	165 85,93 %				+

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

**Tableau XXIX: Niveau de qualité du centre de santé de référence de la commune I sur le plan de la qualité de l'intimité.**

N=192

Variabl	Q	Q	Q	Q4	Q3	Niveau	de
---------	---	---	---	----	----	--------	----

e	1	2	3		+Q4	qualité			
						I	II	III	IV
Intimité	0	0	0	192	192				+
				2	100%				

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

**Tableau XXX: Niveau de qualité du centre de santé de référence de la commune I sur le plan de la qualité du respect de la confidentialité.**

N=192

Variable	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3 +Q4	Niveau de qualité			
						I	II	III	IV
Confidentialité	0	0	0	192	192				+
				2	100%				

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

**Tableau XXXI: Niveau de qualité du centre de santé de référence de la commune I sur le plan de la qualité des relations patiente-prestataire.**

N=384

Variable	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3 +Q4	Niveau de qualité			
						I	II	III	IV

							I	II	III	IV
La relation humaine	0	8	21	35	376	97,91 %				+

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



## **VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS**

### **1- Méthodologie :**

Notre étude s'est déroulée à Korofina dans le centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako, de Novembre à Décembre 2011 sur la qualité des consultations prénatales.

Elle s'est inspirée du postulat de Donabedian A. [10] évaluation des structures, des procédures et des résultats.

L'enquête a porté sur 384 gestantes ayant fréquenté le service de CPN pendant cette période.

Elle nous a permis :

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

Dans notre approche méthodologique, nous avons procédé au choix des variables discriminatoires. Si l'une de ces variables venait à manquer, elle remettrait en cause l'ensemble de la qualité de l'acte de soins prénatals dans la catégorie de domaine de qualité définie. Ce qui nous à permis de situer le CSREF de la commune I par niveau de qualité, et partant de cela le repérage des problèmes à différent niveau de qualité. Notre évaluation doit être suivie d'action pour réduire ces problèmes afin d'obtenir une qualité de prestation. Le personnel soignant était d'une grande disponibilité et d'une parfaite courtoisie, et nous n'avons pas rencontré de difficultés pour le remplissage des supports

Nos gestantes ont toutes été consentantes pour faire partie de l'étude.

Pour ce qui concerne la discussion des résultats, nous avons trouvé principalement des études faites au Mali sur plusieurs Cskom : ASACOBBA, ASACOBKON, ADASCO et MIPROMA respectivement en commune I, III, V et VI ; ainsi que dans les centres de santé de référence des communes I, II, IV et V du district de Bamako et de Bougouni.

Toutes ces études ont utilisé les mêmes méthodologies inspirées du postulat de DONABEDIAN. A.

## 2- Qualité des structures :

En ce qui concerne la qualité des structures. Nous avons hiérarchisé 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 la poussière les moustiques, niveau 4. En 2006 Goita N. [12] et Maiga A.S [14] en 2008 avaient trouvés 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. [12] et Maiga A.S [14] qui avaient trouvé 3 mais elle avait été scorée 0 par Fomba S. [11] en 2003 et par Konaté Sega [13] 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. [12] et Maiga A.S [14] avaient trouvé le même résultat tandis que Fomba S. [11] et Konaté S. [13] 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. [12] et Maiga A.S [14] qui avaient aussi trouvé 4 pour cette référence; par contre chez Fomba S. [11] 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 Maiga A.S [14], Goita N. [12], Fomba S. [11], Konaté S. [13] qui avaient tous eu le score 4.

Le système d'éclairage et de communication est scoré à 3, car groupe électrogène fonctionnel, seulement pour le bloc opératoire. Ce résultat est meilleur à celui de Maiga A.S [14] qui avait trouvé un score à 2, car le groupe électrogène était non fonctionnel.

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  $45/52=0,865$  soit 86,5 % ce qui correspondait au niveau III donc le centre est de bonne qualité dans ce domaine. En 2006 Goita N. [12] a trouvé un niveau VI au CSRef de la Commune V tandis que Konaté S. [13] 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.

Les nullipares représentaient 14,1% de l'échantillon taux inférieur à ceux de

Sangaré. F au Cs réf CIV [24] :27,1% de Maiga.A.S dans notre centre en 2008 [14] :27,0% et de Traoré. I à l'ADASCO [26] : 22,5%. Les grandes multipares représentaient 8,6% des gestantes, ce résultat est comparable à ceux de Traoré. I à l'ADASCO [26] :7,5%, Sangaré. F au Cs réf CIV [24] : 6,1% et Maiga.A.S dans notre centre en 2008 [16] : 6,0%.

