

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UNIVERSITE DE BAMAKO



U.S.T.T-B



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2020-2021

Thèse N° / / M

TITRE:

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA CONSULTATION
PRENATALE DES FEMMES SUIVIES PAR LES AGENTS DE
SANTE COMMUNAUTAIRE (ASC) DE L'AIRE DE SANTE DE
YIRIMADIO, BAMAKO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le / / 2021 devant
la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par Mme. Kadia SOGOBA

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine (**Diplôme d'Etat**)

JURY:

Président : Pr Boubacar MAIGA

Membres : Dr Ibrahim CISSE

Co-directeur de thèse : Dr Nouhoum TELLY

Directeur de thèse : Pr Kassoum KAYENTAO

DEDICACE ET REMERCIEMENT

Je dédie ce travail :

- Au nom d'Allah, le tout puissant, le miséricordieux, le très clément pour sa grâce, son amour, la santé, la force et le courage qu'il m'a donné pour mener à bien ce travail.

- A son messager prophète Mohamed (SWS), paix et salut sur lui.

A mon défunt cher père : Mamadou Sogoba, Aujourd'hui plus que jamais, nous apprécions la valeur de tes efforts, la justesse de ton éducation et la précocité de tes conseils. Homme de principe, de foi et de rigueur, tu as presque tout fait pour nous. Tes qualités humaines ne sont plus à démontrer. Tu nous as appris que le travail assure l'indépendance, car diton « C'est le travail qui anoblie l'homme » Ce modeste travail est le tien.

Repose en paix très cher père qu'Allah t'accueille dans son paradis éternel amen.

A ma chère mère : Mariam Sogoba, femme des champs, femme des rivières, femme d'Afrique, courageuse, dynamique, attentive, très calme, tu as éduqué tes enfants dans le sens de l'amour et surtout le respect pour le prochain. Suivre un enfant dans son développement n'est pas chose facile, tu t'es toujours battue sacrifiée pour tes enfants. Je suis très fier de toi mon idole. Jamais je ne saurais te rendre un hommage à la hauteur des efforts consentis. Merci pour toute la charge affective et la qualité de l'éducation que tu m'as inculquées. Que Dieu te donne encore longue vie.

A ma très chère grande mère Bintou Daou

Chère grande mère éducatrice exemplaire, tu n'es jamais fatiguée, tu t'es totalement investi pour mon éducation dès ma tendre enfance.

En ce moment solennel, les mots me manquent pour t'exprimer toute ma reconnaissance et ma gratitude. Jamais, je ne saurais te rendre un hommage à la hauteur de tes efforts consentis. Que Dieu te garde très longtemps auprès de nous pour que tu puisses enfin goûter au fruit de ce travail. Tu resteras pour moi un modèle de réussite. Je ne t'oublierai jamais incha-Allah.

A mon Tonton et ma Tante : Dr Djoumé Diakité et Aïssata Sogoba, plus qu'un tonton et une tante vous avez été comme un deuxième père et une deuxième mère pour moi. Votre soutien n'a jamais fait défaut et a été capital dans ma vie. Trouvez-en ce modeste travail, l'expression de toute ma reconnaissance.

A mon mari chéri : Mr Salif Keita, mon frère, mon ami, mon confident, mon complice, un père et un époux model. Toi qui n'as ménagé aucun effort pour la réalisation de ce travail, qu'il soit le fruit de ton soutien tant financier que moral. Que Dieu bénisse notre couple et nous donne longue vie.

A mon fils : Djoumé Salif Keita dit Junior, tu es venu illuminer ma vie que Dieu te bénisse et te donne longue vie.

A tous mes parents : Il m'est impossible de traduire ici tous les liens qui unissent un enfant à ses parents. Sans vos conseils, vos sacrifices, vos prières, vos encouragements et vos bénédictions, ce travail n'aurait jamais pu être réalisé.

A mes frères et sœurs : Que je n'échangerais pour rien au monde.

Nous avons toujours cheminé ensemble dans la joie et dans la tristesse. Compréhension, disponibilité, attention, soutien moral constant n'ont pas été vains mots.

Je suis très fier de vous, que la chaleur fraternelle se pérennise.

Restons unis, tolérants et surtout sincèrement solidaires. C'est l'occasion pour moi de vous remercier très sincèrement pour votre soutien.

REMERCIEMENTS

A Allah, le Tout Puissant, le Clément, le Miséricordieux l'Omniscient, l'Omnipotent, l'Omniprésent de m'avoir donné l'énergie nécessaire pour franchir les différentes étapes de mes études jusqu'aujourd'hui. Je lui prie de me guider toujours sur le droit chemin et dans mes futurs projets. Je m'en souviendrai tout le long de cette vie si éphémère et je te resterai fidèle Incha-Allah.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance aux personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail :

Mohamed Sogoba, Dr Djimde Moussa, Dr Dagnoko Seydou, Dr Harouna Koné, Dr Fouseyni D Coulibaly, Dr Arouna Daou, Issa Maïga, Dr Boubacar Kemesso, Dr Youssouf Bilane Cissé, Dr Fofana Aïssata Diallo je vous remercie de m'avoir fait bénéficier de vos compétences professionnelles afin de ne pas commettre d'erreurs répréhensibles.

Aux sages-femmes qui m'ont accueilli avec joie et sacrifice.

Je vous remercie pour votre disponibilité.

Aux gestantes qui ont accepté de se soumettre à notre interrogatoire

A tout le personnel du CSCom de Yirimadio et de l'ONG MUSO,

Merci de m'avoir accepté au sein de votre centre de santé

Famille : Sogoba à Djalacorobougou, Diakité à Djalacorobougou, Keita à point G, Sogoba à Ghana, Sogoba à Yirimadio, Merci pour votre soutien.

A ma belle-sœur : Fatoumata Keita dite Boubouni, Quelle chance de t'avoir comme belle-sœur, ton amour, ton soutien moral ne m'ont jamais fait défaut. Merci pour tout, chère belle-sœur que Dieu te donne santé et longue vie. Sois rassuré de mon affection et ma sincère reconnaissance.

Au corps professoral de la FMPOS : Veuillez recevoir mes sincères remerciements pour les connaissances que vous m'avez procurées à travers vos enseignements théoriques et pratiques de haute qualité.

A tous ceux qui de près ou de loin m'ont soutenu et dont j'aurai oublié de mentionner le nom. Le stress qui accompagne ces moments peut me faire oublier de vous citer, mais sachez tous, que vous avez marqué mon existence.

Ce travail est aussi le vôtre.

HOMMAGE AUX HONORABLES MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Professeur Boubacar MAIGA

- PhD en Immunologie
- Maître de conférences en immunologie à la FMOS
- Médecin chercheur au Centre de Recherche et de Formation du Paludisme à la FMOS/FAPH (MRTC)

Cher maître,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider le jury de cette thèse.

Nous avons eu le grand privilège de bénéficier de votre enseignement lumineux durant nos années d'études.

Nous vous prions de bien vouloir, cher Maître, accepter le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A notre maitre et Juge

Docteur Ibrahim CISSE

➤ Docteur en médecine

➤ Directeur Technique du Centre (DTC).

Cher maitre,

Nous avons été touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail.

Votre souci de travail bien fait couplé à votre rigueur scientifique nous permettant
d'améliorer une fois de plus ce travail.

Veillez recevoir chère maitre, nos sincères remerciements.

A notre maitre et Co-Directeur de thèse

Docteur Nouhoum TELLY

- MD, MPH, PhD Epidémiologie,
- Maitre-assistant en épidémiologie au Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique à Faculté de Médecine et d'odontostomatologie (FMOS), Bamako
- Chef de Section surveillance épidémiologique à la Cellule Sectorielle de Lutte Contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et les Hépatites Virales (CSLS-TB-H)

Cher maître,

Plus qu'un maître, vous êtes pour nous un modèle. Nous avons été très touchés par votre accueil, votre abord facile, votre modestie et votre simplicité qui font de vous une personnalité remarquable. Malgré vos multiples occupations, vous nous avez acceptés et dirigé ce travail avec amour et respect. Merci pour le moment que vous avez consacré même étant malade pour l'amélioration de ce travail. Permettez-nous, cher maître, de vous exprimer nos vifs remerciements et notre profond respect.

A notre maitre et Directeur de thèse

Professeur Kassoum KAYENTA O

- Maitre de Recherche en Santé Publique Option épidémiologie
- Responsable adjoint d'unité paludisme-grossesse au MRTC
- Chercheur-Enseignant

Cher maitre,

Plus qu'un maitre, vous êtes pour nous un père.

Vous nous avez confié ce travail et éclairé sa réalisation par votre savoir et votre rigueur scientifique.

Nous espérons être dignes du rang de vos élèves. Veuillez accepter le témoignage de notre haute déférence.

Table des matières

1. INTRODUCTION	1
2. OBJECTIFS	4
2.1. Objectif général	4
2.2. Objectifs spécifiques	4
3. GENERALITES	5
3.1. Historique de la consultation prénatale	5
3.2. La consultation prénatale	6
3.3. La consultation prénatale recentrée(14)	8
3.4. Définitions des concepts	11
4. METHODOLOGIE	15
4.1. Cadre d'étude	15
4.2. Type d'étude	18
4.3. Population d'étude	18
4.4. Critère d'inclusion	18
4.5. Critère de non inclusion	18
4.6. Critères de jugement	18
4.7. Echantillonnage	19
4.8. Collecte des données	20
4.9. Plan d'analyse des données : Saisie, traitement et analyse des données	20
4.10. Les variables étudiées	20
4.10.1. Sur l'opinion de la gestante	22
4.10.2. Niveau de qualité de la structure	22
5. RESULTATS	24
5.1. Etude des structures :	24
5.2. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des gestantes au CSCCom de Yirimadio	25
5.3. Niveau de qualification des prestataires au CSCCom de Yirimadio	29
5.4. Opinions des gestantes sur les pratiques des prestataires en lien avec les procédures et normes de la CPN au CSCCom de Yirimadio	30
5.5. Implication des ASC dans la réalisation de la CPN au CSCCom de Yirimadio	38
6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	42
6.1. Discussion de la méthodologie	42
6.2. Qualité des structures	42
6.3. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des gestantes	42

6.4. Opinion des gestantes sur les pratiques des prestataires en lien avec les procédures et normes de la CPN	44
6.5. Niveau d'implication des ASC dans le processus de la CPN	47
7. CONCLUSION	48
8. RECOMMANDATIONS	49
9. REFERENCES	50
10. ANNEXE.....	i

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques général des gestantes (n = 384)	25
Tableau 2 : Répartition des gestantes selon les caractéristiques sociodémographiques	26
Tableau 3 : Répartition des gestantes selon les antécédents obstétricaux	28
Tableau 4 : Répartition des gestantes selon les symptômes et pathologies évoqués au cours de la grossesse	29
Tableau 5 : Répartition des gestantes selon la qualification des prestataires	29
Tableau 6 : Répartition des gestantes selon leur opinion sur l'accueil et les attitudes des prestataires	30
Tableau 7 : Répartition des gestantes selon les critères de choix du centre	31
Tableau 8 : Répartition des gestantes selon les critères de choix du centre (suite).....	32
Tableau 9 : Répartition des gestantes selon l'hygiène dans la CPN	33
Tableau 10 : Répartition des gestantes selon l'examen clinique réalisé	34
Tableau 11 : Répartition des gestantes selon l'examen clinique réalisé (suite)	35
Tableau 12 : Répartition des gestantes selon le terme de la grossesse	36
Tableau 13 : Répartition des gestantes selon l'hygiène de vie pendant la grossesse	36
Tableau 14 : Répartition des gestantes selon la conclusion à la consultation	37
Tableau 15 : Répartition des gestantes selon les conseils donnés	37
Tableau 16 : Répartition des gestantes en fonction de l'examen para clinique et la référence par les ASC.....	38
Tableau 17 : Répartition des gestantes en fonction de Vaccination, de prescription et la référence par les ASC.....	38
Tableau 18 : Répartition des gestantes selon le rôle des ASC dans la prise précoce de la SP en TPI.....	39
Tableau 19 : Répartition des gestantes en fonction de suivi par les Agents de Santé Communautaire selon l'âge de la grossesse	39
Tableau 20 : Répartition des gestantes en fonction de la contribution des Agents de Santé Communautaire dans l'amélioration du nombre de visite réalisé au premier trimestre.....	40
Tableau 21 : Répartition des gestantes en fonction de la contribution des Agents de Santé Communautaire dans l'amélioration du nombre de visite réalisé au deuxième trimestre	40
Tableau 22 : Répartition des gestantes en fonction de la contribution des Agents de Santé Communautaire dans l'amélioration du nombre de visite réalisé au troisième trimestre	41
Tableau 23 : Répartition des gestantes en fonction du nombre de visite réalisé par âge de la grossesse à la première visite	Erreur ! Signet non défini.