Ce volet est très important à déterminer car la mortalité périnatale est la moindre pour les 2ème, 3ème et 4ème grossesses. Elle est plus élevée pour la 1ère grossesse et augmente à partir de la 5ème grossesse [18].

### 3. Etude des procédures:

#### 3.1 Etude descriptive:

##### 3.1.1 Données des CPN:

Dans notre étude les activités de CPN ont été réalisées par les sages femmes dans 84,4% des cas, les infirmières obstétriciennes dans 10,7% et les médecins dans 4,9% des cas.

Aucune CPN n'a été faite par une aide-soignante. Les consultations en majorité ont été faites par le personnel qualifié et cela a un impact favorable sur la qualité des CPN. Ce résultat est supérieur à celui de Maiga A.S [14] en 2008 dans le même centre 66,5% par les sages femmes et 33,5% par les infirmières obstétriciennes et aucun cas de consultation par un médecin.

Selon les normes de l'OMS, la première CPN doit être effectuée par un médecin (gynécologue-obstétricien) et cela pour confirmer le diagnostic de la grossesse et de prendre en charge celle qui comporte des risques [20].

Dans 68,2% de cas les CPN ont été faites entre 5 à 10 minutes; dans 10,4% des cas elles ont duré moins de 5 minutes. Ce résultat est comparable à celui de Maiga A.S [14] en 2008 dans notre centre qui avait trouvé respectivement 64% et 8%. La courte durée d'une consultation met en cause la qualité de celle-ci; cela veut dire que des étapes n'ont pas été respectées. Cette brièveté de la durée des CPN serait due au fait que les gestantes étaient à leur 3ème CPN ou plus et n'avaient pas de facteurs de risques associés à la grossesse.

D'une manière générale nous dirons que la durée des CPN était meilleure par rapport à celle de Goita N [12] qui avait seulement 17% des CPN déroulées en moins de 5 minutes et de Sangaré .F [24] :23,8% de CPN réalisées en moins de 5 minutes.

La DDR (Date des Derniers Règles) n' était connue que dans 31% des cas.

Ce taux est supérieur à celui de Traoré. I à l'ADASCO [26] :21,5%, et inférieur à celui de Sangaré.F au Cs réf CIV [24] : 45,8% .Ce faible taux

serait dû à la non scolarisation de nos gestantes (46,4%) et de l'abandon précoce des études depuis le niveau primaire par nos gestantes dans 26%.

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

La DPA était connue chez 76,6% des gestantes, taux supérieur à ceux de Goita. N Cs réf CV [12] : 3% et de Fomba.S à la MIPROMA [11] : 1,8% des cas, mais comparable à celui de Sangaré. F au Cs réf CIV [24] où 67,3% des gestantes ne connaissaient pas leur DPA.

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

Concernant l'examen physique, nous avons constaté que les gestes tels que la mesure de la taille et l'examen au spéculum n'étaient exécutés que dans respectivement 3,9 et 5,7%. Ce taux est faible par rapport à Maiga A.S [14] qui avait trouvé 22,0% dans notre centre en 2008

Aucune gestante n'a été examinée avec le speculum, chez Fomba S [11] au cours de son étude à la MIPROMA en 2003. Cette utilisation rare de speculum dans notre étude est due à la négligence du personnel. Les autres éléments de l'examen physique tels que la recherche de boiterie, la prise de poids, la prise de la TA, la recherche d'œdème, l'examen des conjonctives la mesure de la hauteur utérine la palpation abdominale l'auscultation des BDCF, le toucher vaginal étaient effectués chez la plupart des gestantes. Ces résultats sont similaires à ceux de Sangaré.F.au Cs réf CIV [24] et de l'ADASCO Traoré I [26].

L'examen prénatal du dernier mois de la grossesse est capital, car il permet d'établir le pronostic de l'accouchement. Nous avons constaté que le bassin a été apprécié chez toutes nos gestantes. Ce taux est meilleur à ceux de Fomba. S [11] et Goita. N [12] où le bassin n'a jamais été apprécié. L'examen du bassin est un élément précieux de cet examen, il est fondamental de respecter scrupuleusement cette étape. Le groupage rhésus, le test d'Emmel, le BW albumine/sucre dans les

urines étaient systématiquement demandés à la 1ère consultation prénatale.

L'Albumine/sucre dans les urines comme l'examen de routine au cours de la CPN était demandé dans 82,6% des cas, ce résultat est supérieur à ceux de Sangaré. F [24] :75,7% et de Maiga.A.S [14] :24,5% respectivement aux Cs réf CIV et dans notre centre en 2008. Nous avons enregistré 96,6% de femmes ayant bénéficié du groupage sanguin rhésus; Goita N. au Cs réf CI I [12] avait eu 99% cela s'expliquerait par le fait que le groupage sanguin est systématique.

Le dépistage du VIH/SIDA en vue du programme de la PTME (Transmission Mère Enfant du VIH) était de 13,5% dans notre étude. Ce faible taux est dû à la rupture momentanée de test rapide pendant notre étude.

L'échographie représente aujourd'hui le plus important moyen de diagnostic et de surveillance de la grossesse. Elle était demandée dans 81,5% des cas, taux supérieur à ceux de Traoré. I à l'ADASCO [26] : 46,5% et de Sangaré. F au Cs réf CIV [24] : 51,4%.

La totalité des gestantes (100%) ont bénéficié de la prescription de fer et de l'acide folique. Ce taux est supérieur à celui de Maiga.A.S dans notre centre en 2008 [14] :82% et Sangaré.F Cs réf CIV [24] : 73,3%, Ce résultat témoigne que la supplémentation en fer et en acide folique était assurée. Par rapport à la chimio prophylaxie contre le paludisme, la SP (Sulfadoxine Pyriméthamine) a été prescrite chez 95,3% des gestantes. Ce taux est supérieur à celui de Sangaré .F au Cs réf CIV [24] : 55,2%, Traoré .I à l'ADASCO [26] :49%. Ce taux pourrait s'expliquer par le fait que les contre indications de la SP étaient bien respectés (premier trimestre et neuvième mois de la grossesse).

Dans notre étude 78,9% de nos gestantes ont été vaccinées contre le tétanos, ce taux est inférieur à celui de Traoré. I à l'ADASCO [26] : 93,5% et supérieur à celui de Sangaré. F au Cs réf CIV [25] : 69,2%. 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 12,5% des cas. Ce taux est inférieur à ceux de Maiga A.S [14] en 2008 dans notre centre et de Goita N [12] qui

avaient trouvés respectivement 38,5% et 23,8%. Des efforts sont à fournir à ce niveau.

Au cours de cette étude, le conseil sur les IST/SIDA, la date de la prochaine consultation et l'évolution de la grossesse étaient expliqués aux gestantes avec respectivement 54,9%, 50,5%, 100% des cas. Ce résultat est nettement inférieur à celui de Traoré. I à l'ADASCO [27] par rapport au conseil sur les IST/ SIDA (63,5%) et sur la date de la prochaine consultation (93,5%) mais proche sur l'évolution de la grossesse dans 92% des cas.

Par rapport à l'opinion des gestantes, 69,8% des femmes ont trouvé les locaux nouveaux et propres, par contre 2,6% des gestantes ont trouvé que les toilettes étaient sales. Ce résultat témoigne que l'hygiène du centre intéresse bien les locaux ainsi que les toilettes. Cette remarque est différente de celle de Fomba. S [11] où l'hygiène de la MIPROMA n'intéressait pas assez les toilettes.

Dans notre étude seulement 25,5% des gestantes n'étaient pas informées sur les conditions de l'accouchement. Ce résultat est meilleur que celui de Fomba.S à la MIPROMA [11] où toutes les gestantes avaient affirmé que rien ne leur a été dit de particulier sur les conditions de l'accouchement.

### 3.1.2 Résultats de la CPN:

Dans les antécédents constituant les facteurs de risque recherchés chez les femmes enceintes, l'hypertension artérielle était le facteur de risque dominant avec 33,3 % suivie de la grande multiparité avec 16,6% ensuite des primipares jeunes (âge inférieur à 16ans), l'antécédent de fausse couche et l'antécédent de mort-né soit (11,1%). Les antécédents de dernier accouchement dystocique et de cardiopathie ont été retrouvés dans 5,6% des cas, et 5,6% des gestantes avaient une taille inférieure à 150 cm. Cependant en 2008 dans notre centre Maiga A.S [14] avait trouvé la grande multiparité comme facteur de risque dominant avec 25,5% suivie de l'antécédent de dernier accouchement dystocique (17%), l'antécédent de mort-né (12,7%), des primipares jeunes (4,2%) et 8,5% des gestantes avaient une taille inférieure à 150 cm. Ce résultat est comparable à celui de Maiga A.S [14] et meilleur à celui de Fomba .S [11] à la MIPROMA. Chez qui aucun de ces paramètres n'a été exploré.