Liste des abréviations

- APGAR** : Apparence Pouls Grimace Activité Respiration
- ASACOBABA** : Association de santé communautaire de BANANKABOUGOU FALADIE
- ASACOCY** : Association de santé communautaire de Yirimadio
- ASC** : Agent de santé communautaire
- ATCD** : Antécédents
- BW** : Bordet Wassermann
- CCC** : Communication pour le Changement de Comportement
- CIPD** : Conférence Internationale pour la Population et le Développement
- CMHG** : Centimètre de Mercure
- CPN** : Consultation prénatale
- CSCOM-ASACOYIR** : Centre de Santé Communautaire ou Association de Santé Communautaire de Yirimadio
- CS Réf** : Centre de santé de référence
- DPA** : Date probable de leur accouchement
- EDSM** : Enquête Démographique et de Santé au Mali
- FAPH** : Faculté de pharmacie
- FM** : Frottis mince
- FMPOS** : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
- GE** : Goutte épaisse
- GIE** : Partenaires au développement
- HTA** : Hypertension artérielle
- HU** : Hauteur utérine
- INJS** : Institut National de la Jeunesse et des Sport
- IST** : Infection Sexuellement Transmissible
- Km** : Kilomètre
- MAF** : Mouvement actif du fœtus
- Max** : Nombre maximal
- Min** : Nombre minimal
- MST** : Maladie Sexuellement Transmissible
- NFS** : Numération Formule Sanguine
- OMD** : Objectifs du millénaire pour le développement
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale
ONU : Organisation des Nations Unies
PF : Planning familial
PMA : Paquet minimum d'activité
PNDS : Plan national de développement sanitaire
PNP : Politiques, Normes et Procédures
PTME : Prévention pour la Transmission Mère Enfant
RAS : Rien à signaler
SA : Semaine d'Aménorrhée
SIDA : Syndrome Immunodéficience Acquis
SP : Sulfadoxine Pyriméthamine
SR : Santé de la reproduction
TA : Tension artérielle
TPI : Traitement Préventif intermittente
TV : Toucher vaginal
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
URENI : Unité de Récupération d'Education Nutritionnelle Intensive
VAT : Vaccin antitétanique
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

1. INTRODUCTION

La consultation prénatale est un acte médical préventif permettant de dépister et de traiter d'éventuelles complications survenues au cours de la grossesse. Elle permet en outre de dicter la voie d'accouchement. L'identification d'éventuelles complications, l'amélioration du confort et le vécu de chaque femme enceinte imposent un suivi régulier de la grossesse (1).

Chaque jour au moins 1600 femmes succombent suite à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement dans le monde. Soit un décès par minute ce qui représente 585 000 décès maternels par an (2,3).

Face à cette situation, il est judicieux de mettre en place une stratégie pouvant améliorer les prestations en matière de santé de la reproduction (SR). Ainsi, des Politiques, Normes et Procédures (PNP) ont été élaborées dans le souci d'offrir des soins de qualité. Les PNP ont pour ambition de développer chez les prestataires des aptitudes et attitudes simples et efficaces dans l'offre des soins de SR.

Ce concept de SR édicté par la Conférence Internationale pour la Population et le Développement (CIPD) et adopté par le Mali en 1994, traduit une pleine responsabilisation de l'individu en tant qu'acteur principal de sa bonne santé. Ainsi face à ses problèmes de santé, il a droit à des services de santé de qualité et accessibles (4).

Le risque de décès maternel calculé sur toute la durée de la vie est de 1/400 en Europe occidentale et 1/60 en Amérique latine contre 1 /16 en Afrique Sub Saharienne (5).

Selon l'Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDSM VI), réalisée en 2019, le taux de mortalité maternelle était de 325 pour 100 000 naissances vivantes (6).

Au cours de la même période selon l'EDSM VI pour 80% des naissances, la mère avait bénéficié d'une consultation prénatale (CPN) auprès du personnel formé. Ces consultations ont été principalement effectuées par les sages-femmes ou les infirmières (47%) et dans une moindre mesure (6 %), sont les médecins. A l'opposé, 19 % des femmes n'ont reçu aucun soin prénatal (6).

Selon la nouvelle recommandation de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2016, huit (8) contacts sont recommandés au cours d'une grossesse y compris les quatre (4) consultations prénatales (6,7).

Dans les pays industrialisés, presque toutes les femmes enceintes (99%) reçoivent les soins prénatals de qualité, tandis que dans les pays en développement elles ne sont que 1% (8).

La couverture en soins prénatals est meilleure en milieu urbain soit 93 % qu'en milieu rural soit 76 %. C'est à Bamako que le pourcentage de femmes ayant eu des soins prénatals est le plus élevé (96 %). En comparaison, en milieu rural, 23 % des femmes n'ont eu aucun suivi prénatal (6).

De même selon le niveau d'instruction on note des écarts importants, environ 66% des femmes sans instruction ont effectué un suivi prénatal contre 28% de celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (6).

Les différentes analyses de situation réalisées dans le domaine de la SR ont montré que les besoins dans ce domaine restent importants malgré les énormes efforts déployés (9).

L'accès insuffisant aux services de santé et la faible utilisation des services de SR contribuent à maintenir des taux élevés de mortalité et morbidité maternelle et infantile. A cela il convient d'ajouter des facteurs culturels comme les pratiques et comportements néfastes qui sont entre autres : les grossesses précoces et rapprochées ; les interruptions de grossesse non médicalisées, le recours tardif aux soins obstétricaux et leurs insuffisances.

Malgré l'intérêt accordé à la santé maternelle ces dernières décennies au Mali, à travers notamment les politiques de gratuité de la césarienne (2005), de gratuité des moyens de prévention et de traitement du paludisme chez les femmes enceintes (2010) et l'institutionnalisation de la notification des décès maternels, péri et néonataux (2017), la grossesse et l'accouchement restent associés à des risques élevés pour les mères (6).

Choix du site d'étude

Nous avons décidé de travailler sur ce thème au Centre de Santé Communautaire ou Association de Santé Communautaire de Yirimadio (CSCCom-ASACOYIR) à cause de l'insuffisance de consultation prénatale effective retrouvée dans les données du rapport mensuel liée aux comportements des femmes enceintes utilisatrices de service et l'implication des agents de santé communautaires (ASC) vis-à-vis des consultations prénatales. Ce travail a donc été initié pour avoir des données plus éclairées et attirer l'attention des décideurs.

Justificatif de l'étude

Les raisons qui ont motivé le choix de cette étude au CSCCom de Yirimadio sont essentiellement de trois ordres :

- Pertinence scientifique de la recherche :

La qualité de la consultation prénatale est une préoccupation pour les chercheurs aussi bien sur le plan national qu'international comme l'indiquent de nombreuses études.

La stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) a une importance dans la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, elle est plus que d'actualité surtout dans nos Etats. Elle permet de sauver beaucoup de vies. Notre étude s'inscrit dans la logique de rechercher les facteurs qui déterminent la faible qualité de la consultation prénatale au CSCCom de Yirimadio.

- Pertinence sociale :

La place de la femme dans le tissu socio-économique dans nos États n'est plus à démontrer. C'est ainsi que la lutte contre la mortalité maternelle figure non seulement dans les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), dans un axe d'intervention de l'orientation stratégique du plan national du développement sanitaire (PNDS) 2011-2020.

- Motivation personnelle pour la recherche :

Nous nous sommes rendu compte de la faible qualité des consultations prénatales avant l'implication des ASC dans le suivi des femmes enceintes quand nous analysons les données des rapports mensuels. Cette étude nous permettra de comprendre le phénomène et de proposer des actions susceptibles d'aider à la résolution de ce phénomène

2. OBJECTIFS

2.1. Objectif général

Evaluer la qualité de la consultation prénatale des femmes suivies par les ASC dans l'aire de santé de Yirimadio du 02 Juin au 03 Juillet 2020.

2.2. Objectifs spécifiques

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des gestantes au CSCCom de Yirimadio du 02 Juin au 03 Juillet 2020 ;
- Déterminer le niveau de qualification des prestataires de consultation prénatale dans le CSCCom de Yirimadio du 02 Juin au 03 Juillet 2020 ;
- Décrire les opinions des gestantes sur les pratiques des prestataires en lien avec les procédures et les normes de la CPN dans le CSCCom de Yirimadio du 02 Juin au 03 Juillet 2020 ;
- Déterminer le niveau d'implication des ASC dans le processus de la CPN au CSCCom de Yirimadio du 02 Juin au 03 Juillet 2020 ;

3. GENERALITES

3.1. Historique de la consultation prénatale

La mise en place de programmes de santé publique destinés à améliorer la santé des femmes et des enfants a vu le jour en Europe vers la fin du XIXe siècle. Avec le recul, les raisons de cette sollicitude dévoilent leur cynisme : à l'époque, les gouvernements voyaient dans la bonne santé des mères et des enfants un moyen de soutenir leurs ambitions économiques et politiques. Nombre de responsables politiques Européens estimaient que la santé déficiente des enfants de leur nation sapait leurs aspirations culturelles et militaires. Ce sentiment était particulièrement marqué en France et en Grande Bretagne qui avaient de la peine à recruter des hommes suffisamment valides, bon 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 le gouvernement. 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) (10).

C'est après la seconde guerre mondiale que ces programmes ont véritablement commencé. A la lumière des événements mondiaux, on s'est vite rendu compte qu'il était dans l'intérêt public, que les gouvernements jouent un rôle et prennent leurs responsabilités à cet égard et en 1948, la déclaration universelle des droits de l'homme proclamé par l'organisation des nations 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.(11)

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 enraciné 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>>(12)

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.

En 1987, la 1^{ère} conférence internationale sur la maternité sans risque, convoquée à Nairobi, s'est fixé 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 santé 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.(11,13)

En 1996, l'OMS et les Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (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 à 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 des pays en développement. (11,12)

3.2. La consultation prénatale

o Les objectifs de la CPN

- Faire le diagnostic de la grossesse
- Surveiller et promouvoir l'état de santé de la mère
- Surveiller le développement du fœtus
- Dépister et prendre en charge les facteurs de risque et les pathologies liés à la grossesse
- préparer l'accouchement en faire le diagnostic
- Faire le pronostic de l'accouchement
- Eduquer et informer les mères (12).

o Calendrier de CPN

Selon la nouvelle recommandation de l'OMS, huit (08) contacts sont recommandés au cours d'une grossesse y compris les quatre (04) consultations prénatales :

- Première visite : 14^e semaine d'aménorrhée ou au moment où la femme pense qu'elle est enceinte.
- Deuxième visite : entre 15^e et 17^e semaine d'aménorrhée ou au moins une fois pendant le deuxième trimestre.
- Troisième visite : entre 28^e et 34^e semaine d'aménorrhée.

- Autres visites : si des complications surviennent, si un suivi ou une orientation est nécessaire, si la femme veut voir le prestataire, ou si le prestataire change la fréquence des visites d'après les résultats (antécédents, examens et tests) ou bien pour suivre la politique locale (6,7).

o **Matériel de CPN**

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

Les matériels nécessaires sont :

- Une table de consultation gynécologique
- Une source lumineuse
- Un appareil à tension, un stéthoscope médical
- Une toise et un pèse-personne
- Un mètre ruban
- Un stéthoscope obstétrical de pinard
- Des spéculums
- Des gants stériles
- Matériel pour réaliser un frottis vaginal, spatules d'AYRES
- Lames fixatrices
- Tubes stériles plus écouvillons pour des prélèvements bactériologiques
- Verre à urine plus bandelettes pour la recherche de sucre, d'albumine de nitrite, solutions antiseptiques
- Un seau contenant une solution désinfectante (12,14)

o **Les activités préventives**

- La vaccination antitétanique
- Le dépistage du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH)
- La supplémentation martiale (fer)
- La prophylaxie anti paludisme
- trois poubelles (noire, jaune, rouge) (15)

o **Le bilan prénatal**

Les examens complémentaires indispensables sont :

- Le groupe sanguin rhésus
- Le test d'EMMEL et ou électrophorèse de l'hémoglobine
- Albuminurie, glycosurie
- Le Bordet Wassermann (BW)
- Ag-HBS

- Numération formule sanguine (taux d'hémoglobine)
- Le test de dépistage du VIH
- L'échographie pelvienne :

Il est recommandé de faire trois échographies si possibles :

- 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 tête fœtale, de calculer le diamètre bipariétal (qui doit être inférieur ou égale à 95 millimètres) cette dernière échographie permet combinée à l'examen clinique de faire le pronostic de l'accouchement.

Les examens complémentaires non indispensables 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, glycémie à jeun, la créatinémie etc.

La tendance actuelle de la politique sanitaire nationale propose la CPN recentrée pour l'amélioration de sa qualité (16).

3.3. La consultation prénatale recentrée(14)

3.3.1. 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.

3.3.2. 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.

3.3.3. Les étapes de la CPN recentrée

Préparer la CPN

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

Accueillir la femme avec respect amabilité

- saluer chaleureusement la femme ;
- souhaiter la bienvenue ;
- offrir une place assise ;
- se présenter à la femme ;
- demander son identité ;
- 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.

Procéder à l'interrogatoire /enregistrement

- Informer la femme de l'importance et du déroulement de la consultations (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.

Procéder à l'examen

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

Demande des examens complémentaires

A la première consultation

- Demander le groupe sanguin rhésus chez les primipares
- Demander le test d'Emmel, le taux d'hémoglobine, le BW (titrage), Ag-HBS
- Albumine /sucre dans les urines
- Demander le test VIH après counseling
- Les autres consultations :
- Demander albumine/sucre dans les urines et les examens complémentaires orientés par l'examen de la gestante peut nécessiter.

Prescrire les soins préventifs

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

La dose recommandée en traitement préventif lors de la CPN 3 comprimés de Sulfadoxine Pyriméthamine soit 300mg en prise unique, la 1^{ère} prise après la 16^{ème} semaine d'aménorrhée après perception des mouvements actifs du fœtus par la gestante et une dose chaque mois.

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

Prescrire le traitement curatif, si nécessaire

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

Signes du travail

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

Signes de danger chez la femme enceinte

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

Donner le prochain rendez-vous

Expliquer à la femme que la fréquence des visites est de 4 au moins :

- Une au 1^{er} trimestre
- Une au 2^{ème} trimestre
- Deux au 3^{ème} trimestre

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

Raccompagner la gestante après l'avoir remercié

3.3.4. Consultation prénatale de suivi

En plus des gestes de la CPN initiale

Recherche les signes de danger

- Symptômes et signes de maladies
- Identifier une présentation vicieuse
- Problèmes/changement depuis la dernière consultation
- Sensibiliser la gestante sur la planification familiale
- Ajuster ou maintenir le plan de l'accouchement
- Raccompagner la femme après l'avoir remercié.

3.3.5. Prise en charge des pathologies et des complications

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

3.4. Définitions des concepts

L'évaluation

C'est un processus scientifique et systématique visant à apporter la mesure dans laquelle une activité ou une série d'activités a permis d'atteindre des objectifs prédéterminés. Ce processus implique la mesure de l'adéquation, de l'efficacité et du rendement des services de santé. Il aide à redistribuer les priorités et les ressources en fonction de l'évolution des besoins (14).

La qualité des soins

La qualité des soins techniques consiste à appliquer des sciences et technologies médicales de manière à arriver au maximum de 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) (15).

Selon l'OMS, la qualité des soins de santé consiste à «>> délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurent le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur cout pour un

même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction le terme des procédures de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins >> (16).

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 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 (17).

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 (14).

Normes

Elles précisent les types de services offerts, les conditions minimales acceptables des performances et des qualifications requises exigées pour chaque service offert (14).

Les procédures

Elles décrivent de gestes logiques indispensables et nécessaires à l'offre des services de qualité par les prestataires (14).

La grossesse

Est un phénomène continu qui débute à la fécondation et prend fin à l'expulsion ou l'extraction du produit de conception (18).

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(19).

Grossesse à 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 (20)

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 (20).

Cette définition est la même que celle de l'OMS à la conférence de C. I. P.D du programme d'action de la conférence de l'Organisation des Nations Unies (ONU) sur les femmes (1995) et d'autres institutions et conventions. Elle rappelle que toutes les femmes doivent pouvoir choisir d'avoir des enfants et que celles qui font ce choix doivent être assurées de bénéficier d'une surveillance prénatale de qualité, d'une assistance qualifiée à la naissance et pendant la période du post-natal et d'éviter les risques de décès ou d'incapacités liées à la grossesse (4,20).

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 (6,21).

Taux de mortalité maternelle

Est le rapport des décès maternels observés durant une année, aux nombres des naissances vivantes de la même année, généralement exprimé pour 100000 (6).

L'aire de santé ou secteur sanitaire

Elle représente une zone géographique desservie par une ressource sanitaire (22).

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 sources (23).

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 de maladies courantes, consultation prénatale et post-natale avec accouchements et vaccinations (24).

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 (25,26).

Référence

C'est l'orientation d'une patiente vers un service spécialisé en absence de toute situation d'urgence (21,25).

L'agent de santé communautaire :

- ✚ Est un membre de la communauté ayant reçu une certaine formation pour promouvoir la santé ou pour pratiquer certains soins de santé, sans être professionnel de santé.

4. METHODOLOGIE

4.1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans l'aire de santé de Yirimadio en commune VI du district de Bamako.

Présentation sommaire de Yirimadio

Le quartier de Yirimadio est situé à l'extrémité Est de la commune VI du district de Bamako, il est l'un des dix (10) quartier de cette commune.

Activités économiques

Les activités menées par cette population sont, l'agriculture, l'élevage, le commerce et l'artisanat.

Partenaires au développement GIE

Il y a deux groupements d'intérêt économique (Faso Damé et SININYESIGUI) qui s'occupent de la salubrité et du transport des déchets biomédicaux.

ONG (Organisation Non Gouvernementale)

-World Vision

-ONG MUSO

Infrastructures Sanitaires

Hôpital du Mali

Centres de santé communautaires

Il y a deux CSCom :

ASACROYR

ASACOCY

Centres de santé privés :

Il y en a dix principaux à Yirimadio.

Genèse

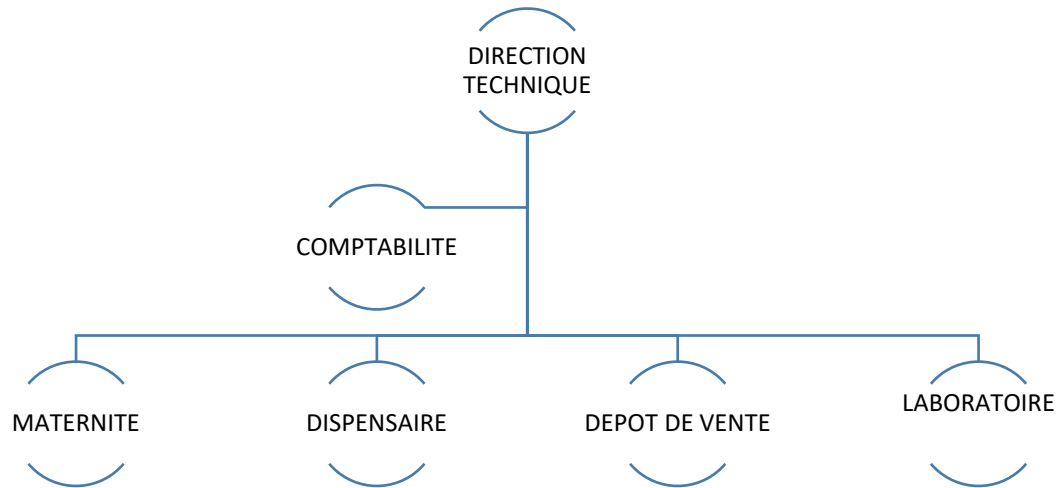
Le CSCom de l'ASACROYR a été créé en 1997 par ordonnance n° 383/MATS-DNAT et est inscrit au journal officiel.

Le bureau élu pour un mandat de 3 ans a eu trois renouvellements par assemblée générale. Le dernier renouvellement a été fait en Aout 2019, il se compose de 11 membres qui ont bénéficié de la confiance de la population pour un 3^{ème} mandat. Deux nouveaux membres ont été ajoutés à la commission de surveillance.

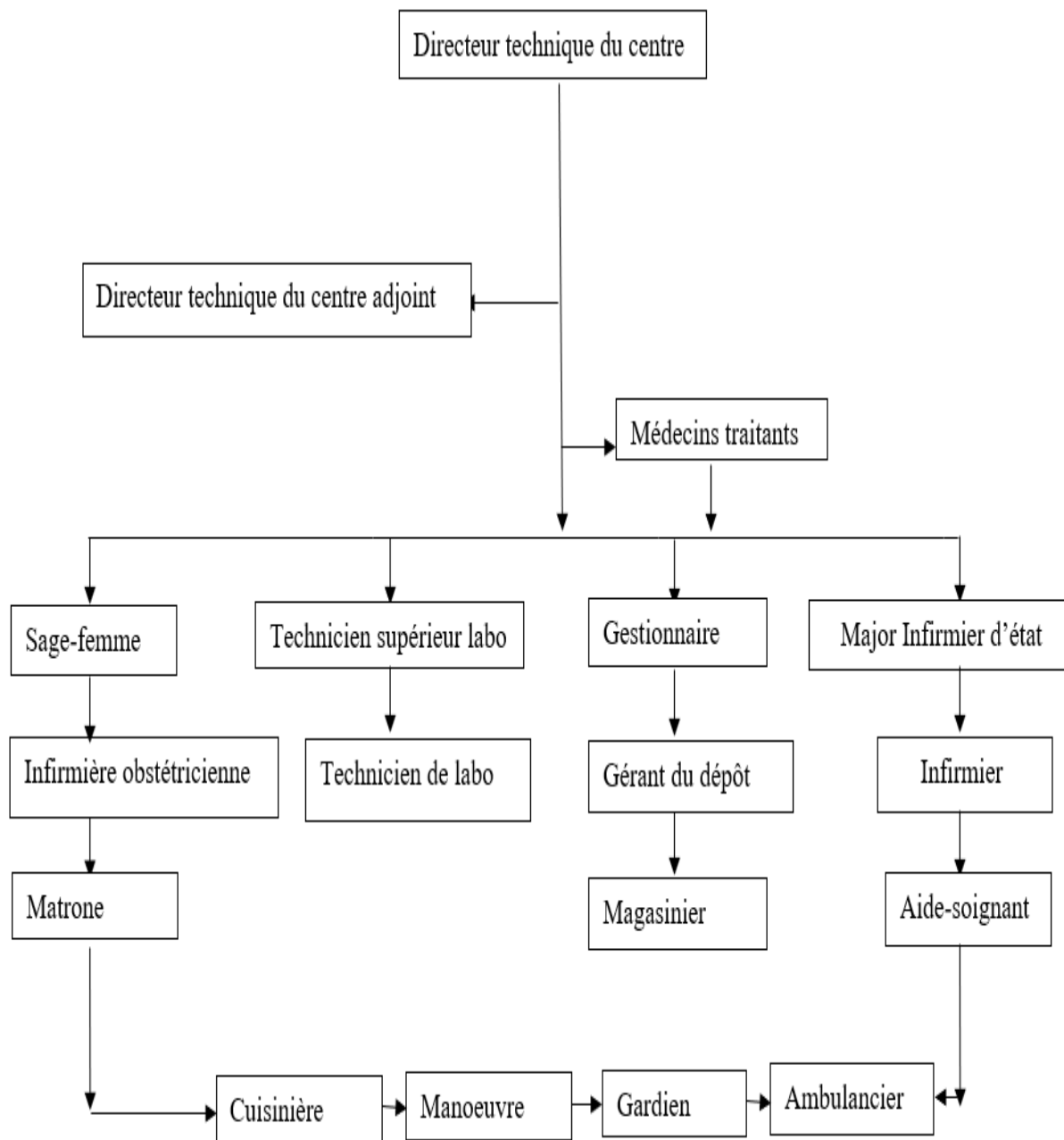
Le CSCom de l'ASACROYR est l'un des 11 CSCom de la commune VI. L'aire de santé de l'ASACROYR est limitée au nord par l'aire de santé de MISSABOUGOU, à l'est et au sud par le cercle de Kati, à l'ouest par l'aire de santé de l'ASACOBABA de BANANKABOUGOU FALADIE.

La structure du CSCom

Organigrammes du service



Organigramme de fonction



Les activités du CSCCom

Le paquet minimum d'activités comprend :

Les activités curatives qui couvrent la prise en charge des cas de maladies aiguës et chroniques et la référence de certains cas.

Les activités préventives qui portent sur la consultation prénatale (CPN), le planning familial (PF), la surveillance et la vaccination des enfants ainsi que les femmes en âge de procréer.

Communication pour le Changement de Comportement (CCC)

-Le personnel du CSCom : Il est composé de 36 agents aidés par des médecins de garde et les stagiaires qui assurent le bon fonctionnement du centre.

4.2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale prospective sur l'évolution de la qualité de la CPN dans l'aire de santé de Yirimadio. L'évaluation s'est donc inspirée du postula d'ADEVIS DONABEDIAN sur l'évaluation de la qualité des consultations prénatales et services. Elle comporte :

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

4.3. Population d'étude

L'étude a porté sur :

- Les gestantes reçues en CPN au CSCom de Yirimadio pendant la période d'étude ;
- Le personnel chargé des consultations prénatales (sage-femme) ;
- Les Agents de Santé Communautaires

4.4. Critère d'inclusion

Ont été inclus dans cette étude :

- Toutes les gestantes vues en consultation prénatale durant notre période d'étude et ayant donné leur consentement verbal pour participer;
- Les sages-femmes et les agents de santé communautaires ayant accepté de répondre aux questionnaires

4.5. Critère de non inclusion

N'ont pas été incluses dans cette étude

- Toutes les gestantes ayant refusé de se soumettre à l'examen et à notre questionnaire.

4.6. Critères de jugement

Nous avons fait des outils de classement suivants

Classement des infrastructures et équipements

Pour un total de 10 paramètres à étudier, une cotation de 0 ou 1 a été attribué pour chacun des 40 composants de paramètres. La somme de scores obtenus pour l'ensemble des paramètres,

appliquée à une échelle d'évaluation, a permis de faire ressortir le niveau de qualité de la structure.

L'échelle d'évaluation se présente comme suit :

- Niveau IV : 95 à 100% de scores obtenus.
- Niveau III : 75 à 94% de scores obtenus.
- Niveau II : 50 à 74% de scores obtenus.
- Niveau I : inférieur à 50% de scores obtenus.

Classement de la qualité des CPN : La technique a consisté

- Dans un premier temps, à calculer le pourcentage de gestantes ayant bénéficié des recommandations de la CPN.
- Dans un deuxième temps, recenser l'opinion des gestantes sur la qualité de la prestation.
- Et en fin, faire le classement de la structure en utilisant l'échelle ci-après.