A la fin de chaque consultation l'agent de santé devait tirer une conclusion. Au cours de notre enquête 4,7% ont été classées dans un groupe à risque. Parmi ces femmes classées à risque, 83,3% avaient reçu l'information sur le facteur de risque, cela veut dire que les praticiennes communiquaient beaucoup avec les consultantes. Mais aucun cas n'a été référé chez le gynécologue-obstétricien. En 2008 dans notre centre Maiga A.S [14] avait trouvé 23,5% des gestantes dans un groupe à risque dont 4,2% référées chez le gynécologue-obstétricien. Des efforts sont à fournir à ce niveau. On a observé le même cas au Cs réf CIV par Sangaré.F [24] bien qu'il y a eu plus de femmes classées à risque, où les références des gestantes à risque ont été très minimales 0,9% sur 26,2% de femmes présentant un facteur de risque.

### 3.2 Etude analytique:

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

Le respect physique et psychique était d'assez bonne qualité dans 85,93% conférant au CSREF le niveau IV, niveau supérieur à celui de Maiga.A.S [14] qui avait classé en 2008 le même centre de niveau III dans ce domaine.

Sur le plan de l'intimité et de la confidentialité, nous avons trouvé respectivement 100% dans les deux cas, c'est-à-dire très bonne, donc le Cs Réf est classé niveau IV pour ce volet. Cela se justifiait à l'observation. Ce résultat concordait avec ceux de Maiga .A.S [14] dans notre centre en 2008 et de Sangaré F. [24] au Cs réf CIV

A l'observation nous avons constaté que la relation humaine était très bonne dans 97,91% des cas donc le centre était de niveau IV.

Par ailleurs nous avons constaté que le centre était de niveau III sur le plan de l'examen physique, par-contre à ce niveau Maiga.A.S [14] avaient classé notre centre de niveau II en 2008. Il ya une amélioration à ce niveau.

Avec l'hygiène de la consultation, le centre est classé niveau I contre niveau II pour Maiga A.S en 2008. [14]



Par contre la qualité des conseils donnés aux gestantes et l'accueil (respectivement 100% et 80,20%) donc le centre est classé niveau IV tout comme en 2008 chez Maiga.A.S [14] dans notre centre, contre un niveau III chez Goita N. [12]

Ces opinions discordent un peu avec les observations faites. Les « protégés » sont mieux accueillis et ces dernières perturbent souvent l'ordre de passage

## VII. CONCLUSION

Notre étude faite au Centre de Santé de Référence de la commune I du district de Bamako de Novembre à Décembre 2011 a permis une analyse de la structure, une observation des CPN et l'opinion des gestantes concernant la qualité des soins reçus.

### 1. Evaluation des structures:

L'analyse du niveau de qualité de la structure montre que le centre est de niveau III où certaines références évaluées sont de bonnes qualités, mais il existe des défaillances à résoudre entre autres : absence de baladeuse, capacité limitée du groupe électrogène, absence de service de réanimation adéquate.

### 2. Evaluation des procédures:

La majorité des CPN a été fait par les sages femmes (personnel qualifié). Au cours de l'examen clinique certains paramètres tels que l'auscultation cardiaque et pulmonaire, l'utilisation du spéculum, la mesure de la taille, la recherche de boiterie, étaient sous évalués lors des CPN d'où la classification du Centre au niveau III.

En somme, sur le plan structurel le Cs Réf de la commune I du district de Bamako est classé niveau III; mais tout comme dans d'autres études [ 14], [ 24] des lacunes ont été observées sur le plan des procédures à savoir la non exécution de certains gestes importants de l'examen physique et des examens complémentaires.

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

A la suite de ces constats, nos résultats peuvent être utilisés pour améliorer la qualité des soins au Cs Réf de la commune I.

## **VIII. RECOMMANDATIONS**

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

### **2.1. Aux personnels de santé :**

- ✓ Appliquer plus rigoureusement les normes et procédures en santé de la reproduction
- ✓ Renforcer l'interaction patiente soignant par l'IEC sur le planning familial, sur les facteurs de risques, et les avantages à débiter la CPN au premier trimestre.
- ✓ Assurer une collaboration étroite entre les sages-femmes et médecin (gynécologue-obstétricien dans le suivi des gestantes à risque).

## 2.2. Aux Autorités sanitaires :

- ✓ Equiper adéquatement les centres de santé et plus particulièrement l'unité de CPN en matériel indispensable pour la CPN.
- ✓ Améliorer l'état des structures du centre selon les normes de référence.

## 2.3. Aux consultantes :

- ✓ Consulter le plus tôt possible le personnel de santé en cas de retard des règles et suivre régulièrement les CPN et respecter les rendez vous.
- ✓ Suivre correctement les conseils donnés par les prestataires et être consciente qu'elle est la première responsable et la première bénéficiaire de son bon état de santé.

## IX. REFERENCES

1. Angoulvent P :

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

2. Direction Nationale de Santé :

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

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

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

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

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

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

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

Procédures des services de santé de la reproduction (Mali),

Bamako, Mars 2000,230p.