Echelle d'évaluation par gestante

- Qualité élevée (Q4) : 95-100% de gestes réalisés.
- Qualité assez élevée (Q3) : 75-94% de gestes réalisés.
- Qualité moyenne (Q2) : 50-74% de gestes réalisés.
- Qualité faible (Q1) : moins de 50% de gestes réalisés.

Echelle d'évaluation pour l'ensemble des gestantes

- Niveau IV : la somme des Q4 et Q3 est comprise entre 75 et 100% des gestantes.
- Niveau III : la somme des Q4 et Q3 est comprise entre 50 et 74% des gestantes.
- Niveau II : la somme des Q4 et Q3 est comprise entre 25 et 49% des gestantes
- Niveau I : la somme des Q4 et Q3 est moins de 25% des gestantes.

4.7. Echantillonnage

4.7.1. Technique et déroulement de l'échantillonnage

Il s'agissait d'un recrutement systématique de toutes les gestantes se présentant en consultation prénatale au cours de la période d'étude et qui ont accepté de se soumettre à nos questionnaires. Ainsi nous avons recruté 384 gestantes parmi celles qui se sont présentées au CSCCom de Yirimadio pour leur CPN.

Le protocole a consisté à observer le praticien avant et pendant la consultation tout en remplissant le questionnaire (en restant le plus anonyme possible), les gestantes ont été ensuite reçues isolement pour recueillir leurs opinions sur les prestations reçues.

4.7.2. Calcul de la taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée à partir de la formule de Daniel Schwartz :

La formule de l'échantillonnage $n = \frac{Z^2 PQ}{i^2}$

P=prévalence de la CPN=40,11% selon l'annuaire statistique 2018

Q=1-P donc Q=1-0,4011=0,5989

$Z^2 = 3,84$; $i^2 = 0,0025$

$$n = \frac{(1,96)^2 PQ}{i^2}$$

$$n = \frac{3,84 \times (0,4011 \times 0,5989)}{0,0025} = 369,12$$

$$n=369$$

Z : niveau de confiance = 95%

α : marge d'erreur = 5%

Nous avons ajouté 4% de la taille minimum pour palier au problème d'incomplétude de certains dossiers. La taille de l'échantillon était donc $369+(369 \times 4\%)= 383$

4.8. Collecte des données

Elle a été faite selon des questionnaires individuels dont un pour :

-L'opinion des gestantes.

-L'observation des consultations prénatales par le personnel de la santé (sages-femmes).

La technique de collècte des données a été faite par interview individuel et par lecture des documents tel que les carnets et ou les registres de CPN.

4.9. Plan d'analyse des données : Saisie, traitement et analyse des données

✓ Les données quantitatives

Elles ont été recueillies sur la fiche d'enquête, stockées et bien gardées dans un endroit sécurisé jusqu'à la fin de l'enquête. A la fin de l'enquête, les données ont été saisies sur un masque de saisie appelé le logiciel KoBocollect, après extraction, ces données ont été analysées à l'aide du logiciel R-Studio R version 3.6.3. La librairie descr a été utilisée pour calculer les fréquences et construire les tableaux.

4.10. Les variables étudiées

4.10.1. Sur la structure

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

- Les normes architecturales (matériaux de construction, état du local, système de protection contre la poussière et la clôtüre) ;

- 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 (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 et mode d'approvisionnement) ;
- La fonctionnalité du laboratoire (normes architecturales, équipement qualification du personnel) ;
- L'état des toilettes (normes architecturales, équipement, propreté) ;
- Le système d'approvisionnement en eau et le mécanisme d'élimination des déchets (existence du robinet et de poubelles) ;
- Le système d'éclairage et la communication (existence de téléphone, fax, internet, éclairage par un réseau public, un groupe électrogène) (14).

4.10.2. 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
- Accueil et langue de communication
- Interrogatoire
- L'examen physique
- La demande des examens complémentaires : groupe sanguin, rhésus, NFS (Numération Formule Sanguine), test d'Emmel, sérologie de rubéole et toxoplasmose, le BW (pour la syphilis) Anti-HBS, albumine et sucre, échographie.
- 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, supplémentation en fer et acide folique)
- Les conseils à donner
- L'hygiène de la consultation
- Recherches des facteurs de risque

- La référence en cas de nécessité
- Le rendez-vous
- L'enregistrement des données de la gestante dans le registre et le carnet de CPN (14).

4.10.1. Sur l'opinion de la gestante

Il s'agit des informations reçues par les gestantes à la suite de la CPN par rapport aux prestataires et leur prestation.

Les paramètres étudiés sont :

- Le moyen utilisé pour accéder au centre de santé ;
- Le critère de choix ayant motivé la gestante à fréquenter le centre de santé ;
- L'organisation pratique et la commodité de la CPN ;
- Le motif de la fréquentation antérieure du centre de santé par la gestante ;
- La satisfaction de l'accueil au cours de la CPN ;
- La satisfaction des gestantes sur l'état des locaux ;
- La prescription des examens complémentaires et des médicaments ;
- La vaccination antitétanique (27).

4.10.2. Niveau de qualité de la structure

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

- Les normes architecturales
 - Les matériaux de la construction
 - Etat du local
 - Système de protection (contre la poussière) et la clôture.
- Le dispositif en place pour l'accueil
 - L'existence d'un service d'accueil ou d'un bureau des entrées
 - La présence et la qualification de la personne chargée de l'accueil
 - L'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
 - L'équipement
 - Personnel

- Formation du personnel
- Faisabilité du bilan du CPN
- Le dépôt de médicament
- Normes architecturales
- Equipements
- 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, Poubelles, Incinérateurs
- Le système d’éclairage et la communication
- Téléphone (fixe et mobile), internet
- Réseau public, groupe électrogène, panneau solaire (12).

5. RESULTATS

5.1. Etude des structures :

L'étude des structures comportant :

- Les données physiques (locaux, équipement)
- La description des capacités de production (locaux, équipements, ressources humaines).
Les unités de CPN des structures sanitaires

Tableau 1 : Niveau de qualité de la structure

Paramètres	Notation des composantes de paramètres	Scores obtenus
Norme architecture	-Matériels de construction adaptés=oui	4/4
	-Etat du local bon= oui (1point)	
	-Clôturé = oui (1point)	
	-Emplacement accessible = oui (1point)	
Dispositif d'accueil	-Existe = oui (1point)	3/3
	-Personnel qualifié = oui (1point)	
	-Pancarte d'orientation = oui (1point)	
Unité de CPN	-Place d'attente satisfaisante = oui (1point)	8/8
	-Bureau pour sagefemme = oui (1point)	
	-Armoire pour dossiers = oui (1point)	
	-Table de consultation adaptée = oui (1point)	
	-Eclairage suffisant = oui (1point)	
	-Matériels techniques en complet = oui (1point)	
	-Matériels techniques en complet = oui (1point)	
	-Existence de lavabo = oui (1point)	
Laboratoire d'analyse médicale	-Protection contre la poussière = oui (1point)	5/5
	-Personnel qualifié = oui (1point)	
	-Personnel qualifié = oui (1point)	
	-Personnel qualifié = oui (1point)	
	-Réfrigérateur = oui (1point)	
Dépôt de médicaments	-Protection contre la poussière = oui (1point)	5/5
	-Source d'approvisionnement fiable = oui (1point)	
	-Médicaments essentiels disponibles = oui (1point)	
	-Respect des normes de conservation = oui (1point)	
	-Accessibilité du coût = oui (1point)	
Toilette	-Equipement moderne = non (0point)	3/4
	-Disponibilité d'eau = oui (1point)	
	-Propriété assurée = oui (1point)	
	-Nombre suffisant = oui (1point)	
Système d'approvisionnement en eau	-Source d'eau potable disponible = oui (1point)	3/3
	-Continuité du service = oui (1point)	

	-Continuité du service = oui (1point)	
Système d'élimination des déchets	-Poubelle disponible = oui (1point)	4/4
	-Système de trie appliqué = oui (1point)	
	-Système de collecte appliqué = oui (1point)	
	-Personnel qualifié = oui (1point)	
Système d'éclairage	-Existence de source d'électricité = oui (1point)	3/3
	-Moyen de secours = oui (1point)	
	-Qualité de l'éclairage suffisante = oui (1point)	
Moyen de transport	-Ambulance disponible = oui (1point)	1/1
Total des points		39/40

Scores obtenus : 39/40.

Etude analytique de la structure : Niveau de la qualité

- Niveau IV : 95-100% SC. Max soit 38 à 40.
- Niveau III : 75-94% SC. Max soit 30 à 37,99.
- Niveau II : 50-74 % SC. Max soit 20 à 29,99.
- Niveau I : moins de 50% SC. Max soit moins de 20.

Le centre est de niveau IV en rapport avec la qualité satisfaisante des références évaluées soit un score de 39/40 (41). Scores obtenus : 39/40.

5.2. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des gestantes au CSCoM de Yirimadio

Tableau 2 : Caractéristiques général des gestantes (n = 384)

Caractéristiques	Moyenne (écart-type)
Age des gestantes	24,49 (5,21) min=15 ans ; max=41ans
Age de la grossesse à la première visite en semaine d'aménorrhée	17,49 (6,16) min=5SA ; max=33SA
Distance parcourue pour venir au centre (Km)	1,26 (0,48)
Nombre de visites réalisées	1,95 (1,12) min= 1 ; max= 6

**min= nombre minimal ; max= nombre maximal ; Km= kilomètre*

La moyenne d'âge des gestantes était de 24,49 ans avec un écart type 5,21 (min=15 ans ; max=41 ans).

L'âge gestationnel moyen à la première visite en semaine d'aménorrhée était de 17 semaines d'Aménorrhée (SA) (min=5SA ; max=33SA).

La distance moyenne parcourue pour venir au centre de santé était de 1,95 Km.

Le nombre moyen de visite réalisée était 1,95 (min= 1, max= 6).

Tableau 3 : Répartition des gestantes selon les caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques	Fréquence N=384	Pourcentage (%)
Profession		
Femme au foyer	303	79
Vendeuse	65	17
Autres*	15	4
Profession du mari		
Manœuvre	69	18
Commerçant	58	15
Fonctionnaire	38	10
Cultivateur	19	5
Autres**	200	52
Statut matrimonial		
Mariée	376	98
Célibataire	8	2
Situation socio-familiale		
Bas niveau	330	86
Moyen	46	12
Favorable	8	2
Résidence		
Yirimadio	365	95
Niamana	8	2
Missabougou	8	2
Autres***	4	1
Niveau de scolarisation		
Non scolarisée	230	60
Primaire	120	31
Secondaire	24	6

Ecole coranique	9	2
Supérieur	1	0

*= Coiffure, aide-ménagère, animatrice, couture, élève

**= Soudure, maçon, chauffeur, boucher etc....

***= Niamacoro, Banankabougou, Faladié, Sogoniko

Les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 79%, suivi des vendeuses 17% et autres professions 4%.

Parmi nos gestantes, 15% des maris étaient des commerçants, 5% cultivateurs, 10% fonctionnaires, 18% manœuvres et 52% autres.

Les femmes mariées étaient les plus représentées avec 98%, par contre les célibataires représentaient 2%.

La majorité de nos gestantes (86%) avaient un bas niveau socio-familial, 12% niveau moyen et 2% niveau favorable.

Le village de Yirimadio était le plus représenté avec 95%, par contre Niamana représentait 2%, Missabougou 2% et autres 1%.

Les femmes non scolarisées étaient majoritairement représentées avec 60%, école coranique (medersa) 2%, le niveau primaire 31%, le niveau secondaire 6% et le niveau supérieur 0%.

Tableau 4 : Répartition des gestantes selon les antécédents obstétricaux

Antécédents	Fréquence N=384	Pourcentage (%)
Gestité		
Primigestes	74	19,27
≥ 2 gestités	310	80,73
Parité		
Primipares	78	20,31
≥ 2 parités	306	79,69
Fausse couche		
Non	375	97,66
Oui	9	2,24
Naissance vivante		
Non	81	21,09
Oui	303	78,91
Mort-né		
Non	382	99,48
Oui	2	0,52
Césarienne		
Non	381	99,22
Oui	3	0,78
Forceps ou ventouse		
Non	384	100
Oui	0	0
Eclampsie		
Non	384	100
Oui	0	0

Parmi les gestantes enquêtées dans notre étude 19,27% étaient primigestes et 80,73% avaient une gestité ≥ 2 (pauci gestes, multi gestes et grande multi gestes).

Parmi les gestantes enquêtées dans notre étude 20,31% étaient primipares et 79,69% avaient une parité ≥ 2 (pauci pares, multi pares et grande multi pares).

Les fausses couches étaient représentées avec 2,24%, les naissances vivantes 78,91%, les mort-né 0,52%, la césarienne 0,78%, le forceps ou ventouse 0% et l'éclampsie 0%.

Tableau 5 : Répartition des gestantes selon les symptômes et pathologies évoqués au cours de la grossesse

Problèmes de santé observés	Fréquence	Pourcentage (%)
Infection urinaire	12	3,13
Infection génitale	88	22,9
Fièvre	23	6,0
Troubles digestifs	68	17,7
Fatigue	36	9,4
Vertige	68	17,7
Œdèmes	2	0,5
Troubles urinaires	6	1,7

Parmi non gestantes 3,13% avaient fait l'infection urinaire et 22,9% de l'infection génitale. Les symptômes évoqués au cours de la grossesse par nos gestantes étaient : la fièvre 6,0%, le vomissement 17,7%, la fatigue 9,4%, les vertiges 17,7%, les œdèmes 0,5%, et les troubles urinaires 1,7%.