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

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

10. Donabedian Adevis:

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

11. Fomba S : Qualité de la surveillance prénatale et de l'accouchement au centre de santé MIPROMA de Magnambougou en commune VI du district de Bamako d'Avril à Juillet 2002.Thèse de médecine Bamako 2003 M84. 103 P.

12. Goita N. : Evaluation de la qualité des consultations prénatales au service de Gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.Thèse Médecine 2006. M210.102P.

13. Konaté S : Qualité de la surveillance prénatale dans le centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako .Thèse médecine 2002, M33.56P.

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

15.Mahamat Nour-Azalo : Evaluation de la qualité de la consultation prénatale dans le centre de santé de miproma de Magnambougou en commune VI du district de Bamako. Thèse de médecine 2005.M147.

16.M'BAYE. R : Evaluation de la qualité de la consultation de l'accouchement dans les centres de santé :ASACOBABA, ASACOBOUL I, CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE I. Thèse de médecine 20008.M575.

17. Merger R, Lévy J, Melchior J : Précis d obstétrique 6 ème éd, étude clinique de la grossesse, Paris, Masson, 1995 : 583 pages.

18. MSF, Ballardur O., Bizieau O. : Obstétrique en situation d'isolement ; 1<sup>er</sup> éd. Paris : Hatier ; 1992. 222 pages.

19. OMS : Maternité sans risque : Information sur les activités de santé dans le monde ; Mars-Juillet 1992-N°8-12P.

20. OMS : Estimation révisée de 1990 de la mortalité maternelle 1<sup>ère</sup> édition nouvelle méthodologique OMS/UNICEF, Avril 1996, Genève P16.

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

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

Médecines sciences, 1995. Pages 7535-7537.

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

24. SANGARE F : Evaluation de la qualité des consultations prénatales dans le centre de sante de référence de la c commune IV du district de Bamako. Thèse de médecine 2007-2008.85 pages.

25. Saving New Born Lives:

Consulter en ligne À: [www.Save the children.Org/](http://www.Save the children.Org/) rapport, le 20aout 2006.

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

## X. ANNEXES

Evaluation de la qualité de la consultation prénatale au CSREF de la commune I du district de Bamako

### QUESTIONNAIRE SUR LA STRUCTURE

#### SANITAIRE

##### 1 –DONNEES PHYSIQUES:

###### 1.1 Sur les locaux :

Propriétaire	
Etat	
Association	
Commune	
Particulier (à préciser)	

Description des bâtiments				
Bâtiment	Nombre de pièces	Surface du bâtiment	Matériaux	Etat du bâtiment
Total				
Existe-t- il un système d'accueil ?				
Oui			Non	
Existence d'une pancarte pour l'orientation dans le centre ?				

Evaluation de la qualité de la consultation prénatale au CSREF de la commune I du district de Bamako

Oui		Non	
Eclairage des locaux			
Y 'a-t-il un éclairage électrique ?			
Si oui, lequel ?	Réseau publique	Si non, lequel ?	Lampe à pétrole
	Groupe électrogène		Lampe à gaz
	Energie solaire		Autre (à préciser)
Approvisionnement en eau			
Y' a-t- il de l'eau courante ?			
Si oui comment ?	Réseau publique	Si non comment ?	Forage
	Borne fontaine		
Les toilettes			
Existent- ils des toilettes ?			
Si oui, lesquelles	A chasse eau		
	Latrines		
Elimination des déchets			
EXISTE-t-il un système d'élimination des déchets médicaux ?			
Si oui, lequel ?	Incinérateur		
	Fosse		
	Autre (à préciser)		
Existe-t-il un moyen de communication ?			
Si oui, lequel ?	Téléphone		
	Radiophonie		
Mesures d'hygiène			
Les locaux sont-ils balayés tous les jours			
Des ordures traident- elles dans certains lieux			
Peut- on dire que les locaux ont la propreté voulue			



Evaluation de la qualité de la consultation prénatale au CSREF de la commune I du district de Bamako

1-2 Sur l'équipement

	Med Gen	CPN	Acc.	Vacc.	Salle obser	Total
1-Moyen de déplacement :						
_ Voiture						
_ Ambulance						
_ Motocyclette						
_ Mobylette						
_ Autres (à préciser						
2- Mobilier						
2-1 Non spécifique :						
_ Lits						
_ Berceaux						
_ Armoires						
_ Bureaux						
_ Tables						
_ Bancs						
_ Chaises						
_ Fauteuils						
2.2 Technique :						
_ Tables d'accouchement						
_ Tables d'examen						
_ Tables gynécologiques						

Evaluation de la qualité de la consultation prénatale au CSREF de la commune I du district de Bamako