5.3. Niveau de qualification des prestataires au CSCom de Yirimadio

Tableau 6 : Répartition des gestantes selon la qualification des prestataires

Qualification	Effectif	Pourcentage
Sages-femmes	384	100%
Médecin	0	0%
Infirmières obstétriciennes	0	0%
Matrones	0	0%
Total général	384	100%

Dans notre étude les CPN avaient été réalisées par les sages-femmes dans 100% des cas.

5.4. Opinions des gestantes sur les pratiques des prestataires en lien avec les procédures et normes de la CPN au CSCom de Yirimadio

Tableau 7 : Répartition des gestantes selon la relation interaction soignant-consultante

Relation interhumaine	Fréquence N=384	Pourcentage (%)
Gentillesse du ton		
Non	0	0
Oui	384	100
Attitude envers la gestante		
Bon comportement	384	100
Mauvais comportement	0	0
Manifestation d'intérêt pour la consultation		
Non	0	0
Oui	384	100
Salutations d'usage à son départ ?		
Non	0	0
Oui	384	100
Expliquer à la femme l'évolution de la grossesse		
Non	0	0
Oui	384	100
Demandé à la femme de revenir		
Non	0	0
Oui	384	100
Préciser le rendez-vous		
Non	0	0
Oui	384	100
Présence de tierce personne pendant la consultation		
Non	0	0
Oui	384	100
Nombre total de personnes dans la salle		
Minimum	2	
Moyenne	4,96	
Maximum	5	
Entrées et sorties non justifiées pendant le déroulement de la consultation		
Non	379	98,7
Oui	5	1,3

La relation interaction soignant et consultante était satisfaisante soit 100%.

Tableau 8 : Répartition des gestantes selon les critères de choix du centre

Critères de choix du centre	Fréquence (n=384)	Pourcentage (%)
Etes- vous déjà venue dans cette formation sanitaire ?		
Non	11	2,87
Oui	373	97,14
Raisons		
Accouchement	8	2,08
Consultation médicale	188	48,96
Consultation prénatale	177	46,09
Ne sais pas	11	2,86
Respect de l'ordre de passage		
Non	1	0,26
Oui	383	99,74
Comment étiez- vous installée pendant l'attente		
Moins bien	0	0
Bien	384	100
Y avait-il des toilettes accessibles dans le service ?		
Non	0	0
Oui	384	100
Avez- vous trouvé l'attente longue ?		
Non	0	0
Oui	384	100
Accueil		
Agréable	384	100
Désagréable	0	0

Les critères de choix du centre étaient suffisants dans la majorité des cas soit 100%.

Tableau 9 : Répartition des gestantes selon les critères de choix du centre (suite)

Critères de choix du centre	Fréquence (n=384)	Pourcentage (%)
Attention suffisant		
Non	1	0,26
Oui	383	99,74
Consultation suffisamment confidentielle		
Non	0	0
Oui	384	100
Respect de l'intimité		
Non	0	0
Oui	384	100
Aspect du local		
Vieux et sales	0	0
Nouveaux mais sales	0	0
Vieux mais propres	0	0
Nouveaux et propres	384	100
Première CPN		
Non	205	53,39
Oui	179	46,61
Satisfaction		
Non	0	0
Oui	384	100

Les critères de choix du centre étaient suffisants dans la majorité des cas soit 100%.

Tableau 10 : Répartition des gestantes selon l'hygiène dans la CPN

Caractéristiques	Fréquence N=384	Pourcentage (%)
Tissu posé sur table d'examen		
Non	1	0,26
Oui	383	99,74
Tissu fourni par le centre		
Non	1	0,26
Oui	383	99,74
Tissu changé après chaque femme		
Non	1	0,26
Oui	383	99,74
Lavage des mains avant d'examiner la consultante		
Non	0	0
Oui	384	100
Utilisation des gans ou doigtier		
Non	1	0,26
Oui	383	99,74
Matériel de consultation changé		
Non	1	0,26
Oui	383	99,74
Matériel correctement nettoyé		
Non	0	0
Oui	384	100
Matériel correctement désinfecté		
Non	0	0
Oui	384	100
Faute d'hygiène commise		
Non	0	0
Oui	384	100

L'hygiène à la consultation était satisfaisante soit 99,74% à 100%.

Tableau 11 : Répartition des gestantes selon l'examen clinique réalisé

Examen réalisés	Fréquence N=384	Pourcentage (%)
Expliquer le déroulement de la consultation		
Non	1	0,26
Oui	383	99,74
Pesée		
Non	4	1,04
Oui	380	98,96
Taille		
Non	0	0
Oui	384	100
Recherche d'une boiterie		
Non	0	0
Oui	384	100
Aider la femme à monter sur la table		
Non	0	0
Oui	384	100
L'examen des conjonctives		
Colorées	378	98,44
Moyenne colorées	6	1,56
Mesure de la tension artérielle		
Non	2	0,52
Oui	382	99,48
Consultation cardiaque		
Non	382	99,48
Oui	2	0,52

Dans notre étude le toucher vaginal (TV) et l'examen à l'abri des regards avaient été fait à 100% des cas. Des grandes proportions de 98,70% des gestantes avaient bénéficiés l'examen au speculum et 98,44% des gestantes avaient des conjonctives colorées.

Tableau 12 : Répartition des gestantes selon l'examen clinique réalisé (suite)

Examen réalisés	Fréquence N=384	Pourcentage (%)
Consultation pulmonaire		
Non	384	100
Oui	0	0
Palpation abdomen		
Non	4 (1,04)	1,04
Oui	380	98,96
Mesure de la Hauteur Utérine		
Non	1	0,26
Oui	383	99,74
Auscultation des BCF		
Non	47	12,24
Oui	337	87,76
Position du fœtus		
Non	1	0,26
Oui	383	99,74
Examen au speculum		
Non	5	1,3
Oui	379	98,7
Toucher vaginal		
Non	0	0
Oui	384	100
Recherche des œdèmes		
Non	0	0
Oui	384	100
Aide la femme à descendre		
Non	0	0
Oui	384	100
Eclairage suffisant		
Non	1	0,26
Oui	383	99,74
Examen à l'abri des regards		
Non	1	0,26
Oui	383	99,74

Dans notre étude le toucher vaginal (TV) et l'examen à l'abri des regards avaient été fait à 100% des cas. Des grandes proportions de 98,70% des gestantes avait bénéficié l'examen au speculum et 98,44% des gestantes avaient des conjonctives colorées.

Tableau 13 : Répartition des gestantes selon le terme de la grossesse

Antécédents	Fréquence N=384	Pourcentage (%)
Date probable d'accouchement		
Connue	383	99,74
Inconnue	1	0,26
Date des dernières règles		
Connue	12	3,13
Inconnue	371	96,61
Age de la grossesse		
Connue	383	99,74
Inconnue	1	0,26

Dans notre étude 3,13% des gestantes connaissaient la date des dernières règles.

Tableau 14 : Répartition des gestantes selon l'hygiène de vie pendant la grossesse

Antécédents	Fréquence N=384	Pourcentage (%)
Travail		
Léger	381 (99,22)	99,22
Lourd	3 (0,78)	0,78
Alimentation		
Adaptée à la grossesse	384 (100)	100
Non adaptée à la grossesse	0 (0,00)	0

Dans notre étude 99,22% des gestantes faisaient de travail léger avec 100% d'alimentation adaptée à la grossesse.

Tableau 15 : Répartition des gestantes selon la conclusion à la consultation

Conclusion faites de la consultation	Fréquence N=384	Pourcentage (%)
Conclusion faite de la consultation		
Non	0	0
Oui	384	100
Type de conclusion		
RAS	371	96,61
Classement	13	3,39
Référence vers un autre établissement		
Non	371	96,61
Oui	13	3,39
Date probable d'accouchement annoncée à la femme		
Non	1	0,26
Oui	383	99,74
Lui a-t-on dit où aller accoucher ?		
Non	0	0
Oui	384	100

La conclusion à la consultation était satisfaisante soit 100%.

Tableau 16 : Répartition des gestantes selon les conseils donnés à toutes les femmes

Caractéristiques de conseils	Fréquence N=384	Pourcentage (%)
Types de conseils		
Alimentation	308	80,21
MST/SIDA	70	18,23
Planning familiale	6	1,56
Expliquer les signes d'alerte		
Non	0	0
Oui	384	100

Les conseils donnés aux gestantes étaient satisfaisant pour l'alimentation 80,21%, MST/SIDA 18,23% et explication des signes d'alerte 100%.

5.5. Implication des ASC dans la réalisation de la CPN au CSCCom de Yirimadio

Tableau 17 : Répartition des gestantes en fonction de l'examen para clinique et la référence par les ASC

Examen réalisés	Non suivi par un ASC n (%)	Suivi par un ASC n (%)
Examens para cliniques demandés		
Non	0(0,0)	0 (0,0)
Oui	110 (28,6)	274 (71,4)
A-t-on expliqué la raison		
Non	1 (100)	0 (0,0)
Oui	109 (28,5)	273 (71,5)
A-t-on dirigé la femme vers le lieu		
Non	0 (0,0)	1 (100)
Oui	110 (28,7)	273 (71,3)

Examens para cliniques demandés : groupe sanguin, rhésus, test d'Emmel, BW, albumine/sucre, dépistage HIV...

Dans notre étude 71, 4% des gestantes suivies par les ASC avaient réalisés l'examen para clinique par contre 28,6% non suivies par les ASC avaient réalisés l'examen para clinique.

Tableau 18 : Répartition des gestantes selon le statut vaccinal, de prescription et la référence par les ASC

Informations sur la Vaccination	Non suivi par un ASC n (%)	Suivi par un ASC n (%)
A-t-elle demandé le carnet de vaccination		
Non	0 (0,0)	1 (100)
Oui	110 (28,7)	273 (71,3)
A-t-elle proposé la vaccination		
Non	25 (23,6)	81 (76,4)
Oui	85 (30,6)	193 (69,4)
La grossesse a-t-elle été classée comme à risque		
Non	107 (29,3)	258 (70,7)
Oui	3 (15,8)	16 (84,2)
Prescription de fer/acide folique		
Non	0 (0,0)	0 (0,0)
Oui	110 (28,6)	274 (71,4)

Parmi les gestantes, 71,4% et 69,4% suivies par les ASC avaient bénéficiés respectivement de prescription de fer/acide folique et de vaccination. Par contre 28,6% et 30,6% non suivies par les ASC avaient bénéficiés respectivement de prescription de fer/acide folique et de vaccination.

Tableau 19 : Répartition des gestantes selon le rôle des ASC dans la prise précoce de la SP en TPI

	Non suivies par des ASC	Suivies par des ASC	p
	(Moyenne ± écart type)	(Moyenne ± écart type)	
Age de la grossesse en SA à la première visite	18,49 ± 6,35	17,09 ± 6,06	0,0434
Nombre de dose de SP administré	1,53 ± 0,72	1,66 ± 0,78	0,455
Age de la grossesse en SA auquel la première dose de SP a été administré	22,42 ± 3,26	21,48 ± 3,24	0,0207
Age de la grossesse en SA auquel la dernière dose de SP a été administré	25,16 ± 4,71	24,95 ± 4,44	0,7119

La moyenne d'âge de la grossesse en SA à la première visite était plus élevé chez les gestantes non suivies par les ASC (18 SA) que chez les gestantes suivies par les ASC (17 SA) avec un p=0,0434.

La moyenne d'âge de la grossesse en SA auquel la première dose de SP a été administré était plus élevé chez les gestantes non suivies par les ASC (22 SA) que chez les gestantes suivies par les ASC (21 SA) avec un p=0,0207.

Tableau 20 : Répartition des gestantes suivies par les Agents de Santé Communautaire selon l'âge de la grossesse

Femmes suivies par les ASC	Age de la grossesse			Total n (%)
	1 ^{er} trimestre n (%)	2 ^{ème} trimestre n (%)	3 ^{ème} trimestre n (%)	
Non	36 (32,7)	73 (66,4)	1 (0,9)	110 (28,6)
Oui	106 (38,7)	163 (59,5)	5 (1,8)	274 (71,4)

Les gestantes suivies par les ASC étaient les plus représentées au 1^{er} trimestre, au 2^{ème} trimestre et au 3^{ème} trimestre soit respectivement 38,7%, 59,5% et 1,8% que les non suivies

par les ASC étaient soit respectivement 32,7%, 66,4% et 0,9%. Au total 274 (71,4%) des gestantes étaient suivies par les ASC et 110 (28,6%) étaient non suivies par les ASC.

Tableau 21 : Répartition des gestantes en fonction de la contribution des Agents de Santé Communautaire dans l'amélioration du nombre de visites réalisés au premier trimestre

Femmes suivies par les ASC	Nombre de visites réalisées						Total n (%)
	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	6 n (%)	
Non	16 (32,0)	10 (28,6)	6 (19,4)	1 (6,2)	2 (28,6)	1 (33,3)	36 (25,4)
Oui	34 (68,0)	25 (71,4)	25 (80,6)	15 (93,8)	5 (71,4)	2 (66,7)	106 (74,6)

La contribution des ASC dans l'amélioration du nombre de visite réalisé au premier trimestre était six (6) visites, au total 74,6% étaient des femmes suivies par les ASC et 25,4% non suivies par les ASC.

Tableau 22 : Répartition des gestantes en fonction de la contribution des Agents de Santé Communautaire dans l'amélioration du nombre de visites réalisées au deuxième trimestre

Femmes suivies par les ASC	Nombre de visites réalisées					Total n (%)
	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	
Non	44 (35,2)	15 (23,8)	11 (29,7)	3 (33,3)	0 (0,0)	73 (30,9)
Oui	81 (64,8)	48 (72,2)	26 (70,3)	6 (66,7)	2 (100)	163 (69,1)

La contribution des ASC dans l'amélioration du nombre de visite réalisé au deuxième trimestre était cinq (5) visites, au total 69,1% étaient des femmes suivies par les ASC et 30,9% non suivies par les ASC.

Tableau 23 : Répartition des gestantes en fonction de la contribution des Agents de Santé Communautaire dans l'amélioration du nombre de visites réalisées au troisième trimestre

Femmes suivies par les ASC	Nombre de visites réalisées			Total n (%)
	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	
Non	0 (0,0)	1 (100)	0 (0,0)	1 (16,7)
Oui	4 (100)	0 (0,0)	1 (100)	5 (83,3)

La contribution des ASC dans l'amélioration du nombre de visites réalisés au troisième trimestre était trois (3) visites, au total 83,3% étaient des femmes suivies par les ASC et 16,7% non suivies par les ASC.

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6.1. Discussion de la méthodologie

Notre étude s'est déroulée au CSCOM de Yirimadio, un quartier en commune VI du district de Bamako, du 02 Juin au 03 Juillet 2020 a porté sur 384 gestantes, dont 274 gestantes suivies par les ASC et 110 gestantes non suivies par les ASC. Cette étude s'est inspirée du modèle de A Donabedian (15) : portant sur l'évaluation de la qualité des consultations prénatales, des procédures et des résultats.

Elle nous a permis :

- D'apprécier le niveau de qualité de la structure,
- De situer sur une échelle de qualité la réalisation des gestes techniques de la consultation prénatale.
- De recueillir l'opinion des gestantes sur la qualité des gestes liées à la consultation prénatale. Dans cette approche méthodologique, nous avons procédé au choix des variables discriminatoires. Si l'une de ces variables manquait, elle remettrait en cause l'ensemble de la qualité de l'acte des soins prénatals dans la catégorie de domaine de qualité définie. Le personnel soignant et les ASC étaient disponibles et d'une parfaite courtoisie, cependant nous n'avons pas rencontré de difficultés au cours des séances de CPN, nos gestantes avaient toutes été constantes pour faire partie de l'étude.

6.2. Qualité des structures

Nous avons hiérarchisé les niveaux de qualité qui sont au nombre de quatre (24). Cette hiérarchisation a été faite selon les références (voir le tableau 1) à laquelle un score a été attribué. Une observation a été faite pour chaque référence. L'analyse de la qualité montre que le centre est de niveau IV avec le score à (39/40= 99,6%).

Cette classification est égale à la classification de l'études réalisée par Diarra Z (28) en 2020 au CSRéf de Bougouni.

6.3. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des gestantes

L'interrogatoire de la gestante permet de mieux la connaître et personnaliser la surveillance obstétricale.

Dans notre étude l'âge moyen de nos gestantes était de 24,49 ans avec un écart type de 5,21 ans. Ces résultats sont similaires à ceux de Traoré BM et al en 2018 à Yirimadio (27) qui trouvaient 24ans avec un écart type de 5,15 ans.

Dans la présente étude, la majorité des gestantes (79%) étaient des femmes aux foyers. Ce taux est supérieur à ceux de Kuate KC en 2018 aux CSComs de la commune II avec 54,3% (29), Diarra Z en 2020 à Bougouni avec 72,2% (28) et de Coulibaly O T en 2012 au CSRéf de

la commune I avec 60,4%(11). Cependant notre résultat est inférieur à celui de Thiam A en 2011 au CSRéf de la commune II (30) avec 81%. Cela s'explique que les femmes aux foyers fréquentaient plus le service de santé que les autres femmes (vendeuses, coiffeuses, animatrices, aide-ménagère, couturière, élèves, fonctionnaires).

Plus la moitié des époux de nos gestantes (52%) faisaient d'autres professions telles que réparateur de moto, soudaire, chauffeur, maçon etc....

Au cours de notre étude la majorité des gestantes étaient mariées soit 98%, cette proportion est supérieur à ceux de El Housni Y et al en 2016 au Maroc avec 94,78% de femmes mariées (17), Kuate K C (29) qui était 93,3% en 2018 aux CSComs de la commune II, de Thiam A (30) : 90% en 2011 au CSRéf de commune II et de l' EDSM VI en 2019 qui était de 81% (6). Les célibataires représentaient 2% de l'échantillon, ce qui est inférieur à ceux de l' EDSM VI (6) en 2019 qui était de 16%, de Coulibaly O T en 2012 au CSRéf de la commune I avec 14,3% (11) et de Maïga M Y : 4,3% en 2020 à Nara (31). Cela pourrait s'expliquer par le fait d'avoir un enfant hors mariage est une honte dans la société et vas à l'encontre de nos coutumes ce qui fait que ces centres sont moins fréquentés par les femmes non mariées.

L'exploration de la situation socio-familiale de la gestante permet de connaitre son statut social (favorable 2%, moyen 12% et bas niveau 86%).

Dans notre étude 96% des gestantes résidaient à Yirimadio, 2% à Niamana et Missabougou. Cela s'explique que presque la totalité de nos gestantes résidaient de Yirimadio, une zone qui est aussi le site des ASC.

Dans notre étude plus la moitié de nos gestantes était non scolarisé soit 59,9%. Ce résultat est supérieur à ceux de El Housni Y et al en 2016 au Maroc avec 24,78% des analphabètes (17), Thiam A en 2011 au CSRéf de la commune II soit 53% (30), Maïga M Y qui retrouvait 34% en 2020 à Nara(31) et de Diarra Z soit 43,8% en 2020 à Bougouni (28). Selon EDSM VI en 2019 au Mali, 66% des femmes maliennes n'ont aucune instruction (6).

Une enquête mondiale sur la fécondité note que celle-ci est inversement proportionnelle au niveau d'instruction des femmes. Celles qui n'ont pas été scolarisées ont en moyenne 2 fois plus d'enfants que celles qui ont atteint la 7eme année ou plus de scolarité (32).

Ces données statistiques reflètent parfaitement la réalité que nous constatons chez nos gestantes.

Dans notre étude 80,73% des gestantes avaient une gestité ≥ 2 , ce résultat est supérieur à celui de Mbaye M et al en 2013 au Sénégal avec 52% de gestités ≥ 2 (33). Les 79,69% des

gestantes avaient une parité ≥ 2 , ce résultat est supérieur à celui obtenu par Mbaye M et al en 2013 au Sénégal avec 56% de parités ≥ 2 (33). Cela s'explique que la connaissance des antécédents obstétricaux est primordiale dans la prise en charge des gestantes ; car elle détermine la conduite à tenir pour une issue favorable de la grossesse.

Dans notre échantillon 2,24% des gestantes avaient fait des fausses couches, notre proportion est strictement inférieur à celui de Coulibaly O T : 92,2% en 2012 au CSRéf de la commune I(11). Ceci pourrait s'expliquer par une surveillance rigoureuse de la grossesse.

L'antécédent de mort-né avait été retrouvé chez 0,52% des gestantes, ce résultat est inférieur à ceux de Coulibaly O T en 2012 au CSRéf de la commune I: 84,4% (11), de EL Housni Y et al en 2016 au Maroc soit 1,7 % de mort-né (17) et de Maïga M Y soit 1% en 2020 à Nara (31). Ceci pourrait s'expliquer par une surveillance rigoureuse de la grossesse.

Parmi les gestantes ayant évoqué des pathologies au cours de la grossesse : 3,13% étaient des infections urinaires et 22,9% des infections génitales (IST : Infection Sexuellement Transmissible). Ces éléments pourraient orienter vers une menace d'avortement et d'accouchement prématuré.

6.4. Opinion des gestantes sur les pratiques des prestataires en lien avec les procédures et normes de la CPN

La procédure fait partie des éléments capitaux de la qualité des consultations prénatales. Dans notre étude les activités de CPN avaient été réalisées par les sages-femmes dans 100% des cas. Aucune CPN n'avait été réalisée par le médecin, les infirmières obstétriciennes, ni les matrones. Ce résultat est supérieur à ceux de Thiam A : 90% en 2011 au CSRéf de commune II (30), de Kuate K C : 81,4% en 2018 aux CSComs de commune de II (29) et de Maïga M Y : 60% en 2020 à Nara (31). Cependant notre proportion est nettement supérieur à celui rapporté par EL Housni Y et al en 2016 au Maroc avec 14% de CPN réalisé par les sages-femmes (17). Ceci est un bon indicateur de qualité de la CPN car les personnels qualifiés doivent être beaucoup impliqués dans le suivi de la grossesse.

Selon les normes de l'OMS, la première CPN doit être effectué par un médecin (gynécologue-obstétricien) et cela pour confirmer le diagnostic de la grossesse et de prendre en charge celle qui comporte de risque (34). Dans ce cas les personnels qualifiés doivent être beaucoup impliqués en ce qui concerne le 1^{er} examen prénatal.

Selon nos observations au cours de l'enquête l'accueil était satisfaisant dans 100% des cas, et le personnel avait une bonne conduite envers les gestantes dans 100%. Ceci est un bon indicateur qui permet de diminuer le taux d'abandon. D'une façon générale, les gestantes avaient faits une bonne appréciation de l'accueil, de l'état des salles et du comportement du personnel.

Dans notre étude 100% des consultantes avaient affirmé qu'elles étaient confortablement installées et que l'ordre de passage était respecté, ce résultat est supérieur à celui de Coulibaly O T : 97,4% en 2012 au CSRéf de la commune I (11). Ceci est un bon indicateur de qualité des CPN.

Dans notre étude toutes les gestantes étaient satisfaites par rapport au respect de la confidentialité et de l'intimité soit 100%, ce résultat est supérieur à celui de Diarra Z soit respectivement 85,4% et 84,7% en 2020 à Bougouni (28). Ces résultats rejoignent celui de l'opinion des femmes quant aux critères évoqués pour le choix du centre de santé ou la compétence de l'agent santé et l'implication des ASC étaient le motif le plus évoqué. Ce qui signifie des CPN de très bonne qualité.

Nous nous sommes référés aux domaines tels que le respect de la personne, le respect de l'intimité et de la confidentialité de la CPN, pour explorer la qualité de relation interaction gestante prestataire de soins prénatals lors de la surveillance prénatale. Toutes les gestantes avaient trouvé que les locaux étaient propres et récents à 100%. Cette proportion est supérieure à celui de Coulibaly O T : 69,8% en 2012 au CSRéf de la commune I (11). Une bonne réception et une grande sympathie de la part du personnel de santé retiennent les patientes dans les services de soins.

Il est bien vrai que les praticiens se lavaient les mains. Les gants utilisés étaient en vrac et les matériels étaient correctement désinfectés. A chaque consultation une nouvelle alèze s'étale.

En effet l'examen clinique avait été fait à 100% à l'abri des regards. Une grande proportion de 98,70% des gestantes avait bénéficié l'examen au speculum ; ce qui est supérieur à celle de Maïga M Y : 65 % en 2020 à Nara (31) et de Coulibaly O T : 5,7% en 2012 au CSRéf de la commune I (11). Dans notre étude le toucher vaginal (TV) avait été fait à 100% de cas, même résultat que chez Maïga M Y en 2020 à Nara (31) et de Coulibaly O T en 2012 au CSRéf de la commune I (11) qui trouvent 100%. Ceci est un bon indicateur de qualité des CPN.

Dans notre étude les gestantes présentant un état de santé précaire au moment de la CPN, des soins curatifs étaient donnés selon le cas.

Au cours de notre étude, 100% des gestantes connaissaient la date probable de leur accouchement (DPA) grâce à l'échographie précoce. Cette proportion est supérieure à celle de Coulibaly O T : 76,6% en 2012 au CSRéf de la commune I (11).

L'hygiène de vie pendant la grossesse (faire des travaux pas trop physique tout en consommant des aliments adaptés au besoin de la grossesse) était bonne chez 99,22%.

A la fin de chaque consultation l'agent de santé devait faire une conclusion. Toutes les gestantes avaient reçu des informations sur la nature du risque. Cela veut dire que les praticiens communiquaient beaucoup avec les consultantes.

Les conseils donnés aux gestantes à la fin de chaque consultation, la satisfaction était à 80,21% pour l'alimentation, 18,23% pour les MST/SIDA et 100% les signes d'alerte. Coulibaly O T dans son étude a trouvé 59,9% pour l'alimentation et 54,9% pour les MST/SIDA (11). Cela pourrait expliquer une bonne participation du personnel à la CPN.

Au Mali selon les normes et procédures les examens complémentaires doivent être demandés à la première consultation ; et ils sont indispensables pour détecter certains facteurs de risques.