3-Equipement	Medecine Gen	CPN	Acc	Vacc	Salle D'obser	Total
3-1- Boite d'instrument :						
- Boite accouchement						
- Boite petite chirurgie						
- Boite pansement						
- Boite suture						
3.2 -Matériel de stérilisation						
- Cocottes						
-Poupines						
3.3- Chaine de froid						
-Réfrigérateurs						
-Congélateurs						
-Récipients isothermes						
3.4 -Petits équipements						
-Tensiomètre						
- Stéthoscopes biauriculaires						
- Stéthoscopes obstétricaux						
- Toises adultes						
- Toises enfants						
- Pèses personnes						
-Spéculum						
- Pèses bébés						

Evaluation de la qualité de la consultation prénatale au CSREF de la commune I du district de Bamako

- Oscope						
- Ophtalmoscopes						
- Mètre ruban						
- Thermomètres						
3.5- Matériels de labo						
- Microscopes-						
-spectrophotomètres						
- Cellule malacèze						
- Centrifugeuse						
- Vestergreen						
- Hemoglobinomètre						
3.6- Gros équipements						
- Echographie						
- Radiographie						
- ECG						
- Autres (à préciser)						
Coût total						

1-3 Les ressources humaines

Personnel	Nombre de temps		Effectif total
	Ple n	Partiel	
Médecin			
Infirmier diplômé d'état			

Evaluation de la qualité de la consultation prénatale au CSREF de la commune I du district de Bamako

Sage – femmes			
Technicien de labo			
Laborantins (1 <sup>er</sup> cycle)			
Infirmiers 1 <sup>er</sup> cycle			
Matrones			
Aides soignantes			
Gérant de la pharmacie			
Comptables			
Manœuvres			
Gardiens			
TOTAL			

1-4 La formation continue (nombre de participants au cours des 12 derniers mois)

Personnel	Nombre de participants	Nombre de jours de formation
Médecins		
Infirmier diplômé d'état		
Sages-femmes		
Infirmiers 1 <sup>ER</sup> cycle		

Matrones		
Aides soignantes		

1-5 Nombre de visites de supervision au cours des 12 derniers mois :

Equipe de santé régionale	
Equipe de santé communautaire	
Autres (à préciser)	

## 2- Organisation du travail

Quels sont les horaires de travail ?

Quels sont les jours de consultation ? Par qui - sont elles effectuées ?

Quels sont les jours de consultation prénatale ? Par qui sont- elles effectuées ?

Quel est le nombre de CPN annuel dans le centre ?

## 3- SYSTEME DE TARIFICATION :

Existe-t-il des registres de consultation, si oui lesquels ? 1=Registre de consultation médicale

2= Registre de CPN, 3= Registre d'accouchement, 4=Registre de déclaration de naissance,

5=Autres (à préciser)

Quels sont les actes médicaux et chirurgicaux effectués par le personnel du centre ? Quels sont les tarifs ?

Evaluation de la qualité de la consultation prénatale au CSREF de la commune I du district de Bamako.

## FICHE D'ENQUETE

### I-OBSERVATION DES CPN

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

Q1 Date d'observation.....

Q2 Heure de la visite :.....

Evaluation de la qualité de la consultation prénatale au CSREF de la commune I du district de Bamako

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

Caractéristiques de la gestante (Si demandées)

Nom : ..... ; Prénom : .....

Q4 Age (ans) :

Q5 Ethnie : 1= ; 2=Peulh ; 3=Malinké ; 4=Bozo ; 5=Sonhrai ;

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

Q6 profession :  1=ménagère ; 2=vendeuse ; 3=fonctionnaire ; 4=aide ménagère ; 5=commerçante ; 6=autre : .....

Q7 Niveau scolaire :  1=Non scolarisée ; 2=primaire ; 3=secondaire ; 4=supérieur ; 5=Enseignement coranique

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

Q9 Résidence : .....

Q10 Nombre de CPN réalisée : .....

Caractéristique de la personne qui a pris en charge la parturiente

Q11 Qualification :  1=Médecin ; 2=Sage femmes ; 3=Matrone ; 4=Infirmière obstétricienne ; 5=Autres (à préciser) : .....

t-Accueil :

Q12 Salutation conforme aux convenances sociales :  1=oui ; 2=non

Q13 Consultante a-t-elle été invitée à s'asseoir :  1=oui ; 2=non

Q14 Demande du carnet de la grossesse précédente :  1=oui, présent ; 2=non, absent

Interrogatoire :