Par rapport aux examens complémentaires (groupage sanguin+ rhésus, le test d'Emmel, le BW, l'albumine et sucre dans les urines, la sérologie de la toxoplasmose et l'échographie le dépistage du VIH/SIDA ou PTME<<Prévention pour la Transmission Mère Enfant>>) étaient systématiquement demandés à toutes les gestantes dès leur première consultation soit 100% (dont 71,4% étaient des femmes suivies par des ASC et 28,6% étaient des femmes non suivies par les ASC). Ce résultat est supérieur à celui de Kanté Y : 100% en 2009 au CHU-Gabriel Touré (35). Ceci est un bon indicateur des normes et procédures de la santé de la reproduction.

La prévention anti-palustre, antianémique et antitétanique est très importante dans la surveillance prénatale. A cet effet, notre étude a trouvée des taux de couverture préventive antitétanique satisfaisante à 100% (soit 69,4% étaient des femmes suivies par les ASC et 30,6% n'étaient suivies par les ASC), ce qui est supérieur à celui de Diarra Z: 60,5% en 2020 à Bougouni (28).

Au cours de notre étude toutes les gestantes (100%) avaient bénéficiés de la supplémentation en fer et acide folique (dont 71,4% étaient des femmes suivies par les ASC et 28,6% étaient des femmes non suivies par les ASC), même résultat que chez Maïga M Y en 2020 à Nara : 100% (31). Ce résultat témoigne que la supplémentation en fer et acide folique était assurée.

Concernant la chimio prophylaxie contre le paludisme, la moyenne d'âge de la grossesse en SA auquel la première dose de SP a été administré était plus élevé chez les femmes non suivies par les ASC que chez les femmes suivies par les ASC ($p=0,0207$). Ce résultat s'explique la motivation des femmes suivies par les ASC pour la prise de SP.

6.5. Niveau d'implication des ASC dans le processus de la CPN

Les multiples programmes mis en place visent entre autre à l'augmentation du recours des femmes à la consultation prénatale chez un personnel qualifié (1). L'implication de la population communautaire est une clé pour assurer la pérennité des résultats de tels programmes. La contribution des ASC qui est à la base de notre étude est l'un des axes stratégiques d'intervention pour promouvoir la santé maternelle recommandés par l'OMS (1). Elle est définie comme un processus de mobilisation sociale au sein d'une communauté lui permettant d'identifier ses besoins en santé ainsi que les mécanismes d'action pour répondre à ses besoins. Elle permet la capacitation et l'acquisition d'un certain degré d'autonomisation chez les individus, et ainsi elle est largement reconnue pour ses avantages en termes d'amélioration de la consultation prénatale (1).

Dans la présente étude Sur les 384 gestantes, 274 gestantes soit 71,4% étaient suivies par les ASC contre 110 gestantes soit 28,6% n'étaient suivies par les ASC. Ce résultat est supérieure à celui de Sebbani M et al au Maroc en 2020 soit 56,6% des gestantes étaient suivi (1). Ce taux élevé explique une bonne contribution des ASC dans le suivi des femmes enceintes dans le CSCCom de Yirimadio. Il avait l'avantage d'encourager l'implication des ASC dans le suivi des femmes enceintes dans le CSCCom de Yirimadio à travers le taux de femmes enceintes suivies par les ASC (71,4%), supérieur à celui des femmes non suivies par les ASC (28,6%). L'adoption d'une approche participative, et la réorientation des services étaient les principaux axes d'action, ce qui a permis une amélioration significative du nombre de consultations prénatales (1).

La contribution des ASC dans l'amélioration du nombre des visites des femmes enceintes pendant leur suivi était :

- au premier trimestre les ASC avaient effectué six (6) visites avec une proportion de 74,6% ;
- au deuxième trimestre les ASC avaient effectué cinq (5) visites avec une proportion de 69,1% ;
- au troisième trimestre les ASC avaient effectué trois (3) visites avec une proportion de 83,3%.

7. CONCLUSION

L'étude que nous avons réalisé du 02 Juin au 03 Juillet 2029 au CSCCom de Yirimadio, nous a permis de faire une analyse de suivi prénatal selon les procédures et normes des CPN au Mali. Bien que la structure soit de niveau IV soit un score de 99,6% il y a certain point à améliorer tel que : l'omission de certain geste, soit par ignorance de leur importance, soit par négligence ou par insuffisance du plateau technique.

Les ressources matérielles au niveau des unités de CPN étaient suffisantes.

A l'issue de l'évaluation de la qualité de CPN des femmes suivies par les ASC étaient majoritairement mariées.

Les consultations prénatales avaient été faites à 100% par les sages-femmes.

La communication interpersonnelle soignants/patientes était de bonne qualité.

L'implication des ASC dans le suivi des femmes enceintes a contribué de l'amélioration du processus de la CPN au CSCCom de Yirimadio.

Au cours de notre étude les différentes variables de la consultation prénatale révèle que le CSCCom de Yirimadio est de bonne qualité pour le respect de l'intimité, de la confidentialité.

8. RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent :

❖ AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

- Assurer une formation continue du personnel socio-sanitaire de Yirimadio par des séminaires et des ateliers.
- Procéder à une supervision régulière au CSCOM de Yirimadio.

❖ AUX PERSONNELS DU CSCOM DE YIRIMADIO

- Améliorer les séances de la communication pour le changement de comportement, en insistant sur la préparation pour l'accouchement, le planning familial, le dépistage du VIH
- Faire la CPN selon les normes.
- Améliorer la vulgarisation du planning familial

❖ AUX CONSULTANTES

- Suivre régulièrement les CPN, en respectant les rendez-vous et en débutant à temps la première consultation prénatale.
- Appliquer strictement les conseils donnés par les prestataires.

9. REFERENCES

1. Sebbani M, Adarmouch L, Amine M, Cherkaoui M. Mobilisation communautaire pour l'amélioration de la surveillance de la grossesse en milieu rural au Maroc. *Pan Afr Med J.* 2020;35:1–9.
2. Kaboré S, Méda CZ, Sombié I, Savadogo LB, Karama R, Bakouan K, et al. Lutte contre la mortalité maternelle en milieu rural: Décentralisation de l'offre des soins obstétricaux d'urgence au Burkina Faso. *Pan Afr Med J.* 2017;27:1–15.
3. Sangho H, Sacko M, , Fomba S SSY. Qualité de la surveillance prénatale dans un centre de santé de premier niveau à Bamako (Mali). *Mali Médical.* 2004;19(1):24–7.
4. Organisation des Nations Unies. Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement. Le caire, 5-13 Septembre 1994 [Internet]. 1995. Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_fre.pdf
5. Tabutin D, Schoumaker B. La démographie de l'Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000. *Population (Paris).* 2004;59(3–4):521–622.
6. Institut National de la statistique du Mali. Enquête Démographique et de Santé [Internet]. 2018. Available from: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR358/FR358.pdf>
7. Organisation mondiale de la santé. Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive [Internet]. Genève; 2018. Available from: <http://apps.who.int/bookorders.%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250801/1/WHO-RHR-16.12-fre.pdf?ua=1>
8. Unicef. La situation des enfants dans le monde 2009: la santé maternelle et néonatale. 2009.
9. Ministère de la santé et de l'hygiène publique. Plan stratégique de la santé de la reproduction 2010–2014. Côte d'Ivoire; 2009.
10. Balde M. Mortalité maternelle chez les adolescentes à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes sur une période de 10 ans [Thèse de médecine]. [Bamako, Mali]: USSTTB/FMOS; 2019.
11. Coulibaly OT. Evaluation de la qualité des consultations prénatales au centre de santé de référence de la Commune I du district de Bamako [Thèse de médecine]. [Bamako, Mali]: USTTB/FMOS; 2012.
12. Traoré 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]. [Bamako, Mali]: USTTB/FMOS; 2009.

13. Keita S. Evaluation de la qualité des consultations prénatales dans le centre de santé de référence de Kita [Thèse de Médecine]. [Bamako, Mali]: USTTB/FMOS; 2008.
14. Direction nationale de la santé. Politique et normes des services de santé de la reproduction. Bamako, Mali; 2005.
15. Donabedian A. La définition de la qualité et les approches de son évaluation : Explorations dans l'évaluation et la surveillance de la qualité . Heal Adm Press. 1980;1:3–28.
16. Organisation mondiale de la santé, Groupe de la banque mondiale, OCDE. La qualité des services de santé: Un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle. Genève; 2019.
17. Housni Y El, Boussalwa E, Kharbach A, Khadmaoui A. La Surveillance Périnatale, Au Maroc Cas Des Femmes Ayant Accouché À La Maternité Souissi, CHU (Ibn Sina) Rabat. Eur Sci J. 2016;12(6):232–40.
18. Lansac J. Examen obstétrical et surveillance de la grossesse. In: Obstétrique pour le praticien. 2013. p. 17–54.
19. Bouafia N, Mahjoub M, Noura A, Ben Aissa R, Saïdi H, Guedana N, et al. Profil épidémiologique des grossesses à risque à Sousse (Tunisie). East Mediterr Heal J. 2013;19(5):465–73.
20. Organisation mondiale de la Santé. Journée mondiale de la Santé Maternité sans risque. In: Organisation mondiale de la Santé CH-1211 Genève 27 Suisse. 1998.
21. Hounghin R A SAJ. Comprendre le renoncement à la référence obstétricale à la Clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique de Cotonou. Sante Publique (Paris). 2017;29(5):719–29.
22. Organisation mondiale de la santé. Evaluation Du Programme D'Appui a La Medicalisation Des Aires De Sante Au Mali. L'OMS B de, editor. Genève, Suisse; 2010.
23. Keita S, Hertrich V. Questions de population au Mali. In: Le Figuier, editor. Le Figuier. Bamako, San, Mali; 2003. p. 300.
24. Niangaly A, Kanté N. SNA. Communautaire De La Region De Koulikoro. Médecine d'Afrique Noire. 2001;48(7):1–6.
25. Berthé M, Diawara F, Coulibaly T, COULIBALY S, Maiga B AIA. Etude de la relation entre le pronostic materno-fœtal à la distance parcourue et le mode d'admission dans le District sanitaire de Kénieba. Mali Sante Publique. 2013;001(3):84–7.
26. Samaké A, Traoré SO, Keita M, Doumbia S, Diallo M KM et al. Les Évacuations

- Sanitaires Obstétricales dans un Hôpital de Deuxième Niveau de Référence du District de Bamako. *Heal Sci Dis.* 2020;1(9):1–4.
27. Traoré B M, Diarra A B, Diallo H, Fakir S El NC. Consultations prénatales au centre de santé communautaire de Yirimadio. *Rev marocaine sante publique.* 2018;5(8):1–8.
 28. Diarra Z. Evaluation de la qualité des consultations prénatales au centre de santé de référence de la Commune I du district de Bamako [Thèse de médecine]. [Bamako, Mali]: USTTB/FMOS; 2008.
 29. Kuate KC. Evaluation de la qualité de la CPN recentrée dans les centres de santé communautaire de la commune II du district de Bamako [Thèse de Médecine]. [Bamako, Mali]: USTTB/FMOS; 2018.
 30. Thiam A. Evaluation de la qualité des CPN au CSRéf Commune II du district de Bamako [Thèse de médecine]. [Bamako, Mali]: USTTB/FMOS; 2011.
 31. Maïga MY. Evaluation de la qualité de la Consultation prénatale dans le Centre de Santé de Référence de Nara en 2018 [Thèse de médecine]. [Bamako, Mali]: USTTB/FMOS; 2020.
 32. AJ G. L'évolution de la fécondité dans le monde depuis 1965 et ses conséquences. *Mondes Dev.* 2008;36(142):13–22.
 33. Mbaye M, Gassama O, Gueye M, Serigne M E F D, Guèye M K CML et al. Biometrie et evaluation echographique de la croissance foetale dans l'association VIH et grossesse che la femme de type soudano-sahelien. *African J Med Imaging.* 2013;5(1):1–17.
 34. Organisation Mondiale de la Santé. Les femmes enceintes doivent pouvoir bénéficier de soins adaptés au bon moment. OMS, editor. Who. Genève, Suisse; 2016.
 35. KANTE Y. Evaluation de la qualité des consultations prénatales dans le service de gynécologie obstétrique du CHU-Gabriel Touré à propos de 200 cas [Thèse de médecine]. [Bamako, Mali]: USTTB/FMOS; 2009.

10.ANNEXE

FICHE D'ENQUETE

A- OBSERVATION DES CPN

Structure N fiche.....N Dossier ou carnet CPN.....

Q1 Date d'observation.....

Q2 Heure de la visite.....a- heure débutb heure fin.....

Q3 Age de la grossesse à la réalisation de la 1^{ère} visite en SA.....

Q4 Le nombre de visite réalisé

Q5 Gestante est suivi par l'ASC 1 oui, 2 non

Caractéristiques de la gestante (si demandées)

Nom..... Prénom.....

Q6 Age (ans)

Q7 Ethnie 1= Bambara, 2= Peulh, 3= Malinké, 4= Bozo, 5= Sonrhai, 6= Soniké, 7=Dogon, 8= Autre (a précisée) :.....

Q8 Profession 1 Ménagère, 2 Vendeuse, 3 fonctionnaires, 4= Aide- ménagère, 5=Commerçante, 6= Autres (à préciser) :.....

Q9 Niveau scolaire 1= Analphabète ; 2= Primaire, 3= Secondaire, 4= Supérieure, 5 =Coran

Q10 Etat matrimonial = Célibataire, 2= marie, 3= Veuve, 4= Divorcée

Q11 Résidence

Q12 Numéro de la grossesse ou de la CPN comme appartenant à un groupe à risque ?