Q15 Détermination de la date probable d'accouchement :  1=Connue ; 2=Inconnue

Q 16 Détermination de la date des dernières règles :  1=Connue ; 2=Inconnue

Q17Détermination de l'âge de la grossesse :  1=Connue ; 2=Inconnue

Antécédents obstétricaux

Q18 Gestité :  1=oui ; 2=non  
R=

Evaluation de la qualité de la consultation prénatale au CSREF de la commune I du district de Bamako

Q19 Parité :  1=oui ; 2=non  
R=

Q20 fausses couches :  1=oui ; 2=non  
R=

Q21 Vivants :  1=oui ; 2=non  
R=

Q22 Mort-nés :  1=oui ; 2=non  
R=

Q23 Décédés :  1=oui ; 2=non  
R=

Q24 Causes des décès :  1=Infection néonatale ; 2=Paludisme ;  
3=Autre

Q25 Age des décès :

Q26 Césarienne :  1=oui ; 2=non  
R=

Q27 Forceps, ou Ventouse :  1=oui ; 2=non  
R=

Q28 Eclampsie :  1=oui ; 2=non  
R=

Q29 Autres : .....

Antécédents médicaux :

Q30 Infection urinaire :  1=oui ; 2=non  
R=

Q31 HTA  1=oui ; 2=non  
R=

Q32 Diabète :  1=oui ; 2=non  
R=

Q33 Affection cardiaque :  1=oui ; 2 =non  
R=

Q34 Tuberculose :  1=oui ; 2=non  
R=

Q35 IST :  1=oui ; 2=non  
R=

Q36 Drépanocytose :  1=oui ; 2=non  
R=

Evaluation de la qualité de la consultation prénatale au CSREF de la commune I du district de Bamako

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

Q38 Si autres précisions : .....

xx-Examens cliniques :

Q39 Avez vous expliqué le déroulement de la consultation ?  1=oui ; 2=non

Q40 Pesée :  1=oui ; 2=  
non R=

Q41 Mesure de la taille :  1=oui ; 2= non  
R=

Q42 Recherche d'une boiterie :  1=oui ; 2= non  
R=

Q43 Aider à monter sur la table :  1=oui ; 2= non  
R=

Q44 Examen des conjonctives : 1=Pale ; 2=Moyennement colorées ;  
3=Colorées

Q45 Examen des seins :  1= oui ; 2= non

Q46 Mesure de la TA : cm  1= oui ; 2 = non  
R=

Q47 Consultation cardiaque :  1= oui ; 2= non  
R=

Q48 Consultation pulmonaire :  1= oui ; 2=non  
R=

Q49 Palpation de l'abdomen : 1= oui ; 2= non  
R=

Q50 Mesure HU (hauteur utérine) :  1= oui ; 2= non  
R=

Q51 Auscultation bruit du cœur fœtal  1=oui ; 2=non  
R=

Q52 Position fœtus :  1=Céphalique ; 2=Siège ; 3=Transversal ;  
4=Autres

Q53 Examen au spéculum : 1=oui ; 2=non  
R=

Q54 Toucher vaginal :  1=oui ; 2=non  
R=



Evaluation de la qualité de la consultation prénatale au CSREF de la commune I du district de Bamako

Q55 Examen du bassin :  1=oui ; 2=non  
R=

Q56 Recherche œdèmes :  1=oui ; 2=non  
R=

Q57 Aider à descendre :  1=oui ; 2=non  
R=

Q58 L'éclairage était-il suffisant :  1=oui ; 2=non  
R=

Q59 Examen à l'abri des regards :  1=oui ;  
2=non R=

Examen para clinique

Q60 A-t- demandé des examens para clinique  1=oui ;  
2=non

Q61 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) :.....

Q62A-t-on expliqué pourquoi :  1=oui ; 2=non

Q63 Si oui à-t-on expliquer ou aller ?  1= oui ; 2= non

Soins préventifs

Prophylaxie anti palustre :  1=oui ; 2=non

Supplémentassions en fer et en acide foliq  1=oui ;  
2=non

VAT :  1=oui ;  
2=non

Relations humaines

Q64 Gentillesse du ton :  1=Bon ;  
2=Mauvais

Q65 A-t-elle fait des salutations d'usage à son départ ? 1=oui ; 2=non

Q66 Pendant ou au décours de l'examen a-t-on expliqué à la gestante l'évolution de la grossesse ?   
1=oui ; 2=non

Q67 A-t-il demandé à la consultante de revenir  1=oui ; 2=non

Q68 Lui a-t-il précisé quand :  1=oui ; 2=non

Conseils

Evaluation de la qualité de la consultation prénatale au CSREF de la commune I du district de Bamako

Q69 A-t-on donné des conseils  1=non ; 2=Sur le repos ; 3=alimentation ; 4=planning familial ; 5=MST/SIDA ; 6=Autres :.....