Q13 A t- elle été identifiée pendant sa grossesse comme appartenant à un groupe à risque

1=oui, 2=non, 3=si oui quels factures

1) âge inf. à 16 ans, 2) Primipare âge (30 ans ou plus), 3) Grande multipare(sup. ou égale à 6 accouchement) , 4) Dernier accouchement dystocique(césarienne, forceps, ventouse), 5) ATCD de mort- né, 6) Taille inf. à 150 cm ,7) HTA , 8) Poids inf. à 45 kg , 9) Autre

Caractéristiques de la personne qui a pris en charge les gestantes

Q14Qualification 1= médecin, 2= sages- femme, 3= matrones, 4= infirmières obstétricienne, 5= Autre (à préciser)

Q15 Statut 1= fonctionnaire, 2= contractuel, 3= stagiaire, =4 autre

Accueil

Q16 Langue de communication 1= Français 2= Bambara, 3= Autre

Q17 Consultante comprenait elle la langue 1= oui, 2= non

Q18 Si non a- t- on fait appel à un interprète ? 1= oui ,2= non

Q19 Salutation conforme aux convenances sociales 1= oui ,2= non

Q20 Consultante a telle été invitée à s'asseoir 1=oui, 2= non

Q21 Demande du carnet de la grossesse précédente 1= oui, present, 2= non,
absent Interrogatoire :(sur la situation personnelle de la parturiente) :

Q22 Situation socio familiale de la famille 1=Bas niveau, 2= Moyen, 3=
Favorable

Q23 Profession du mari 1= cultivateur, 2= commerçantes, 3= fonctionnaires,
4=manœuvres, 5= autres.

Q24 Distance parcourue pour venir au centre km

Antécédents obstétricaux

Q25 Gestité 1=oui, 2= non

Q26 Parité 1= oui, 2= non

Q27 Fausse couche 1= oui, 2= non

Q28 Vivant 1= oui, 2 = non

Q29 Mort nés 1= oui , 2= non

Q30 Décédés

Q31 Cause de décès 1= infection néonatales, 2= Paludisme, 3= Autre

Q32 Age des décès

Q33 Césarienne 1= oui , 2= non

Q34 Forceps, ou Ventouse : 1=oui, 2= non

Q35 Eclampsie 1= oui, 2= non

Q36 Autres (à préciser) :.....

Antécédents Médicaux

Q37 Infection urinaire 1=oui, 2=non

Q38 HTA : 1=oui , 2=non

Q39 Diabète 1=oui, 2=non

Q40 Affection cardiaque 1=oui, 2=non

Q41 Tuberculose 1=oui, 2=non

Q42 MST 1=oui, 2=non

Q43 Drépanocytose : 1=oui, 2=non

Q44 Si Autres précision :

Détermination de la date d'accouchement :

Q45 Détermination de la date probable d'accouchement 1=connue, 2=inconnue

Q46 Détermination de la date des dernière règles : 1=connue, 2=inconnue

Q47 Détermination de l'Age de la grossesse : 1=connue, 2=inconnue

Déroulement de la grossesse

Q48 Fièvre : 1=oui, 2=non

Q49 Vomissement 1=oui, 2=non

Q50 Fatigue 1=oui, 2=non

Q51 Vertige 1=oui, 2=non

Q52 Survenue des palpitations 1=oui, 2=non

Q53 Survenue des dyspnées 1=oui, 2=non

Q54 perception mouvement bébé (MAF) : 1=oui, 2=non

Q55 Survenue d'œdèmes : 1=oui, 2=non

Q56 pertes liquidiennes : 1=oui, 2=non

Q57 Ecoulement vaginal : 1=oui, 2=non

Q58 Métrorragie 1=oui, 2=non

Q59 Troubles urinaire : 1=oui, 2=non

Hygiène de vie pendant la grossesse

Q60 Question sur le travail professionnel ménager 1=oui, 2=non

Q61 Questions sur le travail de la gestante : 1=léger, 2= lourd

Q62 Alimentation : 1=oui adaptée à la grossesse ; 2=non adaptée

Q63 Repos (à cause de la grossesse) : 1=oui, 2=non

Examens cliniques :

Q64 Avec vous expliquer le déroulement de la consultation ? 1=oui ; 2=non

Q65 Pesée : 1=oui, 2=non

Q66 Mesure de la taille 1=oui, 2=non

Q67 Recherche d'une boiterie : 1=oui, 2=non

Q68 Aider à monter sur la table : 1=oui, 2=non

Q69 Examen des conjonctives : 1=pale, 2=Moyennement colorées, 3=Colorées

Q70 Mesure de la TA : CMHC 1=oui, 2=non

Q71 Consultation cardiaque : 1=oui, 2=non

Q72 Consultation pulmonaire : 1=oui, 2=non

Q73 Palpation de l'abdomen : 1=oui, 2=non

Q74 Mesure HU (hauteur utérine) : 1=oui, 2=non

Q75 Auscultation bruit du cœur fœtal: 1=oui, 2=non

Q76 Position fœtus : 1=Céphalique, 2=Siège, 3= Transversal, 4=Autres

Q77 Examen au spéculum : 1=oui, 2=non

Q78 Toucher vaginal : 1=oui, 2=non

Q79 Recherche œdèmes : 1=oui, 2=non

Q80 Aide à descendre : 1=oui, 2=non

Q81 L'éclairage était-il suffisant : 1=oui, 2=non

Q82 Examen à l'abri des regards : 1=oui, 2=non

Examen para clinique

Q83 A-t-on demandé des examens para cliniques ? : 1=oui, 2=non

Q84 A-t-on expliqué pourquoi ? : 1=oui, 2=non

Q85 Si oui a-t- on expliqué ou aller ? : 1=oui, 2=non

Vaccination

Q86 A-t-on demandé le carnet de vaccination ? : 1=oui, 2=non

Q87 A-t-on proposé une vaccination ? : 1=oui, 2=non

Q88 La consultation a-t-elle classé la grossesse à risque ? 1=oui, 2=non

Prescription de fer/acide folique

Q89 une prescription a-t-elle été faite : 1=oui, 2=non

Relations humaines

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

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

Q92 Manifestation d'intérêt pour la consultation 1=oui, 2=non

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

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

Q95 A-t-il demandé à la consultation de revenir ? : 1=oui, 2=non

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

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

Q98 Nombre total de personnes dans la salle

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

Conseils

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

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

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

Hygiène de la consultation

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

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

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

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

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

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

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

Q110 le matériel est-il correctement désinfecté ? 1=oui, 2=non

Q111 Le praticien a-t-il commis une faute d'hygiène ? 1=oui, 2=non

Q112 Si oui laquelle ? 1=Matériel Souillé, 2=Autre

Conclusion

Q113 Le praticien a-t-il tiré une conclusion ? Si oui laquelle ? 1=RAS, 2=Classement dans un groupe à risque, 3= Référence vers un autre établissement.

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

Q115 Nom de l'établissement de référence.....

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

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

Q118 Lui a-t-il dit où aller accoucher ? 1=oui, 2=non

Q119 poids du nouveau-né.....

Q120 Sexe du nouveau-né.....

Q121 APGAR.....

Q122 Lui a-t-il dit pourquoi 1=oui, 2=non

B-Opinion sur les CPN

Examen du carnet de grossesse :

OPC1 possession d'un carnet de grossesse 1= oui, 2=non

1. Terme de la grossesse

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

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

2. Modalité du transport.

OPC4 Etes -vous venue ? 1= à pied, 2= en véhicule collectif, 3= taxi, 4= en véhicule personnel

5= autres (à préciser) :.....

3. Critères de choix du centre :

OPC5 pourquoi avez- vous choisir ce centre ?

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

OPC 6 Etes- vous déjà venue dans cette formation sanitaire ? : 1= oui, 2=non, 3= oui, plusieurs fois

OPC7 pour quelles raisons ? : 1= consultation médicale, 2= consultation prénatale, 3= accouchement, 4= autres (à préciser).....

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

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

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

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

OPC12 la personne qui vous a reçu a-t-elle été ? 1=agréable, 2=désagréable

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

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

OPC15 votre intimité a-t -elle été respecté ? 1= oui, 2= non, 3= si non pourquoi?.....

OPC16 comment avez trouvé les locaux ? 1= vieux et sales, 2= nouveaux mais sales, 3= vieux mais propres, 4=nouveaux et propres

OPC17 Avez- vous été satisfaite ? 1= oui, 2= non, 3= si non pourquoi?.....

OPC18 s'agit-il de votre première CNP ? 1= oui, 2= non

OPC19 Si non avez consulté la première fois ? 1= dans le service prénatal d'un autre établissement, 2=dans ce même service

OPC20 pourquoi avez- vous changé de service prénatal ?

1= j'ai payé trop cher dans le service précédent

2= j'ai été mal accueilli dans le service précédent

3= je connais une sage- femme ou une autre personne qui peut m'aider dans cet établissement

4= j'ai déménagé ;

5= autre , expliquer :.....

OPC21 depuis combien de mois êtes –vous enceinte :.....mois

OPC22 vous a- t-on prescrit des examens para clinique ? 1= oui, 2= non

OPC23 si oui lesquels ? 1= NFS, 2= Taux d'hémoglobine, 3= groupe et rhésus, 4= BW, 5= HIV, 6= Toxoplasmose, 7=Test d'Emmêlé, 8= échographie, 9=Tous

OPC24 si oui , a-t-on expliqué pourquoi ? 1=oui, 2= non

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

OPC26 si non pourquoi ?.....

OPC 27 Traitement préventif : 1=SP, 2= fer acide folique, 3= Autres (à préciser)

OPC28 Le nombre de dose de SP administré :

OPC29 Age de la grossesse pour la 1^{ère} dose de SP :.....

OPC 30 Age de la grossesse pour la dernière dose de SP :.....

OPC 31 Avez- vous fait le VAT ? 1= oui, 2= non

OPC 32 comment devrez- vous procurer de ces médicaments ? 1= moi-même, 2= mon mari, 3= mes parents, 4= autres :

OPC33 vous a- t-on dit de revenir pour une prochaine CPN ? 1= oui, 2= non

OPC34 vous a-t –on donné des conseils pour l'accouchement ? 1=oui, 2=non

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

2= on m'a 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

Fiche signalétique :

Nom : SOGOBA

Prénom : Kadia

Email : ksogoba25@gmail.com

Titre de la thèse : Evaluation de la qualité de la consultation prénatale des femmes suivies par les agents de santé communautaire (ASC), dans l'aire de santé de Yirimadio, Bamako.

Année universitaire ; 2020-2021.

Pays d'origine : REPUBLIQUE DU MALI.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMOS et FAPH) du Mali.

Secteur d'intérêt : Santé publique.

Résumé de la thèse :

Nous avons mené une étude transversale prospective d'évaluation de la qualité de la consultation prénatale des femmes suivies par les agents de santé communautaires (ASC) dans l'aire de santé de Yirimadio car c'est un problème de la santé publique.

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), chaque année plus d'un demi-million de femmes meurent de causes liées à la grossesse ou l'accouchement, 10,6 millions d'enfants décèdent dont 40% pendant le 1^{er} mois.

Au Mali, le taux de mortalité maternelle est estimé à environ 325 pour 100 000 naissances vivantes selon les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé au Mali-VI en 2019.

Le taux de couverture de consultation prénatale effective du Mali est de 40,11% selon l'annuaire statistique 2019.

Dans notre étude, le résultat du non scolarisation de nos gestantes était majoritairement représenté avec 59,9%. La totalité de nos consultations prénatales étaient réalisées par les sages-femmes soit 100%. Le taux de la prévention anti palustre, anti anémique et anti tétanique était très bon.

Nous avons recommandé aux autorités sanitaires et politiques de renforcer la sensibilisation de la population à la radio et à la télévision pour améliorer la consultation prénatale.

Au terme de cette étude portant sur 384 gestantes, nous pouvons affirmer que les femmes enceintes étaient bien accueillies et le système de tarification jugé abordable.

Mots clés : consultation prénatale, évaluation de la qualité des soins prénatals, centre de santé communautaire de Yirimadio, les gestantes et les ASC.

Summary of the thesis :

We conducted a prospective cross-sectional study to assess the quality of the prenatal consultation of women followed by community health workers (CHWs) in the Yirimadio health area because it is a public health problem.

According to the World Health Organization (WHO), each year more than half a million women die from causes related to pregnancy or childbirth, 10.6 millions children die of which 40% during the 1st month.

In Mali, the maternal mortality rate is estimated at around 325 per 100,000 live births according to the results of the Demographic and Health Survey in Mali-VI in 2019.

Mali's effective antenatal consultation coverage rate is 40.11% according to the 2019 statistical yearbook.

In our study, pregnant women were predominantly uneducated and represented 59.9%. All of our prenatal consultations were carried out by midwives, ie 100%. The rate of anti-malaria, anti-anemic and anti-tetanus prevention was very good.

We recommended to health and political authorities to strengthen the awareness of the population on radio and television to improve prenatal consultation.

At the end of this study about 384 pregnant women, we can say that pregnant women were well received and the pricing system deemed affordable.

Keywords : prenatal consultation, evaluation of the quality of antenatal care, Yirimadio community health center, pregnant women and CHWs

SERMENT D'HYPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté et 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 les considérations de religion, de nation, de race, de parti, ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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

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

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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

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

Je le jure !