Q70 A-t-on expliqué les signes d'alerte et que faire s'il survient

1=oui ; 2=non

Q71 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

Q72 Un tissu est-il posé sur table d'examen  1=oui ; 2=non

Q73 Si oui est-il fourni par le centre ?  1=oui ; 2=non

Q74 Est-il différent des femmes précédentes :  1=oui ; 2=non

Q75 Le praticien s'est-il lavé les mains avant l'examen  1 = oui 2= non

Q76 Le praticien a-t-il utilisé des gants ou un doigtier :  1=oui ; 2=non

Q77 A la fin de la consultation le matériel est-il changé  1=oui ; 2=non

Q78 Le matériel est-il correctement nettoyé ?  1=oui ; 2=non

Q79 Le matériel est-il correctement désinfecté ?  1=oui ; 2=non

Q80 Le praticien a-t-il commis une faute d'hygiène ?  1=oui ; 2=non Q81 Si oui laquelle ? 1=Matériel souillé ; 2=Autre

Conclusion

Q82 Le praticien a-t-il tiré une conclusion ? Si oui laquelle ?

1=RAS ; 2=Classement dans un groupe à risque : si oui lequel

a- Age inf à 16 ans ; b- primipare âgée ; c- grande multipare ; d- HTA

e- dernier accouchement dystocique ; f- taille inf à 150 cm ; g- autres :

Q83 Si elle appartient à un groupe à risque, le lui a-t-il annoncé  1=oui ; 2=non

Q84 Référence vers un autre établissement  1=oui ; 2=non

Q85 Nom de l'établissement de référence :.....

Q86 Le praticien a-t-il annoncé à la gestante la D  1=oui ; 2=non

Q87 Préparation d'un plan pour l'accouchement ?  1=oui ; 2=non

Evaluation de la qualité de la consultation prénatale au CSREF de la commune I du district de Bamako

II Opinion des gestantes sur les CPN

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

OPC2 Date de terme prévu pour l'accouchement  1=oui ; 2=non

OPC3 L'ordre de passage a-t-il été respecté  1=oui ; 2=non

OPC4 Comment étiez vous installée pendant l'attente  1=inconfortablement ;  
; 2=confortablement ;

OPC5 Y avait-il des toilettes accessibles dans le service  1=non ; 2=oui ;  
3= oui, mais sale ; 4=oui, et propre ; 5= ne sais pas

OPC6 Avez vous trouvé l'attente longue ?  1=oui ; 2=non

OPC7 La personne qui vous a reçu a-t-elle été  1= Agréable ; 2=Désagréable

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

1=oui ; 2=non

OPC9 Avez vous trouvé que la consultation était suffisamment confidentielle ? (secret médical) :  1=oui ; 2=non

OPC10 Votre intimité a-t-elle été respectée  1=oui ; 2=non

3=Si non, pourquoi ?.....

OPC11 Comment avez vous trouvé les locaux  1=Vieux et sales ; 2=nouveau mais sales ; 3=Vieux mais propres ; 4=nouveau et propres

OPC12 Avez vous été satisfaite  1=oui; 2=non

3=Si non Pourquoi ?.....

OPC13 Vous a-t-on dit de revenir pour une prochaine Cf  1=oui ; 2=non

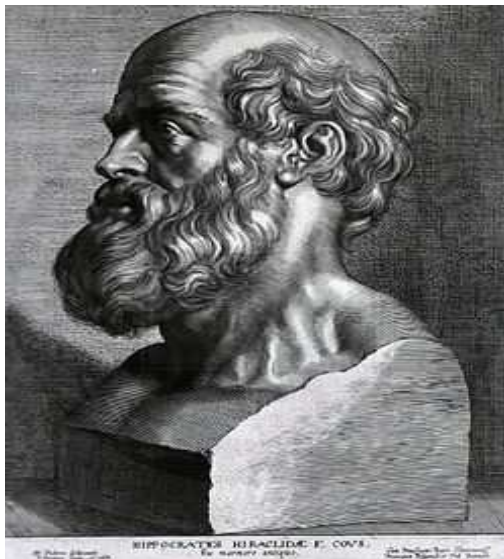
OPC14 Vous a-t-on donné des conseils pour l'accouchement ?

1=non, on ne m'a rien dit de particulier

2=on m'a dit de ne pas accoucher à domicile

3=on m'a dit de venir accoucher à la maternité et d'y venir dès le début du travail

4=on m'a dit d'aller accoucher dans un service spécialisé 5=Césarienne prophylactique



## ***SERMENT***

### ***D'HIPPOCRATE***

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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

Evaluation de la qualité de la consultation prénatale au CSREF de la commune I du district de Bamako

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 reçu 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!**